



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Calidad de vida y factores asociados que influyen en las mujeres en transición menopáusicas que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018.

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico.

Autora:

Priscila Natalí Farfán Inga

CI: 010567572-2

Director:

Dr. Manuel Jaime Ñauta Benenaula

CI: 0101835700

Cuenca - Ecuador

08-mayo-2019



RESUMEN

Antecedentes: la menopausia es un fenómeno bio-socio-cultural: en ésta interactúan factores: biológicos, psicológicos y sociales, que influyen en la calidad de vida de estas mujeres.

Objetivo: evaluar la calidad de vida de mujeres en transición menopáusica que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, en el período de 6 meses, mediante la escala MRS.

Metodología: se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal, en el que se utilizó el método observacional y analítico, con 321 mujeres menopáusicas que acudieron al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga. Se realizó una encuesta y se aplicó la escala MRS a las pacientes. Los datos se analizaron con SPSS 19.0. Se empleó OR y Chi cuadrado para la relación entre los factores asociados y calidad de vida.

Resultados: La media de edad de las pacientes fue de 51,23 años, la mayoría estaban casadas y trabajan, de zonas urbanas, e instrucción media. La escala MRS indicó que menos de la mitad de las encuestadas tenían una buena calidad de vida, la mayor afectación estaba en las dimensiones psicológica y urogenital. Las mujeres con mayor nivel de instrucción, y con pareja tenían peor calidad de vida.

Conclusiones: La calidad de vida en las mujeres menopáusicas estudiadas mostró valores bajos, sobre todo desde las dimensiones psicológica y urogenital, con una influencia multifactorial sobre esto, donde intervienen tanto factores sociodemográficos, como sus hábitos y las enfermedades que padecen.

Palabras claves: Menopausia. Calidad de vida. Escala MRS. Climaterio. Factores asociados.



ABSTRACT

Background: menopause is a bio-socio-cultural phenomenon: in it, various factors interact: biological, psychological and social, which influence the quality of life of these women.

Objective: to evaluate the quality of life of women in menopausal transition who attend the outpatient service of the Hospital José Carrasco Arteaga, in the period of 6 months, using the MRS scale

Methodology: a quantitative cross-sectional study was carried out, in which the observational and analytical method was used, with 321 menopausal women who attended the outpatient gynecology service of the José Carrasco Arteaga Hospital. A survey was conducted and the MRS scale was applied to patients. The data collected was analyzed with SPSS 19.0. OR and Chi squared were used for the relationship between the associated factors and the quality of life.

Results: The average age of the patients was 51.23 years, the majority were married and working, from urban areas, and medium education. The MRS scale indicated that less than half of the respondents had a good quality of life, the greatest impact was on the psychological and urogenital dimensions. Women with a higher level of education and with a partner had a worse quality of life.

Conclusions: The quality of life in this population of menopausal women studied showed low values, especially from the psychological and urogenital dimensions, with a multifactorial influence on this, where sociodemographic factors, as well as their habits and the diseases they suffer, intervene.

Keywords: Menopause. Quality of life. MRS scale. Climacteric. Associated factors.



Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPITULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 Menopausia	15
2.2 Cambios fisiológicos	15
2.3 Factores de riesgo	16
Escala de calificación de la menopausia (ECM).	18
2.4. Revisión de bibliografía	19
CAPITULO III	22
3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	22
3.1 OBJETIVO GENERAL.	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	22
3.3 HIPOTESIS	22
CAPITULO IV	23
4 DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1. TIPO DE ESTUDIO.	23
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	23
4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS	23
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	24
4.5. VARIABLES.	24
4.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	24
4.7. PROCEDIMIENTOS	25
4.8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPITULO V	27
5. RESULTADOS.	27



5.1. Análisis de la distribución de las mujeres menopáusicas, según características sociodemográficas.....	27
5.2. Análisis de la calidad de vida de la población de estudio, medida por la escala MRS.....	29
5.3. Análisis de la distribución de las mujeres menopáusicas, según los factores de riesgo asociados.....	32
5.4. Análisis de la relación entre el trastorno mental y los factores de riesgo asociados (sociodemográficos, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos y enfermedades concomitantes).....	36
CAPÍTULO VI	44
6. DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO VII	49
7. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.....	49
7.1 CONCLUSIONES.....	49
7.2 RECOMENDACIONES.....	50
CAPITULO VIII	51
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
CAPITULO IX	54
9. ANEXOS	54
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54
ANEXO 2.ESCALA MRS (MENOPAUSE RATING SCALE) (1)	55
ANEXO 3. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	57
GRAFICOS.....	60



CLAUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Priscila Natalí Farfán Inga en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Calidad de vida y factores asociados que influyen en las mujeres en transición menopaúsica que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de mayo de 2019.

Priscila Natalí Farfán Inga

010567572-2



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Priscila Natalí Farfán Inga autora del proyecto de investigación "Calidad de vida y factores asociados que influyen en las mujeres en transición menopaúsica que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 08 de mayo de 2019

Priscila Natalí Farfán Inga

010567572-2





AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias Médicas por formarme en el camino de servicio.

A mi tutor, Dr. Jaime Ñauta por su confianza y enseñanzas.

A mi familia por ser mi pilar y mi fortaleza, a quienes represento con orgullo.

Gracias por ser parte de este camino, compartirme sus conocimientos y disfrutar mis logros como si fuesen suyos.



DEDICATORIA

A mis padres Horlando y Lorena por su ejemplo de lucha, apoyo, perseverancia y aliento.

A mi hermana Doménica por su compañía y amor; por siempre ser ejemplo una para la otra.

A mis abuelos Isabel, Targelio y Edivigis por sus enseñanzas y cariño.

A Christian por crecer juntos en este camino.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La menopausia es un fenómeno biológico, sociológico y cultural; en ésta interactúan diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales, los que influyen en la calidad de vida de estas mujeres. Al comparar los eventos climatéricos en mujeres de diferentes regiones, se observa una marcada variabilidad en cómo se manifiesta y la forma que se presentan los cambios relacionados con esta etapa (1).

Según la cultura, unos a la menopausia le confieren beneficios y las mujeres esperan con ansias su aparición; mientras que para otros es un estigma, algo innombrable y que avecina mala suerte. Por lo que no sólo es importante detectar el inicio de la menopausia, sino ver que apreciación subjetiva tiene la mujer sobre ésta, y el efecto que esto tendrá en su calidad de vida (2).

En 1990 se calculó que en el mundo existían 467 millones de mujeres postmenopáusicas. Se espera un total de 1,200 millones en el año 2030. En 1990, el 40 % de estas mujeres, vivían en países industrializados y el resto en países en desarrollo, sin embargo para el 2030 la proporción esperada en el mundo industrializado disminuirá hasta el 24% por un 76% del mundo en desarrollo (2).

Cuando comienza el climaterio con el cese de la función ovárica, la disminución de estrógenos, hace que aumenten las lipoproteínas de baja densidad formadas por el colesterol y disminuyen las de alta densidad, lo que está aparejado con la probabilidad de que se desarrollen enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, Alzheimer y aterosclerosis entre otras), más la predisposición al cáncer. Todo esto disminuye la calidad de vida de estas mujeres (1).

Se han realizado estudios sobre la calidad de vida de las mujeres menopaúsicas como los realizados en Perú, por Peña en 2016, en una unidad del primer nivel de atención de salud, empleando la Escala Menopause Rating Scale (MRS, por sus siglas en inglés).



Sus resultados mostraron que estas mujeres presentaban una pérdida moderada de la calidad de vida en un 40%, con pérdida leve un 35% y pérdida importante un 5%. En cuanto a las dimensiones la pérdida fue moderada en lo somático 40%, psíquica 45%, siendo la urogenital igualmente la más marcada (55%) (3).

En nuestro país Alvear y Calle realizaron un estudio similar empleando la Escala MRS. Estos autores encontraron que el promedio de calidad de vida fue de 19.53 puntos, 7.72 a la dimensión psicológica, 4.11 a la urogenital y 7.7 a la somática. Concluyeron que las mujeres que participaron en el estudio presentaron mala calidad de vida en la menopausia, y los principales factores que influyen en esto son el estado nutricional, la actividad física y el consumo de frutas (1).

Muchas mujeres en esta etapa en nuestro país consideran que la disminución de su calidad de vida forma parte de su ciclo vital, por lo que se resignan a asumir lo que creen es su destino.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto calidad de vida comenzó como una concepción sociológica y se ha convertido en una perspectiva psico-socio-cultural. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive, con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (4).

Los efectos de la menopausia en la mujer representan un problema de salud. Este problema se acentúa con el aumento de la expectativa de vida y por lo tanto se han incrementado los efectos de esta etapa en la mujer, afectándole en gran manera su calidad de vida (3).

Una gran parte de las mujeres se desaniman cuando arriban a esta etapa, auto devaluando su papel en la sociedad y/o el hogar. Se predisponen a esperar por un rápido



deterioro de su capacidad física, intelectual y emocional. En muchas ocasiones experimentan un estado de ánimo depresivo. Durante la perimenopausia, entre 70% y el 90% de las mujeres manifiestan reacciones, como irritabilidad, alteraciones de la memoria a corto plazo, cambios de ánimo y pérdida del interés sexual. Estos trastornos comprometen la esfera afectiva de la mujer, provocando esta depresión (5).

La evaluación de la calidad de vida de las mujeres menopáusicas y los factores que inciden en la disminución de ésta no han sido totalmente estudiados en nuestro contexto, y en base a esto nos planteamos las siguientes preguntas de investigación.

- ✓ ¿Cómo es la calidad de vida de las mujeres menopáusicas que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga?
- ✓ ¿Qué factores son los que más influyen sobre la disminución de la calidad de vida de las mismas?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las sociedades latinoamericanas no están ajenas al acelerado cambio poblacional. En el Ecuador en los años 80, la esperanza de vida en mujeres era de 65 años, actualmente es de 79 años. El incremento de la esperanza de vida, requerirá una mayor preocupación por parte de los servicios de salud e investigación (6).

La menopausia, representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica en la vida de toda mujer, y se impone que sean atendidas desde el aspecto biopsicosocial, las necesidades crecientes de las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas (7).

Teniendo en cuenta lo planteado, se pudiera decir que en nuestro país la adhesividad y cobertura del control de salud de mujeres en etapa climatérica está en niveles bajos, con poca difusión de los programas de salud destinados a su atención, perdiéndose la



ocasión de potenciar las prácticas de auto-cuidado que contribuirían en gran medida a mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

A partir de todo esto se decidió realizar este estudio. Teniendo en consideración que las beneficiarias serán las mujeres menopáusicas, ya que podremos obtener una medida de su calidad de vida y los factores que la afectan.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Menopausia

La menopausia es la suspensión permanente de la menstruación por pérdida en la función folicular de los ovarios. Se diagnostica de manera retrospectiva después de 12 meses de amenorrea (8).

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación, tras más de 12 meses consecutivos de amenorrea, ya sea por causa natural o inducida por iatrogenia. La menopausia natural representa la pérdida genéricamente programada de los folículos ováricos y de la producción hormonal ligada a la ovulación (9).

2.2 Cambios fisiológicos

Se suelen categorizar en tres variantes cambios endocrinos, biológicos y clínicos (10).

- Los endocrinos se reflejan en el descenso de niveles de estrógeno y progesterona a la vez que aumentan niveles de gonadotrofinas.
- En lo que respecta a los cambios biológicos disminución de fertilidad, dado el envejecimiento del ovario.
- Los clínicos constan de una alteración de ciclos menstruales y la aparición de signos y síntomas.

Los síntomas se suelen clasificar en (11):

a) Síntomas a corto plazo

- Síntomas vasomotores.
- Sofocaciones.
- Diaforesis.
- Cefaleas.
- Palpitaciones.
- Insomnio.



- Irritabilidad.
- Disminución de la libido.

b) Síntomas a mediano plazo

- Atrofia urogenital.
- Sequedad vaginal.
- Vaginitis.
- Pérdida del tono urinario.
- Incontinencia.
- Disuria.
- Urgencia miccional.
- Envejecimiento de la piel.

c) Síntomas a largo plazo

- Osteoporosis: disminución de la masa ósea, fracturas, aplastamientos vertebrales.
- Alteraciones cardiovasculares: por desaparición de efectos protectores de estrógenos.
- Obesidad.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial.

2.3 Factores de riesgo

a) Sobre peso y fumadoras:

Las mujeres con sobrepeso y fumadores tienen síntomas vasomotores más graves que las de peso normal (12).



b) Alimentación deficiente:

Sobre todo calcio y vitamina D, se estima que las mujeres deben tomar de 1000mg a 1500 mg de calcio y de 400 UI a 800 UI de vitamina D diarios (12).

c) Enfermedades concomitantes:

Atrofia urogenital: provoca sequedad y prurito vaginal, dispareunia, disuria y urgencia urinaria (12).

d) Osteoporosis: se estima que afecta a 30 millones de mujeres en Estados Unidos o aproximadamente a un 55% de las mujeres mayores de 50 años (12).

Osteoporosis: los estrógenos protegen el hueso durante toda la vida, porque van a (1):

- Estimular la formación de osteoblastos por medio del TGF- β (Factor de crecimiento tumoral beta).
- Inhiben las citoquinas reclutadoras de osteoclastos (IL-1, IL-6, TNF α y GM-CSF, RANKL).
- Contrarrestan los mecanismos de resorción ósea y la movilización del calcio inducida por la hormona paratiroidea (PTH).
- La progesterona estimula a los osteoblastos a depositar matriz mineralizada.

e) Enfermedades cardiovasculares:

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer, siendo responsable del 45% de la mortalidad (10).

Se caracteriza por tener una etiología multifactorial, el incremento de riesgo coronario se encuentra ligado al aumento de factores de riesgo que aparecen con la edad: envejecimiento, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, hábito tabáquico, sedentarismo, obesidad, antecedentes familiares, son los más importantes y se potencian entre sí (13).



f) Cáncer de mama

Es el más frecuente en la mujer, la segunda causa de muerte por cáncer y la principal preocupación sanitaria de la mujer posmenopáusica (10).

Sus cifras de incidencia se creen en aumento, según estudios recientes. Uno de los años más “tocados” epidemiológicamente fue el año 2004 en el cual se localizaron a nivel mundial, 519 mil fallecidos por cáncer de mama. Algunos de los elementos que lo condicionan se estiman ser el crecimiento urbano, la “occidentalización” como modo de vida, entre otros (14).

g) Diabetes Mellitus

Especialmente la de tipo II se considera de suma importancia en mujeres, ya que es una de las enfermedades crónicas más comunes en la posmenopausia y es un factor subyacente para las enfermedades cardiovasculares, causa principal de muerte en las sociedades occidentales. De la misma manera, la diabetes mellitus se asocia con un aumento en el cáncer de mama, enfermedad con alta prevalencia en mujeres mayores (15,16).

Escala de calificación de la menopausia (ECM).

Se trata de una escala específica de síntomas menopáusicos. Está compuesta por 11 puntos o ítems de síntomas que se agrupan en tres sub-escalas o dimensiones (17):

- 1) Somático-vegetativa.
- 2) Psicológica.
- 3) Urogenital.

La dimensión somático-vegetativa evalúa la presencia y gravedad de las oleadas de calor, molestias cardíacas, alteración del sueño y dolencias músculo-articulares. La dimensión psicológica evalúa la presencia y gravedad del estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental. La dimensión urogenital define la presencia y gravedad de los problemas sexuales y de vejiga y de la sequedad vaginal (17).

2.4. Revisión de bibliografía

Los estudios en esta esfera en la última década son bastante escasos, sobre todo aquellos que emplean la Escala MRS, por lo que se hace necesario continuar las investigaciones sobre esta problemática.

Estudios peruanos como el de Márquez y cols., desarrollado para comparar la calidad de vida entre un grupo urbano y migrante, reportaron puntajes menores de calidad de vida a nivel global (18). Así mismo, Gutiérrez en su investigación, encontró que 126 pacientes (31.8%) tienen un deterioro severo de su calidad de vida, siendo el dominio urogenital el más afectado con una puntuación media de 3.3 ± 2.9 , en un total de 154 pacientes (38.9%) (19).

López y cols., en Chile, en su estudio realizado en un grupo de mujeres con el fin de identificar la calidad de vida percibida, encontraron una puntuación alta, lo que se traduce en una peor calidad de vida para estas mujeres, sobre todo en la dimensión psicológica, lo que podría indicar que esta dimensión es la más afectada frente a las otras, debido a la forma de enfrentamiento de estas mujeres durante esta etapa complicada de sus vidas (20).

Cruz y cols., en México mostraron en su estudio que la gravedad de la sintomatología climatérica fue 71,15% con síntomas leves, el 24,85% síntomas moderados y 4% síntomas graves. La media de mayor puntaje, dentro de la sintomatología, fueron sofocaciones, sudoraciones, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, parestesias y melancolía, es decir los aspectos somáticos son los que tuvieron mayor importancia (21).

Couto y Nápoles, en Cuba, en 2014 realizaron una investigación sobre sintomatología climatérica, señalando que los síntomas psicológicos son los predominantes en el grupo de mujeres climatéricas sintomáticas. Igualmente determinaron que la prevalencia de depresión correspondió al 10% (22). Sobre esto, un estudio realizado en Australia, por



Gibbs y cols., en 2013, se plantea que la gravedad de los síntomas del climaterio predispone a las mujeres a tener síntomas depresivos en esta etapa de su vida (23).

Por otro lado, un estudio realizado en una población indígena colombiana, por Ulloque y cols., en 2013; pudieron observar que los síntomas cardiacos y las dificultades del sueño solo estuvieron presente alrededor del 28% de las mujeres estudiadas. Alrededor del 25% de las mujeres presentó síntomas depresivos, mientras que síntomas de cansancio físico y mental se reportaron en el 78%. Finalmente la sintomatología urológica en detalle estuvo muy presente en las mujeres indígenas colombianas con cifras por sobre el 70% (24).

El estudio de Peña, en Lima, en 2016; tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de 100 mujeres en etapa de climaterio en una Unidad del Primer Nivel de Atención de Salud. Utilizaron un cuestionario estructurado que evaluó la calidad de vida de las mujeres en el climaterio con 11 ítems en su versión en español, el cual fue validado y sometido a prueba piloto para obtener la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach. Encontraron que las mujeres en la etapa de la menopausia presentan una pérdida moderada de la calidad de vida 40%, pérdida leve 35%, pérdida importante 5% y sin cambios en la calidad de vida 20%. En las dimensiones la pérdida fue moderada en lo somático 40%, psíquica 45% y urogenital 55% (3).

Concluyeron que la calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una Unidad del Primer Nivel de Atención de Salud Manchay muestra una pérdida moderada, siendo la dimensión urogenital la que alcanzó el mayor porcentaje en pérdida moderada de calidad de vida (3).

González, en 2015, en Chile, estudió mujeres de 45 a 64 años con sintomatología climatérica, controladas en un Centro de Salud Familiar, con la finalidad de relacionar el nivel de funcionamiento familiar con la sintomatología climatérica. Obtuvo una media de edad 52 años. El 95% tenía pareja estable, 77% escolaridad media, 62,5% eran dueñas de casa, 60% viven en familias nucleares y el 60% tenía un nivel socioeconómico bajo (25).



Las patologías crónicas tuvieron un aumento significativo respecto del inicio de la evaluación clínica aumentando significativamente en el caso de la diabetes y la dislipidemia. Destacan como molestias severas los bochornos en un 87,5% de ellas, la irritabilidad en un 80% y los problemas sexuales en un 60%. La funcionalidad familiar identificó que el 55% de ellas, pertenecen a familias con algún grado de disfuncionalidad familiar (25).

Concluyeron que luego de los análisis estadísticos realizados no permitieron establecer la asociación de los síntomas propios del climaterio con la disfuncionalidad familiar, sólo se observó una relación positiva entre el riesgo familiar y la disfuncionalidad familiar (25).

En nuestro país, la investigación de Alvear y Calle, en Quito, en 2015, estudió los factores de riesgo que influyen en modificar la calidad de vida en mujeres menopáusicas según la escala MRS. Para esto realizaron un estudio de tipo transversal, con 288 mujeres entre 42 y 65 años de edad, obteniendo que el promedio de calidad de vida según la MRS fue 19.53 puntos, de esto: 7.72 correspondió al aspecto psicológico, 4.11 correspondió al aspecto urogenital y 7.7 correspondió al aspecto somático. Los factores en relación a la calidad de vida con mayor relevancia fueron: IMC (OR 2,48 P=0,03), actividad física (OR 5,051 P=0,00), consumo de frutas (OR 4,85 P=0,01). El resto de factores como: estado civil, nivel de instrucción, dieta (carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales), hábitos perniciosos, no tuvieron relevancia significativa (1).

Los autores concluyeron que las mujeres que participaron en el estudio presentaron mala calidad de vida en la menopausia. Los factores capaces de modificar la calidad de vida en las mujeres menopáusicas, como el IMC y la actividad física, presentan significancia estadística (1).



CAPITULO III

3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Analizar la calidad de vida y sus factores asociados en mujeres en transición menopáusica, que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar características socio-demográficas de la población estudiada.
- Evaluar la calidad de vida, medida por la escala MRS, de las mujeres menopáusicas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Identificar los factores asociados (hábitos alimentarios, hábitos tóxicos, enfermedades concomitantes) que influyen sobre la calidad de vida de las mujeres menopáusicas estudiadas.
- Relacionar los factores asociados (sociodemográficos, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos y enfermedades concomitantes), con la calidad de vida medida por la escala MRS.

3.3 HIPOTESIS

Las mujeres en transición menopáusica, que acudieron al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, tienen un severo deterioro de la calidad de vida. Los principales factores de riesgo asociados que condicionan esto son las enfermedades concomitantes y los hábitos tóxicos.



CAPITULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio analítico cuantitativo prospectivo de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga, hospital de primer nivel de atención médica de la ciudad de Cuenca, 2018.

4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS

Universo: todas las mujeres menopáusicas que asistieron al Hospital José Carrasco Arteaga.

Muestra: teniendo en cuenta que se conoce el dato de mujeres menopáusicas del año 2017, pues la muestra se obtuvo con el uso de la fórmula del Epinfo versión 6.

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

N: es el tamaño de la población o universo. En todo el año 2017 la población fue de 5845 mujeres en etapa de menopausia. Siendo el estudio a realizarse solo correspondiente a 4 meses pues la población se calculará guiándonos por el equivalente a estos 4 meses. Es decir, aproximadamente unas 1948 mujeres.

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. Para este caso el 95%.

e: es el error muestral deseado. Para este caso el 5%.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Para este estudio el 0.5.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica. Para este estudio el 0.5.

n: la muestra será de 321 mujeres.

Muestreo: Probabilístico.

Unidad de Análisis: mujeres menopáusicas que asistieron al Hospital José Carrasco Arteaga, durante el período escogido.



4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con menopausia natural y edad comprendida entre 42 y 65 años.
- Pacientes con amenorrea de al menos un año previo al estudio.
- Pacientes con histerectomía previa.
- Pacientes que firmen el consentimiento para el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades crónicas descompensadas y enfermedades tiroideas.
- Pacientes con deterioro cognitivo que impida una correcta y/o fiable anamnesis y la veracidad de la información.

4.5. VARIABLES.

Variable independiente: edad, estado civil, residencia, nivel de instrucción y situación laboral, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos, enfermedades concomitantes.

Variable dependiente: calidad de vida de mujeres en transición menopáusica.

4.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: Entrevista estructural y aplicación de la escala MRS (Menopause Rating Scale) (Anexo 2).

Técnica: se realizó una encuesta y les aplicó la escala MRS a las mujeres menopáusicas atendidas en la consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga a partir de la aprobación del protocolo en la Coordinación General de Investigación del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Instrumento: escala MRS, formulario de recolección de datos (Anexo 3).



Empleo de la escala MRS

Esta escala mide la calidad de vida y los síntomas menopaúsicos. Está compuesta por once puntos o ítem de síntomas que se agrupan en tres sub-escalas o dimensiones:

Somático–vegetativa: presencia y severidad de oleadas de calor, molestias cardíacas, alteraciones del sueño, dolencias en músculos y ligamentos.

Psicológica: presencia y severidad de estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental.

Urogenital: presencia y severidad de problemas sexuales, problemas de vejiga, sequedad vaginal.

Cada uno de los ítems es calificado como:

0 = Ausente

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Severo

4 = Muy severo

La sumatoria de las medias, establecen la puntuación de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establecen el puntaje total global de la escala.

La dimensión somática se cataloga como normal (Ausente, Leve, Moderado) un puntaje igual o menor a 8 y severo mayor a este puntaje; la psicológica es normal con un puntaje igual o menor a 6 y la urogenital un puntaje menor o igual a 3.

El puntaje total se considera normal con un valor igual o menor a 16 y severo mayor a este valor.

Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida.

4.7. PROCEDIMIENTOS

Se realizó una encuesta y se aplicará la escala MRS, previa autorización de la Coordinación General de Investigación; a las pacientes que dieron el consentimiento informado para realizar este estudio, recopilándose toda esta información en el formulario de recolección de datos (Anexo 2), elaborado para tal efecto.



Autorización: todo esto se realizó con previa autorización del director de Coordinación General de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga, Dr. Marco Rivera Ullauri.

Capacitación: se realizó mediante revisión bibliográfica y la consulta a tutor y asesor.

Supervisión: realizada por el director de tesis: Dr. Jaime Ñauta B.

4.8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información recogida en el formulario, se procesó mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0 para Windows. Las variables cualitativas y cuantitativas categorizadas se presentaron en forma de frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas se calculó la media, desviación estándar y valores mínimos y máximos.

Para evaluar la relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida, se empleó Odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% y el estadígrafo Chi cuadrado (X^2). Se consideró estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$.

Para calcular el OR en variables no dicotómicas (Ej.: edad, estado civil) se realizaron adaptaciones (Ej.: edad: menor de 60 años y 60 años o más; estado civil: sin pareja y con pareja), para que se pudiera calcular este parámetro.

El resultado del OR se interpreta de la siguiente forma:

- Mayor a la unidad se interpreta como que hay riesgo
- Menor a la unidad se interpreta como factor protector.
- Igual a la unidad no hay riesgo.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

La información se guardó con absoluta confidencialidad, siendo utilizada solo para el presente estudio, se facultó a las personas indicadas la verificación de la información y se pidió el Consentimiento Informado (Anexo 4) a las pacientes para la realización de dicho estudio.

CAPITULO V

5. RESULTADOS.

5.1. Análisis de la distribución de las mujeres menopáusicas, según características sociodemográficas.

Tabla 1. Distribución de las 321 pacientes, según variables sociodemográficas (edad, residencia, estado civil, nivel de instrucción y situación laboral).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
EDAD (años)	42 a 49	119	37,1
	50 a 59	184	57,3
	60 a 65	18	5,6
	<i>Media</i>	51,23	
	<i>Desviación estándar</i>	4,53	
ESTADO CIVIL	Casada	210	65,4
	Soltera	46	14,3
	Divorciada	43	13,4
	Viuda	19	5,9
	Unión libre	3	0,9
RESIDENCIA	Urbana	243	75,7
	Rural	78	24,3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	1	0,3
	Primaria	38	11,8
	Secundaria	165	51,4
	Superior	117	36,4
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	257	80,0
	No trabaja	48	15,0
	Jubilada	16	5,0
TOTALES		321	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Priscila Natalí Farfán Inga



Interpretación:

La edad de la población de estudio promedió **51,23**± 4,53 años. Fueron más frecuentes las mujeres de 50 a 59 años (57,3%), seguidas de las de 42 a 49 años (37,1%).

La mayoría de los encuestadas estaban casadas (65,4%), un 14,3% eran solteras y el 13,4% divorciadas, en menor proporción las viudas o en unión libre.

Poco más de tres cuartos de la población de estudio residía en zonas urbanas, siendo el nivel de instrucción secundaria (51,4%) y el superior (36,4%) los más comunes.

El 80% de las encuestadas trabaja, un 15% no trabaja y apenas el 5% están jubiladas.

5.2. Análisis de la calidad de vida de la población de estudio, medida por la escala MRS.

Tabla 2. Distribución de las 321 mujeres menopáusicas según la evaluación de las dimensiones de sintomatología climatérica, por la Escala MRS.

EVALUACIÓN DE LAS DIMENSIONES		N	%
SOMÁTICA	NORMAL	270	84,1
	SEVERA	51	15,9
	Puntuación media	5,61	
	Desviación estándar	2,83	
PSICOLÓGICA	NORMAL	132	41,1
	SEVERA	189	58,9
	Puntuación media	7,34	
	Desviación estándar	3,53	
UROGENITAL	NORMAL	142	44,2
	SEVERA	179	55,8
	Puntuación media	3,99	
	Desviación estándar	2,46	
TOTALES		321	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Priscila Natalí Farfán Inga



Interpretación:

Las mujeres estudiadas muestran en la dimensión somática valores entre 0 y 16 con una media de $5,61 \pm 2,83$ puntos. En el 84,1% de los casos esta dimensión se evaluó como NORMAL.

En la dimensión psicológica se obtuvieron valores entre 0 y 16 con una media de $7,34 \pm 5,53$ puntos. En solo el 41,1% de los casos esta dimensión se evaluó de NORMAL, mientras en el 58,9% mostraban sintomatología climatérica SEVERA.

En la dimensión urogenital se reportaron valores entre 0 y 12 con un promedio de $3,99 \pm 2,46$ puntos. El 44,2% de los casos esta dimensión se evaluó de NORMAL, mientras en el 55,8% presentaban sintomatología climatérica SEVERA.

Tabla 3. Distribución de las 321 mujeres menopáusicas según la evaluación de la calidad de vida, por la Escala MRS.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	N	%
BUENA	156	48,6
MALA	165	51,4
Puntuación media	16,95	
Desviación estándar	7,25	
TOTAL	321	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

Interpretación:

En la población de estudio luego de aplicada la escala MRS, el **48,6%** tiene una **BUENA** calidad de vida, mientras en el **51,4%** se evaluó como **MALA**.

5.3. Análisis de la distribución de las mujeres menopáusicas, según los factores de riesgo asociados.

Tabla 4. Distribución de las 321 pacientes estudiadas, según los hábitos alimentarios semanales.

HÁBITOS ALIMENTARIOS DIARIOS		N	%
CARBOHIDRATOS	Nunca	6	1,9
	1 o 2 veces	40	12,5
	3 o 4 veces	88	27,4
	5 o más veces	187	58,3
PROTEÍNAS	Nunca	3	0,9
	1 o 2 veces	64	19,9
	3 o 4 veces	162	50,5
	5 o más veces	92	28,7
GRASAS	Nunca	131	40,8
	1 o 2 veces	139	43,3
	3 o 4 veces	32	10,0
	5 o más veces	19	5,9
VEGETALES	Nunca	2	0,6
	1 o 2 veces	47	14,6
	3 o 4 veces	121	37,7
	5 o más veces	158	47,0
FRUTAS	Nunca	3	0,9
	1 o 2 veces	49	15,0
	3 o 4 veces	114	35,5
	5 o más veces	155	48,3
TOTALES		321	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Priscila Natalí Farfán Inga



Interpretación:

La mayoría de las encuestadas consumen carbohidratos 3 o más veces a la semana, e incluso el 58,3% lo hace 5 o más veces. Con las proteínas ocurre algo similar, se consume generalmente 3 o más veces en la semana, pero en este caso predominaron las encuestadas que lo hacen 3 o 4 veces (50,5%).

En cuanto a las grasas está mucho más disminuido el consumo predominando las que lo hacen 1 o 2 veces semanales (43,3%) o nunca (40,8%).

En relación a los vegetales y las frutas, lo más frecuente es que se consuman 5 o más veces en la semana, cerca de la mitad de las encuestadas lo hacen así, mientras 3 o 4 veces, es el hábito de poco más del 35%.

Tabla 5. Distribución de las 321 pacientes estudiadas, según los hábitos tóxicos que presentan.

HÁBITOS TÓXICOS		N	%
ALCOHOL	Nunca	298	92,8
	Ocasional	19	5,9
	Frecuente	4	1,2
TABACO	Nunca	279	86,9
	Ocasional	31	9,7
	Frecuente	11	3,4
DROGAS	Nunca	319	99,4
	Ocasional	2	0,6
	Frecuente	0	0
CON HÁBITOS TÓXICOS	SI	61	19,0
	NO	260	81,0
TOTALES		321	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

Interpretación:

En el grupo de estudio solo el 19% tiene hábitos tóxicos, en 7 casos más de uno. El más consumido es el tabaco, con poco más del 13% (casi el 10% de forma ocasional), el Alcohol, solo lo consumen el 7,1% (5,9% de manera ocasional) y solo 2 personas consumen drogas, de manera ocasional.

Tabla 6. Distribución de las 321 pacientes estudiadas, según las enfermedades concomitantes que padecen.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES		N	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	73	22,7
	NO	248	77,3
DIABETES MELLITUS	SI	15	4,7
	NO	306	95,3
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	SI	4	1,2
	NO	317	98,8
OSTEOPOROSIS	SI	60	18,7
	NO	261	81,3
PADECIMIENTO	SI	141	43,9
	NO	180	56,1
TOTALES		321	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

Interpretación:

En el grupo de estudio, el 43,9% padecía alguna enfermedad concomitante, en 11 casos más de una. La más frecuente resultó ser la hipertensión arterial (22,7%), seguida de la osteoporosis (18,7%), la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica eran padecimientos de mucha menor proporción.

5.4. Análisis de la relación entre el trastorno mental y los factores de riesgo asociados (sociodemográficos, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos y enfermedades concomitantes).

Tabla 7. Relación entre la calidad de vida y los factores sociodemográficos (edad, residencia, estado civil, nivel de instrucción y situación laboral).

FACTORES SOCIODEMOG.	CALIDAD DE VIDA			Estadígrafo
	BUENA	MALA	TOTAL	
EDAD	N (%)	N (%)	N (%)	
Menor de 60 años	145 (47,9)	158 (52,1)	303 (100)	OR= 1,712 IC95 (0,646-4,535) p= 0,274
60 a 65 años	11 (61,1)	7 (38,9)	18 (100)	
RESIDENCIA	N (%)	N (%)	N (%)	
Urbana	113 (46,5)	130 (53,5)	243 (100)	OR= 1,413 IC95 (0,847-2,360) p= 0,185
Rural	43 (55,1)	35 (44,9)	78 (100)	
ESTADO CIVIL	N (%)	N (%)	N (%)	
Con pareja	94 (44,1)	119 (55,9)	213 (100)	OR= 1,706 IC95 (1,069-2,723) p= 0,025
Sin pareja	62 (57,4)	46 (42,6)	108 (100)	
INSTRUCCIÓN	N (%)	N (%)	N (%)	
Analfabeta/Primaria	26 (66,7)	13 (33,3)	39 (100)	OR= 2,338 IC95 (1,155-4,736) p= 0,016
Secundaria/Superior	130 (46,1)	152 (53,9)	282 (100)	
SITUAC. LABORAL	N (%)	N (%)	N (%)	
Trabaja	120 (46,7)	137 (53,3)	257 (100)	OR= 1,468 IC95 (0,846-2,548) p= 0,171
No trabaja/Jubilada	36 (56,3)	28 (43,7)	64 (100)	
TOTALES	156 (48,6)	165 (51,4)	321 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

**Interpretación:**

Las mujeres menores de 60 años mostraron menor calidad de vida que las de 60 a 65 años. Aunque la diferencia no llegó a ser significativa ($p=0,274$), el riesgo de las más jóvenes de tener más baja la calidad de vida es 1,7 veces mayor ($OR= 1,712$, $IC95: 0,646-4,535$).

Las que viven en zonas urbanas igualmente mostraron una menor calidad de vida, aunque la diferencia no llega a ser significativa ($p=0,185$). El estado civil, indicó una prevalencia significativamente mayor de los sujetos con pareja, de tener menor calidad de vida ($p=0,025$) con un riesgo 1,7 veces mayor a las mujeres sin pareja ($OR= 1,706$, $IC95: 1,069-2,723$).

El nivel de instrucción indicó igualmente diferencias significativas ($p=0,016$) entre las que tienen bajo nivel (analfabetas/primaria) con las de nivel más alto (secundaria/superior), dos tercios de las menos preparadas académicamente mostraron una buena calidad de vida, mientras que solo el 46,1% de las de mayor nivel presentaron buena calidad de vida según la Escala MRS. Teniendo estas últimas un riesgo 2,3 veces mayor de que su calidad de vida sea mala ($OR= 2,338$, $IC95: 1,155-4,736$).

El estatus laboral mostró que las mujeres que trabajan tienen una calidad de vida inferior, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,171$), tampoco el trabajar indica tener un riesgo marcado para la disminución de la calidad de vida ($OR= 1,468$, $IC95: 0,846-2,548$).

Tabla 8. Relación entre la calidad de vida y los hábitos alimentarios diarios.

HÁBITOS ALIMENTARIOS.	CALIDAD DE VIDA			Estadígrafo
	BUENA	MALA	TOTAL	
CARBOHIDRATOS	N (%)	N (%)	N (%)	
2 o menos semanal	32 (69,6)	14 (30,4)	46 (100)	OR= 2,783 IC95 (1,422-5,447) p= 0,002
3 o más semanal	124 (45,1)	151 (54,9)	275 (100)	
PROTEÍNAS	N (%)	N (%)	N (%)	
2 o menos semanal	38 (56,7)	29 (43,3)	67 (100)	OR= 1,51 IC95 (0,878-2,598) p= 0,135
3 o más semanal	118 (46,5)	136 (53,5)	254 (100)	
GRASAS	N (%)	N (%)	N (%)	
2 o menos semanal	122 (45,2)	148 (54,8)	270 (100)	OR= 2,426 IC95 (1,293-4,554) p= 0,005
3 o más semanal	34 (66,7)	17 (33,3)	51 (100)	
VEGETALES	N (%)	N (%)	N (%)	
2 o menos semanal	28 (57,1)	21 (42,9)	49 (100)	OR= 1,50 IC95 (0,812-2,771) p= 0,194
3 o más semanal	128 (47,1)	144 (52,9)	272 (100)	
FRUTAS	N (%)	N (%)	N (%)	
2 o menos semanal	29 (55,8)	23 (44,2)	52 (100)	OR= 1,41 IC95 (0,76-2,562) p= 0,258
3 o más semanal	127 (47,2)	142 (52,8)	269 (100)	
TOTALES	156 (48,6)	165 (51,4)	321 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Priscila Natalí Farfán Inga



Interpretación:

Las personas que consumen los alimentos 2 veces a la semana a lo sumo, tienen mayor calidad de vida que las que lo hacen 3 veces o más, a excepción de las grasas, que mostraron buena calidad de vida, las que consumen este alimento más veces en la semana. Aunque la diferencia solo resultó ser significativa para las grasas y los carbohidratos ($p < 0,05$).

Las mujeres que consumen carbohidratos en la semana 3 veces o más tienen un riesgo casi 3 veces mayor de que su calidad de vida no sea buena ($OR = 2,783$, $IC95: 1,422-5,447$). Por otro lado, quienes consumen grasas menos de 3 veces semanalmente presentan un riesgo 2,4 veces más alto de tener mala calidad de vida ($OR = 2,426$, $IC95: 1,293-4,554$).

Tabla 9. Relación entre la calidad de vida y los hábitos tóxicos de las pacientes.

HÁBITOS TÓXICOS.	CALIDAD DE VIDA			<i>Estadígrafo</i>
	BUENA	MALA	TOTAL	
ALCOHOL	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	18 (78,3)	5 (21,7)	23 (100)	OR= 0,253 IC95 (0,091-0,703) p= 0,005
SIN HÁBITOS	124 (47,7)	136 (52,3)	260 (100)	
TABACO	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	17 (40,5)	25 (59,5)	42 (100)	OR= 1,341 IC95 (0,691-2,601) p= 0,384
SIN HÁBITOS	124 (47,7)	136 (52,3)	260 (100)	
DROGAS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	2 (100)	0 (0)	2 (100)	OR= NO CALCULADO p= 0,140
SIN HÁBITOS	124 (47,7)	136 (52,3)	260 (100)	
HÁBITO TÓXICO	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	32 (52,5)	29 (47,5)	61 (100)	OR= 0,826 IC95 (0,473-1,444) p= 0,503
NO	124 (47,7)	136 (52,3)	260 (100)	
TOTALES	156 (48,6)	165 (51,4)	321 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

Interpretación:

En esta tabla se compararon a las mujeres según el tipo de hábito tóxico con las 260 que no tenían ningún tipo de hábito tóxico.

En sentido general las personas que tienen hábitos tóxicos mostraron un porcentaje ligeramente mayor de casos con mejor calidad de vida (52,5% por un 47,7% de las no consumidoras), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa (p=0,503).



Las mujeres que consumían alcohol mostraron mucha mejor calidad de vida (78,3% buena) que las que no lo consumen (47,7% buena), la diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,005$), a los efectos de riesgo el consumo de alcohol resultó tener un efecto protector ($OR= 0,253$, $IC95: 0,091-2,703$).

En el estudio solo hubo dos casos que consumían drogas, y ambos con buena calidad de vida, el OR no pudo ser calculado pues no hubo ninguna con mala calidad de vida entre las consumidoras de drogas, no permitiendo establecer el riesgo, aunque el estadígrafo Chi cuadrado mostró una relación que no llega a ser estadísticamente significativa ($p=0,140$).

El consumo de tabaco si reflejó una menor calidad de vida en las mujeres que fumaban (40,7% buena) por un 47,7% de buena calidad de vida en las no fumadoras. La diferencia no llegó a ser significativa ($p=0,384$) y el riesgo es apenas perceptible ($OR= 1,341$, $IC95: 0,691-2,601$).

Tabla 10. Relación entre la calidad de vida y el padecimiento de enfermedades concomitantes.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	CALIDAD DE VIDA			<i>Estadígrafo</i>
	BUENA	MALA	TOTAL	
HTA	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	39 (53,4)	34 (46,6)	73 (100)	<i>OR= 0,953 IC95 (0,553-1,643) p= 0,862</i>
SANOS	94 (52,2)	86 (47,8)	180 (100)	
DM2	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	113 (53,3)	130 (46,7)	15 (100)	<i>OR= 0,956 IC95 (0,333-2,749) p= 0,934</i>
SANOS	94 (52,2)	86 (47,8)	180 (100)	
IRC	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100)	<i>OR= 1,093 IC95 (0,151-7,930) p= 0,930</i>
SANOS	94 (52,2)	86 (47,8)	180 (100)	
OSTEOPOROSIS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	18 (30,0)	42 (70,0)	60 (100)	<i>OR= 2,55 IC95 (1,365-4,764) p= 0,003</i>
SANOS	94 (52,2)	86 (47,8)	180 (100)	
PADECIMIENTO	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	62 (44,0)	79 (56,0)	141 (100)	<i>OR= 1,393 IC95 (0,894-2,169) p= 0,171</i>
NO	94 (52,2)	86 (47,8)	180 (100)	
TOTALES	156 (48,6)	165 (51,4)	321 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Priscila Natalí Farfán Inga



Interpretación:

El efecto de las enfermedades concomitantes se comparó con las mujeres que no presentaban ninguna enfermedad. En sentido general, las personas que padecen alguna enfermedad, tienen una menor calidad de vida, aunque la diferencia no llega a ser significativamente mayor ($p=0,171$).

Las pacientes que padecían HTA, DM Tipo II y la IRC mostraron porcentajes muy similares de buena calidad de vida a los de las pacientes “sanas”.

Sin embargo, la osteoporosis si se comportó como una enfermedad que afectó en gran medida la calidad de vida de las pacientes, pues solo el 30% de las mujeres que la padecían, tenían buena calidad de vida, mientras en el 70% era mala. Esta relación resultó ser estadísticamente significativa ($p=0,003$), mostrando un riesgo 2,55 veces más alto las pacientes osteoporóticas de tener una mala calidad de vida ($OR= 2,55$, $IC95: 1,365-4,764$).



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Las pacientes estudiadas tenían entre 50 y 59 años principalmente, con un promedio, de 51 años, la mayoría estaban casadas y trabajan. Viven en zonas urbanas y su nivel de instrucción es principalmente secundaria o superior, condicionado esto último por los últimos programas de educación en nuestro país. Estos valores son muy similares a los obtenidos por González, en 2015 (25), en Chile, donde la media de edad fue de 52 años, el 95% tenía pareja estable y el 77% escolaridad media.

En las mujeres estudiadas el 84,1% de los casos la dimensión somática se evaluó como normal. La carencia de hormonas sexuales que trae aparejada el síndrome climatérico, sobre todo de los estrógenos, tiene sensibles consecuencias sobre el estado físico y psicológico de la mujer. Alteraciones en sus órganos genitales a causa de la falta de estrógenos que mantenía humedad de la mucosa vulvovaginal, al igual que la resistencia a procesos inflamatorios, por lo que comienza la sequedad en esa región, favoreciendo la aparición de infecciones y que las relaciones sexuales se puedan convertir más en molestas que placenteras (19).

En este estudio la dimensión somática fue la menos afectada como ocurrió en el de Peña, en Lima (3), que llegó al 40% de afectación, a diferencia de lo obtenido por Cruz, y cols. en México donde la media de mayor puntaje, dentro de la sintomatología, fueron sofocaciones, sudoraciones, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, parestesias y melancolía; es decir los aspectos somáticos son los que tuvieron mayor importancia (21).

En la dimensión psicológica se obtuvo una media de $7,34 \pm 5,53$ puntos. En solo el 41,1% de los casos esta dimensión se evaluó como normal. Los efectos desde el punto de vista psicológico son ocasionados por la relación de la mujer con su entorno social como consecuencia de su cambio biológico. Entre los principales pueden constatarse: tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad, y hasta agresividad; entre otros (22).



La manera en que estos trastornos afectan en la transición hacia la menopausia varía sensiblemente de unas mujeres a otras, dependiendo de múltiples factores que no han sido totalmente investigados. Por otro lado, es frecuente que cualquiera de estos trastornos aparezca de forma más marcada en aquellas mujeres con antecedentes de afectación por ese motivo. Por lo general no son continuos, sino que experimentan altibajos, fases agudas y otras asintomáticas, el tiempo de duración de estas fases también es variable, pero es frecuente su coincidencia con ciclos regulares similares al ciclo menstrual (3).

Estos resultados son muy similares a los de López y cols., en Chile, que encontraron una puntuación alta, lo que se traduce en una peor calidad de vida para estas mujeres, sobre todo en la dimensión psicológica, indicando que esta dimensión es la más afectada frente a las otras, como en este estudio, debido a la forma de enfrentamiento de estas mujeres durante esta etapa complicada de sus vidas (20). Valores más bajos obtuvo Peña en su investigación limeña, con un 45% de afectación (3).

Igualmente Couto y Nápoles, en Cuba, en 2014, señalan que los síntomas psicológicos son los predominantes en el grupo de mujeres climatéricas sintomáticas, sobre todo la depresión (22). Gibbs y cols., plantean que la gravedad de los síntomas del climaterio predispone a las mujeres a tener síntomas depresivos en esta etapa de su vida (23).

En la dimensión urogenital se obtuvo un promedio de $3,99 \pm 2,46$ puntos. El 44,2% de los casos esta dimensión se evaluó como normal. La falla estrogénica que se presenta durante el proceso de transición a la menopausia y durante la postmenopausia, es en muchos casos la gran responsable de las alteraciones sintomatológicas y los cambios biológicos y psicológicos que se presentan y afectan la calidad de vida de estas personas (3).

Gutiérrez en su investigación, encontró que el 31.8% de su población de estudio tenían un deterioro severo de su calidad de vida, siendo el dominio urogenital el más afectado con una puntuación media de 3.3 ± 2.9 , en un total de 154 pacientes (38.9%), resultado



un tanto menor al nuestro pero mostrando como la dimensión urogenital es una de las más afectadas (19). Lo mismo ocurrió en el estudio de Ulloque y cols. (24), donde la sintomatología urológica estuvo muy presente en las mujeres que estudiaron con cifras por sobre el 70%, más altas incluso que en esta investigación, mismo que ocurrió en la de Peña, en Lima donde llegó al 55% (3).

En la población de estudio luego de aplicada la escala MRS (promedio 16,95), el 48,6% tiene una buena calidad de vida, mientras en el 51,4% se evaluó como mala. Esto evidencia que las mujeres perciben que sus experiencias durante el climaterio, no son positivas, por lo que han perdido de forma moderada su calidad de vida, es decir sus inquietudes y expectativas sobre si, por los cambios suscitados en esta etapa (20).

Al compararlo con otro estudio realizado en nuestro país por Alvear y Calle (1), en 2015, donde el resultado promedio de la MRS fue 19.53 puntos, muy superior al nuestro, al igual en el valor de las dimensiones: 7.72 psicológica, 4.11 urogenital y 7.7 la somática. Peña (3) plantea, luego de su investigación, que hay pérdida moderada de la calidad de vida 40%, pérdida leve 35% y pérdida importante 5% y sin cambios en la calidad de vida 20%, resultados que difieren un tanto de los del presente estudio.

La relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida mostraron que las mujeres con mayor nivel de instrucción, y con pareja tenían peor calidad de vida, esto pudiera deberse en el primer caso a que con mayor instrucción las responsabilidades aumentan y el estrés y la presión del tipo de trabajo que realizan es mayor. No siempre son factores importantes, en el caso del estudio quiteño de Alvear y Calle no se encontró que exista relación entre el estado civil y el nivel de instrucción con la calidad de vida de las pacientes (1).

Cuando se vive en un ambiente familiar desfavorable, sobre todo en la relación conyugal, los síntomas propios del climaterio en la mujer se acentúan, desmejorando de este modo su calidad de vida (22). El entorno familiar desfavorable, representado por una alteración en el ambiente familiar y conyugal, donde la insatisfacción por falta de apoyo familiar y



la poca comunicación entre todos sus integrantes, pueden convertirse en factores de riesgo para la presencia de sintomatología climatérica (25).

El consumo de poca grasa, mucho carbohidrato, y el padecer osteoporosis, resultaron factores de riesgo importantes en la disminución de la calidad de vida, mientras que el consumo de alcohol resultó ser un factor protector.

Los carbohidratos aportan mucha energía. Si hay exceso de peso se deben disminuir su consumo, pero no suprimirlo; ya que estos son los que otorgan energía en mayor proporción. Al tener un alto aporte calórico por gran consumo de grasas, puede causar obesidad, trastornos lipídicos, por lo cual se debe tener cuidado con su consumo, aunque en nuestro estudio no se comportó así, ya que hay que tener en cuenta que la dimensión psicológica fue la más afectada, y en esto influye mucho las necesidades de hacer dieta, de verse más atractivas, etc., que generan estrés adicional y rompe con la alimentación adecuada de estas mujeres.

En el caso del alcohol, aunque generalmente en las mujeres este se reduce, ocurre que, a diferencia de los hombres, los efectos de ingerirlo en la mujer son más importantes, esto se debe porque en la mujer existe mayor capacidad de absorción y su eliminación es más lenta. Los estudios otorgan a los compuestos fenólicos del vino propiedades beneficiosas para la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares, a su vez indican los efectos protectores ajustados a un consumo moderado y sostenido de vino. Se recomienda que la ingestión diaria no supere el intervalo de 30-60 ml para que el riesgo no supere al beneficio (3).

En la investigación quiteña de Alvear y Calle (1), los resultados difieren algo de los del presente estudio. Ellos indican que, de las pacientes encuestadas, más de la mitad consumían carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales y frutas la mayor parte de días en la semana. No encontraron que el consumo de alcohol influya de forma directa en la calidad de vida durante la menopausia, tampoco en el de Marquez y cols. (18).



Para Alvear y Calle los factores asociados a la calidad de vida con mayor relevancia fueron: IMC (OR 2,48 P=0,03), actividad física (OR 5,051 P=0,00), y consumo de frutas (OR 4,85 P=0,01). El resto de factores como: estado civil, nivel de instrucción, dieta (carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales), hábitos perniciosos, no tuvieron relevancia significativa (1).

La calidad de vida en esta población de mujeres menopáusicas estudiadas mostró valores bajos, sobre todo desde las dimensiones psicológica y urogenital, con una influencia multifactorial sobre esto, donde intervienen tanto factores sociodemográficos, como sus hábitos y las enfermedades que padecen.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Las pacientes estudiadas tienen generalmente entre 50 y 59 años, la mayoría estaban casadas y trabajan. Viven en zonas urbanas y su nivel de instrucción es principalmente secundaria o superior.

La escala MRS indicó que menos de la mitad de las encuestadas tenían una buena calidad de vida, las mayores afectaciones estaban en las dimensiones psicológica y urogenital.

En cuanto a los factores de riesgo la mayoría consume más de 3 veces en la semana carbohidratos, vegetales, frutas y proteínas, mientras las grasas 1 a 2 veces a lo sumo generalmente, algunas nunca. Cerca de la quinta parte tenía hábitos tóxicos, siendo el tabaco el más común. Enfermedades concomitantes padecían menos de la mitad, manifestándose la HTA y la osteoporosis como las más frecuentes.

La relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida mostraron que las mujeres con mayor nivel de instrucción, y con pareja tenían peor calidad de vida, así como las que consumen semanalmente poca grasa y mucho carbohidrato. Igualmente, el padecimiento de osteoporosis resultó un factor de riesgo importante en la disminución de la calidad de vida, mientras que el consumo de alcohol resultó ser un factor protector.

La calidad de vida en esta población de mujeres menopáusicas estudiadas mostró valores bajos, sobre todo desde las dimensiones psicológica y urogenital, con una influencia multifactorial sobre esto, donde intervienen tanto factores sociodemográficos, como sus hábitos y las enfermedades que padecen.



7.2 RECOMENDACIONES

Implementar un protocolo de manejo en consulta externa para la mujer en el momento del climaterio y menopausia, sobre todo en el aspecto psicológico, ya que puede mejorar la forma de ver y pasar esta etapa de la vida con calidad y de forma positiva, con enfoque en aspectos: orientación, educación, apoyo emocional, basados en el entorno psicosocial de la paciente, y la identificación de los signos y síntomas clínicos propios de esta etapa.

Teniendo en cuenta que la mayoría de estas mujeres tenían pareja, se debe fomentar, a través de talleres y espacios educativos, que involucren a la pareja, el cuidado en la mujer en la etapa del climaterio con el fin de la preparación física y psicológica para asumir esta nueva etapa de la vida con la mayor naturalidad.

Hacer evaluaciones sistemáticas de la calidad de vida de estas mujeres menopáusicas desde su propia perspectiva, empleando los instrumentos necesarios, con el fin de identificar la disminución o mejoría de las dimensiones relacionadas a la calidad de vida y luego trabajar en base a esto.

Realizar investigaciones más profundas sobre factores que afectan la calidad de vida, en otras poblaciones de la comunidad, empleando la escala MRS, por ser sencilla de llenar y que no necesita la intervención de personal de salud adiestrado, para así evaluar si existe o no alteraciones significativas en la vida diaria de las mujeres en esta etapa.



CAPITULO VIII

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alvear JG, Calle A. Factores que influyen en la calidad de vida en mujeres menopáusicas que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Facultad de Medicina; 2015. Report No.: Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8895>.
2. Castañed JJ. Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre 2013 a Abril 2014, Guatemala. Tesis de Maestría. La Antigua, Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
3. Peña C. Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una unidad del primer nivel de atención de salud Manchay. Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería; 2016. Report No.: Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/759/1/pe%C3%B1a_gc.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. El maltrato de las personas mayores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Report No.: Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>.
5. Barrientos CF, Casas-Cordero KA. Prácticas de autocuidado en salud y conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo perimenopáusico, Comuna de la Unión, 2013. Tesis para optar por el título de Matrona. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina; 2013.
6. Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, mujeres. Banco Mundial; 2014. Report No.: Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN/countries>.
7. Muñoz R. Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. Nure Investigation. 2014 Mayo-Junio;(70) Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/56>.
8. Manson JE, Bassuk S. Menopausia y tratamiento hormonal posmenopáusico. In Kasper D, Hauser S, Jameson JL, Fauci A, Longo D, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. Mexico D.F.: McGrahill; 2016. p. 2381-2387.
9. Fernández-Tresguerres JA. Alteraciones del a función ovárica. In Rozman C. Medicina Interna. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 2006-2009.
10. Shifren JL, Schiff I. Menopausia. In Berek JS. Ginecología. Philadelphia: Lippincott; 2015. p. 1233-1248.
11. Castelo C. Pubertad y climaterio. In González J, González E, González J. Ginecología. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 94-118.



12. Beckman C, Ling FW, Herbert W, Laube D, Smiths R, Casanova R, et al. *Obstetricia y ginecología*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2015.
13. Wang Q. *Fatty Acids, Cardiovascular Diseases, and Diabetes Mellitus*. Tesis de grado. Harvard University; 2015. Report No.: Disponible en: <https://dash.harvard.edu/handle/1/14117764>.
14. Young JB, Gauthier M, Bailey RA, et al. Development of predictive risk models for major adverse cardiovascular events among patients with type 2 diabetes mellitus using health insurance claims data. *Cardiovasc Diabetol*. 2018 Agosto; 17(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30143045>.
15. Monterrosa A, Blumel JE. Diabetes mellitus tipo 2 y menopausia: un estudio. *Rev. Col. de menopausia*. 2014; 20(1) Disponible en: http://www.asomenopausia.com/r/20_1.pdf.
16. Einarson T, Annabel CS, Ludwig C, Panton UH. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. *Cardiovasc Diabetol*. 2018 Junio; 17(83) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994068/>.
17. Monterrosa A, Paternina A, Romero I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. *Iatreia*. 2011 Junio-Agosto; 24(2).
18. Márquez G, Loret C, Bernabé A. Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural – urbana y población urbana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(1): p. 35-41.
19. Gutiérrez HF, Cornejo R. Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
20. López F, Soares DR, Tanaka AC. Calidad de vida de mujeres en fase de transición Menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010; 75(6): p. 375-382.
21. Cruz EA, Cruz V, Martínez J, Boo D. Calidad de Vida de la mujeres en etapa del Climaterio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2013; 55(4): p. 10-15.
22. Couto D, Nápoles D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Rev MEDISAN*. 2014; 18(10): p. 1409-1418.
23. Gibbs Z, Lee S, Kulkarni J. Factors associated with Depression during menopausal transition. *Rev Women's Health Issues*. 2013; 23(5): p. 301-307.
24. Ulloque CL, Sol CJ, Monterrosa CA, Paternina CA. Climaterio: oleadas de calor y otros síntomas en indígenas Zenúes colombianas. *Investigaciones andinas*. 2013; 27(15): p. 744-758.



25. González AE. Percepción del funcionamiento familiar y su relación con aa sintomatología climatérica en mujeres usuarias de un Centro de Salud de nivel primario. Tesis de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Concepción: Universidad de Concepción, Dirección de Postgrado; 2015.

CAPITULO IX
9. ANEXOS
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual	Cronológica	Años cumplidos	42-49 50-59 60-65
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Legal	Autorreferencia	Casada Soltera Divorciada Viuda Unión libre
Residencia	Lugar en que reside	Geográfica	Autorreferencia	Urbana Rural
Nivel de instrucción	Nivel de escolaridad aprobado	Académica	Autorreferencia	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Situación laboral	Actividad laboral que realiza la persona.	Social	Autorreferencia	Trabaja. No trabaja.
Hábitos alimentarios	Frecuencia por tipo de alimentos consumidos semanalmente	Hábitos	Carbohidratos Proteínas Grasas Vegetales Frutas	Nunca. 1 o 2 veces. 3 a 4 veces. 5 o más veces.
Hábitos tóxicos	Consumo de productos tóxicos para la salud	Hábitos	Tabaco Alcohol Drogas	Frecuente (> 3 veces) Ocasional (1-3 veces) Nunca
Enfermedad concomitante	Enfermedad crónica no transmisible que padece y no está descompensada.	Biológica Fisiológica	DM. HTA IRC Osteoporosis. Cáncer. Otra	SI NO
Escala MRS	Escala que mide calidad de vida y síntomas menopáusicos	Biológica	Somático Psicológico Urogenital	Ausente Leve Moderada Severo Muy severo

ANEXO 2. ESCALA MRS (MENOPAUSE RATING SCALE) (1)

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

Marque solamente una casilla en cada línea

No siente molestia Siente molestia leve Siente Molestia moderada Siente molestia importante Siente demasiada molestia



PUNTOS 0 1 2 3 4

1	Bochornos, sudoración, calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Para uso del profesional

Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ANEXO 3. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Calidad de vida y factores asociados que influyen en las mujeres en transición menopáusica que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018

Formulario n°: _____ HC: _____

Sexo _____ Edad _____ Residencia (urbana/rural) _____

Estado civil:

Casada _____ Soltera _____ Divorciada _____ Viuda _____ Unión libre _____

Nivel de instrucción:

Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____

Situación laboral: Trabaja _____ No Trabaja _____ Jubilada _____

Estado nutricional: Peso _____ Talla _____ IMC _____

Hábitos alimentarios (consumo semanal):

- Carbohidratos Nunca _____ 1 o 2 _____ 3 a 4 _____ 5 o más _____
- Proteínas Nunca _____ 1 o 2 _____ 3 a 4 _____ 5 o más _____
- Grasas Nunca _____ 1 o 2 _____ 3 a 4 _____ 5 o más _____
- Vegetales Nunca _____ 1 o 2 _____ 3 a 4 _____ 5 o más _____
- Frutas Nunca _____ 1 o 2 _____ 3 a 4 _____ 5 o más _____

Hábitos tóxicos: (consumo semanal)

- Alcohol Nunca _____ Ocasional (1-3) _____ Frecuente (> 3) _____
- Tabaco Nunca _____ Ocasional (1-3) _____ Frecuente (> 3) _____
- Drogas Nunca _____ Ocasional (1-3) _____ Frecuente (> 3) _____

Enfermedades concomitantes:

Diabetes mellitus (Si/No) _____

Hipertensión arterial (Si/No) _____

Insuficiencia renal crónica (Si/No) _____

Osteoporosis (Si/No) _____

**ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****“Calidad de vida y factores asociados que influyen en las mujeres en transición menopáusicas que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018”**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	PRISCILA NATALÍ FARFÁN INGA	010567572-2	Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas

¿De qué se trata este documento? (Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el **Hospital José Carrasco Arteaga**. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Este estudio se realiza con la finalidad de identificar el nivel de calidad de vida de las mujeres en transición menopáusicas y cuáles son los factores que modifican positiva o negativamente la misma; debido a que considero se deja de lado aspectos de la salud reproductiva en este grupo de estudio por tratarse de un proceso natural del envejecimiento. Se considerarán parte de este estudio mujeres con edad entre los 42 y 65 años que acuden a consulta externa de ginecología, que cursen con un año de amenorrea o menopausia natural o que tengan histerectomía previa.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es determinar la calidad de vida de las mujeres en transición menopáusicas y los factores que ellas consideran más influyentes en su día a día.

Descripción de los procedimientos

El estudio se realizará mediante encuestas, las mismas que constan de dos partes; la primera es la escala MRS para identificar en qué nivel (somático, psicológico y urogenital) hay mayores cambios, y un cuestionario donde se recoge información sobre los factores asociados; mismas que se estipula llevan entre 5 y 10 minutos resolver. La muestra, basándose en la cantidad de pacientes atendidas en el año 2017, es de 321 pacientes.

Riesgos y beneficios



Los riesgos pueden ser de tipo emocional al solicitar información personal a las pacientes, por lo que se les informará que su participación es voluntaria y sus respuestas son confidenciales pues no se solicitan datos de identificación en el cuestionario.

Los beneficios de la investigación no son únicos y exclusivos para quienes participen en el mismo, sino a largo plazo ayudan a identificar los factores que modifican esta etapa de la vida y la forma en la que como médico se puede abordar sobre los mismos, haciendo de esta etapa de transición más llevadera.

Otras opciones si no participa en el estudio

Este estudio es voluntario y confidencial, al tratarse de un cuestionario no existen otras opciones de participación, por lo que su decisión de no participar se respeta.

Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999257177 que pertenece a Priscila Farfán Inga o envíe un correo electrónico a pris_natu@hotmail.com

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me



entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

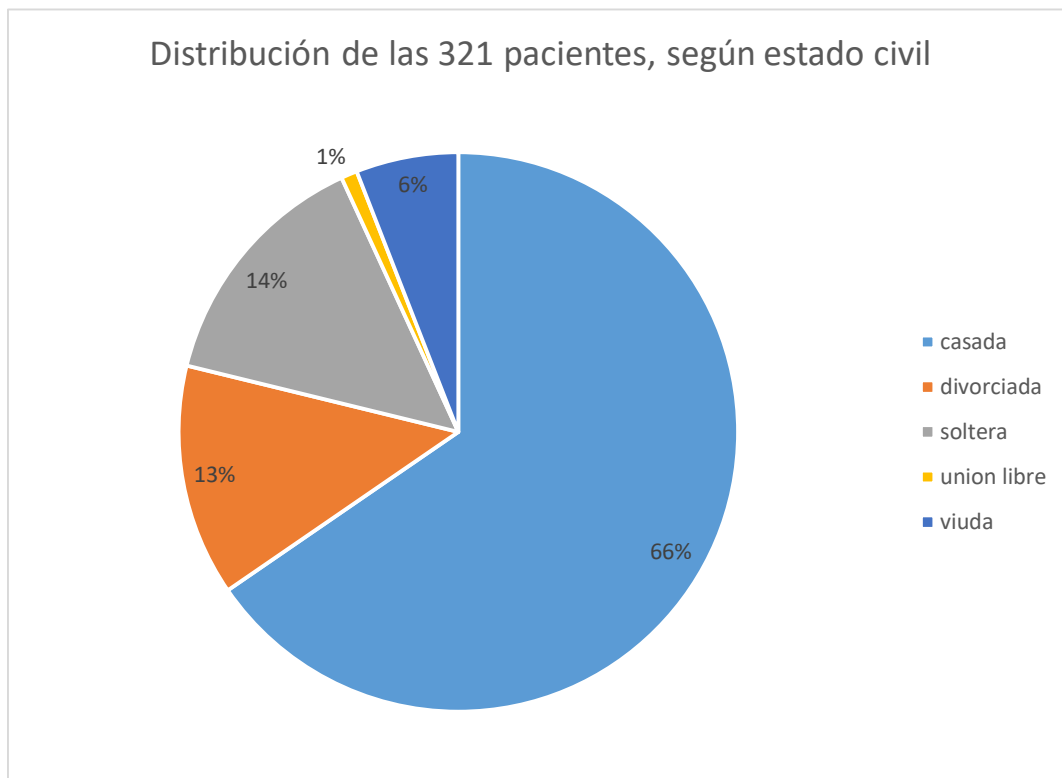
Firma del/a investigador/a

Fecha

GRAFICOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

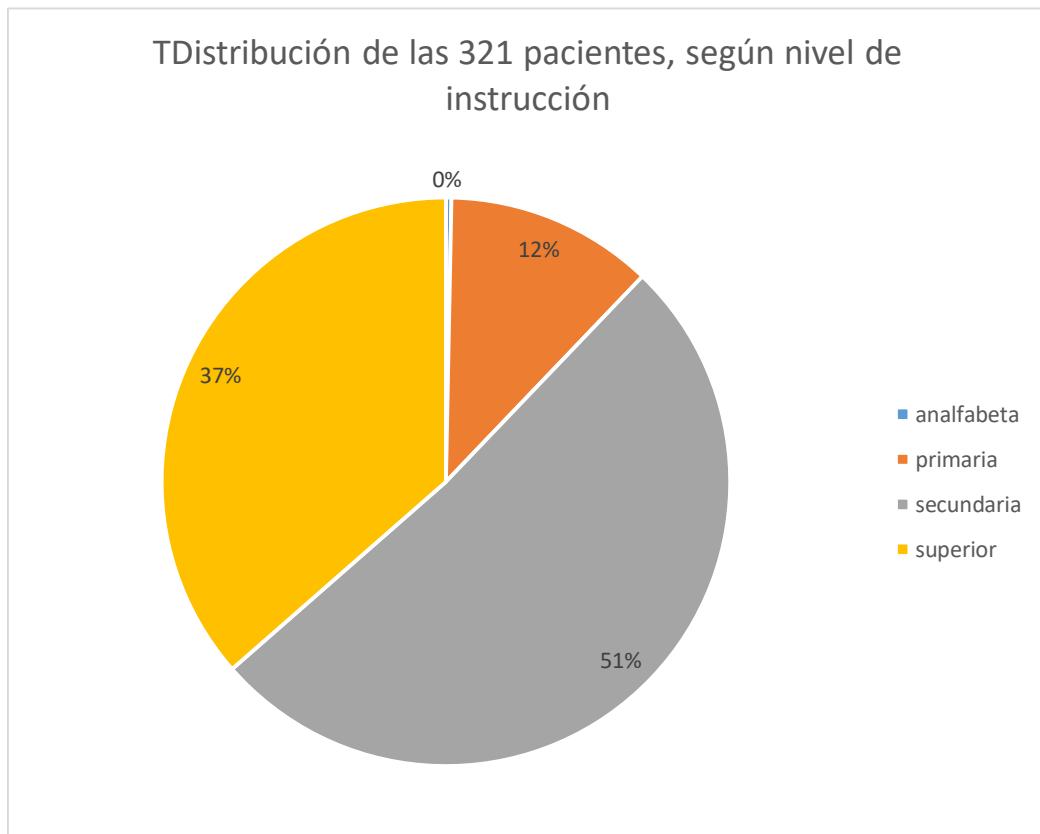
CUADRO N.1 DISTRIBUCIÓN DE LAS 321 PACIENTES, SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: tabla n.1 de variables sociodemográficas

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

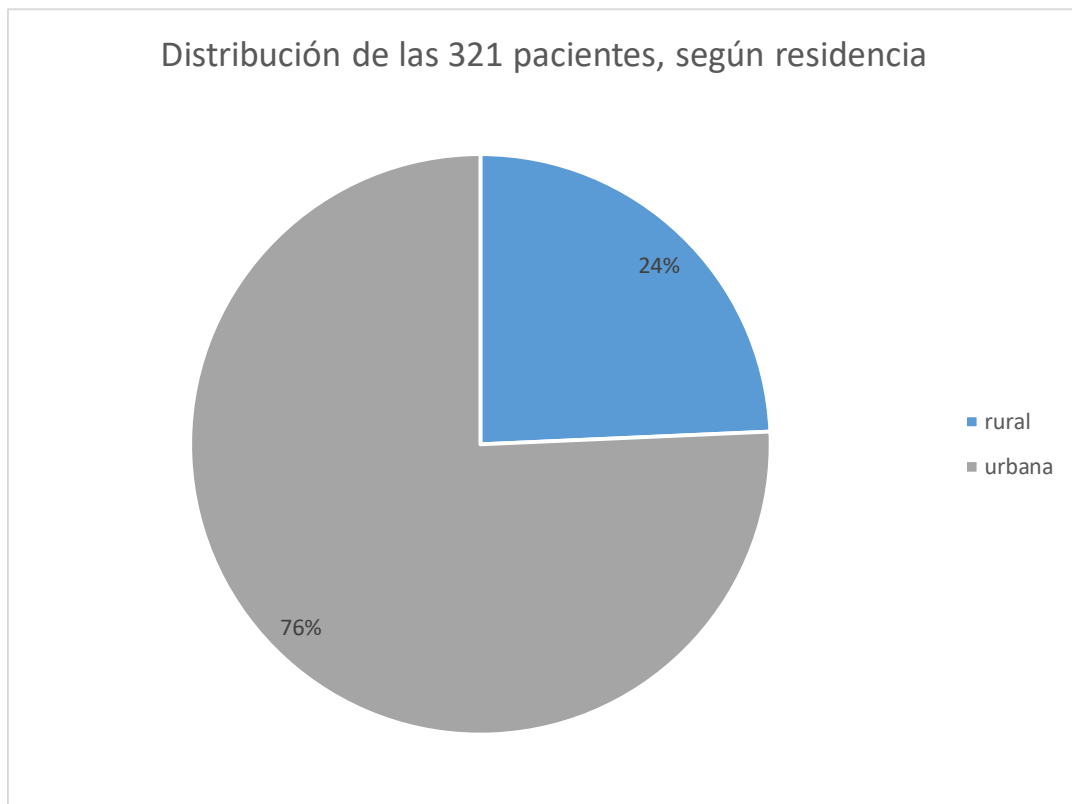
CUADRO N.2 DISTRIBUCIÓN DE LAS 321 PACIENTES, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: tabla n.1 de variables sociodemográficas

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

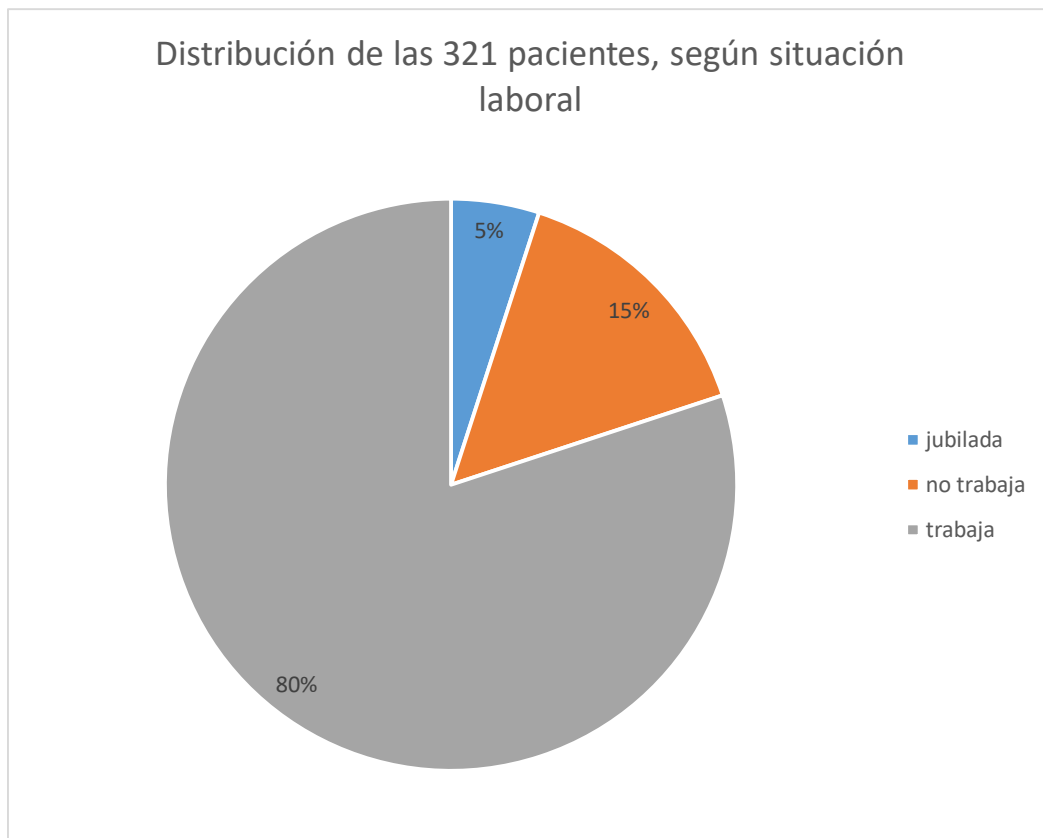
CUADRO N.3 DISTRIBUCIÓN DE LAS 321 PACIENTES, SEGÚN RESIDENCIA



Fuente: tabla n.1 de variables sociodemográficas

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

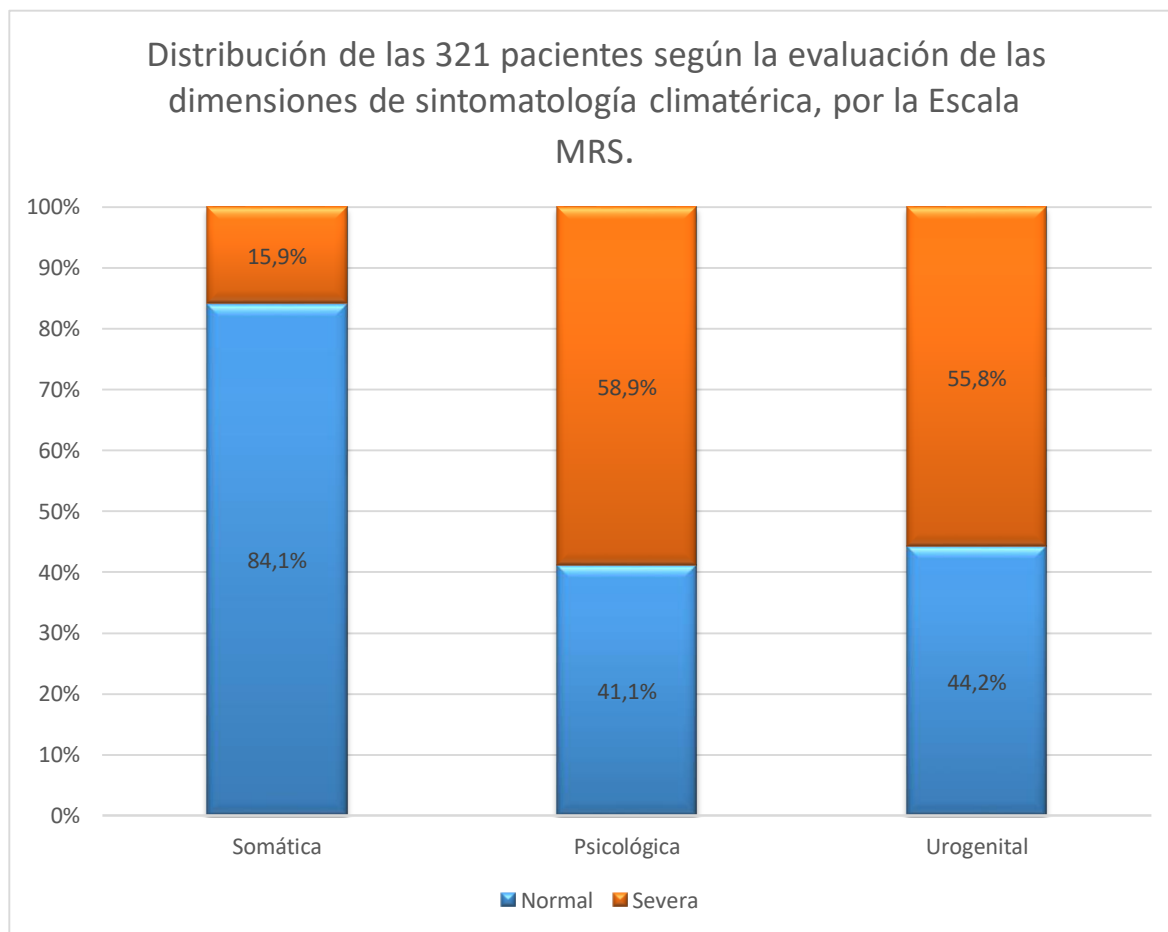
CUADRO N.4 DISTRIBUCIÓN DE LAS 321 PACIENTES, SEGÚN SITUACIÓN LABORAL



Fuente: tabla n.1 de variables sociodemográficas

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

CUADRO N. 5 DISTRIBUCIÓN DE LAS 321 PACIENTES SEGÚN LA EVALUACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA, POR LA ESCALA MRS.

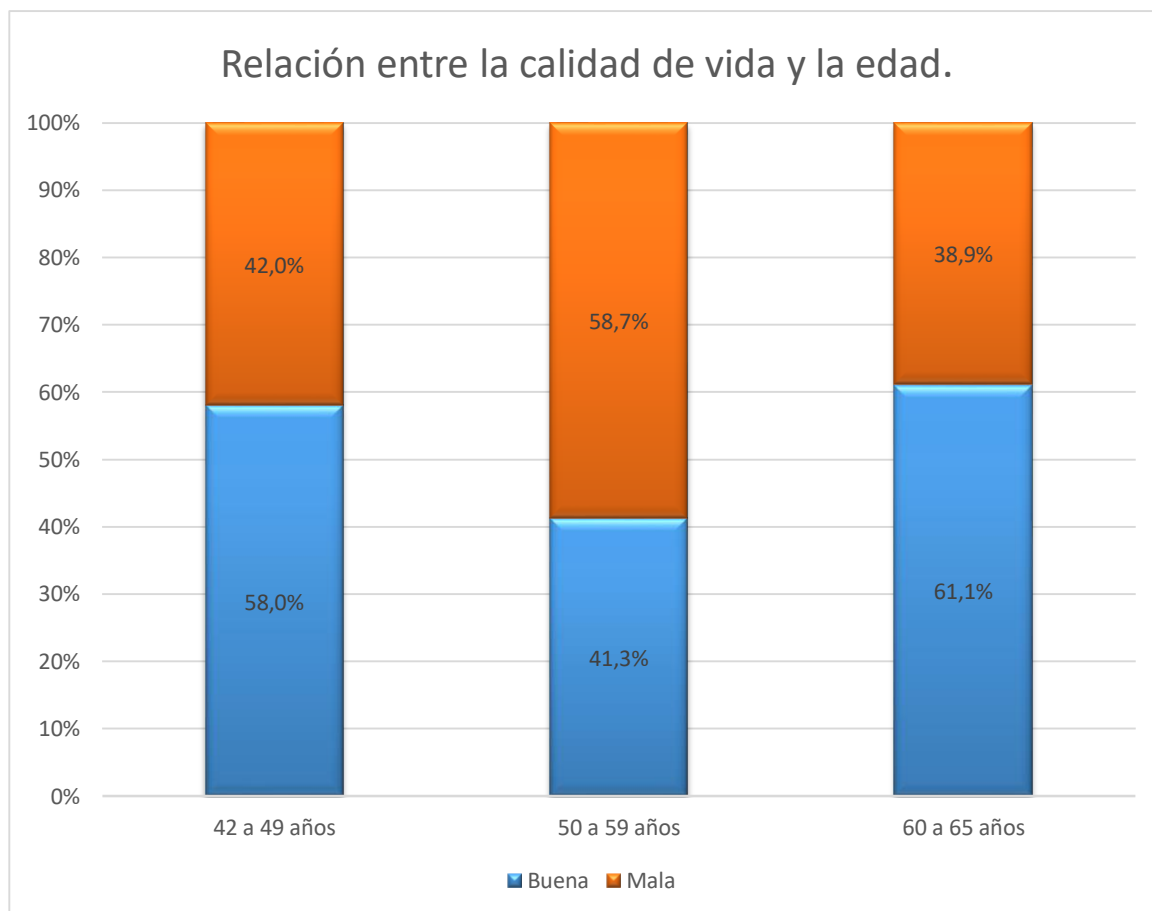


Fuente: tabla n. 2 de evaluación de sintomatología climatérica, por la Escala MRS.

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

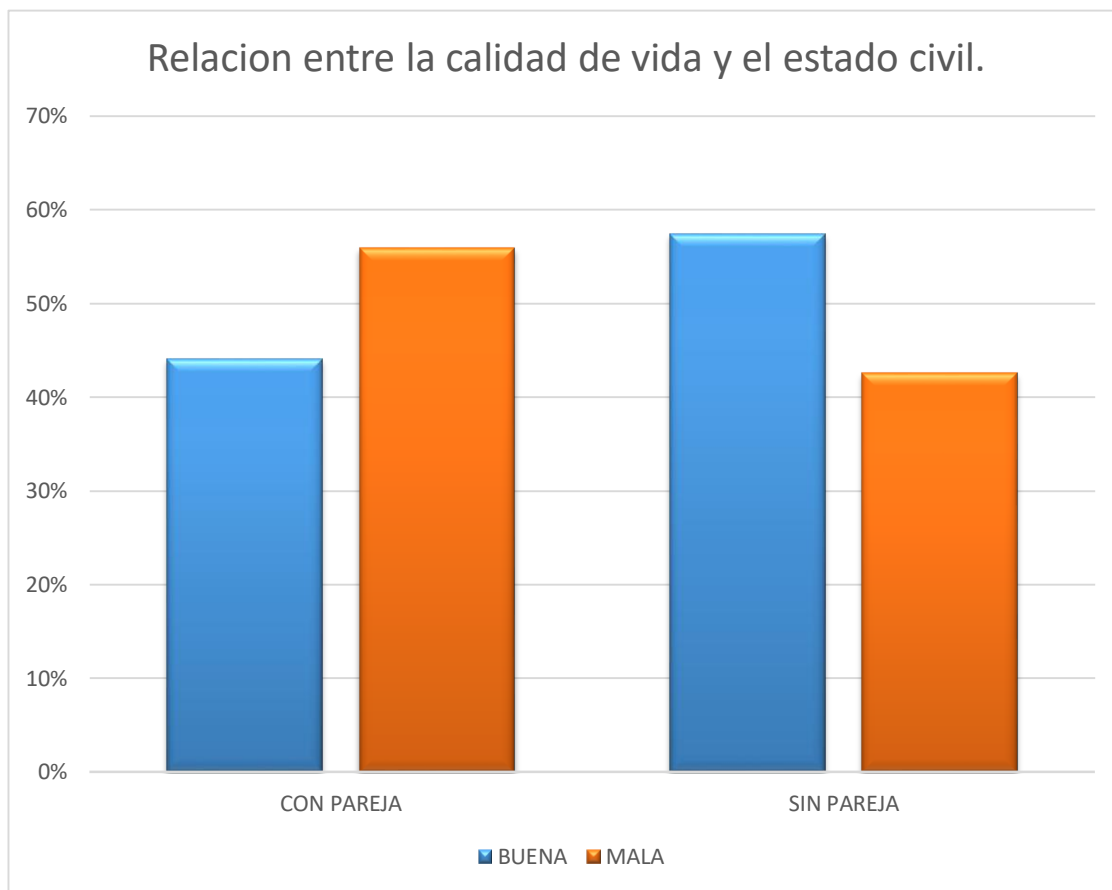
RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

CUADRO N. 6 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA EDAD.



Fuente: tabla n.7 de relación entre la calidad de vida y los factores sociodemográficos

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

CUADRO N. 7 RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO CIVIL.

Fuente: tabla n.7 de relación entre la calidad de vida y los factores sociodemográficos

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

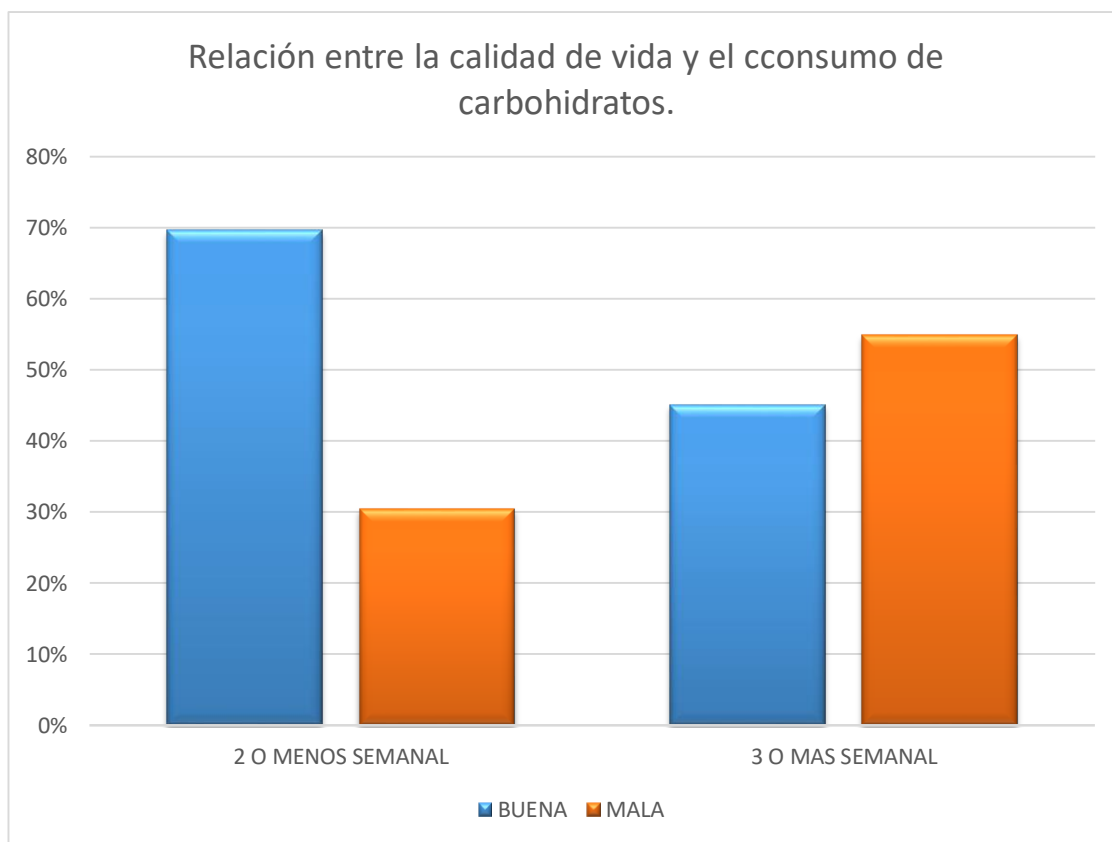
CUADRO N. 8 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Fuente: tabla n.7 de relación entre la calidad de vida y los factores sociodemográficos

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

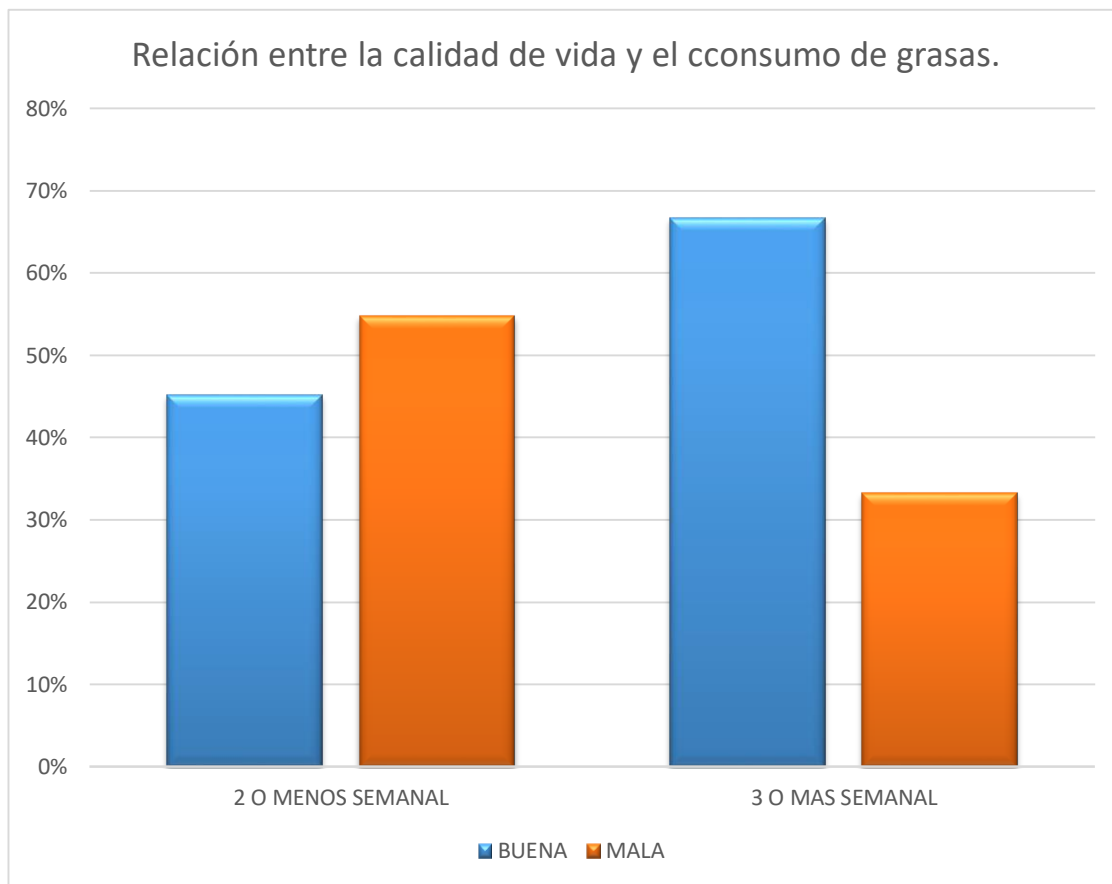
RELACION DE HABITOS ALIMENTARIOS

CUADRO N. 9 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS.



Fuente: tabla n.8 de relación entre la calidad de vida y los hábitos alimentarios diarios.

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

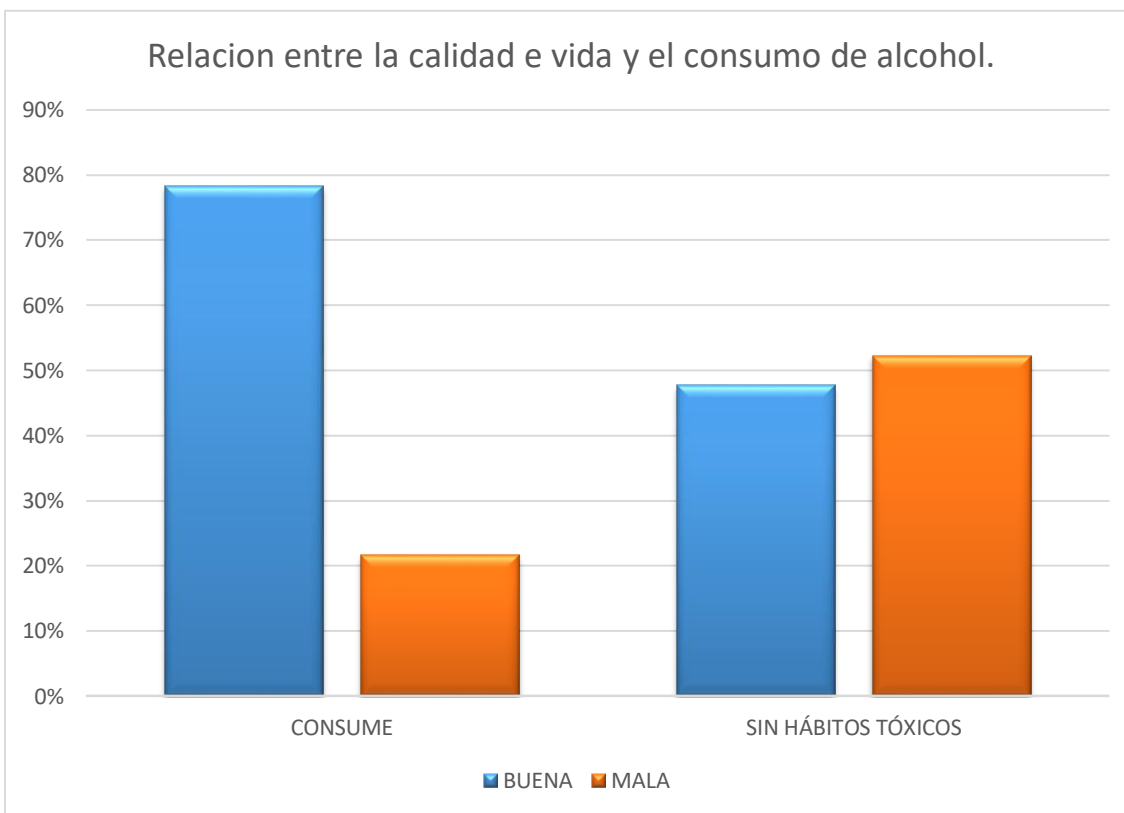
CUADRO N. 10 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL CONSUMO DE GRASAS.

Fuente: tabla n.8 de relación entre la calidad de vida y los hábitos alimentarios diarios.

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

RELACION DE HABITOS TOXICOS

CUADRO N. 11 RELACION ENTRE LA CALIDAD E VIDA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL.

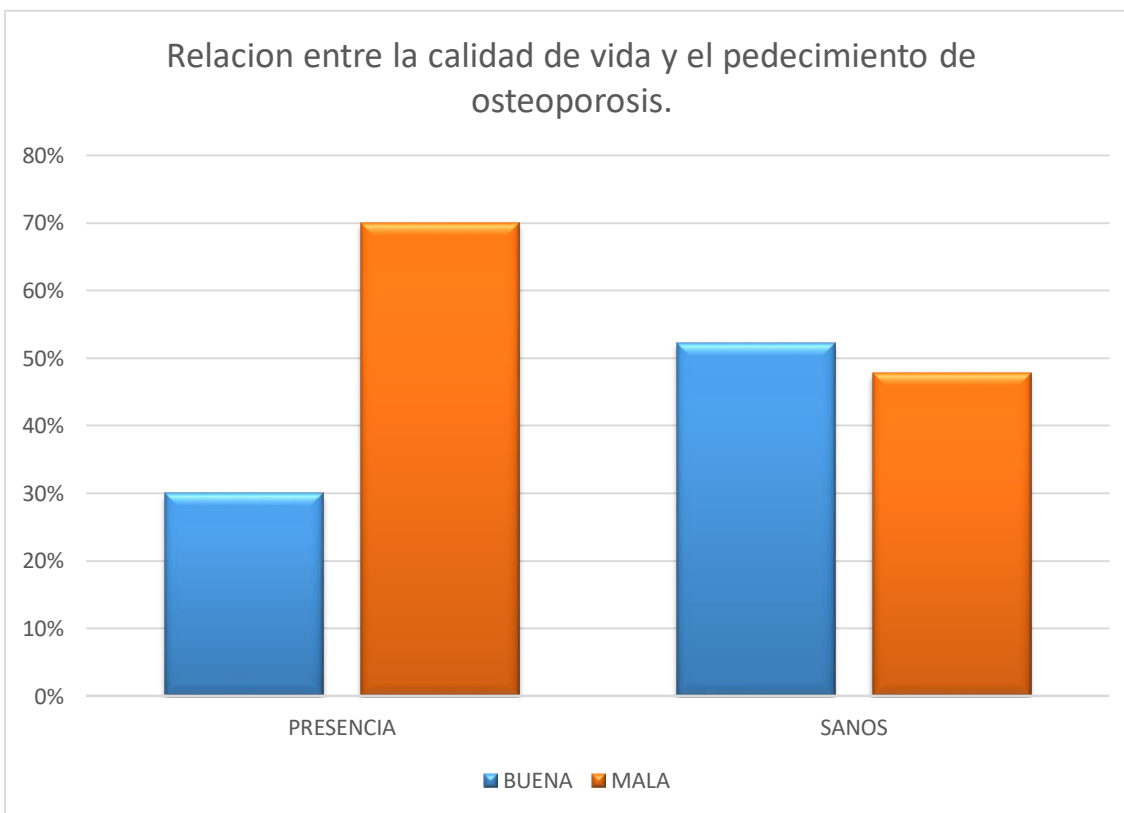


Fuente: tabla n.9 de relación entre la calidad de vida y los hábitos tóxicos de las pacientes.

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga

RELACION DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES

CUADRO N. 12 RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL PEDECIMIENTO DE OSTEOPOROSIS.



Fuente: tabla n.10 de Relación entre la calidad de vida y el padecimiento de enfermedades concomitantes.

Autora: Priscila Natalí Farfán Inga