

**Escala cubana para clasificar la
intensidad del síndrome climatérico.
Resultados de su aplicación en
provincias seleccionadas. 1999 – 2004**



 ministerio de educación superior
Editorial Universitaria

JULIA SILVIA PÉREZ PIÑERO

Ministerio de Salud Pública
Escuela Nacional de Salud Pública



*Escala cubana para clasificar la intensidad del
síndrome climatérico. Resultados de su aplicación en
provincias seleccionadas.*

1999 - 2004

Autora: Dra. Julia Silvia Pérez Piñero

Tutora: DraC. Daysi Navarro Despaigne

Asesor: DrC. Héctor Bayarre Vea

Trabajo para optar por el título de Doctor en Ciencias de la Salud

La Habana
2007

610-Per-E

Escala cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico. Resultados de su aplicación en provincias seleccionadas.1999 – 2004 / Julia Silvia Pérez Piñero; Daysi Navarro Despaigne, tutor; y Héctor Bayarre Veá, tutor. -- Ciudad de La Habana : Editorial Universitaria, 2007. -- ISBN 978-959-16-0724-9. -- Tesis (Doctorado). Escuela Nacional de Salud Pública. -- 185 pág.

1. Pérez Piñero, Julia Silvia
2. Navarro Despaigne, Daysi, tutor
3. Bayarre Veá, Héctor, tutor
4. Ciencias Médicas

Edición: Tec. Luz María Rodríguez Cabral

Corrección: Dr. C. Raúl G. Torricella Morales



Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba, 2008
Editorial Universitaria, 2008

La Editorial Universitaria publica bajo licencia Creative Commons de tipo Reconocimiento No Comercial Sin Obra Derivada. Se permite su copia y distribución por cualquier medio siempre que mantenga el reconocimiento de sus autores, no haga uso comercial de las obras y no se realice ninguna modificación de ellas. La licencia completa puede consultarse en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode>

Editorial Universitaria
Calle 23 entre F y G, No. 564
El Vedado, Ciudad de La Habana
Cuba CP 10400
e-mail: torri@reduniv.edu.cu
Sitio Web: <http://revistas.mes.edu.cu>

*“ Los años arrugan la piel, renunciar al
entusiasmo arruga el alma ”*
A. Schweitzer
(1875 – 1965)

A la memoria de mis padres

Teniendo en cuenta el número de familiares, amigos y compañeros que me han guiado y me estimulan con su actitud a proseguir en el estudio y la investigación, es difícil poder expresar la gratitud que se siente por cada uno de ellos, por eso es que en estas líneas no cito nombres, para no correr el riesgo de lamentables omisiones.

A todos, muchas gracias por la ayuda brindada para la culminación de este trabajo.

Contenido	pág
Resumen	
Introducción	1
Capítulo I. Algunas consideraciones teórico sobre climaterio y menopausia	10
1.1 Climaterio y menopausia: aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos	10
1.1.1 Principales características biológicas y clínicas del climaterio y la menopausia	10
112 Epidemiología del climaterio y la menopausia	18
1.2 Factores relacionados con la intensidad del síndrome climatérico	23
1.3 Medición del síndrome climatérico	27
Capítulo II. Método	39
2.1 Primera etapa	40
2.2 Segunda etapa	47
2.3 Tercera etapa	56
Capítulo III. Resultados	61
3.1 Primera etapa	61
3.2 Segunda etapa	67
3.3 Tercera etapa	89
Capítulo IV. Discusión	92
Conclusiones	107
Recomendaciones	108
Referencias bibliográficas	109
Tablas	
Anexos	

La evaluación clínica de la mujer climatérica ha carecido de un instrumento estándar para clasificar la intensidad de los síntomas experimentados por ellas en esta etapa; las escalas existentes a nivel internacional no se corresponden totalmente con el modelo de atención vigente en el país. Este estudio tuvo como objetivos diseñar un instrumento cubano que resuelva las limitaciones señaladas; identificar la frecuencia de mujeres en los distintos niveles de intensidad del síndrome, de forma general y en relación con variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida; identificar cuáles constituyen factores de riesgo. En la construcción de la escala se aplicó, básicamente, el procedimiento recomendado por Streiner y Norman. La estabilidad temporal se consideró adecuada al encontrar coeficientes de correlación mayores de 0.95; la consistencia interna fue buena (alfa de Cronbach 0.92). En cuanto a la validez, los expertos dieron opiniones positivas sobre el contenido del instrumento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos extremos de intensidad. La concordancia entre las clasificaciones realizadas por un grupo de expertos y la obtenida por la escala propuesta fue aceptable (índice de validez 0.78). En la aplicación del instrumento a muestras aleatorias de mujeres de 40 a 59 años de las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma, predominaron las clasificadas en el nivel asintomático o muy leve. La mayor frecuencia de síndrome muy molesto se halló entre las mujeres con antecedente de 3 partos o más, ante la presencia de problemas en el hogar, escolaridad primaria y ausencia de pareja sexual estable, entre otras. El factor de riesgo para los niveles más intenso del síndrome climatérico, común para las tres provincias, fue la existencia de problemas en el hogar. Hubo diferencias contextuales en relación con el resto de las variables: en Ciudad de La Habana y Villa Clara se identificó la escolaridad menor de noveno grado; en la primera y Granma se detectó el número de partos; a los factores ya señalados, en Villa Clara se añaden número de familiares bajo el cuidado de la mujer y tabaquismo, mientras que en Granma resultaron específicos del territorio, sobrepeso/obesidad, residencia en zona urbana, ausencia de pareja estable, no practicar ejercicios físicos y consumo de bebidas alcohólicas.

Las tendencias demográficas actuales destacan el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas, que ha sido más marcado en la población femenina.¹⁻⁴

Al comienzo del siglo XX la esperanza de vida de la mujer era aproximadamente de 50 años,⁵ mientras que en el período 2000 – 2005 se reporta por encima de los 70 años en países desarrollados y algunos en desarrollo;^{6, 7} en Cuba es de 79.8 años.^{a, 8} Esto significa que el número de años que vive la mujer después de la menopausia ha ido aumentando y se estima hoy en día que las mujeres pasan un tercio o más de sus vidas en la postmenopausia.

Cada día el tema del climaterio y la menopausia se hace más vigente e importante, dada la repercusión que esta etapa puede tener en el estado de salud de la mujer durante la senectud, por un lado y por otro, a la creciente demanda de atención que en los servicios de salud tiene y tendrá estos segmentos de la población.

En Cuba, actualmente las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y los 59 años representan alrededor del 12.2 por ciento de la población general, y el 24.4 por ciento de la población femenina, con tendencia a que esta cohorte de mujeres continúe en aumento, dada la transición demográfica actual.⁹

Desde hace más de 40 años, las políticas gubernamentales han estado dirigidas a prestar una atención priorizada a la salud de la población, con particular interés en el niño, la mujer en etapa reproductiva y el adulto mayor, por lo que la mujer de edad mediana -considerada entre los 40 y los 59 años-¹⁰ con características biológicas y sociales particulares que pueden repercutir en una nueva morbilidad poblacional ha quedado, en alguna medida, menos atendida.

Entre los aspectos biológicos distintivos de las mujeres de edad mediana, se encuentra el cese de la función reproductiva. Esto produce cambios hormonales

que se pueden expresar en forma de síntomas y signos, los que se conocen como síndrome climatérico.

El climaterio es el período que precede, acompaña y sigue a la retirada definitiva de la menstruación, evento que se conoce como menopausia. De lo anterior se desprende que éste se divide en dos etapas: la perimenopausia y la postmenopausia. La primera se extiende desde el inicio de los síntomas hasta la menopausia y tiene una duración promedio de uno a tres años, en tanto que la segunda se enmarca desde la menopausia hasta los 59 años, cuya duración aproximada es de 7 a 12 años.^{b, 5, 11}

Éste es un período normal o fisiológico, aunque a veces se expresa con rasgos clínicos tan acusados que constituye una verdadera enfermedad. De ahí que, para algunos autores, se considere como un proceso entre lo normal y lo patológico, de forma tal que lo fisiológico se transformaría en anormal por acentuación de las manifestaciones clínicas propias de esta etapa o por la presencia de enfermedades asociadas.^{12, 13}

Los síntomas clínicos que acontecen durante el climaterio pudieran ser expresión, fundamentalmente, de cambios de tipo endocrino, cuya génesis es el declinar de la función ovárica con una disminución paulatina de la secreción estrogénica que trae aparejado un “desequilibrio endocrino - metabólico y neurovegetativo”. Sin embargo, la intensidad con que aparecen los síntomas, según se considera en la actualidad, no responde únicamente a esta privación hormonal; se mencionan factores ambientales, hereditarios, antropométricos, creencias religiosas, diferencias raciales, sociales, económicas y de adaptación, los que desempeñan un importante papel modulador en la presentación de la sintomatología.^{12, 14 – 16}

^a Base de datos Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP

^b Sección de Climaterio y Menopausia, Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Cubana de Endocrinología, Dirección Nacional Materno Infantil. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. La Habana, 14 – 15 de diciembre de 2006 (en prensa)

La lista de síntomas y signos que acompañan al climaterio es bastante extensa, y si bien no hay consenso en una clasificación que los agrupe, entre las más citadas en la bibliografía están aquellas que los dividen en **vasomotores**: oleadas de calor, sudoraciones y palpitaciones, **psicológicos**: ansiedad, depresión, irritabilidad e insomnio, **genitourinarios**: sequedad vaginal, dispareunia, polaquiuria, disuria y **generales**: decaimiento, artralgias, mialgias, cefaleas, calambres; las que los agrupan en según el tiempo de establecimiento en **agudos**, **intermedios** y **a largo plazo**; y otras que los clasifican como **locales** y **generales**.

15, 17

La aparición de los síntomas vasomotores y psicológicos ocurre, por regla general, en los años previos a la menopausia, y se hacen más evidentes en la medida que transcurre el tiempo, aunque se pueden manifestar en la fase de postmenopausia; algunas mujeres no refieren sintomatología alguna. Estudios realizados por diferentes autores han coincidido en plantear que la mayor frecuencia e intensidad de los síntomas climatéricos se presentan en el entorno de la menopausia.^{11, 18, 19}

El climaterio es, sin dudas, una de las etapas más difíciles en la vida de la mujer en la que necesita una atención particular desde el punto de vista médico y una mayor comprensión desde el punto de vista social. A los problemas de salud que puede sufrir en este período se asocian, con frecuencia, sensación de envejecimiento y deterioro físico, es decir, disminución de la autoestima; sentimientos de soledad y depresión por la independencia de los hijos y pérdida de seres queridos; sobrecarga física y emocional por adicionarse a las labores domésticas, el cuidado de nietos y familiares enfermos o ancianos. Todo ello acompañado de limitaciones económicas derivadas de la jubilación o la viudez.²⁰

La mayoría de los informes revisados sobre el climaterio se refieren a la fisiología de la menopausia y a la efectividad de diferentes tratamientos utilizados para eliminar los síntomas o prevenir las afecciones que se presentan en la postmenopausia. Son menos las investigaciones que estudian los factores

sociológicos, culturales y personológicos, que pueden incidir en la intensidad del síndrome climatérico.^{21 - 24}

Desde principios de la década de los 80 de la pasada centuria, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la importancia de desarrollar instrumentos para la evaluación del climaterio a partir de la sintomatología, con énfasis en la inclusión de las características peculiares de los contextos.²⁵

En la actualidad, a pesar de la existencia de varias escalas con estos fines, se mantiene la preocupación referida con anterioridad, de manera que en el año 2005, en la Conferencia sobre el Estado de la Ciencia para el manejo de los síntomas relacionados con la menopausia, se planteó la necesidad de contar con procedimientos válidos y confiables para la recolección de datos sobre estos aspectos; al mismo tiempo se reconoció la importancia de la investigación en la comunidad, con el empleo de instrumentos que puedan ser utilizados en todos los niveles de atención sanitaria.¹⁷

Una de las escalas más conocidas es el Índice de Kupperman, que fue construida por H. S. Kupperman y colaboradores en 1953, cuyo objetivo fundamental era la medición de la respuesta de mujeres sometidas a terapia hormonal de reemplazo.²⁶ Este instrumento permite obtener una puntuación, que evalúa el síndrome climatérico en severo, moderado o ligero, de acuerdo a la presencia y la intensidad de síntomas propios de este período, a los cuales se le otorgan ponderaciones diferentes según el grado de malestar que cada mujer reportaba. Este índice ha sido criticado, por ser una escala unidimensional y por no incluir síntomas relacionados con el déficit hormonal que ocurre en el climaterio como algunos de los genitourinarios.^{27, 28}

La dificultad antedicha, quedó parcialmente solucionada en la Escala Climatérica de Greene.²⁹ Ésta aportó el enfoque multidimensional, aunque el hecho de otorgar la misma importancia a cada uno de los síntomas -carácter

equiponderado- constituye su principal limitación, a la que se añade la ausencia de adaptación al castellano, al igual que el Índice de Kupperman.

La revisión de la bibliografía permitió advertir que ante la ausencia de instrumentos estandarizados, otra alternativa que ha sido empleada es la elaboración de listas de síntomas “menopáusicos”, seleccionados de forma subjetiva, clasificados arbitrariamente y valorados como presentes o ausentes. Muchas de estas listas, han sido creadas específicamente para cumplir los objetivos de una investigación, sin que hayan probado tener condiciones de validez y confiabilidad que permitan su utilización en cualquier medio.

La Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, a partir del diagnóstico médico social, creó un modelo de atención para este grupo poblacional, conocido como MACLI,³⁰ acrónimo que significa “Modelo de atención a la mujer climatérica”.

La implementación del modelo de referencia, reveló la necesidad de un instrumento que mensurara la intensidad del síndrome climatérico en el ámbito sanitario cubano, en correspondencia con las bases del mismo; que sirviera para la toma de decisiones terapéuticas y para la evaluación de los cambios que se producen como respuesta a las mismas, así como que pudiera ser empleado en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Encargo que se encomendara a un grupo de investigadores, bajo la conducción de la autora de este trabajo.

La situación señalada con anterioridad sirvió de motivación para la presente investigación. Ésta pretende elaborar y validar una escala para evaluar la intensidad del síndrome climatérico; su aplicación en la comunidad para contribuir a la descripción de las características clínicas del climaterio en la mujer cubana; y finalmente, identificar la influencia de un conjunto de variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida sobre la intensidad del síndrome climatérico.

Las evidencias, aportadas por otros estudios,^{31 - 35} acerca de la influencia que ejercen las condiciones de vida sobre la intensidad del síndrome climatérico, constituyeron la base para la decisión de aplicar el instrumento diseñado a mujeres de 40 a 59 años de las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma. Éstas fueron seleccionadas en correspondencia con su clasificación por del Índice de Condiciones de Vida, desarrollado por investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública.³⁶ La primera fue clasificada con condiciones de vida favorables, la segunda medianamente favorables y la última desfavorables.

A lo señalado anteriormente se adicionó la factibilidad para la aplicación del instrumento en estos territorios, dada por el interés y la voluntad política de sus directivos de salud, quienes requieren evidencias científicas útiles para el mejoramiento de la atención sanitaria que se brinda a este segmento de la población, elemento esencial para el incremento de la calidad de sus vidas. El instrumento podría ser útil en este sentido porque al conocer la situación de salud de las mujeres de un territorio se podrían planificar acciones para la promoción de salud, la prevención y la detección precoz de alteraciones, así como planificar la necesidad de recursos como medicamentos y consultas especializadas, entre otras.

Las acciones de salud destinadas a elevar la calidad de vida de la mujer de edad mediana favorecerá que ésta sea capaz de mantener sus intereses variados y de activar sus potencialidades individuales en direcciones concretas, de convertirse en protagonista de un modo de vida sano, que le permita asumir el climaterio como un período nuevo, no como inevitablemente desagradable.

Las interrogantes a responder con el estudio fueron:

¿Cómo combinar los síntomas y los signos del síndrome climatérico en la construcción de un instrumento válido y confiable para medir su intensidad en la mujer cubana de 40 a 59 años y que se corresponda con el modelo de atención (MACLI)?

¿Cómo se distribuyen las mujeres de 40 a 59 años en la población de las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma en las distintas categorías de la clasificación de intensidad del síndrome climatérico y de acuerdo a características biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida?

¿Cuáles características biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida influyen en la intensidad del síndrome climatérico?

Se formularon los objetivos siguientes:

- Diseñar un instrumento que permita medir la intensidad del síndrome climatérico en respuesta al modelo cubano de atención a la mujer de edad mediana.
- Describir la frecuencia de mujeres en los niveles de intensidad del síndrome climatérico, de forma general y de acuerdo a variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida, en mujeres de 40 a 59 años de las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma.
- Identificar, entre las variables evaluadas, aquellas que constituyen factores de riesgo para los niveles más intensos del síndrome climatérico en las mujeres de los territorios estudiados.

Para lograr estos objetivos la investigación se dividió en tres etapas:

La *primera etapa* fue una investigación de desarrollo de tecnología, en la que se confeccionó y validó el instrumento de clasificación.

La *segunda etapa* se correspondió con un estudio descriptivo, donde se aplicó el instrumento diseñado previamente a mujeres de 40 a 59 años, de las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma, para describir la distribución de las distintas categorías del síndrome climatérico: asintomático o muy leve, leve, moderado y muy molesto, como índice total y por subescalas: circulatorio, psicológico, genitourinario y general, así como la frecuencia de las categorías del

índice total con características biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida. Para ello se seleccionaron tres muestras aleatorias por el método estratificado polietápico.

La *tercera etapa* fue un estudio analítico de corte transversal, en tanto clasifica las mujeres de 40 a 59 años de acuerdo a la intensidad del síndrome en el momento de la investigación, aunque la indagación sobre las variables independientes se realizó de forma retrospectiva, con vistas a tomar en cuenta la temporalidad. En la identificación de las variables que constituyeron factores de riesgo para las categorías más intensas del síndrome en cada provincia, se agruparon las mujeres clasificadas previamente con síndrome moderado y muy molesto en una categoría a la que se denominó **intenso**, para compararla con las que quedaron clasificadas en las restantes categorías, con las que se conformó el otro grupo al que se llamó **no intenso**.

Se identifica como aporte de la investigación: el instrumento diseñado que ofrece la posibilidad de estandarizar criterios en relación con la evaluación de la mujer en etapa climatérica.

En términos de la evaluación individual, el instrumento diseñado constituye un apoyo al diagnóstico médico social, incluido en el modelo de atención integral a estas mujeres. Su carácter multidimensional permite identificar las áreas más afectadas, en virtud de las diferencias en las subescalas de síntomas, lo que contribuye a una mejor orientación e individualización del tratamiento.

El hecho de contar con una escala diseñada en correspondencia con las particularidades del contexto cubano, permite realizar investigaciones en diferentes territorios del país, cuyos resultados sean comparables; diseñar y ejecutar estrategias de intervención según las dimensiones más afectadas, así como planificar recursos humanos y materiales, de acuerdo a las necesidades identificadas en la evaluación. La detección de una mayor afectación de las mujeres de una comunidad en alguna de las subescalas del instrumento, puede indicar la necesidad de cambios organizativos en el equipo de atención como la

incorporación de determinados especialistas, la creación de nuevas consultas y otros.

Otro aporte se relaciona con la identificación de la situación de la población femenina de 40 a 59 años en las tres provincias estudiadas. Los resultados de la evaluación del síndrome climatérico y su relación con características biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida, favorecen la intervención de acuerdo a las peculiaridades de cada territorio. Este conocimiento facilita el desarrollo de estrategias de promoción de salud y prevención, relacionadas con los factores susceptibles de modificación.

El trabajo se estructura en cuatro capítulos, el primero describe el marco teórico y metodológico en el cual se fundamenta el estudio, el segundo presenta los métodos de investigación utilizados en las tres etapas, en el tercero se exponen los resultados obtenidos en el diseño de la escala y su aplicación en las tres provincias estudiadas y el cuarto se dedica a la discusión. Finalmente, se formulan las conclusiones y las recomendaciones.

Este capítulo tiene el propósito de presentar los elementos teóricos fundamentales para el abordaje de la problemática planteada en la introducción del trabajo.

El mismo está estructurado en tres epígrafes: el primero aborda aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos concernientes al climaterio y la menopausia, el segundo los factores relacionados con la intensidad del síndrome climatérico y el tercero su medición.

La presentación de los contenidos de los epígrafes se realizó con un enfoque deductivo, de forma tal que en cada uno de ellos se presenta primero la información de mayor generalidad, y se particulariza en la medida que se avanza en el epígrafe.

1.1 Climaterio y menopausia: aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos.

1.1.1 Principales características biológicas y clínicas del climaterio y la menopausia

La menopausia se define como el cese definitivo de la menstruación como consecuencia de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario y su diagnóstico se establece retrospectivamente, después de un año de amenorrea. Por lo tanto, es un momento en la vida de la mujer, el día de su última menstruación. En cambio, el climaterio, frecuentemente confundido con la menopausia, es un período de tiempo que marca la transición paulatina de su capacidad reproductora a la no reproductora, caracterizado por importantes cambios hormonales. Estas definiciones, sobre todo la diferenciación entre las dos como un momento y una etapa, señaladas por González Campos,³⁷ son asumidas por diferentes autores.^{11, 18, 21, 28}

El envejecimiento del ovario, al parecer, está relacionado con la cantidad de folículos primordiales establecidos durante la vida fetal. La menopausia señala el agotamiento definitivo de la reserva folicular. A partir de los 40 años se inicia en la mujer un período de decadencia progresiva de la función ovárica, con una

disminución de la frecuencia de ovulación, que lleva primero a una fertilidad disminuida y luego a la menopausia.³⁸

En la etapa reproductiva, se mantiene una conexión precisa y secuencial entre el cerebro, la adenohipófisis y el ovario. Ello ocurre mediante un sistema de señales interdependientes que aseguran finalmente la regularidad de la esteroidogénesis y la ovulación.²³

El ovario es un órgano que no tiene la posibilidad de generar nuevos gametos, los folículos primordiales están presentes desde la vida intrauterina. A partir de la menarquia, en cada ciclo reproductivo, un escaso número de esos folículos sufre un proceso complejo de desarrollo y diferenciación que concluye el crecimiento folicular y con posterioridad a la ovulación se origina el cuerpo lúteo. Para que ocurra este proceso existe un sistema de señales que incluye el cerebro, la adenohipófisis y el propio ovario.^{11, 23}

Durante el climaterio se produce una serie de fases como expresión de los cambios endocrinos que resultan de la pérdida progresiva de la maduración folicular. En la primera, ocurre un acortamiento del ciclo menstrual a expensas de la fase folicular, además de una disminución de la fertilidad; las modificaciones hormonales están dadas, fundamentalmente, por un incremento ligero de la hormona folículo estimulante (FSH).^{11, 21, 23}

En la segunda fase o de perimenopausia, disminuye el número de ciclos ovulatorios, que alternan con períodos de falla verdadera del ovario. Existe un deterioro más evidente de la producción hormonal de este órgano, que se asocia con reajustes del nivel hipotálamo – hipofisario, con la ocurrencia de un aumento de la producción de FSH, más evidente que la de la hormona luteinizante (LH). El número de folículos que se atresia se incrementa hasta que llega un momento en que no ocurre nueva ovulación.^{11, 21, 23}

La última fase ocurre cuando en el ovario no quedan o no maduran nuevos folículos, y por ello no existen células capaces de producir estradiol ni

progesterona. Las células del estroma y del lúteo producen androsterona y testosterona, aunque en menor magnitud que durante la etapa reproductiva, de manera que la concentración plasmática de la primera disminuye aproximadamente en un 50 por ciento y un 30 por ciento la de testosterona. Los andrógenos sufren un proceso de aromatización en el tejido adiposo, lo que origina estrona. Ésta se constituye en el producto estrogénico principal de la postmenopausia. La producción andrógeno – estrógeno cambia de forma dramática por la disminución de este último, que explica la ocurrencia de hirsutismo.^{11, 21}

Los niveles de FSH y LH aumentan y tienden a estabilizarse después de la menopausia. Con los años ambas gonadotropinas pueden sufrir descensos ligeros, aunque siempre mantendrán valores superiores a los de la etapa reproductiva.^{11, 21}

Se ha considerado que la hormona de crecimiento (GH) y su relevo biológico, el factor de crecimiento, semejante a la insulina, o “factor insulinoide” (IGF I), poseen una acción directa sobre el folículo ovárico y actúan prácticamente como otras gonadotropinas, ya que son capaces de intervenir en la esteroidogénesis y la ovulación. La GH alcanza su máxima concentración durante la etapa de la pubertad coincidiendo con el crecimiento estatural; posteriormente la concentración disminuye y así se mantiene hasta la quinta década de la vida que es el momento en que los niveles descienden progresivamente. La GH, a través de la IGF I produce una acción metabólica, esencialmente anabólica, en grasa y masa muscular. El descenso en la actividad del eje somatotrópico que acompaña a la senectud se ha considerado como una forma de somatopausia que podría explicar la aparición de una disminución de la masa y de la fuerza muscular, incremento en la frecuencia de osteoporosis, aumento de la grasa corporal, debilidad generalizada y fragilidad inmunológica.²³

Estos cambios neuroendocrinos pueden ocasionar una variada gama de síntomas conocidos como síndrome climatérico y pueden favorecer la presentación clínica

de enfermedades como hipertensión arterial, osteoporosis, Enfermedad de Alzheimer y cáncer de mama, endometrio y ovario.¹¹

Pisabarro¹² resume estos cambios metabólicos durante el climaterio en la confluencia de: la desregulación de varios ejes neuroendocrinos: 1) hipotálamo - hipófiso - ovárico (HHO): *menopausia*, 2) HHsuprarrenal (caída de dehidroepiandrosterona): *adrenopausia* y predominio de hipertonía HHcortisol en la reacción de estrés, 3) caída GH/ IGF-I (hormona de crecimiento / factor de crecimiento insulino símil): *somatopausia*. A todos estos cambios neuroendocrinos se deben sumar los del estilo de vida, particularmente sedentarismo progresivo, alteraciones dietéticas, tabaquismo y alcoholismo. La conjunción de estos factores puede determinar un verdadero “síndrome metabólico” que mantiene estrechas relaciones con el de resistencia insulínica y se inscribe dentro de lo que hoy se considera el “síndrome de la civilización”.

Al referirse a los aspectos clínicos del climaterio y la menopausia, López Martínez y González Candela¹³ señalan que ésta no se asocia con la génesis directa de enfermedades; no existe base científica que permita considerarla como una endocrinopatía. Sólo en determinadas mujeres en las que se asocien factores de riesgo, como afecciones preexistentes, estados carenciales o una predisposición genética se desencadenarán determinadas enfermedades. Como consecuencia del propio envejecimiento, a partir de la menopausia aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, y alteraciones del metabolismo óseo.

En relación con el tema de las definiciones, algunos autores no establecen la diferencia entre climaterio y menopausia mencionada al inicio, incluso los términos pueden estar declarados de forma poco precisa, como en los reportes que se describen a continuación.

En la declaración de la “Conferencia sobre el Estado de la Ciencia” en el manejo de los síntomas relacionados con la menopausia, de los Institutos Nacionales de Salud (NIH por sus siglas en inglés), celebrada en marzo de 2005, se señala que

la menopausia es un proceso natural que ocurre a las mujeres como parte del envejecimiento normal. Además, se hace referencia a los planteamientos realizados por los grupos de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el “Taller sobre las Etapas de Envejecimiento Reproductivo” (STRAW, por sus siglas en inglés), que en 2001 definieron la menopausia como el cese permanente de la menstruación de forma natural o inducida por cirugía, quimioterapia o radiación. La menopausia natural se reconoce después de 12 meses consecutivos sin menstruación que no esté asociado a causa fisiológica, como la lactancia, o patológica.¹⁷

Los expertos que participaron en STRAW definieron tres etapas del ciclo vital femenino que consideraron de interés para el tema tratado en el taller, que también reflejan algunas imprecisiones, sobre todo las dos últimas, que no están descritas de forma excluyente. Las etapas definidas son:

1. Etapa reproductiva: desde la menarquia hasta la perimenopausia, cuando los ciclos menstruales se tornan variables.
2. Transición menopáusica: el período en que aumenta la FSH y se incrementa la variabilidad de la duración del ciclo menstrual -el salto de dos ciclos, sesenta días o más de amenorrea o ambos.- Esta etapa concluye con la menstruación final y el comienzo de la postmenopausia
3. Postmenopausia: comienza con la última menstruación, aunque no es reconocida hasta después de 12 meses de amenorrea.¹⁷

De esta forma, el término transición menopáusica se refiere al período desde el final de la etapa reproductiva hasta la entrada a la postmenopausia y llaman perimenopausia al lapso de tiempo inmediatamente anterior a la menopausia, cuando comienzan las características biológicas y clínicas de aproximación a este evento, es decir, que incluye la transición menopáusica y se superpone los primeros 12 meses de la postmenopausia.¹⁷

Es de destacar que este reporte se refiere a la menopausia como un proceso; sin embargo, la define como un evento puntual, incluso no hace mención del climaterio. Otros, como López Martínez y González Candela ¹³ identifican la menopausia como una etapa de transición.

El término transición menopáusica también es usado por Sánchez Borrego, ³⁹ pero se refiere al período de tiempo antes de la última menstruación cuando la variabilidad en el ciclo menstrual normalmente se incrementa. Señala además, que este término puede usarse como sinónimo de “premenopausia”, aunque puede provocar confusión y preferentemente debe abandonarse.

Las diferencias que existen en la definición y el uso de los términos climaterio y menopausia, así como las relacionadas con las etapas del climaterio pueden ocasionar falta de entendimiento entre los profesionales dedicados a la investigación y la atención a las mujeres en esta etapa de la vida. Por ello se decidió realizar el Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia, para lo cual se llevó a cabo una reunión de expertos de diferentes especialidades, de todo el país, en marzo de 1999, con el propósito de estandarizar criterios para una mejor atención a la mujer en esta etapa del ciclo vital y contribuir a elevar su calidad de vida, así como proporcionar a las autoridades competentes un documento que permita establecer estrategias con vistas a prevenir, diagnosticar y tratar las consecuencias clínicas del cese de la función reproductiva del ovario.

En esta reunión se discutieron diversos aspectos relacionados con el tema y, entre otros, se llegó a consenso sobre las definiciones que se detallan a continuación y que forman parte del fundamento teórico asumido en esta investigación.

- 1) *Climaterio*: período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas:
 - a) *Perimenopausia*: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.

- b) *Postmenopausia*: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 59 años.
- 2) *Menopausia natural*: cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico es retrospectivo y se hará después de un periodo de amenorrea mayor de 12 meses.
- 3) *Menopausia artificial*: daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica. ^c

En el II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia, efectuado los días 14 y el 15 de diciembre de 2006, se ratificaron las definiciones mencionadas antes.

Por otro lado, la importancia que tienen los estrógenos como reguladores y moduladores de múltiples órganos y funciones hace que la instauración del hipoestrogenismo, unas veces progresiva y otras brusca, ocasione algunas manifestaciones clínicas. ¹³

La lista de síntomas y complicaciones que acompañan al climaterio es bastante extensa y son agrupados en diferentes clasificaciones según los autores, aunque la mayor coincidencia está en el grupo de síntomas llamados vasomotores o neurovegetativos. ^{15, 17, 24}

Palacios ¹⁵ señala que la sintomatología del síndrome climatérico de acuerdo a la forma de presentación puede ser agrupada en aguda, subaguda y crónica. En las mujeres occidentales la sintomatología aguda se presenta en más del 50 por ciento de los casos y suele aparecer en la perimenopausia. Los sofocos constituyen la causa más frecuente de solicitud de atención médica. El resto de los síntomas vasomotores, los trastornos del sueño y otros síntomas psicológicos

^c Sección de Climaterio y Menopausia, Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Cubana de Endocrinología, Dirección Nacional Materno Infantil. Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Ciudad de La Habana, 15 al 19 de marzo de 1999

son fácilmente reconocidos y frecuentes, aunque en menor cuantía que los neurovegetativos. La incontinencia urinaria y la dispareunia, aunque son debidos también al déficit estrogénico, son menos frecuentes como motivo de consulta, posiblemente debido a su aparición más tardía y (o) a ser atribuidos al envejecimiento. Otros sistemas y aparatos que expresan las consecuencias de la deficiencia de estrógenos son el cardiovascular, el nervioso central y el músculo esquelético.

González Campos ³⁷ propone, para su evaluación, cuatro formas del síndrome climatérico: síndrome de los efectores genitales, síndrome climatérico neurovegetativo, síndrome climatérico metabólico y síndrome climatérico psíquico.

Otros clasifican la sintomatología asociada al climaterio en cuatro entidades fisiopatológicas: hemorragia uterina disfuncional, síndrome vasomotor, síndrome psiconeurofisiológico y síndrome atrófico genitourinario. ²⁴

Basilio y Buceta ⁴⁰ definen el síndrome climatérico como el conjunto de síntomas neurovegetativos y psicológicos que aparecen por el déficit de la función ovárica en la menopausia. Estos síntomas vegetativos son sofocos, sudoraciones, mareos, palpitaciones, parestesias, cefaleas. Los síntomas psicológicos incluyen nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida de energía, estado de ánimo depresivo, y disminución de la libido o del poder de concentración. De todos estos síntomas, en estudios bien controlados sólo los sofocos, las sudoraciones y la atrofia vaginal han sido asociados directamente con la menopausia. La pérdida de memoria no está probadamente relacionada con el climaterio, sino con la edad; sin embargo, hay trabajos que los relacionan, dado que el grupo de pacientes tratadas con terapia de reemplazo hormonal refieren mejoría.

Otra agrupación es la declarada en la conferencia sobre el estado de la ciencia en el manejo de los síntomas relacionados con la menopausia, con el propósito de valorar cuáles síntomas son debidos al envejecimiento del ovario, respecto a la que también existe controversia. En este reporte aparecen agrupados en:

síntomas vasomotores, sequedad vaginal y dispareunia, trastornos del sueño, síntomas relacionados con el humor, trastornos cognitivos, síntomas somáticos, incontinencia urinaria, problemas de sangramiento uterino y disfunción sexual.¹⁷

Navarro y colaboradores,³² en un estudio de mujeres cubanas de 40 a 59 años, agruparon los síntomas en vasomotores: oleadas de calor, sudoraciones y palpitaciones; psicológicos: depresión, insomnio, irritabilidad y ansiedad; y generales: calambres, mareos, cefaleas, mialgias y artralgias.

Con independencia de la controversia en la agrupación que existe respecto a algunos de los síntomas que se presentan durante el climaterio y su relación con los cambios neuroendocrinos de este período, la presente investigación asumió que: el síndrome climatérico está conformado por las manifestaciones clínicas que se presentan en esta etapa de la vida de la mujer, e incluye síntomas vasomotores, psicológicos, alteraciones genitourinarias y manifestaciones generales.

1.1.2. Epidemiología del climaterio y la menopausia.

Dados los registros disponibles, se conoce que en los países occidentales la mediana de la edad de la menopausia se ha mantenido relativamente constante en los últimos 100 años.⁴¹ Algunos autores proponen rangos tan amplios como 40 a 60 años.⁴² Otros la ubican entre 35 y 55 años,¹¹ pero la mayoría coincide en que ocurre, en promedio, alrededor de los 50 años.^{5, 11, 19, 37, 41} En el estudio relacionado con la edad de la menopausia, de la Red de Investigaciones sobre el Climaterio en Latinoamérica (REDLINC), los autores reportan que la edad de la menopausia en la región estuvo entre 49 y 52 años.⁴³ En otros informes de países del área como Venezuela se encontró a los 49 años,¹⁸ y en Colombia entre los 48 y 52 años.²² En Cuba, en un trabajo de Navarro y Artilles, la edad promedio de la menopausia fue de 47 años;⁴⁴ en otras investigaciones posteriores, en diferentes territorios del país, este evento se ha mantenido entre 47 y 48 años.^{31, 45 – 48}

La edad de la menopausia está influida tanto por factores ambientales como

hereditarios. Entre los primeros, el tabaquismo es el que más afecta la función ovárica, lo que puede contribuir a menopausia temprana, así como mortalidad prematura. La quimioterapia, la radiación y la cirugía son factores menos comunes en la ocurrencia de falla ovárica prematura. En términos de herencia, en un estudio reciente de madres e hijas se encontró que la edad de la menopausia de la madre es un predictor importante de la edad de la menopausia de las hijas, particularmente para la menopausia temprana. Parece que son genes del cromosoma X, los necesarios para el mantenimiento de la función ovárica.⁴¹

En los Estados Unidos los factores asociados con menopausia temprana son bajo peso corporal, "duración de la menstruación", nuliparidad, hábito de fumar, no antecedentes de uso de contraceptivos orales, nivel socioeconómico bajo, raza y etnia. El peso corporal elevado está asociado con menopausia más tardía.¹⁷ En el estudio de REDLINC, ya mencionado, los factores asociados con edad más temprana de la menopausia son: vivir a una altura superior a 2000 metros, escolaridad menor de 12^{mo} grado, pobreza y tabaquismo.⁴³

Otros autores como Navarro¹¹ y de Bruin⁴² concuerdan en que la herencia es un factor que influye en la edad de aparición de la menopausia y, además del tabaquismo como hábito involucrado en una menopausia más temprana, señalan la paridad, ya que mientras mayor sea ésta, más tardía será aquella.

Barón²¹ destaca, como factores que predisponen a una menopausia más precoz, el tabaquismo, vivir a grandes alturas y la cirugía, especialmente la histerectomía, por el posible compromiso vascular del ovario.

En el Consenso sobre Terapia Hormonal en Colombia, resultante de la reunión de expertos, celebrada en el año 2000, se la quimioterapia para el cáncer, el hábito de fumar y el trauma quirúrgico como factores que contribuyen a la aparición precoz de la menopausia. También se sugiere la relación con factores hereditarios, aunque se plantea que el papel específico de estos factores no se ha determinado de manera conclusiva.²²

Aunque el proceso de envejecimiento afecta tanto a hombres como a mujeres, existen diferencias por sexo en incidencia, manifestaciones clínicas, mortalidad y evolución de algunas enfermedades.³⁸

Por ello, el envejecimiento poblacional implica retos importantes para los decisores en políticas de salud, el principal está relacionado con la “transición epidemiológica” (TE), un término acuñado para describir la importancia creciente de la enfermedad y la muerte atribuible a enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular, el accidente cerebrovascular y el cáncer, en comparación con aquellas causadas por enfermedades infecciosas, principalmente intestinales y respiratorias. En los países desarrollados la TE fue un proceso relativamente largo, que comenzó al final del siglo XIX; en los países en desarrollo está ocurriendo en la actualidad de una forma mucho más rápida.^{49,}
50

En tanto que el desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las no transmisibles constituye un logro social, supone un reto diferente para los países en desarrollo. En 1990 alrededor del 40 por ciento de todas las defunciones en estos países era atribuible a enfermedades infecciosas. Para el año 2020 se proyecta un cuadro muy diferente, momento en que las no transmisibles serán responsables de más de las tres cuartas partes de las muertes. Muchos de ellos continuarán enfrentando la doble carga de enfermedad, es decir, el incremento repentino de las no transmisibles coexistirá con la carga de la “vieja agenda”, infecciones como malaria y tuberculosis, aun en proporciones devastadoras.⁴⁹

Muchas enfermedades que afectan ambos sexos a menudo tienen frecuencias y presentaciones diferentes en hombres y mujeres. Los hombres sufren el comienzo más temprano de enfermedades crónicas que amenazan la vida incluyendo enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfisema, cirrosis hepática y enfermedades renales. La enfermedad coronaria tiende a manifestarse 10 a 20 años más temprano en hombres que en mujeres. Las tasas de incidencia específicas por edad de accidente cerebro vascular (AVE) son generalmente más

altas en hombres que en mujeres, pero en éstas las tasas de AVE fatales son mayores.⁴⁹

Un número de enfermedades auto inmunes como la tiroiditis de Hashimoto, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide predominan en las mujeres. La diabetes mellitus tipo II también es más común en las mujeres que en los hombres. El riesgo de osteoporosis en las mujeres es más de tres veces el de los hombres.⁴⁹

Mientras que algunas disparidades en la frecuencia y la presentación de las enfermedades son atribuidas a factores relacionados con el sexo, otras están más vinculadas a desigualdades relacionadas con el género, en la determinación de si mujeres u hombres son capaces de desarrollar su potencial para lograr una larga vida saludable. Las diferencias en condiciones de vida y trabajo de hombres y mujeres, en la naturaleza de sus responsabilidades sociales y en el acceso a los recursos los coloca en riesgo diferencial para desarrollar problemas de salud o inversamente para ser protegidos. Los factores de estilo de vida como tabaquismo y alcoholismo, así como otros comportamientos de riesgo combinados con el riesgo ocupacional contribuyen a un mayor número de muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes entre los hombres.⁴⁹

Algunos factores como la obesidad y el tabaquismo, asociados a otros cambios en el organismo femenino cuando claudica la producción estrogénica por el ovario, pueden indicar que la principal causa de muerte en las mujeres climatéricas españolas sean las enfermedades cardiovasculares que, después de los 55 años, superan a la mortalidad por cáncer de mama. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España reflejan que las mujeres se encuentran, en general, peor que los hombres a las mismas edades, con morbilidad representada por hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, depresión, osteoporosis y migraña.⁵¹

Las tensiones acumuladas por las mujeres en etapa climatérica, durante toda la

vida, por diversos factores como nutrición inadecuada, muchos hijos resultados de embarazos con intervalos intergenésicos cortos y una doble o triple carga de trabajo, a menudo ocasionan el envejecimiento prematuro de las mujeres latinoamericanas.^{33, 34, 50} Resultados de otros estudios coinciden con este planteamiento, al encontrar que las condiciones socioeconómicas en la vida adulta son un predictor más importante de la enfermedad coronaria y la bronquitis crónica que la situación social en la vida más temprana.⁵²

Al analizar las causas principales de muerte también se puede hablar de una transición epidemiológica en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Aunque el orden varía de un país a otro, las cinco causas principales de mortalidad en la mujer latinoamericana son: enfermedad cardiovascular, cáncer, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus e infecciones.⁵⁰

De acuerdo a lo señalado para los países en desarrollo, en la población indígena de Latinoamérica las primeras causas de mortalidad son las enfermedades infecciosas, parasitarias y transmitidas por vectores. La incidencia y la prevalencia de tuberculosis, malaria y enfermedad de Chagas presentan un descenso paulatino y sostenido en la región. Sin embargo, en la población rural e indígena, son superiores a las medias nacionales respectivas. Especialmente en la mujer de edad mediana, otras causas de morbilidad están representadas por artrosis y osteoporosis, que se manifiestan como síntomas de envejecimiento prematuro, además de las ya mencionadas como causa de muerte.⁵⁰

En Cuba, las causas de muerte en las mujeres de 40 a 59 años son semejantes a las señaladas para América Latina y el Caribe, aunque resulta preocupante que, según cifras preliminares para el 2005,^d los tumores malignos están en primer lugar, seguidos de enfermedades del corazón y cerebrovasculares.

En fin, durante el climaterio la calidad de vida de la mujer se puede ver afectada por la aparición de una serie de afecciones que originan discapacidad, e incluso la

^d Registro de mortalidad. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP

pérdida prematura de años de vida.

1.2 Factores relacionados con la intensidad del síndrome climatérico

La mayoría de los estudios revisados sobre el climaterio se refieren a la fisiología de la menopausia, en ellos se pueden encontrar descripciones extensas en cuanto a las alteraciones neuroendocrinas, ginecológicas y a la efectividad de diferentes tratamientos utilizados para el alivio de los síntomas.^{21 - 24}

Lo planteado anteriormente se ha hecho más evidente en los últimos años, después de julio de 2002, fecha en que se anunció la suspensión de una parte de la investigación "*Women 's Health Initiative (WHI)*".⁵³ Se trata de un ensayo clínico aleatorizado que involucró un gran número de mujeres postmenopáusicas, en un rango de edad de 50 a 79 años, diseñado para identificar si el tratamiento a base de estrógenos, con o sin progesterona, podía prevenir problemas crónicos como enfermedad cardiovascular. La evidencia acumulada tras 5.2 años de seguimiento de la parte en que se empleó la combinación de estrógenos equinos conjugados y acetato de medroxiprogesterona, hizo finalizar la investigación antes de lo previsto debido a que los riesgos para la salud eran mayores que los beneficios.^{17, 40, 54}

Estos hallazgos dieron lugar a interrogantes serias sobre la seguridad del tratamiento, lo que ha provocado la búsqueda de otras alternativas y, por ende, las publicaciones siguen centradas mayoritariamente en los aspectos relacionados con el tratamiento.

La declaración del panel de NIH ya citado, apunta que la dirección futura de la investigación para el tratamiento de los síntomas menopáusicos es multifacética y debe considerarse como conceptual, metodológica, orientada a la atención y dirigida al mejoramiento de la calidad de la misma. Señala la necesidad de un

marco conceptual para vincular la mayoría de los síntomas menopáusicos con factores genéticos, neuroquímicos, neurobiológicos y fisiológicos, así como cirugía del aparato reproductor y tratamientos médicos que hipotéticamente pueden causar síntomas, pero dentro del contexto social y cultural específico.¹⁷

Además, reconoce que la menopausia está “medicalizada” en la sociedad norteamericana contemporánea, por lo que existe una gran necesidad de desarrollar y diseminar información para que sea considerada como una fase normal y saludable en la vida de la mujer y elimine las barreras en la atención profesional.¹⁷

Mientras tanto, aunque se ha señalado la influencia de eventos no biológicos sobre la intensidad de los síntomas, son menos aquellos trabajos que estudian los factores sociológicos, culturales y personalógicos que pueden estar determinando criticidad del llamado síndrome climatérico. Las investigaciones sobre esta última temática, realizadas en diversas latitudes, tratan de explicar las diferencias en cuanto a manifestaciones clínicas existentes entre mujeres provenientes de estratos sociales, culturas y con características psicológicas diferentes. En ellos se han encontrado resultados interesantes, en algunas ocasiones contradictorios, a los que se trata de dar una explicación.^{33, 55, 56}

Así, se mencionan tres tipos de factores a los cuales responde la intensidad del síndrome climatérico:

1. Déficit y desequilibrio hormonal, que causa la mayoría de los síntomas agudos y que, dependiendo de su forma de aparición como en la doble anexectomía, pueden llegar a ser muy molestos e incluso interferir con el ritmo de vida de la mujer.
2. Factores socioculturales, determinados por el ambiente en que vive la mujer y que influye en la forma en que ésta experimenta la sintomatología.

3. Factores psicológicos, dependientes de la personalidad de cada mujer y que influyen en cómo contempla y acepta esta etapa de transición y los síntomas asociados.^{14, 15}

En general, en la literatura revisada queda recogido un grupo de factores relacionados con la intensidad de los síntomas, dentro de los que se encuentran: profesión, actividad intelectual, lugar de residencia, condicionamiento de género, estado civil, creencias, autoestima, experiencias previas, raza, síntomas premenstruales, nivel de ocupación, nivel educacional, paridad, estado de ingresos, inestabilidad emocional antes de la menopausia, práctica de ejercicios físicos.^{26, 57, 58}

Siseles⁵⁰ señala que la combinación de factores biológicos y culturales determina la naturaleza de la menopausia de la mujer latinoamericana. Desde lo sociológico, existen grandes diferencias entre países y en cada uno de ellos, entre áreas urbanas y rurales, sectores sociales y etnias. Las mujeres de los ámbitos rurales tendrían perfecta percepción de sus cambios, pero deben silenciarlos porque no hay espacio donde volcarlos. Así mismo, hace referencia a un estudio de un grupo de mujeres peruanas, donde se observó que la aceptación y el ajuste a la menopausia dependían de la satisfacción de la mujer con su papel vital principal. Había dos papeles principales, el de madre y el de trabajadora. Las madres cuyos hijos no habían cumplido sus expectativas presentaron más dificultades durante la menopausia, en tanto que las trabajadoras, cuya satisfacción dependía no sólo de los hijos sino también de su propia conducta, estaban mejor.

En Cuba la mujer de edad mediana desempeña un triple rol social: el reproductivo, como cuidadora de la familia; el productivo, por el aporte que brinda a la economía nacional; y el comunitario, al pertenecer a organismos y organizaciones de masa, donde muchas veces ocupa cargos de dirección. Es decir, que se ha incorporado al espacio público, sin redistribución de las actividades relacionadas con la familia,¹⁰ lo que implica una sobrecarga que puede afectar la intensidad del síndrome climatérico.

Un estudio realizado en Ciudad de La Habana, en mujeres con percepción del climatérico como crítico se encontró, entre otros, que la disminución de la autoestima, la división sexual del trabajo que implica una doble y triple jornada y la disfunción de pareja, influyeron en dicha criticidad.³⁴

Navarro y colaboradores³² reportan que mayor nivel educacional, la existencia de pareja sexual y ser trabajadora fueron factores sociales que tendieron a disminuir la frecuencia y la intensidad del síndrome climatérico.

Esta variabilidad en la intensidad del síndrome climatérico está en concordancia con los planteamientos de Breilh³⁵ en cuanto a que las condiciones de vida generan grandes diferencias en la calidad de vida y pueden determinar un conjunto de procesos protectores, benéficos y potenciadores de salud, los cuales entran en contradicción con procesos destructores que desencadenan la aparición de enfermedad. Por eso salud y enfermedad constituyen una unidad en oposición y desarrollo permanente.

Las condiciones de vida, como expresión del entorno donde histórica y socialmente se reproduce el hombre, abarcan diferentes esferas: económica, base fundamental a la que se subordinan los restantes movimientos sociales; ecológica, entorno en que se desempeña el hombre e interactuante en el proceso de producción; conductual, como expresión superestructural de la base económica que caracteriza una sociedad determinada (cultura, ideología, política, leyes) y la esfera biológica como expresión particular de las condiciones del individuo y cuya expresión formal puede ser modificada por las restantes dimensiones.³⁵

En las esferas económica y ecológica, existen múltiples eventos que deterioran la salud. La alimentación inadecuada, el desgaste del trabajo doméstico, el modo de inserción femenina en el proceso productivo de forma directa o indirecta, el trabajo excesivo, las relaciones de subordinación económica, la falta de equidad en los espacios privado y público, los conflictos por la carencia o la necesidad de apoyo

financiero y la tensión emocional por la tarea interminable se constituyen en elementos que potencian el menoscabo de la salud de la mujer.³⁵

De esta forma, aunque el climaterio es un proceso fisiológico, este conjunto de eventos, puede condicionar la variabilidad en las manifestaciones del síndrome.

1.3 Medición del síndrome climatérico

Según sus aplicaciones potenciales, los índices que miden el estado de salud pueden ser divididos en tres categorías amplias:

- ◆ Discriminativos: usados para distinguir determinadas características entre individuos o grupos de ellos.
- ◆ Predictivos: usados generalmente como instrumentos para el diagnóstico e identificar cuáles individuos tienen o desarrollarán determinada condición.
- ◆ Evaluativos: usados para medir la magnitud de los cambios ocurridos en individuos o grupos de ellos en cuanto a la característica de interés. Este tipo de índice ha sido usado, por ejemplo, en la medición de la calidad de la vida y la gravedad de las enfermedades.⁵⁹

La determinación de la gravedad del daño o enfermedad que afecta a un individuo es uno de los problemas básicos en los sistemas de salud en el mundo y el desarrollo de escalas para medirla constituye un reto para los profesionales de la salud.

Algunos autores han intentado dar una definición de gravedad. Así, Gonnella⁶⁰ la define como “la probabilidad de muerte o el grado de deterioro residual resultante de la enfermedad sin considerar el tratamiento”. Horn⁶¹ plantea que la extensión, grado o medida de cada enfermedad y las interacciones con otras describen la gravedad total de la enfermedad de un paciente. Brum⁶² afirma que la gravedad es un concepto complejo, no susceptible de ser medido directamente y que existen, por tanto, algunos indicadores observables que tomados en conjunto y en

combinación adecuada, permiten definir cuantitativamente la gravedad del paciente.

En la atención sanitaria y en la investigación sobre el climaterio, la necesidad de la evaluación del síndrome climatérico, con instrumentos válidos y confiables, de acuerdo a cada contexto, ha sido destacada por organismos internacionales, desde décadas pasadas.

En 1981, la Organización Mundial de la Salud reconoció la importancia que tiene el estudio de aquellos factores que pueden influir en la presentación de las manifestaciones del síndrome climatérico. En un informe realizado por un grupo científico de esta organización, llamado Investigaciones sobre la Menopausia, plasmaron como principales recomendaciones emprender estudios para aclarar si las diferencias observadas en la incidencia y las características de los síntomas menopáusicos en las distintas culturas y estratos sociales son reales, realizar investigaciones en distintos medios culturales que generen instrumentos adecuados para la evaluación de síntomas, y la conveniencia de encontrar métodos científicamente rigurosos, adaptables a los medios culturales, para determinar los síntomas perimenopáusicos.²⁵

Más recientemente, en el año 2005, el panel de NIH¹⁷ recomendó, dentro de los aspectos metodológicos en los que se debe enfocar la investigación sobre el climaterio, contar con instrumentos de recolección de datos confiables y válidos para el estudio de los síntomas menopáusicos. Ellos deben ser desarrollados y validados en diferentes idiomas e incentivar el empleo de mediciones estandarizadas en las investigaciones comunitarias.

Son varios los instrumentos diseñados para medir la intensidad del síndrome climatérico, algunos de ellos reportados como escalas para valorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa. Utian⁶³ señala que muchos de los síntomas que aparecen en ese período tienen un efecto negativo sobre la calidad de vida de las mujeres. Añade que sería muy interesante saber a través de qué instrumentos

es posible alcanzar ese estándar y cómo el personal de salud puede contribuir a eso, cada uno en su propio país.

Otro planteamiento, recogido de la misma fuente, es el de Schneider.⁶³ Este autor señala que evaluar la calidad de vida de la paciente con herramientas metodológicas que permitan tener en cuenta diferencias étnicas y culturales es un aspecto que no se debe desestimar; por el contrario, debe incluir aspectos físicos, sociales, psicológicos y de la vida íntima de la paciente (en especial su nivel de satisfacción sexual) ya que “numerosas investigaciones demuestran que cuando la mujer experimenta bienestar aumenta su adherencia a los tratamientos indicados”.

Velarde y Ávila⁶⁴ plantean que los instrumentos para medir calidad de vida pueden clasificarse en genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero son poco sensibles a los cambios clínicos, por lo que su finalidad es meramente descriptiva. Mientras tanto, los segundos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Éstos tienen mayor capacidad de discriminación y predicción y son particularmente útiles para ensayos clínicos.

La búsqueda de escalas relacionadas con la medición de la intensidad del síndrome climatérico permitió encontrar dos sitios Web donde se presentan listas de instrumentos publicados y definidos como escalas de evaluación de calidad de vida, clasificados por diferentes criterios. En la clasificación por grupos poblaciones, para la población femenina, aparecen “*Menopause-specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)*”, “*Women Health Questionnaire (WHQ)*”, “*Utian Quality of Life Scale (UQOL)*” y “*Menopause Rating Scale (MRS)*”, en uno de ellos, todos dirigidos a la menopausia.⁶⁵ En el otro,⁶⁶ se recoge Cuestionario de Calidad de Vida en Mujeres Posmenopáusicas (MENCAV), además de MENQOL y MRS. De estos instrumentos, sólo se pudo acceder a la MRS, a través de otras publicaciones.

López Martínez y Gutiérrez Candela¹³ afirman que son pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida que cumplan todos los criterios y que estén diseñados para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia sobre la misma y que son aún menos los documentos traducidos o validados al castellano. También presentan una revisión de las escalas para medir la calidad de vida en el climaterio, que incluye las anteriores; consideran el MENCAV como una versión en lengua castellana del MENQOL, añaden la Escala Climatérica de Greene y se refieren al “cuestionario de Kupperman” como una escala clínica.

Este último es uno de los instrumentos más conocidos y empleados, que aparece en la literatura con diferentes denominaciones, entre las que se encuentran: Índice de Blatt y Kupperman, Índice Menopáusico de Blatt y Kupperman, Índice Menopáusico de Kupperman, Índice de Blatt, Índice de Kupperman. Se trata de la primera revisión sistemática de los síntomas de la menopausia publicada en 1953; ésta fue realizada por los médicos alemanes H. S. Kupperman y M. H. G. Blatt con el propósito de evaluar la respuesta de mujeres sometidas a terapia hormonal de reemplazo (THR).²⁶

El Índice de Blatt y Kupperman incluye 11 síntomas, que los autores consideraron más importantes en el momento y el contexto en que se elaboró; permite obtener una puntuación dada por la combinación de la intensidad referida por la mujer y la ponderación asignada a cada uno de ellos, de tal forma que la sintomatología puede ser evaluada en intensa, moderada o ligera de acuerdo a dicha puntuación.
67, 68

Este índice ha sido y es utilizado en la actualidad para la evaluación de la sintomatología climatérica en variadas investigaciones y contextos. En la revisión bibliográfica se encontraron:

- Investigaciones clínicas con diferentes formulaciones medicamentosas para terapia hormonal de reemplazo, publicadas en español, inglés y francés y

realizadas en Colombia, ⁶⁹ España, ⁷⁰ Finlandia, ⁷¹ Bulgaria, ⁷² Italia, ⁷³ Canadá ⁷⁴ y Francia. ^{75, 76}

- Documento sobre líneas directrices para la presentación de medicamentos dedicados a la terapia hormonal de reemplazo, de Canadá. Éste recomienda la utilización del Índice de Kupperman dentro la evaluación de la eficacia de la droga que se presente. ⁷⁷
- Documentos sobre la inscripción de medicamentos en la lista de distribución, en Francia, donde se muestran los resultados de la eficacia de las drogas, basados en este índice. ^{78, 79}
- Investigaciones clínicas, monografías y otros documentos que abordan y (o) comentan artículos relacionados con el efecto de los fitoestrógenos sobre los síntomas climatéricos, donde también se emplea este índice. ^{80 – 83}
- Investigación clínica sobre tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia, realizado en Madrid, donde los síntomas fueron evaluados mediante el Índice de Kupperman. ⁸⁴
- Investigación comunitaria sobre características psicosociales y actitudes ante el climaterio en mujeres de la Comunidad Autónoma de Galicia, donde se valoraron las diferencias, relacionadas con estas variables, entre grupos formados según las etapas del climaterio, que la autora dividió en premenopausia, menopausia y postmenopausia. ⁸⁵
- Otra serie de documentos es la relacionada con la organización de la atención a la mujer climatérica. Entre ellos se encuentra el que norma la atención primaria a este grupo poblacional en Toledo, Barcelona, que orienta el uso del Índice de Kupperman en la valoración inicial y el seguimiento de este grupo poblacional. ⁸⁶ En la evaluación del Programa de Atención a la Mujer Climatérica en la Comunidad de Valencia, también aparece la valoración de las manifestaciones clínicas de las mujeres incluidas en dicho programa mediante esta escala. ⁸⁷ González Campos ³⁷ entre los métodos de evaluación del síndrome climatérico señala el Índice de Blatt-Kupperman para la

valoración del que denomina síndrome neurovegetativo.

El Índice de Blatt y Kupperman fue modificado por Bernice Neugarten y Ruth Kraines, quienes añadieron 17 manifestaciones clínicas e investigaron si algunas de las quejas que se producen durante el climaterio son propias de este período o si ocurren en otras etapas de la vida de la mujer.⁶⁷

En la investigación de Appolinário y colaboradores aparece el Índice Menopáusico como una escala basada en la relación de síntomas descritos por Blatt.⁸⁸ En otras de las publicaciones revisadas utilizan el Índice de Kupperman y otras escalas como la de Greene para construir instrumentos específicos para el estudio.⁸⁹

A pesar de la utilización amplia del Índice de Kupperman, sólo se encontró una publicación relacionada con la validación de este instrumento, especialmente de su confiabilidad, mediante el *test-retest*, realizada por Lopes de Sousa y colaboradores⁹⁰ en Brasil y publicada en el año 2000, casi 50 años después que se dio a conocer dicho instrumento. Según los resultados de este estudio, la confiabilidad fue moderada, concluye que las cualidades de esta escala deben ser tomadas con precaución por no resultar enteramente confiables, que posibles modificaciones en las ponderaciones y la inclusión de síntomas relacionados con el déficit estrogénico como la atrofia vaginal podrían hacerlo más confiables. Los autores comentan que además de la controversia sobre cuáles síntomas están realmente relacionados con los cambios neuroendocrinos del climaterio, existe un problema metodológico, señalado por Alder, en la medición de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación, en virtud de la presumible falta de instrumentos válidos y confiables para dicha evaluación.

Otras críticas, como la de da Silva Dias y colaboradores,²⁷ señalan que el índice de Blatt-Kupperman fue pionero en la tentativa de evaluar la sintomatología de la perimenopausia y aún en la actualidad encuentra aplicabilidad, aunque puede decirse que refleja la época en que fue elaborado, ya que sus términos no están actualizados y presenta otras dificultades como que el resultado es un puntaje

único, es decir, todos los síntomas están incluidos en una sola dimensión, lo que no permite la valoración por separado de distintas esferas que pueden estar afectadas en esta etapa de la vida; no incluye síntomas frecuentes como sequedad vaginal, que está descrito como resultado de la disminución de los estrógenos, así como sus consecuencias dadas por dispareunia y disminución de la libido; y las ponderaciones son arbitrarias, lo que compromete el análisis.

Otros reportes coinciden en que el Índice Menopáusico de Kupperman no se ha mostrado apropiado para la evaluación de los síntomas menopáusicos, ya que presenta términos mal definidos, evalúa de manera conjunta diversos aspectos y omite síntomas característicos de la menopausia, como son la sequedad vaginal y la dispareunia. Este índice ha sido modificado posteriormente, aunque al persistir algunos de sus problemas metodológicos, no se considera un instrumento válido para la evaluación de síntomas.¹⁹

Olazábal,²⁸ en un artículo donde enfoca la atención a la mujer climatérica como un objetivo a desarrollar desde la atención primaria, critica el protocolo de atención existente en España y lo califica de reduccionista por su concepción exclusivamente biologicista. Entre otros aspectos señala que contiene elementos obsoletos como la valoración de la intensidad clínica mediante el índice de Kupperman y Blatt y hace referencia a los planteamientos de Greene y Alder que lo consideran desacreditado por su falta de especificidad al incluir síntomas no ligados a la menopausia y por sus inadecuadas propiedades psicométricas.

Heinemann⁹¹ coincide con otros reportes en que el índice de Kupperman fue el primer intento aceptado ampliamente para medir la intensidad de las quejas de las mujeres climatéricas y añade que es un instrumento enfocado principalmente al alivio de los síntomas, valorado más sobre la base del resumen que realiza el médico apoyado en este instrumento, que por la valoración que hace la mujer de los síntomas que percibe.

Blümel y colaboradores,⁹² en su artículo sobre pautas clínicas en el tratamiento

del climaterio, afirman que “el clásico test de Blatt-Kupperman carece de base científica y sólo mantiene un valor histórico.”

Otro instrumento conocido y que ha sido muy empleado es la Escala Climatérica Estándar de Greene, publicada en 1976.²⁹ Greene realizó un análisis factorial de síntomas climatéricos de 50 mujeres con el propósito de investigar la relación entre ellos y construir una medida más racional, que expresara la naturaleza multifacética y de amplio rango de la sintomatología que éstas experimentan durante el climaterio. Encontró dos factores principales que incluían síntomas psicológicos y somáticos y un factor independiente más pequeño que fue el vasomotor. De esta forma, el instrumento resultante consistió en 3 subescalas separadas que medían síntomas vasomotores, somáticos y psicológicos. Hoy en día la controversia continúa y muchos autores piensan que es muy difícil separar la menopausia de otros aspectos de la vida de la mujer que pueden repercutir en su respuesta al cuestionario.^{67, 93}

Las aplicaciones de esta escala, encontradas en la literatura, se refieren a evaluación de los síntomas climatéricos en:

- Investigaciones clínicas sobre tratamiento hormonal, realizadas en México^{94, 95} y Brasil.⁹⁶
- Investigaciones clínicas sobre tratamiento con fitoestrógenos, cuyos informes no aclaran el lugar donde fueron realizados los estudios.^{97, 98}
- Investigaciones comunitarias como un estudio nacional en Estados Unidos para valorar la influencia de los síntomas climatéricos sobre la calidad de vida, donde también se empleó la Escala de Calidad de Vida de Utian.⁹⁹ Un trabajo realizado en Brasil para valorar conocimiento y frecuencia de los síntomas climatéricos en mujeres con riesgo de osteoporosis en zona rural y urbana.¹⁰⁰ Una investigación realizada en Chile, para evaluar el papel de los factores biológicos y psicosociales en la sintomatología climatérica.¹⁰¹
- Documento que establece pautas clínicas para el tratamiento del climaterio en

Chile, donde se recomienda que el efecto terapéutico de la THR debe evaluarse con instrumentos objetivos como esta escala.⁹²

En este último artículo se señala que actualmente la Escala Climatérica de Greene es probablemente el instrumento más aceptado y debería ser, en los próximos años, el referente para la investigación clínica.

Si bien, de acuerdo a la literatura disponible, esta escala es más utilizada en América y ha sido recomendada por Blümel y colaboradores,⁹² no se encontró referencia alguna respecto a la validación de su traducción al español. En el artículo de da Silva Dias y colaboradores,²⁷ sobre la adaptación al portugués del *Women's Health Questionnaire*, se señala que la escala de Greene fue validada para el portugués.

Aunque se trata de una escala multidimensional, que tiene en cuenta un rango más amplio de síntomas, tiene el problema ya señalado respecto a la traducción y, sobre todo, le otorga igual importancia a todos los síntomas, lo que puede tener repercusiones tanto por la relación posible de cada uno de ellos con los cambios neuroendocrinos que ocurren en la menopausia, como por la frecuencia en que ocurren y la significación que se le otorga en diferentes contextos.

En 1994 fue publicado otro instrumento denominado *Menopause Rating Scale* (MRS). Esta escala fue elaborada por un grupo de expertos de Alemania, Austria y Suiza que adoptaron selectivamente la mayoría de los síntomas recogidos en el Índice de Kupperman, al que añadieron otros como alteraciones emocionales, de la libido, dolores articulares y musculares, trastornos urogenitales y sequedad vaginal. En la presentación que hace Hauser de este instrumento señala que, en contraste con el de Kupperman, esta escala registra cada síntoma individualmente de forma numérica y gráfica sin factores de multiplicación y puede ser completado tanto por el médico como por la paciente.^{102, 103}

Esta escala fue desarrollada inicialmente para medir la intensidad de las quejas relacionadas con la menopausia y con la edad, mediante la cuantificación de diez

síntomas. Posteriormente fue validada con el propósito de permitir la comparación de los síntomas de envejecimiento entre grupos de mujeres bajo diferentes circunstancias y en el tiempo, así como medir los cambios antes y después de un tratamiento. La estandarización fue realizada, en 1996, en una muestra “representativa” de 500 mujeres alemanas entre 45 y 60 años. Se identificaron tres dimensiones de síntomas: psicológica, somático–vegetativa y urogenital. La escala resultante consistió en 11 síntomas, autoadministrada, que en un rango de 5 categorías permite recoger la intensidad percibida de cada una de las quejas.¹⁰⁴

- 106

El instrumento fue definido como una escala de calidad de vida relacionada con la salud, específica para la menopausia, debido a que el perfil de quejas que incluye determina, de manera importante, la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de la vida. A esto se añade que se encontró una correlación buena entre los resultados de ésta y otras escalas genéricas de calidad de vida.¹⁰⁷

La MRS original, en alemán, fue traducida y adaptada culturalmente, primero al inglés para el Reino Unido y los Estados Unidos y luego para países específicos: Francia, Indonesia y Suecia. Más tarde se realizaron dos versiones en español, para España y Argentina / México y una en portugués, para Brasil.⁹¹

En los años 2001 y 2002 se llevó a cabo una encuesta multinacional sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con el tratamiento hormonal, en el que intervinieron mujeres entre 40 y 70 años de nueve países de Europa, Norte América, América Latina y Asia, seleccionadas aleatoriamente dentro de cada país. Los resultados de la aplicación de la MRS sirvieron para evaluar la estructura y la consistencia interna de la escala.¹⁰⁸

Las publicaciones encontradas en la literatura se refieren a aplicaciones de la MRS para la evaluación de la calidad de vida, en:

- Investigaciones clínicas con tratamientos específicos como terapia con dopaminérgicos en pacientes con hiperprolactinemia¹⁰⁹ y con preparaciones

naturales para el alivio de los síntomas menopáusicos de origen psicológico.¹¹⁰

- Encuesta de vigilancia relacionada con mercadeo de una preparación para THR en 10904 mujeres pre y postmenopáusicas, donde fue aplicada la MRS para una evaluación práctica adicional.¹¹¹
- Investigación observacional multicéntrica de 1250 mujeres con sintomatología climatérica aguda, para evaluar el éxito de una terapia con fitoestrógenos.¹¹²

Llama la atención que en uno de los estudios sobre la confiabilidad¹⁰⁷ se reporta que la edad y los factores sociales no contribuyeron a cambios en el puntaje de la escala cuando se trata de un instrumento de medición de la calidad de vida y estos factores influyen sobre la misma.

Por otro lado, tiene las mismas dificultades que las otras escalas presentadas aquí respecto al origen anglosajón. A pesar de que Hauser¹⁰³ señaló la ponderación de la escala de Kupperman como un problema, la autora considera que asignar pesos a los síntomas, siempre que no sea de manera arbitraria, contribuye a una mejor evaluación, ya que todos no tienen la misma importancia en cuanto a su aporte al puntaje total, tanto por la frecuencia con que se presentan como por su relación con el déficit hormonal.

Especialmente la MRS tiene definidos 11 síntomas, pero en realidad son agrupaciones de éstos, pues incluye, por ejemplo, en el primer ítem todos los síntomas vasomotores.

Debido a las características señaladas de estas escalas, ninguna de ellas ha sido usada en Cuba de manera sistemática.

La Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología se creó en 1991. Entre sus primeras tareas tuvo la concepción y la creación de un modelo de atención a la mujer climatérica (MACLI) basado en el manejo interdisciplinario del climaterio y la menopausia para lograr su abordaje de

forma integral, con el enfoque médico social como elemento relevante para el diagnóstico clínico. Se organiza a partir de la formación de un equipo multidisciplinario que, como mínimo, debe estar compuesto por un especialista en ginecología y obstetricia, uno en endocrinología o medicina interna y uno en psicología o sociología.

El MACLI comprende “los cuatro elementos esenciales de la atención a la salud: asistencia, docencia, investigación y enseñanza continuada”; la clasificación del síndrome climatérico en leve, moderado y crítico se ha realizado sobre la base de la percepción de la mujer. El diagnóstico definitivo, la conducta y el seguimiento son el resultado de la evaluación individual e integral de cada mujer, lo que incluye la decisión relacionada con la aplicación de la terapia hormonal de reemplazo.^{20, 30}

El modelo de referencia comenzó a aplicarse de manera experimental en la consulta externa del Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro” en 1994.³³ Posteriormente, en 1999, en el Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia se ratificaron las bases del modelo y se realizaron ajustes necesarios para continuar con su extensión a todo el país. Además se han desarrollado investigaciones que sustentan la necesidad de la atención a este grupo poblacional, tomando en cuenta sus particularidades biológicas y sociales.¹¹³

La implementación del modelo reveló la necesidad de un instrumento que mensurara la intensidad del síndrome climatérico en el ámbito sanitario cubano.

Este capítulo aborda los principales aspectos metodológicos empleados en la investigación, cuya estructura comprende tres etapas que se corresponden con los objetivos trazados. En cada una de ellas se describen, de manera exhaustiva, las variables, los procedimientos y las técnicas utilizadas.

Primera etapa (objetivo 1)

Esta etapa clasifica como trabajo de desarrollo, en tanto se trata de construir y validar una escala para clasificar la intensidad del síndrome climatérico en el ámbito sanitario cubano.

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre construcción y validación de escalas en salud pública, instrumentos existentes para la medición de la intensidad del síndrome climatérico, así como sintomatología de dicho síndrome para la obtención de las categorías e ítems que conformarían el indicador.

En el proceso de construcción del índice se tuvieron en cuenta los siguientes principios:

- *Factibilidad*: selección de un procedimiento cuya aplicación sea posible de acuerdo a recursos y conocimientos.
- *Sencillez*: que la técnica escogida no tenga un grado de complejidad que interfiera con su aplicación en el lapso señalado para la realización del estudio. Que el índice resultante sea sencillo de obtener a partir de información brindada por el médico de asistencia al terminar el interrogatorio y examen físico de la paciente.
- *Generalizabilidad*: que la técnica utilizada genere un índice que pueda ser utilizado en mujeres entre 40 y 59 años de edad en cualquier nivel de atención, lugar del país y condiciones de vida.

- **Estructura por componentes:** que el índice resultante esté formado por componentes (aspectos o ítems) que puedan obtenerse de los datos recogidos del interrogatorio y el examen físico, que permita su integración en un índice global, que se basa en procedimientos estadístico-matemáticos.

El trabajo siguiente se dividió en dos grandes fases: la fase de *construcción* y la fase de *validación*.

Construcción

La fase de construcción requirió la realización de los siguientes pasos, de acuerdo a lo recomendado por Streiner y Norman.¹¹⁴

1. **Selección de los componentes** (aspectos o ítems) que constituirían el índice final: se tomaron distintos aspectos que forman parte del síndrome climatérico, a partir de la revisión bibliográfica sobre el tema, de escalas climatéricas conocidas y de las sugerencias de especialistas con experiencia en el área clínica.

Se recogió la presencia de cada aspecto o ítem que se correspondiera con síntomas propios del síndrome climatérico, y el grado de molestia que provocan. Se clasificaron en una escala ordinal con las categorías: ausente (0); leve (1); moderado (2); intenso (3). Todo ello a partir de la apreciación individual de la mujer, de acuerdo a la frecuencia y la intensidad con que experimentaba cada manifestación.

Se incluyeron también aspectos relacionados con signos clínicos tales como aumento del vello facial, sequedad de la piel, sequedad vaginal y atrofia genital. Ellos se constataron mediante el examen ginecológico y se evaluaron, de acuerdo con la opinión del médico, en una escala dicotómica según estuviesen ausente (0) o presente (2). Esto se debe a que otorgar niveles de intensidad, como ocurrió con los síntomas, requeriría de alto grado de entrenamiento y lo

que se persigue es que el instrumento pueda ser utilizado en cualquier nivel de atención.

Las variables que se corresponden con síntomas subjetivos pueden obtener valores de 0 a 3 según la intensidad con que la mujer los perciba, mientras que las que se corresponden con signos clínicos, y se recogen a partir del examen físico, pueden obtener solamente las categorías ausente o presente, por lo que se consideró que estas últimas se verían afectadas en su aporte al puntaje total de la escala, y se decidió otorgar el valor 0 cuando el signo está ausente y 2 cuando está presente.

No se consideró necesario realizar una explicación de cada una de las variables componentes ya que las mismas son del dominio generalizado del personal médico y los detalles sobre éstas aparecen en cualquier bibliografía sobre el tema.

2. **Obtención de datos** sobre cada ítem, a partir de la aplicación de un formulario inicial (**Anexo 1**): a una muestra de 160 mujeres entre las edades de 40 y 59 años, procedentes de las áreas de salud “Rampa” y “15 y 18” y pacientes que acudieron a consultas especializadas de climaterio en el Policlínico “Plaza de la Revolución”, el Hospital “Ramón González Coro” y el Instituto Nacional de Endocrinología. El muestreo fue no probabilístico, por criterio de autoridad, con el propósito que quedaran representadas las variaciones del síndrome climatérico en cuanto a su intensidad, tomando en cuenta que dichas variaciones están reflejadas en los distintos niveles de especialización en la atención.

Durante la recogida de los datos, es decir, en el interrogatorio a las mujeres, se realizó la distinción de que los síntomas que estuvieran presentes se debieran al climaterio como tal o que, al menos, éste hubiese influido en su acentuación, para sesgar lo menos posible la información con sintomatología relacionada con enfermedades de base que son independientes del síndrome climatérico.

Además, para que se recogiera el estado actual de la mujer y disminuir el sesgo de memoria se le planteó a cada una que tomara como referencia, para expresar su sintomatología, lo experimentado en las últimas dos o tres semanas. Se tuvo en cuenta como requisito, que no hubiesen recibido terapia hormonal de reemplazo, ya que ésta puede falsear la información sobre la frecuencia y la intensidad de los síntomas. También fue criterio de exclusión la presencia de deterioro cognitivo, detectado a través de la información de algún miembro del equipo de salud del consultorio. El formulario fue llenado por la investigadora en presencia de un especialista en Ginecología y Obstetricia.

3. **Análisis estadístico:** consistió básicamente en la verificación de la homogeneidad de la escala. Para ello se realizó:

- Determinación de la asociación existente entre todos los componentes.
- Determinación de la asociación existente entre cada componente y el puntaje total.

En los dos casos fue utilizado el coeficiente de correlación de rangos de Spearman.¹¹⁵ Se valoró cada par de componentes que presentó una correlación cercana a 1 (igual o mayor a 0.75), para determinar si era factible excluir uno de los miembros de la pareja, ya que es posible que midieran el mismo aspecto. También se realizó un análisis con aquellos ítems cuyo coeficiente de correlación con el puntaje total fuese muy bajo (inferior a 0.25) para decidir si se eliminaban o si se mantenían en el estudio, ya que pudieran no estar relacionados con el fenómeno general que se mide, lo que afectaría la homogeneidad de la escala.

Todo este proceso condujo a la selección de las variables con las que se realizaron los pasos siguientes en la construcción del instrumento final, por lo que quedó modificado el formulario inicial.

4. **Clasificación de cada ítem dentro de la categoría que le corresponde:** se tomó en cuenta la bibliografía revisada, y la consulta a tres expertos

latinoamericanos en climaterio, así como a especialistas en Ginecología y Obstetricia, y Endocrinología. A partir de éstos se logró distribuir los ítems en cuatro categorías de síntomas, que conforman las siguientes subescalas de:

- Síntomas circulatorios
- Síntomas psicológicos
- Síntomas genitourinarios
- Síntomas generales

Para corroborar la concordancia entre la ubicación hipotética realizada y la ubicación empírica de los ítems se llevó a cabo un análisis que consistió en evaluar la correlación entre cada ítem con el total correspondiente a la subescala en que se ubicó hipotéticamente y con el del resto de las subescalas. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. Con este procedimiento se espera que cada ítem presente una correlación más alta con el total de su subescala que con otra. Los casos en que no ocurrió esto se analizaron, para determinar si se mantenían en la subescala propuesta, se reubicaban o se eliminaban. Al igual que cuando se realizó el análisis de correlación ítem-total, se excluyó de la suma de la subescala correspondiente el ítem que se analiza para evitar sobre correlaciones artificiales.

5. **Ponderación de ítems** con la finalidad de determinar el aporte de cada una de ellas al índice final: para la obtención de las ponderaciones se realizó un grupo nominal¹¹⁶ en el que participaron expertos en la atención a la mujer climatérica que forman parte de la Sección de Climaterio y Menopausia, de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología quienes, mediante consenso, realizaron las asignaciones del peso a cada ítem.
6. **Escala definitiva**: se procedió también a buscar cuatro niveles de intensidad, recurso adecuado para muchos fines y frecuentemente utilizado en la literatura en relación con otros índices. Para ello se tomaron en cuenta dos investigaciones realizadas sobre la temática en la Ciudad de La Habana,^{117, 118}

cuyos resultados evidencian que alrededor del 25 por ciento de las mujeres investigadas están asintomáticas, otro 25 por ciento clasificó en la categoría síndrome climatérico ligero, mientras que entre el 20 y el 25 por ciento clasificó como moderado y el resto fue clasificada con síndrome severo. Estos criterios, junto con opiniones de expertos, permitieron la utilización de los percentiles 25, 50 y 75 en la construcción de la escala definitiva. De manera similar se procedió para la definición de los niveles de intensidad en cada subescala.

Validación

Para la validación se estudió la confiabilidad en primer lugar y posteriormente se realizó el estudio de la validez, pues la determinación de la primera constituye una condición necesaria para el estudio de la segunda.

La evaluación de la **confiabilidad** incluyó la estabilidad y la consistencia interna.

1. Confiabilidad

1.1 Estabilidad:

La determinación de la estabilidad del instrumento se realizó mediante el *test-retest*. Se aplicó el instrumento en dos ocasiones con un intervalo de dos semanas entre las aplicaciones, con el objetivo de verificar si los resultados de los mismos sujetos no cambian después de transcurrido dicho período.¹¹⁹ Se tomaron para ello 50 mujeres a las que se les había aplicado el cuestionario inicial y que no hubiesen recibido ningún tipo de terapia relacionada con las manifestaciones del síndrome climatérico.

Se calculó entonces el coeficiente de correlación lineal de Pearson entre los puntajes totales de la primera y la segunda aplicación del instrumento, y el coeficiente de correlación de rangos de Spearman cuando se trató el resultado final en escala ordinal. En ambos casos se tomaron valores iguales o mayores a 0.85 para considerar que existía una correlación buena.

Se hallaron los coeficientes de Kappa y Kappa ponderado para verificar la concordancia de la clasificación de la intensidad en los cuatro niveles delimitados.¹²⁰ Existen varias formas de realizar la asignación de pesos en este último, la utilizada en el presente estudio respondió a la descrita en el texto de Fleiss.¹²¹ Para ambos índices se tomaron valores iguales o mayores a 0.75 para considerar una concordancia intensa.

1.2 Consistencia interna:

Para comprobar la consistencia interna de la escala se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para toda la escala y excluyendo sucesivamente un ítem del análisis, con vistas a estimar el aporte de cada ítem al coeficiente global y decidir si descartarlo o mantenerlo en la escala.¹¹⁴

2. Validez

2.1 Validez de contenido:

Se consideró el criterio de siete expertos en la atención a la mujer climatérica que forman parte de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, con el fin de explorar sus opiniones sobre el contenido del formulario que sirvió de base para la construcción del índice final. Cada experto evaluó el cumplimiento de las cinco propiedades básicas expuestas por Moriyama, adaptadas por la autora, para cada uno de los ítems mediante una escala ordinal que incluyó las categorías: *mucho*, *moderadamente*, *poco*, *nada*. Los principios básicos explorados fueron los que se describen a continuación:

- **Comprensible:** se refiere a si se entienden los diferentes elementos que se evalúan en relación con el aspecto que se pretende medir.
- **Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide:** significa que del formulario podría derivarse un índice que distinguiera entre las mujeres con distintos grados de intensidad del síndrome climatérico.

-
- Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: está relacionado con la existencia de una justificación para la presencia de cada uno de los aspectos que se incluyen en el índice.
 - Con componentes claramente definidos: se refiere a que si a cada aspecto se le puede dar una definición clara.
 - Derivable de datos factibles de obtener: si el experto considera que del interrogatorio y del examen físico se puede obtener la información para contestar dichos aspectos.¹²²

Se analizó también si existían aspectos que a su entender fueran importantes en la evaluación de la intensidad del síndrome climatérico y no habían sido incluidos en el instrumento inicial.

2.2 Validez de construcción:

Se examinó con el empleo del método de los grupos extremos, tomando en cuenta que ésta se refiere al grado en que una categoría se relaciona con otras y se corresponde con hipótesis derivadas teóricamente en relación con el aspecto que se mide. Se aplicó la prueba *U de Mann-Whitney* para determinar si las muestras tienen diferente distribución, es decir, provienen de poblaciones diferentes, con un nivel de significación de 0.01.¹¹⁵ Se atendió al criterio de tres médicos especialistas y se consideraron dos grupos extremos: síndrome climatérico molesto (intenso) y síndrome climatérico leve o asintomático, con 16 y 30 mujeres en cada grupo, no incluidas en las evaluaciones anteriores.

2.3 Validez de criterio:

Consiste en comparar una medida con otra tomada como referencia; como tal se consideró el criterio de expertos, que podían apoyarse en el resultado de algún índice conocido para evaluar a las mujeres en dos categorías extremas de intensidad: síndrome climatérico muy molesto (intenso) y síndrome

climatérico asintomático o leve. Se excluyeron del análisis aquellas mujeres que no podían catalogarse en uno de estos grupos o aquellas en las que hubo discrepancias entre los expertos para su clasificación. Posteriormente se examinó el grado de coincidencia con la clasificación obtenida a partir del instrumento nuevo, mediante el cálculo del Índice de Validez.¹²⁰

Tanto para las fases de construcción como de validación del instrumento los datos se obtuvieron a partir de fuentes primarias, que son los formularios elaborados en cada caso, y fueron llenados en el momento de la consulta donde se interrogó y examinó a cada mujer. Éstos se introdujeron en bases de datos elaboradas en FoxPro 2.6 para Windows y Microsoft Excel 2000. Las pruebas estadísticas se realizaron con los paquetes estadísticos STATISTICA 4.2 para Windows y SPSS 10.0 para Windows.

Aspectos éticos

En esta primera etapa se solicitó la aprobación de las direcciones de las instituciones y se obtuvo la cooperación de los médicos que trabajaban en los consultorios y en las consultas especializadas donde se realizó la investigación, a los que se explicaron los objetivos de la misma y los beneficios esperados tanto para la población femenina de 40 a 59 años como para la toma de decisión en la atención sanitaria a este.

Se obtuvo el consentimiento de las mujeres que participaron en el estudio (**Anexo 2**), previa explicación de los objetivos y los beneficios esperados. Se garantizó la confidencialidad de la información que brindarían y sólo sería utilizada con fines investigativos.

Segunda etapa: (objetivo 2)

Esta etapa de la investigación se clasifica como descriptiva, en la que se aplicó la escala climatérica a la población femenina de 40 a 59 años de las provincias Ciudad de La Habana y Granma en 2001 y Villa Clara en 2004, para clasificar el

síndrome climatérico y describir la frecuencia de mujeres en los distintos niveles de intensidad, tanto en el índice total como por subescalas, así como de las categorías del índice total con variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida.

Universo y muestra

Las provincias fueron estudiadas por separado por lo que a continuación se exponen el universo y el diseño muestral de cada una.

En Ciudad de La Habana, el universo de estudio estuvo constituido por las 277458 mujeres comprendidas entre 40 y 59 años, residentes en la provincia, mientras que en Villa Clara fue de 101484 y en Granma 22881.

La selección de la muestra se realizó por el método de Muestreo Estratificado Polietápico (MEP) ¹²³ en cada provincia.

Para la estimación del tamaño de la muestra se empleó la fórmula del Muestreo Simple Aleatorio (MSA), mediante la aplicación STATCALC de EpiInfo 2000.

Para cada provincia se emplearon las estimaciones siguientes

	Ciudad de La Habana	Villa Clara	Granma
$Z_{1-\alpha/2}$	1.96	1.96	1.96
p	0.7	0.65	0.6
q	0.3	0.35	0.4
e_r	0.06	0.075	0.065
N	277458	101484	22881

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ percentil de la distribución normal estándar para la probabilidad (α) de 0.05.

Se tomó como criterio de estratificación la clasificación de cada provincia según índice de condiciones de vida (**Anexo 3**). De acuerdo a dicha clasificación los territorios se dividieron en 3 estratos: estrato I con condiciones de vida favorables;

estrato II con condiciones medianamente favorables y estrato III con condiciones desfavorables.³⁶

En cada provincia la muestra fue incrementada teniendo en cuenta un efecto de diseño (DEFF) de 1.5 y se añadió un 5 por ciento por la posibilidad de no respuesta o de presentarse algún criterio de exclusión.

Como criterios de exclusión se tomaron en cuenta la residencia por menos de 5 años de en el territorio del estrato, que estuvieran recibiendo algún tipo de anticonceptivo hormonal o terapia hormonal de reemplazo (THR) y la presencia de deterioro cognitivo, identificado a través de la información de algún miembro del equipo de salud del consultorio.

Las particularidades en cada provincia se exponen a continuación.

Para Ciudad de La Habana:

El valor de p fue tomado a partir de la estimación de la proporción de mujeres con síntomas y signos en esta etapa, encontrada en el municipio Centro Habana, donde se aplicó el mismo instrumento que se empleó en la presente investigación. Al fijar un error relativo de 0.06 y un α en 0.05, el tamaño de muestra inicial fue de 457 y después del incremento señalado el tamaño final quedó en 720 mujeres, del cual fueron estudiadas 625.

Como unidades de primera etapa se tomó un municipio de cada estrato y posteriormente, en una segunda etapa, se eligió un policlínico de cada municipio, mediante MSA en ambos casos. La selección de los consultorios (CMF), en una tercera etapa, se realizó con probabilidad proporcional al tamaño aproximado.

Municipio	Policlínico	No. de CMF seleccionados
Plaza de la Revolución	15 y 18	7
Marianao	27 de noviembre	5
Boyeros	Capdevila	4

Finalmente, se eligieron aproximadamente 45 mujeres por CMF seleccionado, mediante MSA, a partir de las listas que se obtuvieron en cada uno de ellos.

Para Villa Clara:

El valor de p fue tomado a partir de la estimación de la proporción de mujeres con síntomas y signos en esta etapa, encontrada en las provincias estudiadas anteriormente, con el mismo instrumento que se empleó en la presente investigación. Al fijar un error relativo de 0.075 y un α en 0.05, el tamaño de muestra inicial fue de 367 y después del incremento señalado el tamaño final quedó en 600 mujeres, del cual se estudiaron 535.

Como unidades de primera etapa se tomó un municipio de cada estrato mediante MSA. Posteriormente, se eligieron los policlínicos de cada municipio con probabilidad proporcional al tamaño aproximado, como unidad de segunda etapa. La selección de los CMF, en la tercera etapa, se realizó con probabilidad proporcional al tamaño aproximado.

Como resultado de estas tres etapas quedaron seleccionados los siguientes:

Municipio	Policlínico	No. de CMF seleccionados
Santa Clara	Santa Clara "Chiqui Gómez" "Martha Abreu"	6 en cada policlínico
Placetas	Falcón	6
Santo Domingo	Santo Domingo	6

Finalmente, se eligieron aproximadamente 20 mujeres por CMF seleccionado, mediante MSA, a partir de las listas que se obtuvieron en cada uno de ellos.

Para Granma:

El valor de p fue tomado a partir de la estimación de la proporción de mujeres con síntomas y signos en esta etapa, encontrada en el municipio Santa Cruz del Norte, de La Habana, con el mismo instrumento que se empleó en la presente investigación. Al fijar un error relativo de 0.065 y un α en 0.05, el tamaño de

muestra inicial fue de 446 y después del incremento señalado el tamaño final quedó en 700 mujeres, del cual se estudiaron 687.

Con un procedimiento semejante al de Ciudad de La Habana, en las tres primeras etapas, la selección quedó como sigue:

Municipio	Policlínico	No. de CMF seleccionados
Bayamo	13 de marzo	9
Jiguaní	Santa Rita	7
Guisa	Victorino	4

Finalmente, se eligieron aproximadamente 35 mujeres por CMF seleccionado, mediante MSA, a partir de las listas que se obtuvieron en cada uno de ellos.

Se calculó el coeficiente de variación muestral en cada territorio, dado que se empleó un diseño complejo para la selección de las muestras. Esto impone, entre las restricciones para el cálculo de los errores muestrales, un valor inferior a 0.2.

123

Variables y su operacionalización

- ✓ ***Clasificación:*** se basa en los síntomas y signos que son las variables incluidas en el instrumento final y aparecen en el **Anexo 4**.

Los síntomas fueron clasificados en escala ordinal según intensidad percibida por la mujer, en:

0: ausente

1: leve

2: moderado

3: intenso

Los signos, que están clasificados en escala dicotómica, se definen según el examen físico realizado por el médico como:

0: ausente

2: presente

Esta calificación se multiplica por el peso respectivo y se anota en la casilla correspondiente, la suma da lugar a un puntaje para cada subescala y para el total.

Una vez obtenidos los puntajes, se clasificó a la mujer de acuerdo a la intensidad del síndrome climatérico, en asintomática o muy leve, leve, moderado o muy molesto, según aparece en el **Anexo 5**.

El resto de las variables estudiadas son las biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida.

Variables biológicas

- ✓ *Edad*: en años cumplidos, referidos por la mujer, en el momento de la recogida de los datos y fue clasificada en 40 - 44, 45 - 49, 50 - 54 y 55 - 59.
- ✓ *Etapas climatéricas*. Teniendo en cuenta la edad en el momento del estudio y la ocurrencia de la menopausia se clasificó en:
 - Perimenopausia: etapa que va desde el inicio de los síntomas climatéricos (en este estudio se limitó a 40 años) hasta la menopausia.
 - Postmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 59 años.
- ✓ *Paridad*. según el número de partos referidos por la mujer, clasificada en 0, 1 a 2, 3 y más.
- ✓ *Afecciones*: se exploró la presencia o la ausencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y cardiopatía isquémica, al menos 6 meses antes del estudio, de acuerdo a la información dada por la entrevistada.

-
- ✓ *Sobrepeso/obesidad*: se consideró presente cuando el índice de masa corporal (IMC) fue igual a 25.1 o mayor, es decir, incluye a aquellas mujeres con sobrepeso y a las obesas.

El IMC se calculó por la fórmula:

$$IMC = \frac{PESO (kg)}{TALLA (m)^2}$$

Fue clasificado en sobrepeso/obesidad: ^e

Ausente: < 25.1

Presente: 25.1 ó más

Variables socioeconómicas

- ✓ *Zona de residencia (sólo para Granma y Villa Clara)*: territorio donde reside la mujer, clasificada en urbano y rural, según criterios de la Dirección Municipal de la Vivienda.
- ✓ *Hacinamiento*: número de personas en la vivienda, dividido por el número de dormitorios. Clasificada en:
- Hacinamiento, cuando existían 3 o más personas por dormitorio.
 - No hacinamiento, cuando existían menos de 3 personas por dormitorio.
- ✓ *Problemas en el hogar*: se recogió como una variable dicotómica; se consideró presente cuando existía, al menos 6 meses antes del estudio, alguno de los eventos siguientes:
- Alcoholismo: consumo de bebidas alcohólicas por algún otro miembro de la familia que no fuera la entrevistada, de tal forma que interfiera con las relaciones interpersonales en el hogar.

^e Sección de Climaterio y Menopausia, Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Cubana de Endocrinología, Dirección Nacional Materno Infantil. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Ciudad de La Habana, 14 y 15 de diciembre de 2006 (en prensa)

- Violencia: cualquier actividad descomedida que genere dificultades en las relaciones interpersonales en el hogar, con independencia del tipo de violencia.
- Cualquier otra situación percibida por la mujer como generadora de problemas en el hogar.
- ✓ *Familiares a su cuidado*: fue recogida como una variable cuantitativa discreta, es decir, número de personas vinculadas a la mujer encuestada, bien por dependencia económica o por estar a su cuidado, independientemente de la convivencia en el hogar, clasificada en 0, 1, 2, 3 y más.
- ✓ *Escolaridad*: se recogió el dato como último grado escolar terminado y fue clasificada como:
 - Primaria o menos: hasta 8^{vo} grado.
 - Secundaria básica: de 9^{no} a 11^{no} grado.
 - Preuniversitario: de 12^{avo} hasta cualquier curso de una carrera universitaria sin terminar o técnico medio.
 - Universitario: carrera universitaria terminada.
- ✓ *Ocupación*: actividad laboral a la que dedica la mayor parte del día, clasificada en
 - Trabajadora: cuando realizaba actividad laboral remunerada o por cuenta propia, independientemente de que fuese jubilada y realizara las labores domésticas.
 - Ama de casa: cuando realizaba labores domésticas únicamente y sin remuneración.
 - Jubilada: cuando realizó trabajo remunerado previamente y recibe una pensión por ello, aunque realizara labores domésticas en el momento del estudio.

Variables de estilo de vida

-
- ✓ *Pareja sexual estable*: convivencia con la pareja, al menos durante el último año, expresada de forma dicotómica: sí / no.
 - ✓ *Práctica de ejercicios físicos*: se consideró *Si*, cuando la mujer refirió que realiza ejercicios físicos de forma regular y *No*, ante cualquier otra respuesta.
 - ✓ *Hábitos tóxicos*: incluye el consumo de café, bebidas alcohólicas y tabaquismo, referidos por la mujer, clasificados cada uno de forma dicotómica: sí / no.

Técnicas y procedimientos

*** De obtención de la información**

Las mujeres seleccionadas fueron entrevistadas y examinadas en el consultorio médico de la familia. Para ello se aplicaron el instrumento para la clasificación del síndrome climatérico (**Anexo 4**), ya citado y el cuestionario diseñado para la investigación (**Anexo 6**), con las variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida.

El cuestionario fue sometido a opinión de cinco expertos, que lo evaluaron según los criterios de Moriyama (**Anexo 7**) y fue aplicado a 15 mujeres no incluidas en la muestra para valorar la comprensión de las preguntas. Tanto el instrumento como el cuestionario constituyeron la fuente de información.

*** De procesamiento y análisis estadístico**

Las estimaciones de las proporciones de mujeres en los niveles de intensidad del síndrome climatérico, en general y por subescalas, se hallaron de forma puntual y por intervalos de confianza al 95% (IC 95%), expresadas en porcentaje. Para ello se emplearon las fórmulas descritas para la estimación de las varianzas en el MEP.¹²³

En los Cuadros 13 a 24 B aparece la clasificación por el índice total (variable dependiente) con cada una de las variables de condiciones de vida estudiadas (variables independientes). Se calcularon los porcentajes de los niveles de la

escala dentro de cada una de las categorías de la variable independiente que correspondía. En los Cuadros 14 – 14 B y 22 – 22 B se agruparon varias variables y aparece sólo la presencia del evento negativo de interés.

Se confeccionó una base de datos con la aplicación Microsoft Excel del Office XP y fue procesada con SPSS 11.5 para Windows.

Aspectos éticos

En esta segunda etapa se solicitó y obtuvo la aprobación de las direcciones municipales de Salud y de los policlínicos donde se realizó la investigación, a los que se explicaron los objetivos de la misma y los beneficios esperados tanto para la población femenina de 40 a 59 años como para la toma de decisión en la atención sanitaria a este grupo.

Se obtuvo el consentimiento de las mujeres que participaron en el estudio (**Anexo 2**), previa explicación de los objetivos y los beneficios esperados. Se garantizó la confidencialidad de la información que brindarían y sólo sería utilizada con fines investigativos.

Tercera etapa (objetivo 3)

Esta etapa de la investigación clasifica como un estudio analítico de corte transversal, en tanto clasifica las mujeres de 40 a 59 años de acuerdo a la intensidad del síndrome en el momento de la investigación, aunque la indagación sobre las variables independientes se realizó de forma retrospectiva, para considerar la temporalidad.

Se trató de identificar, entre las variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida, cuáles influyeron sobre los niveles más intensos del síndrome climatérico, por lo que se aplicó la regresión logística múltiple con respuesta dicotómica.¹²⁴

Con este propósito se conformaron dos grupos de mujeres: uno donde quedaron incluidas las clasificadas como asintomáticas o muy leves y leves, y el otro con

aquellas que tenían síndrome moderado y muy molesto. Al primer grupo se le llamó **no intenso** y al segundo se le denominó **intenso**.

Por lo tanto la variable de respuesta, que es la clasificación del síndrome, quedó como: no intenso e intenso y se codificó como 0 y 1, respectivamente.

Las variables independientes fueron introducidas como variables dicotómicas y cuantitativas. Algunas fueron recodificadas para facilitar el análisis.

Variables independientes cuantitativas:

- ✓ *Intervalo de edad (IE): edad actual – mediana de la edad de la menopausia.*

Se trata de una variable ficticia que fue creada para el análisis, debido a que la edad no tiene un comportamiento monótono en relación con la intensidad del síndrome climatérico. Este síndrome es más intenso alrededor de la menopausia, lo que significa que la sintomatología es más crítica alrededor de esa edad, y hacia los extremos de la etapa climatérica debe ser menos acentuada. Además, si se tomara la diferencia real entre la edad en el momento del estudio y la de la menopausia, quedarían excluidas las mujeres perimenopáusicas.

Esta variable fue calculada por la diferencia entre la edad en el momento del estudio y la mediana de la edad de la menopausia, que fue 46 años en Ciudad de La Habana, y 47 años para las restantes. Por lo tanto, la variable quedó conformada por la diferencia modular entre la edad actual y el valor de la mediana, que tiene como resultado un número de años.

- ✓ *Familiares a su cuidado:* definida de forma similar a la etapa anterior, considerada como cuantitativa discreta.
- ✓ *Partos:* número de partos que refiere la mujer. También considerada como cuantitativa discreta.

Variables independientes dicotómicas:

-
- ✓ *Etapa climatérica:* con la misma definición de la etapa anterior, se le otorgó valor 0 a la postmenopausia y 1 a la perimenopausia.
 - ✓ *Afecciones:* en caso de hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica, para cada variable se introdujo el valor 0 cuando estaban ausentes y cuando estaban presentes se otorgó el valor 1.
 - ✓ *Sobrepeso/obesidad:* se otorgó código 0 para ausente y 1 para la presencia de esta condición según se operacionalizó en la etapa anterior.
 - ✓ *Zona de residencia (sólo para Granma y Villa Clara):* se le otorgó código 0 a las que residían en área rural y 1 a las que vivían en zona urbana, de acuerdo con la clasificación descrita para esta variable en la segunda etapa.
 - ✓ *Hacinamiento:* según la definición de esta variable, señalad en la etapa anterior, se codificó como 0 al no hacinamiento y 1 cuando existía hacinamiento.
 - ✓ *Problemas en el hogar:* se le otorgó valor 0 cuando estaban ausentes y 1 cuando existía al menos uno de los problemas especificados en la operacionalización de la etapa anterior.
 - ✓ *Escolaridad:* esta variable fue recodificada tomando como base el promedio del número de años de estudios terminados que fue de 9 grados en las tres provincias investigadas, por lo tanto, se le otorgó valor 0 cuando éste era el valor promedio o mayor y 1 cuando era menor que ese valor.
 - ✓ *Ocupación:* esta variable también fue recodificada, con valor 0 para las trabajadoras y 1 para las amas de casa y jubiladas.
 - ✓ *Pareja sexual estable:* se codificó con valor 0 cuando tenía pareja y 1 cuando no la tenía.
 - ✓ *Práctica de ejercicios:* se le otorgó valor 0 cuando practicaba ejercicios físicos y 1 cuando no lo hacía.
 - ✓ *Hábitos tóxicos:* café, tabaquismo y bebidas alcohólicas fueron introducidas por separado con valor 0 cuando estuvieron ausentes y 1 en caso contrario.

Previo al análisis multivariado y con el propósito de reducir el número de variables independientes a introducir en la regresión, se indagó la asociación de cada una de ellas con la variable de respuesta señalada, operacionalizadas como aparece anteriormente. Para ello se empleó la prueba de comparación de medias para muestras independientes en las variables partos, IE y familiares a su cuidado, y la prueba Ji cuadrado para el resto, siempre con un nivel de significación de 0.10. Las variables que resultaron asociadas con la intensidad del síndrome climatérico fueron las incluidas en la regresión.

Algunos criterios para poder interpretar los resultados de la regresión, es decir, el exponencial del coeficiente de regresión y su intervalo de confianza al 95%, en términos de factores de riesgo o de influencia de las variables independientes sobre la dependiente, son la temporalidad, la monotonía y la colinealidad.

Para cumplir con la **temporalidad** se recogió la presencia o la acentuación de los síntomas y signos en las últimas dos a tres semanas, lo que además contribuye a que sean recordados mejor. Y las variables independientes debían estar presentes, de la forma en que se recogieron, al menos seis meses antes.

Respecto a la **monotonía**, se consideró que la variable edad no tiene un comportamiento monótono, de manera que, las mujeres que estén cerca de la menopausia, antes o después, deberían tener un síndrome más intenso. Por ello se construyó la variable IE.

Para valorar la **colinealidad** se buscó la asociación entre las variables independientes. Para ello se aplicaron los coeficientes *Phi* en las variables cualitativas dicotómicas, *Eta* cuando una variable era cuantitativa y la otra cualitativa y ρ para variables cuantitativas. Se consideró que existía colinealidad si el coeficiente era igual o superior a 0.70, en cuyo caso se eliminó la variable considerada menos importante.

Para ejecutar la corrida de la regresión logística se empleó el método ENTER, pues el interés era valorar los resultados del modelo completo y las variables que

podrían constituir factores de riesgo. Para la aplicación de este procedimiento se emplearon los programas SPSS para Windows, versión 10.0 y 11.5, y STATA versión 7.0 (procedimiento svylogit).

Se consideraron como riesgo significativo, cuando el exponencial del coeficiente de regresión y el límite inferior de su IC 95% eran mayores que 1.

Este capítulo recoge los resultados principales de la investigación, cuya estructura se corresponde con las tres etapas mencionadas en el Método y con los objetivos trazados. En cada una de ellas se describen los aspectos relacionados con la construcción y validación del instrumento, su utilización en la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico en mujeres de 40 a 59 años en las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma y la identificación de factores de riesgo biológicos, socioeconómicos y de estilo de vida para los niveles más intensos del síndrome climatérico, en las féminas de los territorios estudiados.

Primera etapa

Los resultados de esta etapa, atendiendo al objetivo trazado se dividieron en dos partes, la de construcción y la de validación. Esta división es sólo para facilitar la presentación de los mismos, ya que coincidieron en alguna medida durante su desarrollo.

Construcción:

El primer resultado fue la selección de una serie de variables que constituyen manifestaciones tanto subjetivas como objetivas del síndrome climatérico y que recorren todo el dominio del concepto que se quiere medir. Así, se conformó el formulario inicial con 33 ítems (**Anexo 1**), que sirvió de base para los pasos siguientes en la construcción del instrumento.

El proceso de selección de las variables continuó con la aplicación del formulario a una muestra de 160 mujeres provenientes de áreas de salud y de consultas especializadas, con vistas a lograr la posible reducción del instrumento mediante la eliminación de aquellas que poseían menor poder discriminativo. Para ello se realizaron diferentes análisis estadísticos.

La determinación de la asociación existente entre cada uno de los componentes del instrumento inicial dio como resultado una matriz de correlaciones de 33 x 33 que se muestra en el **Anexo 8**. Algunas parejas de ítems tuvieron coeficientes de

correlación altos y otras mostraron coeficientes muy bajos e incluso negativos. Las parejas que presentaron coeficientes de correlación más altos se muestran en la **Tabla 1**, donde se destacan, por valores superiores a 0.75, la *pérdida de la capacidad de memoria - dificultad para concentrarse*, con un coeficiente de 0.84 y *dolores osteoarticulares - dolores musculares*, con 0.78. Después de un análisis detallado se decidió agrupar las variables de ambas parejas que se redefinieron como:

- Pérdida de la capacidad de memoria y concentración.
- Dolores musculares y osteoarticulares.

La correlación existente entre cada ítem y la suma total de puntos de la escala se presenta en la **Tabla 2**, donde se muestra que la mayoría de las variables están bien correlacionadas con el total. Los coeficientes de correlación más altos fueron: *dolores osteoarticulares (0.71)*, *dolores musculares (0.70)*, *pérdida de la capacidad de memoria (0.69)*, *insomnio (0.66)*, *dificultad para la concentración (0.66)*, *apatía (0.64)*, *astenia (0.63)* e *irritabilidad (0.63)*.

De mayor importancia para el análisis resultaron aquellos ítems que presentaron bajas correlaciones con el puntaje total. Así, las variables que tuvieron coeficientes inferiores a 0.25 fueron: *presencia de prurito generalizado o localizado a los genitales externos (0.24)*, *dificultad para respirar (0.22)* y *aumento del vello facial (0.19)*, las que se eliminaron de la escala.

A partir de este momento, el total de ítems pasó a ser de 28 debido a la eliminación de tres de ellos y a la reagrupación de dos parejas altamente correlacionadas.

Un aspecto de gran importancia fue la clasificación de los ítems según categorías o dimensiones. En la **Tabla 3** se observa la ubicación hipotética dada a cada variable. Cinco de ellas fueron ubicadas en la subescala de síntomas circulatorios; en la subescala de síntomas psicológicos se agruparon nueve; siete integraron la dimensión de manifestaciones genitourinarias; y otras siete se clasificaron como

síntomas generales. También se aprecia la subescala con la que cada ítem mostró un mayor coeficiente de correlación (ubicación empírica); en 21 de ellos (75,0 por ciento) hubo coincidencia entre su ubicación teórica y empírica, mientras que en siete se presentaron discrepancias. Los coeficientes de correlación obtenidos entre cada ítem y las subescalas se pueden observar en el **Anexo 9**. Después de realizar un análisis de dichos coeficientes se decidió no variar la ubicación dada al inicio.

Las ponderaciones definitivas para cada ítem, dadas por los expertos, se muestran en la **Tabla 4**. Las variables a las que se le asignaron mayor peso (4) fueron *sofocos u oleadas de calor y sudoraciones nocturnas*, a otras 16 variables se les otorgaron pesos intermedios (3 ó 2) en concordancia con su importancia y 10 variables que se consideraron de menor especificidad, obtuvieron uno como ponderación.

Por otro lado, como se explicó en el capítulo II, las variables que se corresponden con síntomas subjetivos pueden obtener valores de 0 a 3 según la intensidad con que la mujer los perciba, mientras que aquellas que se refieren a signos clínicos, se les otorgó el valor de 0 cuando está ausente y 2 cuando está presente. De esta forma el total de la escala puede ir de un mínimo de 0 puntos cuando la mujer esté totalmente libre de sintomatología a un máximo de 170 puntos, para el caso extremo en que estén presentes todos los síntomas y los signos, con intensidad máxima. Así quedó conformado el instrumento definitivo que aparece a continuación.

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Peso	Puntos
SÍNTOMAS CIRCULATORIOS						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
					Subtotal Circulatorios	
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Irritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capacidad memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
					Subtotal Psicológicos	
SÍNTOMAS GÉNITOURINARIOS						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	
Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
					Subtotal Génitourinarios	
SÍNTOMAS GENERALES						
Dolores musculares-osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
					Subtotal Generales	
					TOTAL	

La búsqueda de diferentes niveles de intensidad, tanto en el puntaje total, como en el total de cada subescala, con el empleo de los percentiles 25, 50 y 75 de la distribución, quedó como sigue:

Para el Puntaje Total

Asintomático o muy leve	de 0 a 24 puntos
Leve	de 25 a 50 puntos
Moderado	de 51 a 80 puntos
Muy molesto	de 81 a 170 puntos

Para Subescala de Síntomas Circulatorios

Asintomático o muy leve	de 0 a 6 puntos
Leve	de 7 a 14 puntos
Moderado	de 15 a 23 puntos
Muy molesto	de 24 a 39 puntos

Para Subescala de Síntomas Psicológicos

Asintomático o muy leve	de 0 a 9 puntos
Leve	de 10 a 19 puntos
Moderado	de 20 a 32 puntos
Muy molesto	de 33 a 66 puntos

Para Subescala de Síntomas Genitourinarios

Asintomático o muy leve	de 0 a 1 punto
Leve	de 2 a 7 puntos
Moderado	de 8 a 16 puntos
Muy molesto	de 17 a 39 puntos

Para Subescala de Síntomas Generales

Asintomático o muy leve	de 0 a 3 puntos
Leve	de 4 a 6 puntos
Moderado	de 7 a 11 puntos
Muy molesto	de 12 a 26 puntos

Validación:

En el análisis de la confiabilidad, se empleó el test-retest para evaluar la estabilidad del instrumento. Éste tuvo como resultado un coeficiente de correlación lineal de Pearson de 0.9754 entre los puntajes totales obtenidos en una aplicación y otra, mientras que el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, cuando se analizaron los cuatro niveles de intensidad en las dos aplicaciones resultó de 0.9591. Ambos están por encima de 0.85, valor fijado para considerar una buena correlación.

El análisis de la concordancia entre las dos aplicaciones al clasificar a las mujeres en los cuatro niveles de intensidad, mostró una coincidencia completa en 45 de los 50 casos (**Tabla 5**). El resultado del índice Kappa fue de 0.8644, mientras que el Kappa ponderado fue de 0.9599, lo que se considera como concordancia elevada para ambos casos, ya que son valores superiores a 0.75.

La **Tabla 6** muestra que el coeficiente *alfa* de Cronbach global fue 0.9236 y que al suprimir una variable del análisis sucesivamente, el valor fluctuó entre 0.9187 y 0.9235, lo que habla a favor de su consistencia interna.

En cuanto a la validez de contenido, la **Tabla 7** muestra los resultados de someter los componentes de la escala a la consideración de expertos en la atención integral a la mujer climatérica. El principio de ser *comprensible* lo cumplió el 100 por ciento de los ítems en la categoría *MUCHO*; igualmente, un alto porcentaje de ellos clasificó en esta categoría para los principios *derivable de datos factibles de obtener* -92.9 por ciento- y *componentes claramente definidos*, 85.7 por ciento. Al analizar si cada componente tenía *suposiciones básicas justificables* para integrar la escala, la totalidad se ubicó entre las categorías *MUCHO* y *MODERADO*. El atributo de ser *sensible a variaciones en el fenómeno que se mide* fue catalogado de *MUCHO* para el 42.9 por ciento de los ítems, mientras que 9 (32.1 por ciento) y 7 (25.0 por ciento) fueron clasificados en las categorías de *MODERADO* y *POCO* respectivamente. En la categoría de *NADA* no se ubicaron ítems para los

principios evaluados. La clasificación otorgada para cada componente puede observarse en el **Anexo10**.

Los expertos consideraron que los componentes contenidos en la escala recorrían el climaterio en toda su extensión, por lo que no se propuso adicionar otro aspecto al instrumento.

En el análisis correspondiente a la validez de construcción, fue evaluada una hipótesis derivada de la teoría que abarca el síndrome climatérico. Ello consistió en comparar los valores obtenidos en grupos extremos de intensidad al aplicar la escala, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.0000$) al realizar la prueba *U de Mann-Whitney* (**Tabla 8**). La media muestral del grupo clasificado como leve o asintomático por los expertos fue de 13.30, mientras que para el grupo que se consideró tenía un síndrome climatérico muy molesto se encontró un valor medio de 84.37 en la puntuación total.

En relación con la validez de criterio, en la **Tabla 9** se puede observar el grado de concordancia encontrado entre la clasificación dada por los expertos a 46 mujeres en grupos extremos de intensidad y la dada por el índice que se propone según las cuatro categorías delimitadas. Existió una concordancia completa en 36 casos, lo que dio como resultado un Índice de Validez de 0.78; en los casos donde se encontró discrepancia, el instrumento los ubicó en la categoría contigua.

Segunda etapa

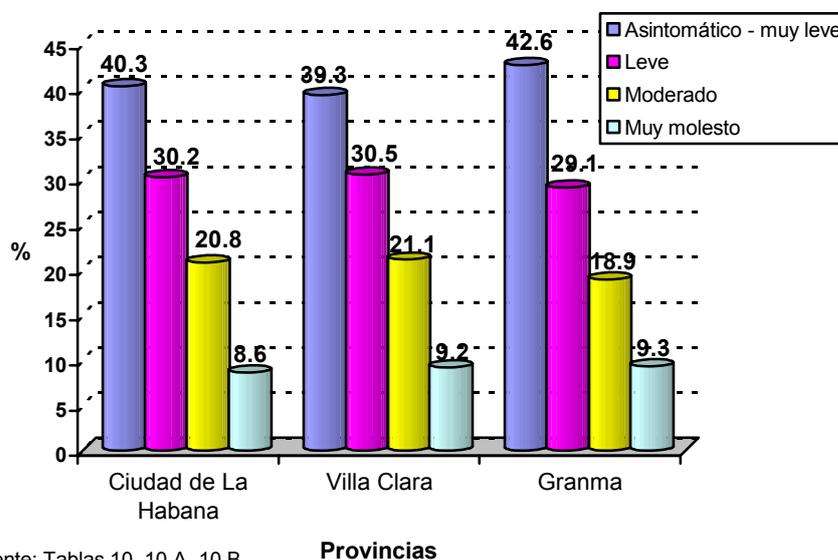
La segunda etapa de la investigación consistió en identificar la intensidad del síndrome climatérico mediante la aplicación del instrumento diseñado en población general, es decir, a muestras de mujeres de 40 a 59 años residentes en las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma, que no tuvieran alguno de los criterios de exclusión mencionados.

El coeficiente de variación muestral en las tres provincias fue inferior a 0.2. En Ciudad de La Habana fue 0.03, en Villa Clara 0.12 y en Granma 0.09, por lo que

se procedió al cálculo de las varianzas de los estimadores de las proporciones de mujeres en los distintos niveles de intensidad del síndrome climatérico en general y en cada subescala, para calcular los intervalos de confianza al 95%.

En las **Tablas 10 a 10 B** se presenta la clasificación de las mujeres estudiadas de acuerdo al puntaje total y en cada una de las subescalas definidas en el instrumento, en Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma respectivamente. En la mayoría de las mujeres estudiadas el síndrome climatérico fue catalogado de asintomático o muy leve, de acuerdo al puntaje total obtenido: 40.3 por ciento (40.27 – 40.35 por ciento) en Ciudad de La Habana, 39.3 por ciento (39.27 – 39.33 por ciento) en Villa Clara y 42.6 por ciento (42.27 – 42.92 por ciento) en Granma. La proporción de mujeres con síndrome muy molesto también fue similar en las tres provincias (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Distribución de las mujeres según clasificación del síndrome climatérico por provincias

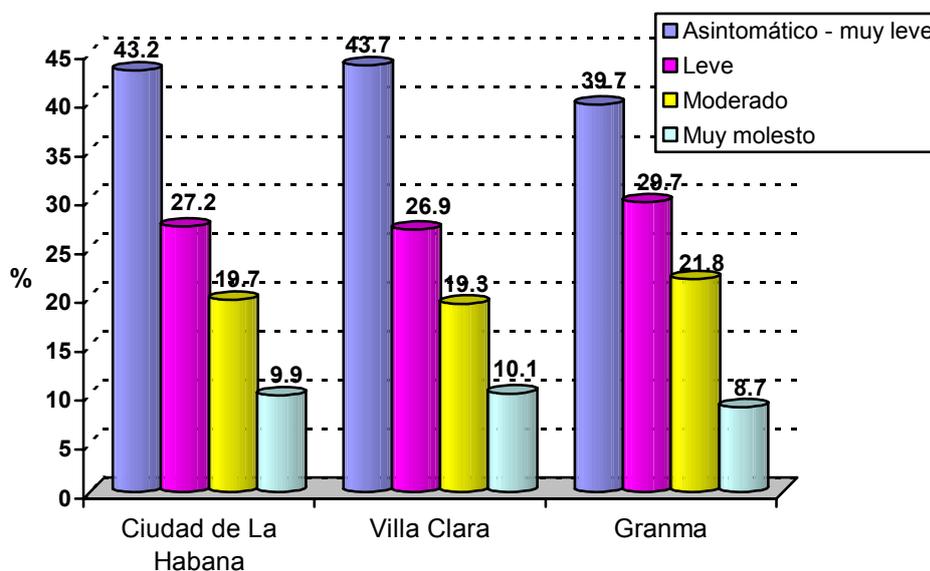


Fuente: Tablas 10, 10 A, 10 B

El predominio de las categorías asintomático y leve se cumple para todas las subescalas y en todas las provincias (**Gráficos 2 a 5**). En la subescala general estuvo la situación más desfavorable en todos los territorios, pues tuvieron una mayor frecuencia de mujeres clasificadas como muy molesto: Ciudad de La

Habana con 11.7 por ciento (11.68 - 11.72 por ciento), Villa Clara con 11.0 por ciento (10.99 - 11.01 por ciento) y Granma con 9.3 por ciento (9.16 - 9.43 por ciento). En las otras tres subescalas Villa Clara tiene las frecuencias más elevadas de síndrome muy molesto: 10.1 por ciento (10.09 - 10.11) para los síntomas circulatorios; 8.6 por ciento (8.59 - 8.61 por ciento) para los psicológicos; y 9.0 por ciento (8.99 - 9.01 por ciento) para los genitourinarios.

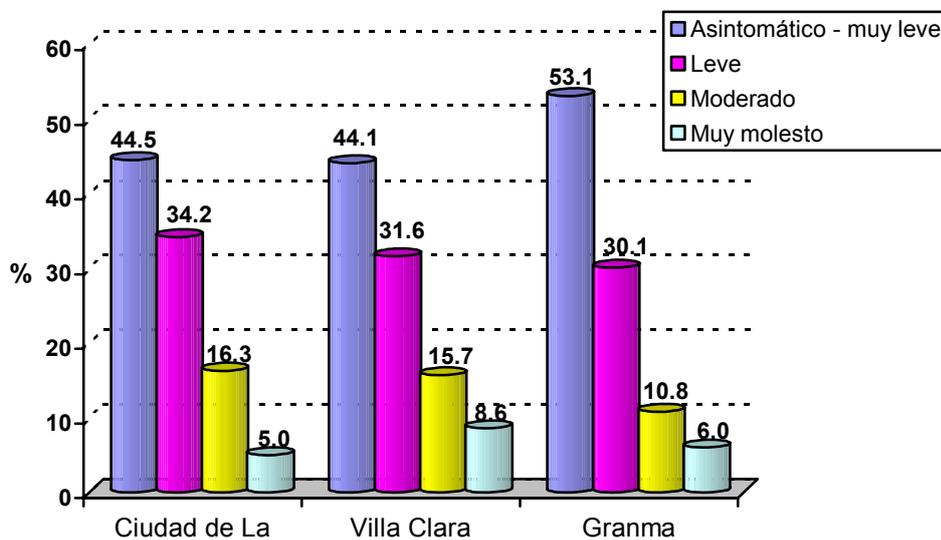
Gráfico 2. Distribución de las mujeres según clasificación por la subescala circulatorio por provincias



Fuente: Tablas 10, 10 A, 10 B

Provincias

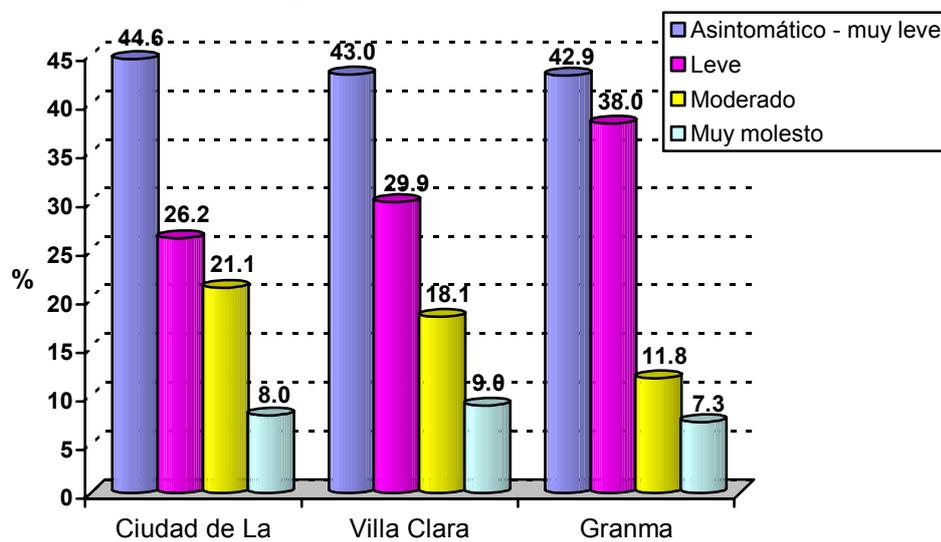
Gráfico 3. Distribución de las mujeres según clasificación por la subescala psicológico por provincias



Fuente: Tablas 10, 10 A, 10 B

Provincias

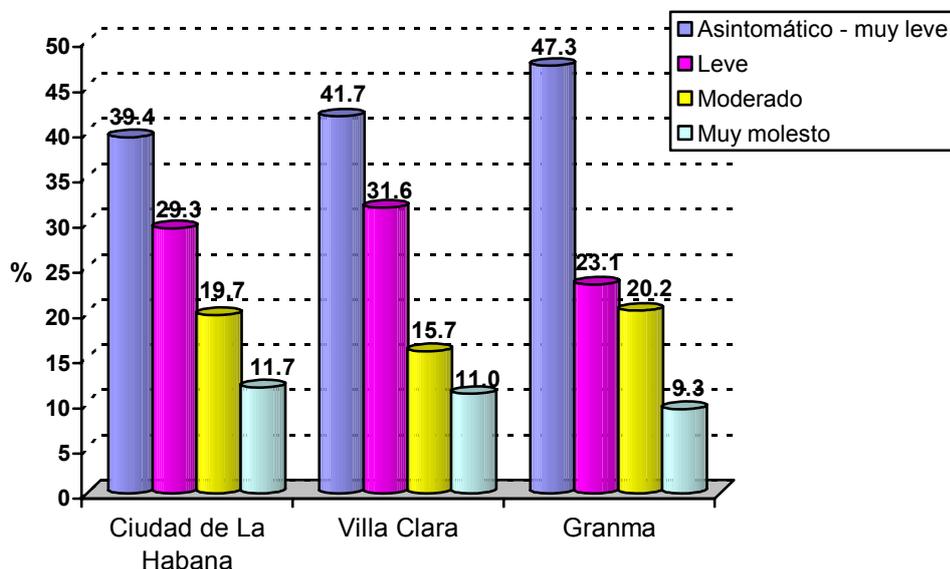
Gráfico 4. Distribución de las mujeres según clasificación por la subescala genitourinario por provincias



Fuente: Tablas 10, 10 A, 10 B

Provincias

Gráfico 5. Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación por la subescala general por provincias



Fuente: Tablas 10, 10 A, 10 B

Provincias

Si se analizan en conjunto los niveles más intensos del síndrome, es decir, moderado y muy molesto, la subescala general fue la peor en Ciudad de La Habana con 31.4 por ciento de las mujeres en estos dos niveles, mientras que en Villa Clara y Granma la situación más desfavorable se encontró en la subescala de síntomas circulatorios, donde el 29.4 por ciento y el 30.6 por ciento de las mujeres clasificaron en estas dos categorías en cada provincia.

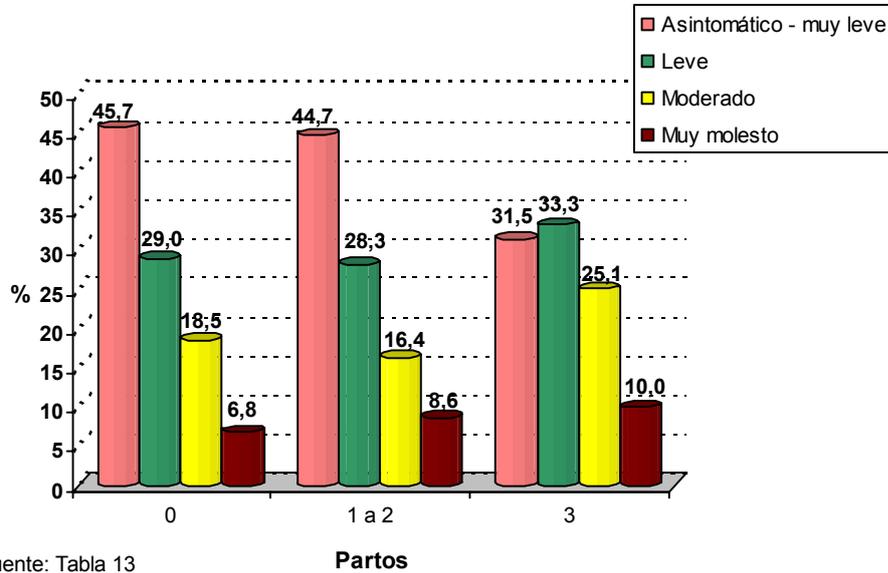
Todos los intervalos de confianza al 95% son estrechos, lo que indica que la precisión de las estimaciones fue buena.

Las **Tablas 11 a 11 B** muestran la distribución de mujeres de las tres provincias estudiadas según intensidad del síndrome climatérico y edad. En Ciudad de La Habana y Villa Clara la mayor frecuencia de síndrome muy molesto estuvo en las mujeres entre 45 y 49 años con 11.5 por ciento y 10.8 por ciento respectivamente, mientras que en Granma, el porcentaje más alto en esta categoría correspondió al grupo de 55 a 59 años con 12.4 por ciento. En los tres territorios, las féminas en los grupos de 50 a 54 años y de 55 a 59 años tuvieron una frecuencia más alta en la categoría asintomática o muy leve.

La información sobre la intensidad del síndrome climatérico y la etapa del climaterio se presenta en las **Tablas 12 a 12 B**; la frecuencia de mujeres clasificadas en la categoría asintomático o muy leve es mayor entre las que estaban en postmenopausia que en la perimenopausia, en las tres provincias: 44.3 por ciento vs. 35.2 por ciento en Ciudad de La Habana, 40.3 por ciento vs. 37.8 por ciento en Villa Clara y 43.1 por ciento vs. 42.1 por ciento en Granma. La relación se invierte respecto a la frecuencia de los niveles moderado y muy molesto, lo que sugiere que el síndrome es más intenso en la perimenopausia, en las mujeres estudiadas.

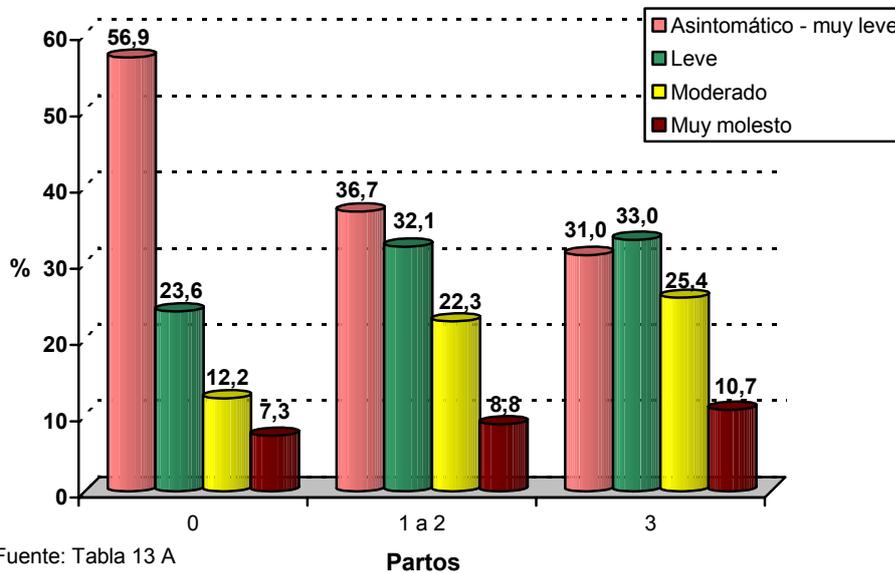
Las **Tablas 13 a 13 B** y **los Gráficos 6 a 6 B** muestran la distribución de las mujeres estudiadas en los tres territorios de acuerdo a la intensidad del climaterio y el número de partos. En Ciudad de La Habana el 45.7 por ciento de las que no habían tenido partos clasificó como asintomático o muy leve, en tanto que aquellas con antecedente de 3 partos o más tuvieron la frecuencia más alta de síndrome muy molesto (10.0 por ciento) en relación con el resto. En Villa Clara y Granma, la situación fue similar, es decir, predominó el nivel asintomático en las mujeres sin partos (56.9 por ciento y 54.9 por ciento respectivamente) y la frecuencia disminuye en aquellas con 1 a 2 partos y 3 partos o más. La intensidad del síndrome climatérico se incrementa con el número de partos.

Gráfico 6. Distribución de las mujeres estudiadas según paridad y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001



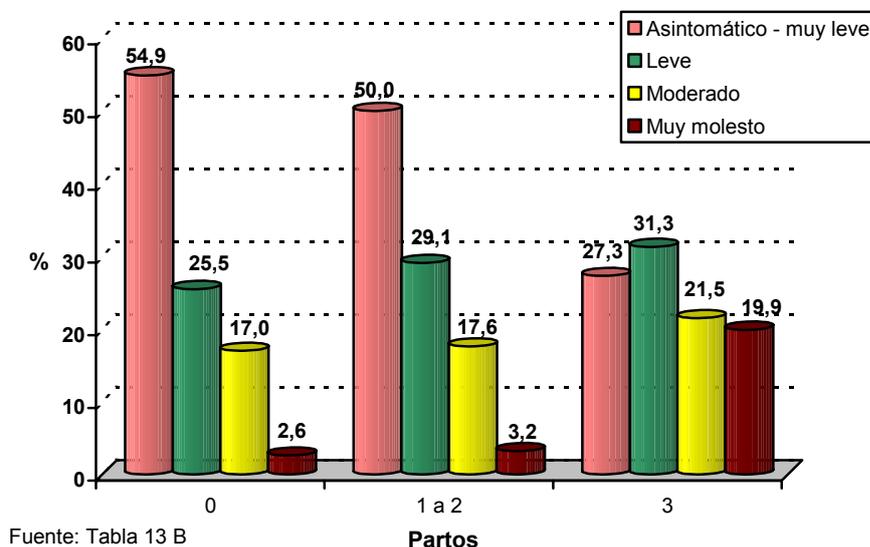
Fuente: Tabla 13

Gráfico 6 A. Distribución de las mujeres estudiadas según paridad y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004



Fuente: Tabla 13 A

Gráfico 6 B. Distribución de las mujeres estudiadas según paridad y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Como puede observarse en las **Tablas 14 a 14 B**, la afección encontrada con mayor frecuencia en los tres territorios fue la hipertensión arterial: 141 mujeres en Ciudad de La Habana, 121 en Villa Clara y 154 en Granma. En segundo lugar en orden descendente estuvo sobrepeso/obesidad en Ciudad de La Habana y Villa Clara, mientras que en Granma fue la diabetes mellitus. Entre las mujeres con sobrepeso/obesidad se encontraron los mayores porcentajes de síndrome muy molesto en Ciudad de La Habana y Granma: 12.7 por ciento y 24.5 por ciento respectivamente. Sin embargo, en Villa Clara la situación más desfavorable fue la de las féminas con cardiopatía isquémica ya que un 11.8 por ciento de ellas clasificó en el nivel muy molesto del síndrome.

La zona de residencia fue una de las variables socioeconómicas estudiadas en Villa Clara y Granma. La mayor cantidad de mujeres estudiadas vive en zona urbana, como aparece en las **Tabla 15 y 15 A**. La distribución de las mujeres según intensidad del síndrome climatérico difiere entre los dos territorios, ya que en Villa Clara hubo un mayor porcentaje en la categoría muy molesto entre las que residen en área rural: 10.5 por ciento en comparación con 8.8 por ciento de las

que viven en zona urbana, y la frecuencia de asintomáticas es muy semejante. Sin embargo, en Granma, el síndrome muy molesto fue más frecuente en las que residen en zona urbana, 13.1 por ciento en relación con el 3.6 por ciento entre las de área rural (**Gráficos 7 y 7 A**). Si se analizan los niveles moderado y muy molesto en conjunto las diferencias son aún más ostensibles en la segunda provincia ya que clasificaron en estos niveles el 33.7 por ciento de las féminas en zona urbana y el 20.1 por ciento de las del área rural.

Gráfico 7. Distribución de las mujeres estudiadas según zona de residencia y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2001

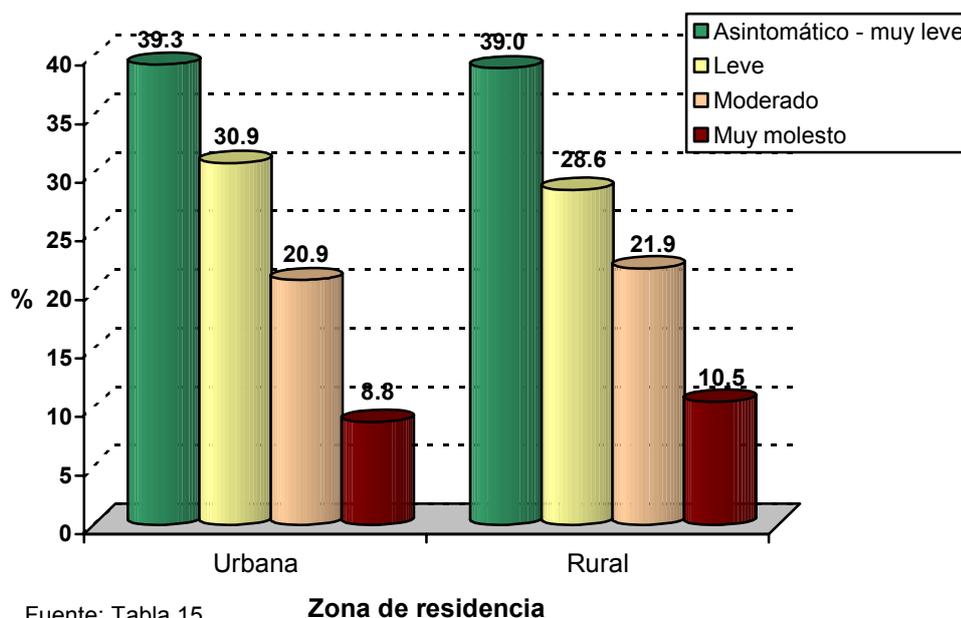
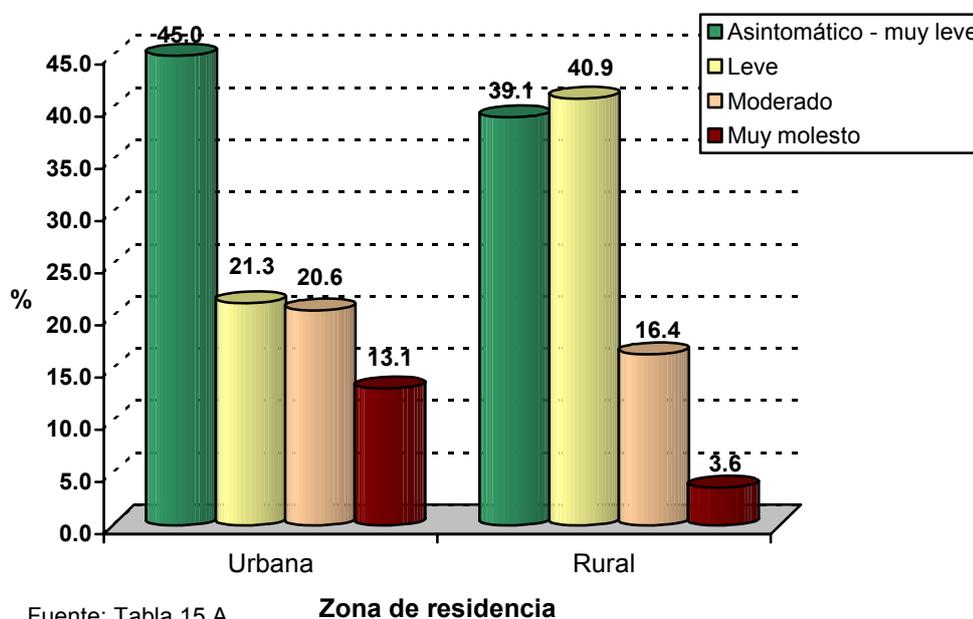


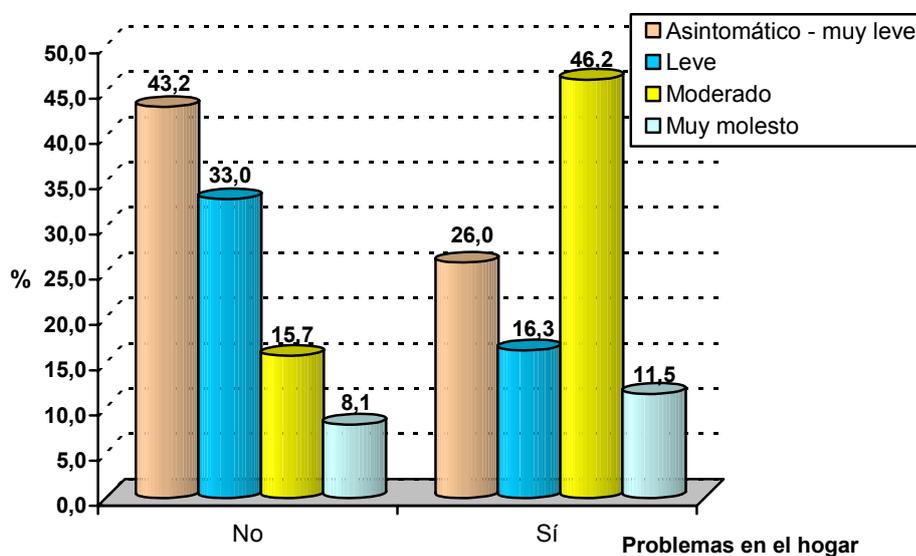
Gráfico 7 A. Distribución de las mujeres estudiadas según zona de residencia y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Al observar las **Tablas 16 a 16 B**, se puede apreciar que predominaron las mujeres que residían en viviendas sin hacinamiento, en las tres provincias. En cuanto a la clasificación del síndrome climatérico y la presencia de esta condición, hubo diferencias en la frecuencia de mujeres en el nivel muy molesto: en Ciudad de La Habana el 9.0 por ciento de las que no tenían hacinamiento fue clasificada en este nivel, en relación con el 6.7 por ciento de aquellas que vivían hacinadas; en Villa Clara, los porcentajes fueron muy semejantes; mientras que en Granma hubo un predominio de mujeres dentro de esta categoría del síndrome entre las que habitaban en viviendas con hacinamiento, en comparación con aquellas que no vivían hacinadas (12.2 por ciento vs. 8.7 por ciento). Si se consideran los dos niveles más intensos del síndrome, hubo una frecuencia más alta de féminas clasificadas en las categorías moderado y muy molesto entre las residían en condiciones de hacinamiento.

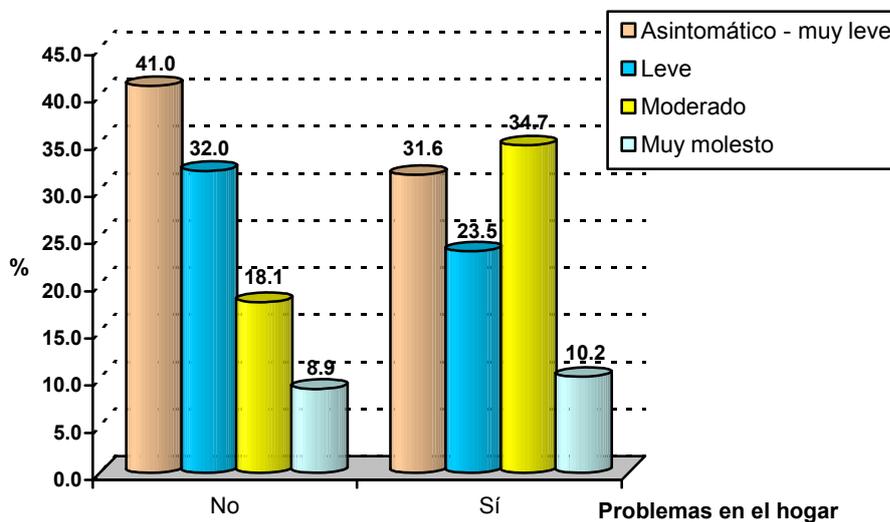
La existencia o no de problemas en el hogar y la clasificación del síndrome climatérico por provincias aparecen en las **Tablas 17 a 17 B** y en **los Gráficos 8 a 8 B**. Cuando no existían problemas el 43.2 por ciento de las mujeres en Ciudad de La Habana clasificó como asintomático o muy leve, cifra bastante más alta que el 26.0 por ciento de aquellas con problemas en el hogar en esta categoría del síndrome. Mientras tanto, la frecuencia de síndrome muy molesto fue de 11.5 por ciento en aquellas que declararon problemas, en relación con el 8.1 por ciento de las que no los refirieron. En Villa Clara y Granma la situación fue similar, es decir, hubo diferencias ostensibles en los niveles extremos del síndrome entre las que tenían o no problemas en el hogar. Estas diferencias apoyan la idea de que los problemas explorados contribuyen al agravamiento del síndrome.

Gráfico 8. Distribución de las mujeres estudiadas según problemas en el hogar y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001



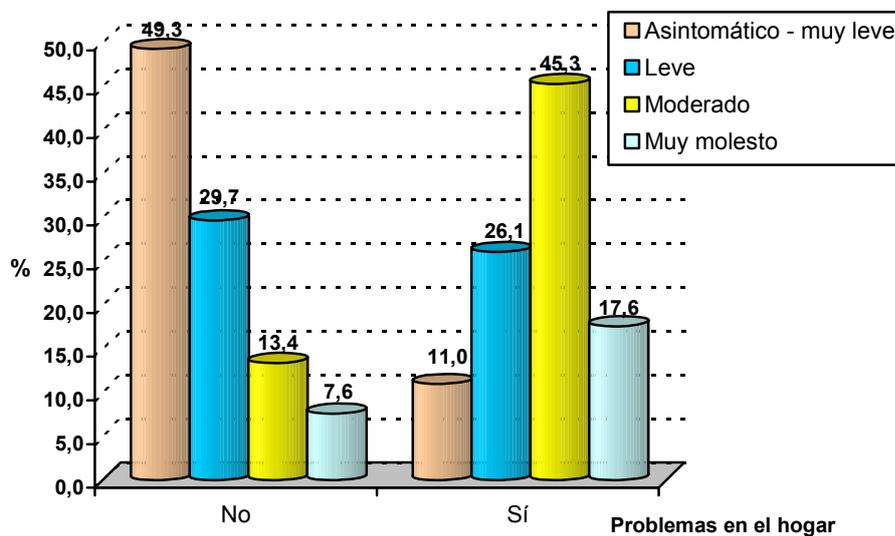
Fuente: Tablas 17

Gráfico 8 A. Distribución de las mujeres estudiadas según problemas en el hogar y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004



Fuente: Tablas 17 A

Gráfico 8 B. Distribución de las mujeres estudiadas según problemas en el hogar y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Fuente: Tablas 17 B

En las **Tablas 18 a 18 B** se aprecia que predominan las mujeres que no tienen familiares a su cuidado, aunque se encontró un número importante que cuidan al menos un familiar, sin distinción entre provincias. La clasificación del síndrome climatérico fue diferente en los territorios investigados, ya que en Ciudad de La Habana el nivel muy molesto fue más frecuente entre las mujeres que cuidaban un familiar (16.0 por ciento), en Villa Clara ocurrió en las que tenían tres o más familiares a su cuidado (13.0 por ciento), y en Granma, las que cuidaban uno y dos familiares clasificaron en este nivel del síndrome en el 17.7 por ciento y 17.1 por ciento de cada grupo; el 30.9 por ciento de las que cuidaban tres familiares o más quedó clasificado como moderado. (**Gráficos 9 a 9 B**)

Gráfico 9. Distribución de las mujeres estudiadas según familiares a su cuidado y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001

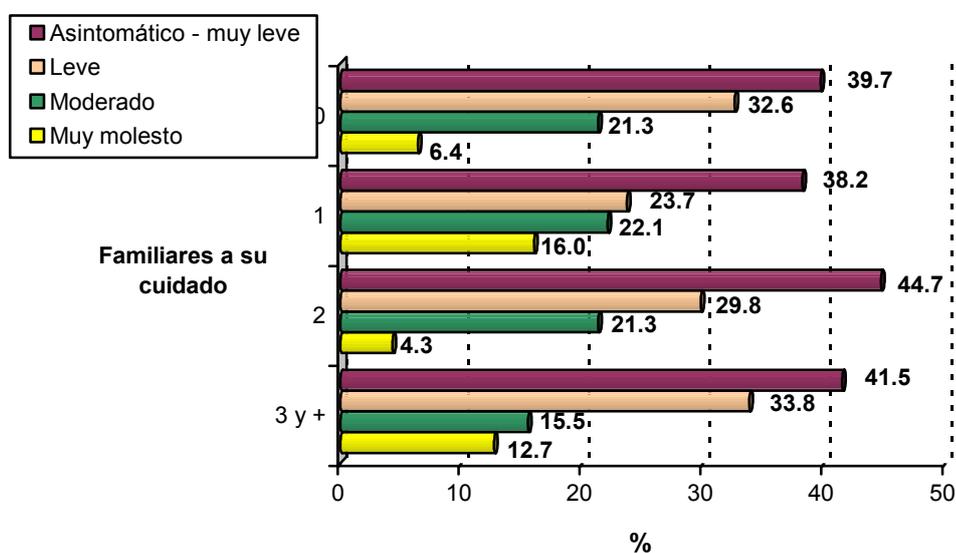
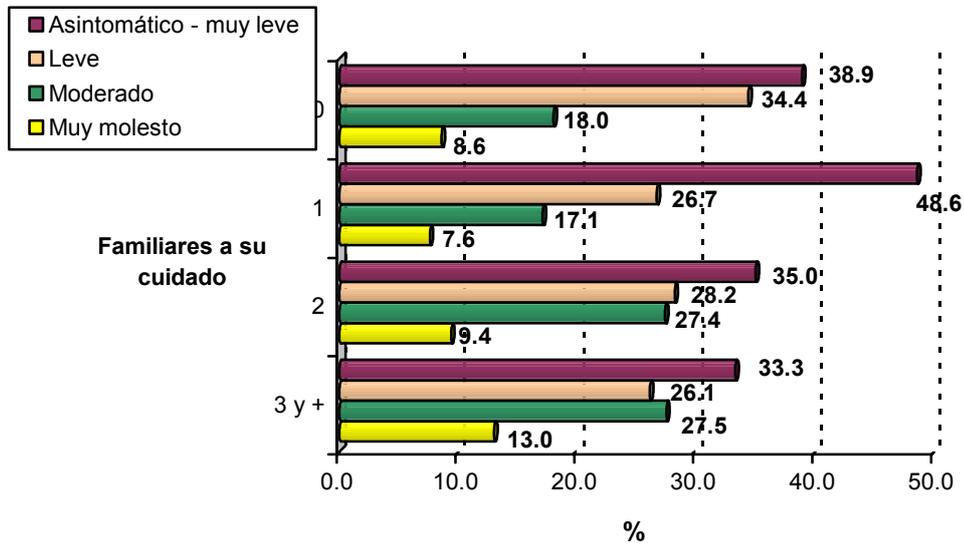
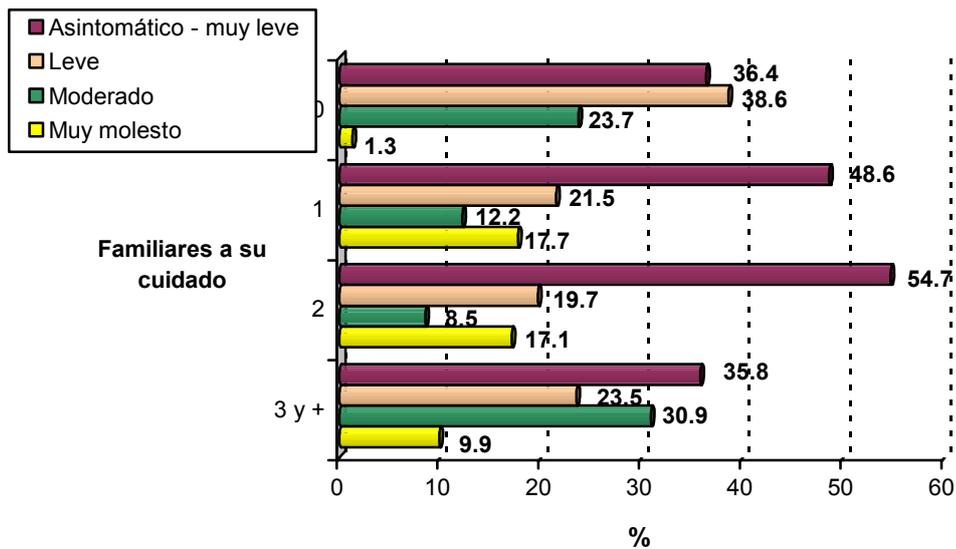


Gráfico 9 A. Distribución de las mujeres estudiadas según familiares a su cuidado y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004



Fuente: Tablas 18

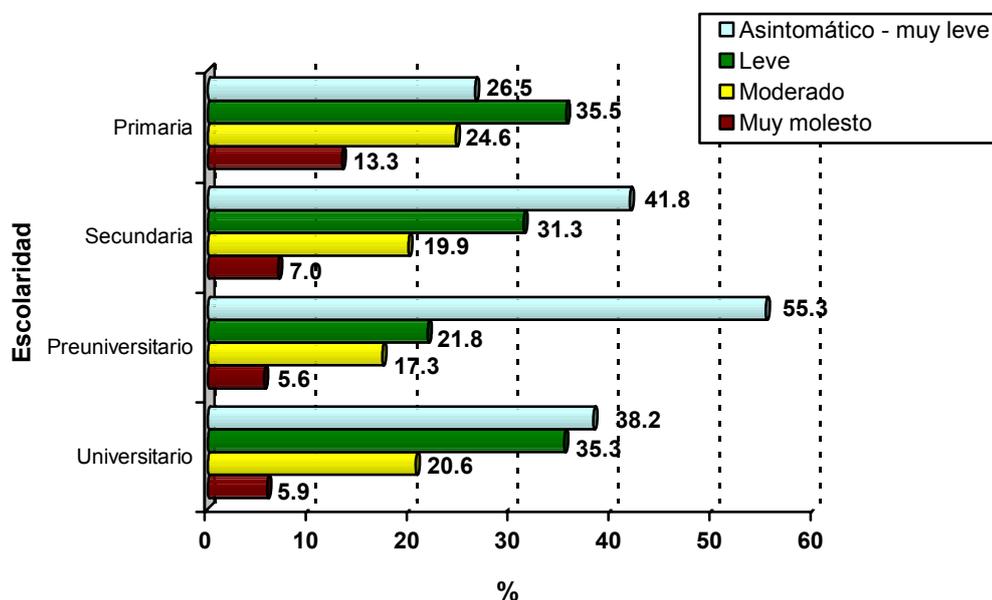
Gráfico 9 B. Distribución de las mujeres estudiadas según familiares a su cuidado y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Fuente: Tablas 18

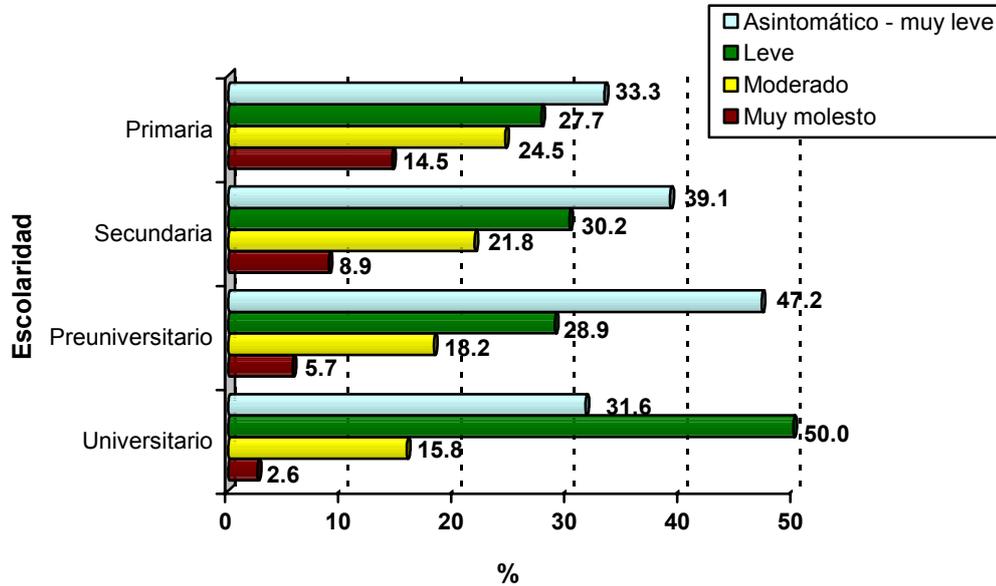
La escolaridad y la clasificación del síndrome climatérico se muestran en las **Tablas 19 a 19 B**. En general, en Ciudad de La Habana predominaron las mujeres con niveles primario y secundario de escolaridad, mientras que en Villa Clara y Granma predominaron las que tenían secundaria y preuniversitario terminados. Además de la información que se presenta en las tablas mencionadas, en los **Gráficos 10 a 10 B**, se aprecia que en los tres territorios se halló una mayor frecuencia de síndrome muy molesto en las mujeres con primaria, es decir, 13.3 por ciento en Ciudad de La Habana, 14.5 por ciento en Villa Clara y 19.3 por ciento en Granma, en relación con el resto de los niveles de escolaridad. Se aprecia que el síndrome es más intenso, cuando la escolaridad es menor. En Granma, este predominio fue mayor, y vale destacar que entre las universitarias de este territorio no hubo mujeres en el nivel muy molesto.

Gráfico 10. Distribución de las mujeres estudiadas según escolaridad y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001



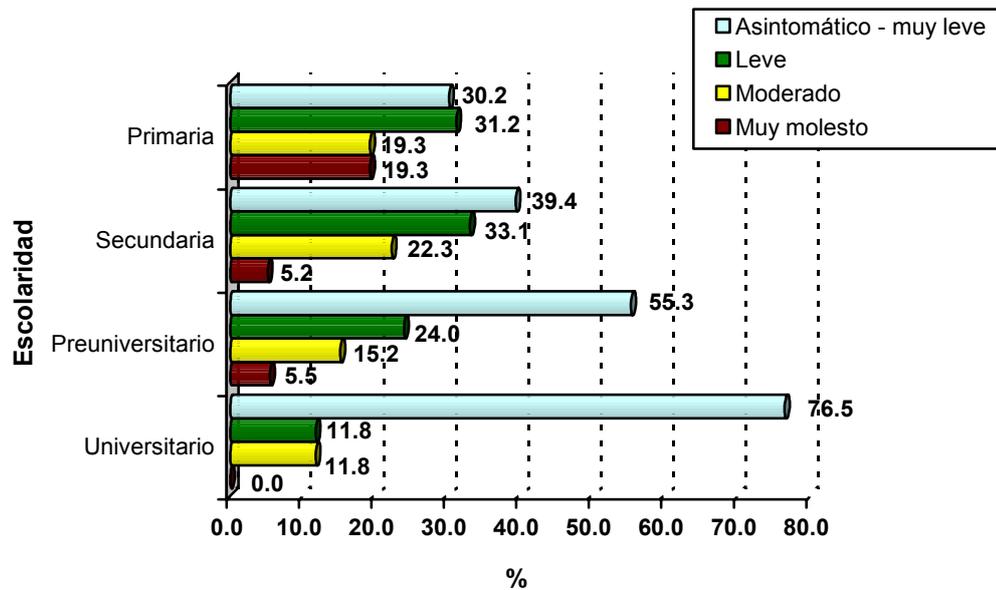
Fuente: Tablas 19

Gráfico 10 A. Distribución de las mujeres estudiadas según escolaridad y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004



Fuente: Tablas 19 A

Gráfico 10 B. Distribución de las mujeres estudiadas según escolaridad y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Fuente: Tablas 19 B

Las **Tablas 20 a 20 B** muestran la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico y la ocupación. La categoría trabajadora fue la predominante en Ciudad de La Habana y Villa Clara, lo que se corresponde con que más del 80 por ciento de las mujeres tenían menos de 55 años en el momento del estudio. Sin embargo, en Granma, aunque la muestra tenía una estructura por edad similar, predominaron las amas de casa. La frecuencia de féminas en el nivel muy molesto del síndrome también difiere entre las provincias, ya que en las dos fue mayor entre las jubiladas con 11.3 por ciento y 15.5 por ciento respectivamente, en tanto que en Granma las trabajadoras tuvieron un síndrome más intenso, con 13.5 por ciento de ellas clasificadas en la categoría muy molesto.

Las **Tablas 21 a 21 B** y los **Gráficos 11 a 11 B**, muestran la clasificación del síndrome climatérico en mujeres con y sin pareja sexual estable. Se aprecia que en todos los territorios hubo un predominio de mujeres con pareja. Entre éstas se encontró una frecuencia mayor en el nivel asintomático o muy leve, en tanto que aquellas sin pareja tuvieron síndrome climatérico más intenso, es decir, clasificaron como muy molesto el 9.7 por ciento en Ciudad de La Habana, el 13.0 por ciento en Villa Clara y el 17.6 por ciento en Granma. La situación es más desfavorable si se toman en cuenta las dos categorías de mayor intensidad, con diferencias más ostensibles en la última provincia, donde el 44.9 por ciento de las féminas sin pareja y el 20.6 de aquellas con pareja clasificaron como muy molesto o moderado.

Gráfico 11. Distribución de las mujeres estudiadas según pareja sexual estable y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001

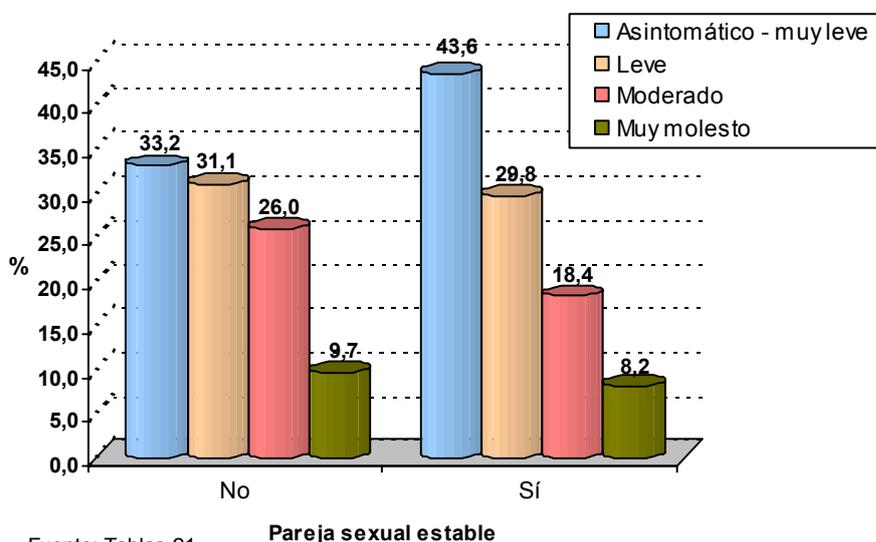


Gráfico 11 A. Distribución de las mujeres estudiadas según pareja sexual estable y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004

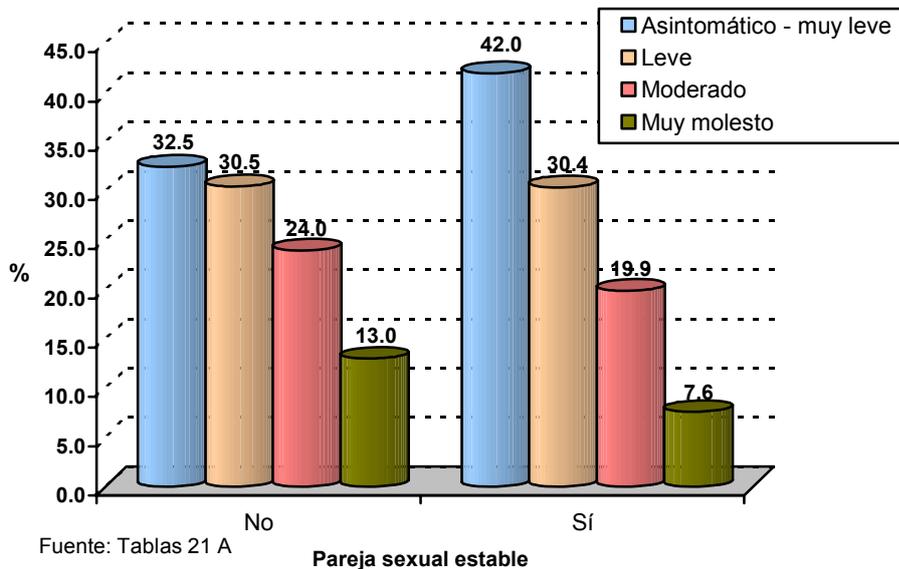
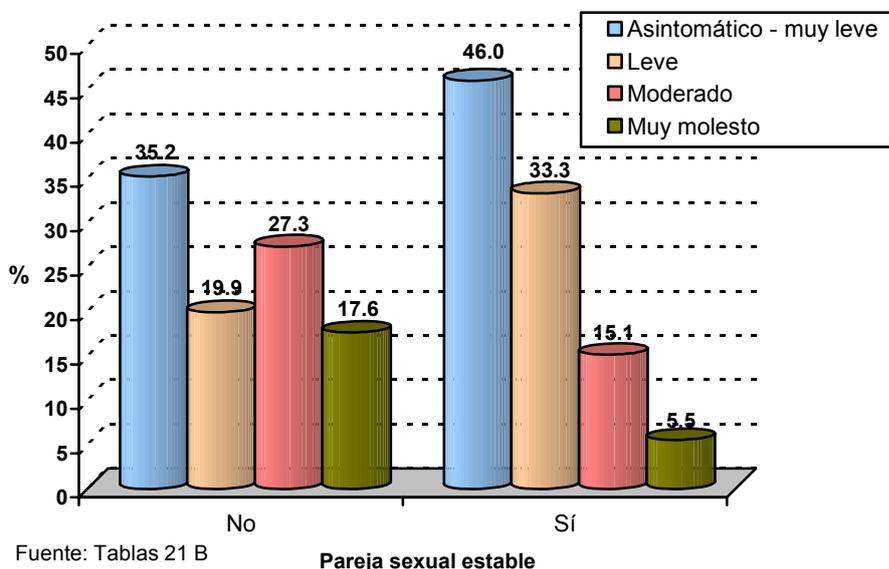


Gráfico 11 B. Distribución de las mujeres estudiadas según pareja sexual estable y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



La distribución de las mujeres con eventos negativos en su estilo de vida según la intensidad del síndrome climatérico se muestra en las **Tablas 22 a 22 B**. El hecho de no realizar ejercicios físicos de forma sistemática fue el más frecuente en las tres provincias. En Ciudad de La Habana y Villa Clara las mujeres con este comportamiento tuvieron los porcentajes mayores de síndrome climatérico muy molesto, en relación con el resto de los eventos explorados: 10.9 por ciento y 10.2 por ciento respectivamente. En Granma la peor situación se encontró en aquellas que refirieron ingestión de bebidas alcohólicas, ya que el 38.5 por ciento clasificó en el nivel muy molesto, y ninguna de ellas quedó en la categoría asintomático o muy leve.

En los **Gráficos 12 a 12 B** se presenta la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico y el hábito de consumir café. El resultado más llamativo es que, en los tres territorios, las mujeres que no refirieron esta costumbre clasificaron con síndrome muy molesto en una proporción mayor que las que lo ingieren: 13.8 por ciento vs. 4,4 por ciento en Ciudad de La Habana, 15.2 por

ciento vs. 4.4 por ciento en Villa Clara y 16.9 por ciento vs. 7.0 por ciento en Granma.

Gráfico 12. Distribución de las mujeres estudiadas según ingestión de café y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001

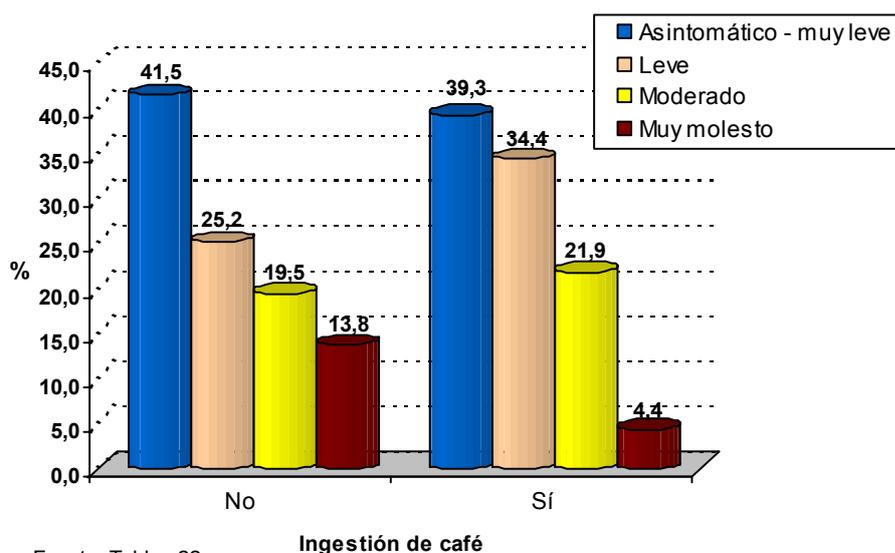


Gráfico 12 A. Distribución de las mujeres estudiadas según ingestión de café y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004

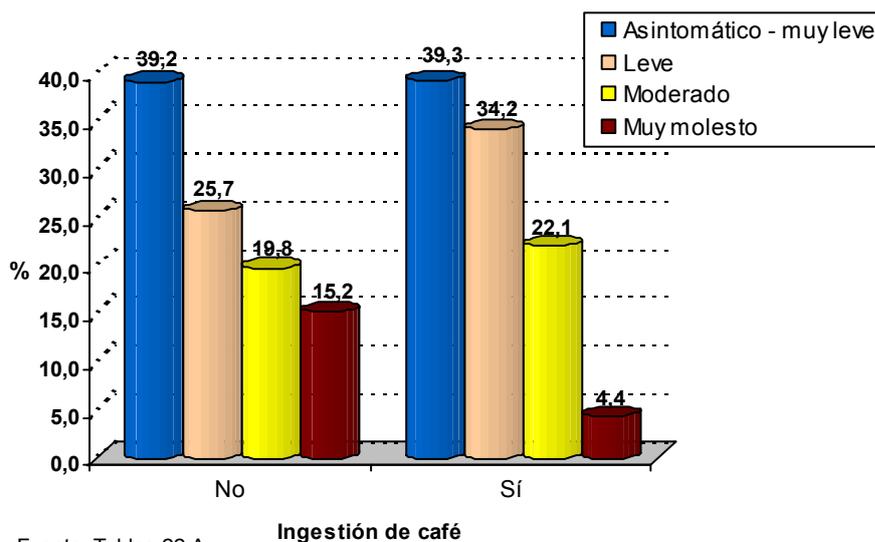
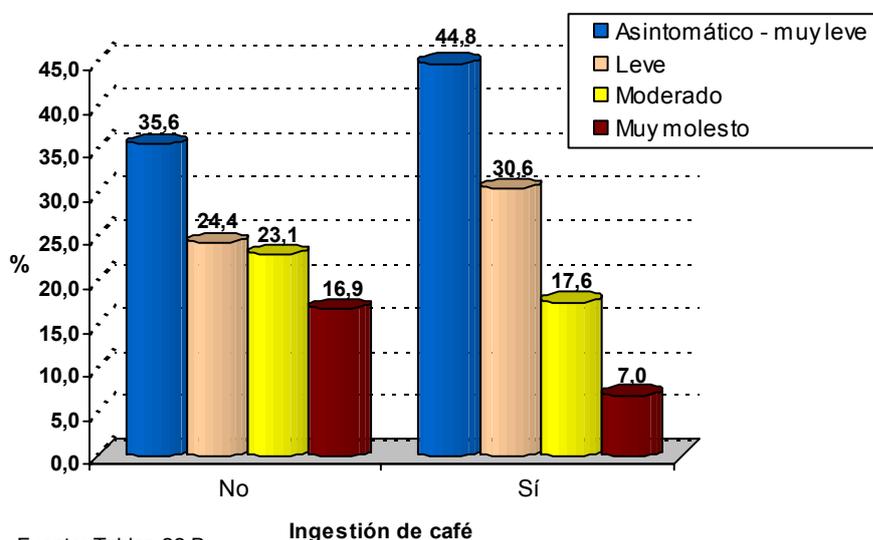


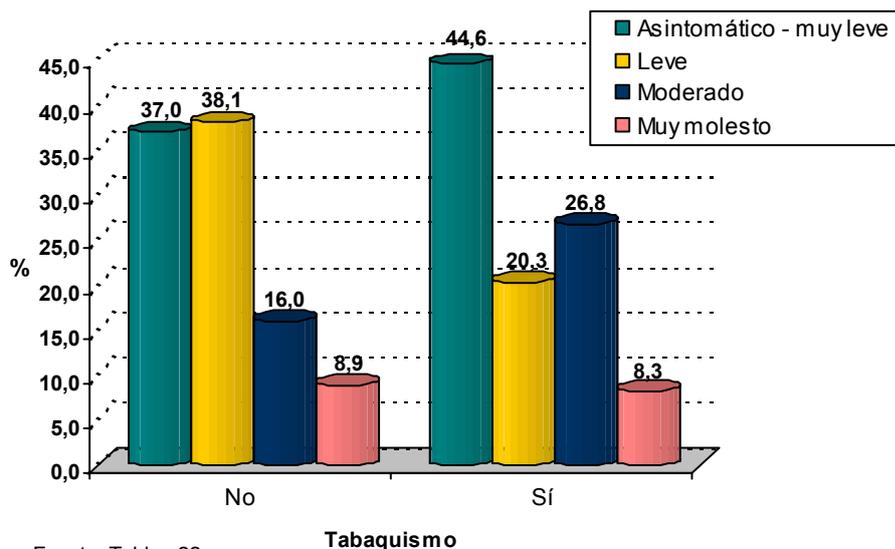
Gráfico 12 B. Distribución de las mujeres estudiadas según ingestión de café y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Fuente: Tablas 22 B

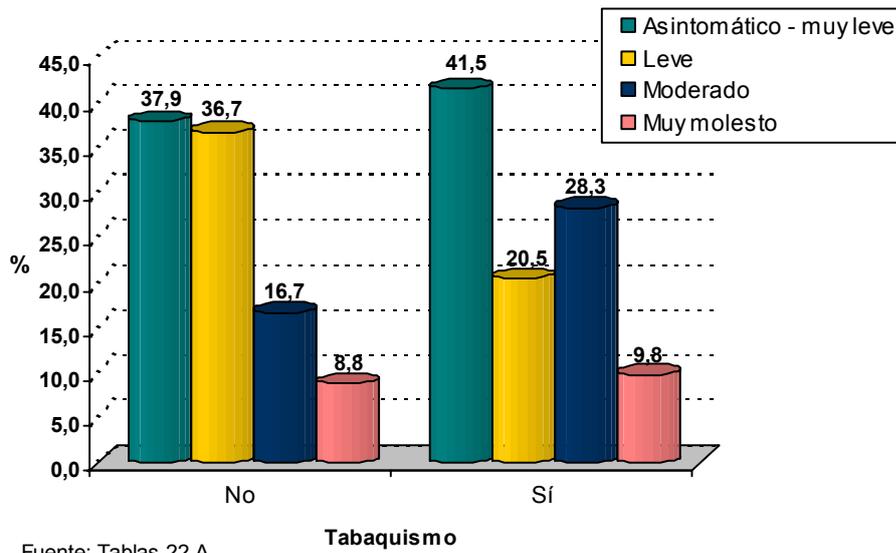
Los **Gráficos 13 a 13 B** muestran los resultados de la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico y el tabaquismo. En Ciudad de La Habana y Villa Clara la frecuencia de mujeres en el nivel muy molesto fue similar entre aquellas con y sin el hábito señalado. Sin embargo, las diferencias son más ostensibles para el nivel moderado: en la primera se encontró el 26.8 por ciento de las mujeres fumadoras en la categoría mencionada, en comparación con el 16.0 por ciento entre las no fumadoras; y en la segunda provincia en el 28.3 por ciento de las que refirieron el comportamiento de referencia, en relación con el 16.7 por ciento de las que lo negaron. En Granma, las no fumadoras clasificaron con mayor frecuencia como síndrome moderado (25.7 por ciento) y muy molesto (15.3 por ciento) que las que fuman: 16.1 por ciento y 6.8 por ciento en cada nivel de intensidad.

Gráfico 13. Distribución de las mujeres estudiadas según tabaquismo y clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001



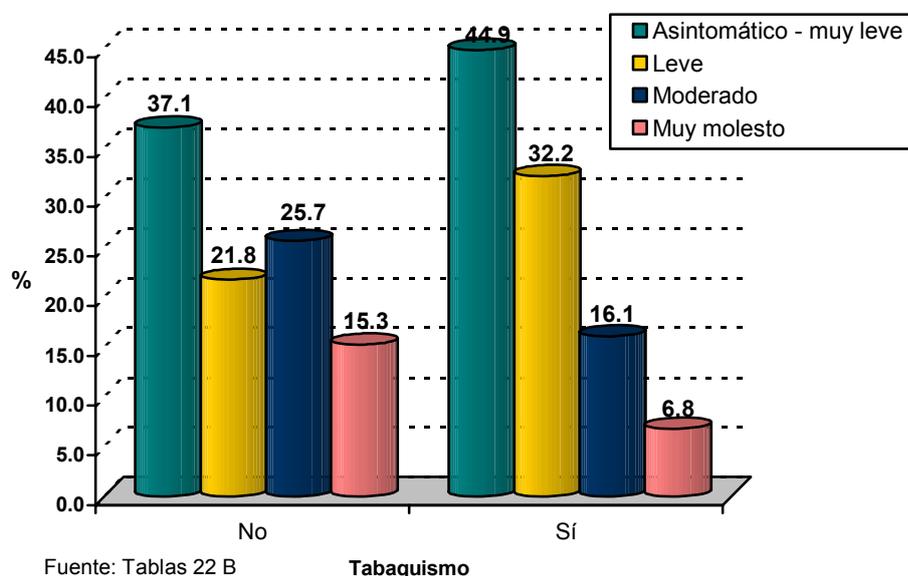
Fuente: Tablas 22

Gráfico 13 A. Distribución de las mujeres estudiadas según tabaquismo y clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004



Fuente: Tablas 22 A

Gráfico 13 B. Distribución de las mujeres estudiadas según tabaquismo y clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001



Tercera etapa

La tercera etapa de la investigación consistió en la identificación de factores de riesgo entre las variables biológicas, socioeconómicas y de estilo de vida estudiadas, para los niveles más intensos del síndrome climatérico. Para ello se aplicó la regresión logística múltiple con respuesta dicotómica a los dos grupos de mujeres conformados a partir de la clasificación realizada en la etapa anterior: **no intenso**, donde se incluyeron aquellas clasificadas en los niveles asintomático o muy leve y leve, e **intenso**, donde se agruparon las féminas con síndrome moderado y muy molesto.

Como se explicó en el Método, previo al análisis multivariado, y con el propósito de reducir el número de variables independientes a introducir en la regresión, se indagó la asociación de cada una de éstas con la variable de respuesta. Los resultados se presentan en las **Tablas 23 a 23 B**.

El número de partos promedio resultó estadísticamente diferente entre los grupos intenso y no intenso en las tres provincias. Sin embargo, para la media del número de años entre la edad en el momento del estudio y la mediana de la edad de la menopausia (IE) no hubo evidencias para plantear que existían diferencias entre ellos. En Villa Clara y Granma, para el número de familiares bajo el cuidado de la mujer, se encontró que los promedios fueron estadísticamente diferentes entre los grupos.

Para el resto de las variables independientes, en las tres provincias, estuvieron asociadas con la de respuesta: problemas en el hogar, escolaridad, pareja sexual estable, café y tabaquismo. Además, en Ciudad de La Habana y Granma el hacinamiento resultó asociado con la intensidad del síndrome climatérico. En Villa Clara y Granma se adicionó la ocupación a las variables mencionadas para los tres territorios. Y por último, solamente en Granma se encontró asociación en diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, sobrepeso/obesidad, zona de residencia, práctica de ejercicios físicos y bebidas alcohólicas.

En el análisis de colinealidad (**Anexo 11**), realizado para cada provincia, sólo en Granma se encontraron coeficientes superiores a 0.70 entre sobrepeso/obesidad con diabetes mellitus (0.738) y con cardiopatía isquémica (0.761). Estas dos últimas fueron excluidas del análisis por considerarlas de menor importancia en relación con la variable de respuesta.

Los resultados del análisis multivariado se muestran en las **Tablas 24 a 24 B**. La variable que representó riesgo incrementado, en los tres territorios fue la ocurrencia de problemas en el hogar.

En Ciudad de La Habana y Granma el número de partos constituyó factor de riesgo para los niveles más intensos del síndrome climatérico, mientras que la escolaridad menor de 9^{no} grado lo fue en Ciudad de La Habana y Villa Clara.

Sólo en Villa Clara se identificaron como factores de riesgo el número de familiares bajo el cuidado de la mujer y el tabaquismo. En Granma se añadieron, a

las señaladas en conjunto para las otras provincias, sobrepeso/obesidad, zona de residencia urbana, ausencia de pareja sexual estable, no practicar ejercicios físicos y bebidas alcohólicas.

Vale destacar que en los tres territorios estudiados, el hábito de ingerir café quedó como un factor protector, ya que el coeficiente de regresión fue negativo y, al mismo tiempo, los límites del intervalo de confianza al 95% están por debajo de uno. Este hallazgo merece atención especial en futuras investigaciones, al ser consistente en los tres territorios.

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados principales, basada en la comparación con estudios cuya metodología es semejante y en la especulación científica de la autora, lo que permitió realizar valoraciones sobre los mismos.

No existe una metodología, ni algoritmos específicos únicos para la construcción de índices que midan la gravedad de las enfermedades. En la literatura revisada aparecen trabajos en los que se brindan procedimientos generales a seguir para su construcción y validación, que sirvieron de base para la presente investigación, en especial el de Streiner y Norman.^{114, 119, 125-129}

En toda investigación, después de definir el problema a estudiar, es necesario realizar una revisión bibliográfica extensa acerca del objeto de estudio. Cuando se trata de la construcción de un instrumento, la revisión cobra extrema importancia, ya que es necesario identificar cuál será el conjunto de variables intermedias que contribuyen a cuantificar algún rasgo del concepto cuya magnitud se quiere sintetizar. En el caso que nos ocupa se encontraron numerosas manifestaciones clínicas que pueden acompañar al síndrome climatérico, por lo que con la ayuda de la consulta a expertos y la revisión de instrumentos existentes, se seleccionaron los ítems con que se inició el proceso de construcción.

El próximo paso del proceso exigió un estudio profundo de cada ítem, para determinar si se mantenían en la escala o si, por no cumplir algún requisito, se eliminaban. Para ello se hizo una primera aplicación en 160 mujeres con diferentes grados de malestar: desde estados asintomáticos o con manifestaciones apenas perceptibles hasta pacientes con sintomatología intensa que las condujeron a buscar atención especializada; así, quedaron representadas todas las edades en las que está descrito que se extiende este síndrome.

En el estudio de las correlaciones entre los ítems, se esperaba encontrar cierto grado de asociación que pusiera en evidencia que el instrumento posee homogeneidad, es decir, que todas las variables componentes o intermedias están relacionadas con un mismo fenómeno. Sin embargo, como ya se expresó en los resultados, se encontraron coeficientes de correlación entre ítems que resultaron

muy bajos, e incluso en ocasiones se hallaron correlaciones negativas. Esta situación sucede debido a que, en este caso, el instrumento está compuesto por varias dimensiones encargadas de medir diferentes aspectos de un mismo fenómeno. Ello ha sido señalado por diversos autores, quienes plantean que en escalas multidimensionales se le debe brindar atención a la verificación de las correlaciones en las subescalas por separado y no entre ellas.¹¹⁴

Dentro de una misma dimensión no deben existir ítems con un grado de correlación alto en extremo. Esto podría estar indicando que cierta pareja de variables está ofreciendo información redundante y de mantenerlas en el instrumento de medición equivaldría a darle, de una forma indirecta, un mayor peso en el resultado final a ese aspecto que el requerido. Atendiendo a esto se consideró que podían ser agrupadas en un solo ítem las variables *pérdida de la capacidad de memoria y dificultad para la concentración* que, aunque teóricamente se refieren a manifestaciones diferentes, presentan puntos en común. Ello hace que muchas veces vayan aparejadas, por lo que puede resultar difícil para algunas personas, en la práctica, distinguir entre si olvidó algún hecho, sobre todo los más recientes, o si no estaba suficientemente concentrada cuando ocurrió como para recordarlo.

De igual manera se procedió con las variables *presencia de dolores en huesos y articulaciones* y *presencia de dolores musculares*, debido a que mayoritariamente se manifiestan al mismo tiempo, siendo muy común que las pacientes se refieran a dolores en determinadas regiones de su cuerpo, piernas, brazos, espalda, sin poder distinguir claramente si hay participación por separado de la parte ósea o de la muscular.

El análisis de la correlación de cada ítem con el puntaje total de la escala, es una medida de la consistencia interna del instrumento, ya que supone que el aspecto a que se refiere determinado ítem está asociado con el fenómeno general que mide la escala en su conjunto. Una regla generalmente usada plantea que la correlación de un ítem con el puntaje total, que de cierta manera mida el fenómeno, debe ser superior a 0.25.¹¹⁴ Por ello se decidió no incluir en la escala los ítems que se

refieren a *presencia de prurito generalizado o localizado en los genitales externos, dificultad para respirar y aumento del vello facial*. Estas tres manifestaciones, que como se reporta en la literatura y en la práctica médica, suelen acompañar al síndrome climatérico, se presentan con menor frecuencia que el resto de las variables, lo que explicaría sus correlaciones bajas.

La presencia de prurito generalizado y la dificultad para respirar, son manifestaciones que, en un número no despreciable de ocasiones, pueden ser atribuidas a otras entidades. En cuanto al aumento del vello facial, que es uno de los signos que se relaciona con una posible virilización de la mujer en esta etapa, no se presentó con mucha frecuencia, lo que puede ser debido a que ocurre más bien a largo plazo, incluso se puede manifestar después de los 60 años.

Greene,⁹³ Kirshner,¹²⁶ y Peck,¹²⁹ cuando se refieren a la construcción de instrumentos, consideran como un paso de extrema importancia que, además de lograr un consenso en cuanto a cuáles síntomas deben incluirse en la escala, debe haber un acuerdo en cómo agruparlos. La estructura multidimensional del instrumento diseñado, responde a la naturaleza de los componentes del síndrome, que difiere con el carácter unidimensional del Índice de Blatt y Kupperman, lo que ha sido criticado por otros autores, quienes señalan que la suma de diversos síntomas correspondientes a varias dimensiones para conformar un índice total no tiene sentido.¹³⁰ La ubicación hipotética de cada variable, que se realizó *a priori*, no resultó fácil en todos los casos debido a la gran variedad de ejes de clasificación que tiene el síndrome climatérico y de lo discutido que aún resulta la etiopatogenia de algunos síntomas.

Para determinar el número de dimensiones o subescalas y la clasificación de los ítems contribuyó, fundamentalmente, el trabajo de Greene.⁹³ Éste hace una recopilación de investigaciones sobre el climaterio que aplican la técnica del Análisis Factorial para conformar grupos de síntomas. La mayoría de los informes coinciden en la conformación de un primer factor pequeño e independiente de los demás que agrupa a síntomas vasomotores o circulatorios y posteriormente otros tres que reúnen a síntomas psicológicos, genitourinarios y somáticos o generales

respectivamente; para la ubicación definitiva se tuvo en cuenta la opinión de expertos.

La verificación de la concordancia entre la ubicación hipotética propuesta y la empírica que presentó cada ítem, mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, evidenció en la mayoría de los casos que cada uno de ellos presentó un mayor coeficiente de correlación con el total correspondiente a su subescala, tal como cabría esperar. Hubo discrepancia en la ubicación de siete ítems, pero luego de un análisis de cada uno se decidió su permanencia en la escala sin cambios de ubicación en la subescala.

Al igual que en la literatura revisada, el grupo de síntomas circulatorios quedó claramente conformado, exceptuando la variable *parestesias e hiperestesias* que se ubicó en el grupo genitourinario, pero la diferencia entre el coeficiente de un grupo y otro fue muy pequeña. Las variables *disminución del interés sexual y pérdida de la capacidad de memoria y concentración* que pertenecen al grupo de síntomas psicológicos, aparecieron ubicadas en otras subescalas pero por muy estrecho margen. Todos los ítems que habían sido clasificados *a priori* en el grupo genitourinario presentaron mayor coeficiente de correlación con su propia subescala. Fueron los síntomas ubicados en el grupo de manifestaciones generales los que más discrepancias presentaron; 3 de ellos, *sequedad de la mucosa oral, sequedad de la piel y pérdida de peso* presentaron mayor asociación con la subescala de síntomas genitourinarios, aunque es evidente que teóricamente no pertenecen a dicho sistema, una explicación posible es que en este grupo tendieron a agruparse manifestaciones de tipo atróficas. El ítem referido a la *astenia* se decidió mantenerlo como una manifestación general, aunque por una pequeña diferencia estuvo más correlacionado con la subescala de síntomas psicológicos, lo que se explica por la carga psíquica que muchas veces lo acompaña.

Una vez que quedaron seleccionadas y clasificadas las variables que conformarían el índice, correspondió definir el “peso” que cada una tendría en el puntaje global. Algunas escalas son simples y consisten en la suma de la

puntuación de los ítems que tienen la misma ponderación. Ello llevaría implícita la hipótesis de que todos tienen una importancia similar en la contribución al fenómeno general que se mide. En el caso del síndrome climatérico se consideró que dicho supuesto no se cumple, por lo que había que elegir una técnica para asignar las ponderaciones. Streiner y Norman plantean que hay dos formas generales: empírica y teórica.

La forma teórica, que fue la utilizada para dar las ponderaciones definitivas, consiste en que según la experiencia y la intuición del investigador, se le asigna mayor peso a los ítems que tratan aspectos cruciales y menor peso a aquellos menos relevantes.^{60, 114, 126, 131} Como ya se planteó, para conseguir esto se contó con el apoyo de un grupo de expertos que, mediante consenso, decidieron otorgarle 4 puntos a los dos ítems que a su consideración revisten mayor importancia, valores intermedios 3 ó 2 puntos a síntomas que repercuten de forma moderada en el grado de malestar y un punto a manifestaciones menos específicas y relevantes.

La delimitación de niveles de gravedad es un recurso muy utilizado, pues permite, además de emplear el puntaje cuantitativo que ofrece el instrumento, hacer una escala ordinal para clasificar a cada paciente. Este procedimiento se realizó para la puntuación total y con cada subescala, ya que para la práctica asistencial y de salud pública es de mucha importancia conocer qué tipo de síntomas predominan, para llevar a cabo acciones terapéuticas, preventivas y de planificación de recursos.

Los procedimientos de validación utilizados se incluyen entre los que la literatura aconseja, en términos generales. Éstos se inician con la verificación de la confiabilidad de la escala construida.

Para la comprobación de la estabilidad se empleó el *test-retest*. Es importante cuando se utiliza este procedimiento, elegir un intervalo de tiempo entre las dos aplicaciones que cumpla a la vez dos requisitos: que no sea muy corto, para evitar que se recuerde lo respondido en la primera y que no sea muy largo que haga

posible el cambio del acontecimiento que se mide o en las condiciones en que se realizan éstas.¹¹⁹ Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, la medida de fiabilidad más utilizada cuando se trata de variables continuas, además como se había llevado el resultado a una escala ordinal con cuatro niveles de intensidad, se aplicó también el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. En ambos casos se obtuvieron coeficientes muy altos lo que habla a favor del índice. Sin embargo, no fue éste el único método empleado, ya que el uso de este coeficiente aunque útil, ha sido criticado.¹²⁵

El cálculo del Índice Kappa y el Kappa ponderado, para el resultado en escala ordinal, constituyen indicadores de uso común para verificar la confiabilidad del instrumento. Los valores obtenidos con ambas técnicas apuntan a favor de su estabilidad, ya que fueron superiores a las cifras prefijadas para considerar una concordancia excelente.¹²¹

Uno de los indicadores más utilizados en la evaluación de la consistencia interna de una escala es el llamado coeficiente alfa, propuesto por Cronbach.¹²⁵ El valor del coeficiente global, se consideró aceptable, ya que mientras más cerca se encuentre de uno más consistente es la escala. Esto significa que, a pesar de que se trata de un instrumento multidimensional, tanto las distintas subescalas como los ítems que las integran se encuentran relacionados con un mismo fenómeno. Al calcular este coeficiente de manera sucesiva, siempre excluyendo un ítem del análisis, no se encontró que el mismo aumentara, lo que ratificó la importancia de cada uno de ellos en el instrumento definitivo.

Otro aspecto que usualmente se estudia para la evaluación de la confiabilidad de un instrumento es la equivalencia o concordancia entre jueces, situación que resulta de mucho interés por el hecho de que un mismo fenómeno observado debe tener las mismas mediciones cuando se aplica el instrumento por diferentes observadores. Sin embargo, en el presente caso no sería de tanta utilidad realizar esta comprobación ya que sólo tres de los 28 ítems pudieran depender de la subjetividad del observador, que por demás serían médicos, para los que no debe ser difícil determinar la presencia o no de esos signos. Esto quiere decir que la

confiabilidad del nuevo instrumento depende más de su estabilidad en el tiempo, relacionado con la apreciación personal de cada paciente sobre sus síntomas, que de la concordancia entre observadores.

En cuanto a la validez de contenido, los expertos expresaron, en general, una buena opinión sobre los elementos que incluye el índice propuesto. El objetivo principal de un instrumento de medición es el de realizar una inferencia a partir del puntaje obtenido por un individuo, por lo tanto, el mismo debe recorrer todos los aspectos relacionados con la característica que se mide para poder asegurar que una puntuación alta difiere en todos los aspectos de una baja.

Los expertos emitieron sus opiniones sobre el contenido del documento, guiados por las propiedades básicas que propone Moriyama.¹²² Se observó que aquellos ítems a los cuales se les asignó mayor peso fueron los que mejor cumplieron estos principios, mientras que los de más baja ponderación se consideraron que eran poco sensibles a variaciones en el fenómeno que se mide y que eran moderadas las suposiciones básicas que justificaban su presencia dentro del indicador. Todo ello dado por una menor especificidad que el resto, respecto al síndrome climatérico. Casi todos los ítems fueron catalogados en la categoría *MUCHO* para las propiedades: comprensibles, claramente definidos y factibles de obtener. De todo este análisis surgió la aprobación de la forma definitiva del índice por los expertos.

De la validez de construcción se dice que es el procedimiento más interesante y creativo, usualmente se trata de identificar ciertas condiciones, entornos o estratos, para los cuales la escala debe exhibir determinado tipo de valores y se considera que la corroboración empírica de este vaticinio la valida. Una de las vías por las que se puede verificar este tipo de validez es la de Grupos Extremos, con la cual el instrumento de prueba debe evidenciar claramente la diferencia que se espera teóricamente. En el caso que nos ocupa se mostraron resultados muy diferentes entre los valores del grupo con sintomatología intensa y el asintomático o con manifestaciones ligeras, lo que resulta vital en el poder del instrumento para realizar discriminaciones. Este es uno de los diseños más usados y a la vez más

sencillos; sin embargo, algunos autores le critican que no es suficiente que el instrumento sirva para discriminar entre grupos extremos, se necesita comprobar que sirva para identificar individuos con la característica sin que ésta sea tan evidente, como ocurre a menudo en la práctica.¹¹⁴

La validez de criterio o concordancia con una regla externa exige la existencia de otra medida de la característica en estudio que actúe como "árbitro" de dicho instrumento, si se observa un alto grado de concordancia, la nueva escala es válida. El criterio que da esa medida externa suele llamarse patrón de referencia o estándar de oro.¹²⁵ El problema se encuentra en hallar dicho patrón, que de hecho no siempre existe. En el campo que se analiza existen instrumentos anteriores, pero ninguno de ellos cumple con los requisitos de esa prueba ideal. Por ello se utilizó como criterio de verdad la coincidencia de expertos en cuanto a la clasificación de las mujeres en grupos extremos de intensidad. Se encontró una proporción aceptable de aciertos al clasificar las mismas féminas según el instrumento de prueba.

Como ya se explicó, en las etapas posteriores de la investigación se procedió a aplicar el instrumento diseñado a muestras de mujeres de 40 a 59 años de la población de tres provincias, con condiciones diferentes a la empleada en la etapa anterior, por ser una población que no demanda servicios, tienen índice de condiciones de vida diferentes y características distintas desde el punto de vista geográfico y ambiental, pues incluso Villa Clara y Granma incluyen zonas urbana y rural. Estos elementos influyen en la intensidad de la sintomatología que reportan las mujeres durante el climaterio.^{32 – 36}

Dado el valor del coeficiente de variación muestral y la precisión de los intervalos de confianza de las estimaciones de los niveles de intensidad del síndrome climatérico, puede considerarse que las muestras fueron adecuadas para los propósitos de esta investigación.

El climaterio se debe considerar un estado normal o fisiológico, que a veces adquiere rasgos patológicos por la acentuación de las manifestaciones clínicas.¹⁹

Entonces, si en la mayoría de las mujeres es un proceso normal y se estudió la población en la comunidad en los tres territorios, es decir, aquella que no solicita ayuda médica, la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico debe dar como resultado una mayor frecuencia de mujeres asintomáticas y en los niveles menos intensos. Esto fue corroborado con los resultados de este estudio y coincide con otros reportes como el de Aguirre,¹³² que empleó un instrumento que toma en consideración síntomas y signos circulatorios, genitourinarios y psicológicos en una población de mujeres de edad mediana en Uruguay.

No ocurre así con otros procedimientos empleados para clasificar la sintomatología de la mujer durante el climaterio, como es la autopercepción. En un estudio realizado en consultorios médicos de los municipios Playa y La Lisa, el 40 por ciento y el 29 por ciento de las mujeres, respectivamente, perciben el climaterio como muy molesto.¹⁴ Manzano³⁰ también reporta una cifra de féminas con síntomas percibidos como críticos muy similar a la de Playa, aunque en pacientes de consulta especializada.

En Villa Clara y Granma, en la subescala de síntomas circulatorios, se encontró una mayor frecuencia de los niveles del síndrome moderado y muy molesto, que en las otras subescalas y en el puntaje total, lo cual refuerza la idea planteada en otros estudios que los síntomas como sofocos, sudoraciones y palpitations son los observados más frecuentemente en estas mujeres.^{19, 24, 133}

Como se ha señalado el climaterio es un proceso en la vida de la mujer, que marca la transición entre la edad fértil o reproductiva y la no reproductiva, de duración variable y límites poco definidos, comienza con las primeras manifestaciones de la progresiva e inevitable claudicación de la función folicular del ovario y se prolonga muchos años después de su agotamiento definitivo.²⁸

En la perimenopausia, las mujeres experimentan ciclos menstruales irregulares, que se considera reflejan la fluctuación de la secreción de estrógeno ovárico observada durante este período. Ésta se señala como uno de los factores más importantes en la presencia de síntomas circulatorios, como los sofocos.

Posteriormente, en la postmenopausia, los niveles hormonales se van estabilizando y en consecuencia estos síntomas comienzan a disminuir gradualmente.^{19, 24}

El informe sobre el estudio de salud de las mujeres de Massachussets plantea que la perimenopausia está típicamente marcada por la presencia de síntomas vasomotores; éste también señala que una proporción importante de mujeres aquejaban síntomas psicológicos marcados.¹³¹ Navarro³² reporta resultados similares en el estudio realizado en Ciudad de La Habana, donde los síntomas vasomotores tuvieron su máxima incidencia en la perimenopausia con tendencia a disminuir en la etapa posmenopáusica.

Una parte importante de las mujeres en las tres provincias estaban en la postmenopausia; sin embargo, en las perimenopáusicas el síndrome fue más intenso, lo que se corresponde con lo reportado en la literatura.^{19, 24, 135}

La edad de la menopausia ha sido reportada dentro de rangos variables,^{11, 19, 42} aunque la mayoría de los autores coincide en que ocurre, en promedio, a los 50 años.^{11, 18, 41, 136} En la presente investigación la mediana de la edad de la menopausia fue de 46 años para las mujeres residentes en Ciudad de La Habana y de 47 años en las restantes provincias, resultado similar al de otros estudios realizados en el país.^{31, 46, 137}

La edad en el momento del estudio, tiene importancia por su relación con la etapa del climaterio en que se encuentre la mujer y, especialmente, por el tiempo transcurrido desde o hasta la menopausia, ya que se plantea que la mayor frecuencia e intensidad de síntomas climatéricos se presentan en el entorno de ésta.^{19, 24, 135} Ello se traduce, para el análisis de la tercera etapa de la investigación, en que esta variable no tiene un comportamiento monótono respecto a la intensidad del síndrome climatérico, por lo que se consideró oportuno construir la variable IE que, como se explicó en el Método, es el intervalo entre la edad en el momento del estudio y la mediana de la edad de la menopausia en cada provincia. Los resultados no coinciden con los

planteamientos anteriores, ya que no se encontraron diferencias entre los grupos intenso y no intenso respecto a esta variable.

En cuanto a la paridad, el mayor por ciento de mujeres con síndrome muy molesto correspondió a aquellas que tuvieron 3 y más hijos y un mayor número de partos incrementó el riesgo para los niveles más intensos del síndrome en Ciudad de La Habana y Granma. La paridad tiene una relación no bien definida con la edad de la menopausia; sin embargo, no se encontraron reportes donde se relacione con la intensidad del síndrome climatérico. Este resultado podría explicarse por los roles que desempeña la mujer cubana en esta etapa de la vida como cuidadora de la familia, administradora económica del hogar, además de su actividad laboral y social. De manera que, a mayor número de hijos, supuestamente cabría esperar “más problemas” y una sintomatología más intensa.

La hipertensión arterial fue la enfermedad encontrada con mayor frecuencia en los tres territorios estudiados, lo que se corresponde con la prevalencia en el país, tanto en población general, como en la población femenina en estas edades.¹³⁸ Informes de investigaciones realizadas en La Lisa,³¹ Centro Habana,⁴⁷ y Santa Cruz del Norte,⁴⁸ reportan mayor frecuencia de esta afección, en este grupo poblacional.

No se encontró relación entre la presencia de hipertensión arterial y la intensidad del síndrome climatérico. Este resultado no confirma lo reportado por Lugones,¹³⁹ que informa mayor intensidad de la sintomatología entre las mujeres con esta afección.

En un estudio realizado en Chile sobre los factores de riesgo coronarios en mujeres de edad mediana, la hipertensión aumentaba nueve veces el riesgo de padecer enfermedad coronaria.¹⁴⁰

En Ciudad de La Habana y Granma, entre las mujeres con sobrepeso/obesidad predominó el nivel muy molesto del síndrome climatérico, lo que las coloca en

desventaja, sobre todo teniendo en cuenta, que también hubo un porcentaje elevado de hipertensas, que pueden coincidir en algunos casos.

La obesidad está reportada como factor de riesgo para la hipertensión arterial, y ambas para la enfermedad coronaria.^{141, 142} Además, el incremento de las enfermedades cardíacas en mujeres a partir de los 50 años se ha asociado al cese de la función ovárica. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España reflejan que las mujeres en esta etapa de la vida se encuentran peor que los hombres, con morbilidad representada, entre otras, por hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y osteoporosis.⁵¹

En la postmenopausia, el tejido adiposo aromatiza andrógenos para producir estrógenos, por lo que cabría esperar que las mujeres con sobrepeso y obesidad tengan mayor producción endógena de éstos y, por tanto, menor intensidad del síndrome climatérico.^{11, 21} Los resultados mencionados antes en Ciudad de La Habana y Granma son contrarios a lo esperado, aunque no niegan la hipótesis anterior.

En la menopausia el déficit estrogénico es el factor desencadenante fundamental de los síntomas pero no el único ya que las condiciones del entorno en que se desenvuelve la mujer de edad mediana y los procesos socioambientales, ejercen gran influencia sobre los procesos biológicos en el climaterio.^{15, 16, 34, 143} Expresión de ello son los resultados encontrados en la segunda y la tercera etapas de esta investigación, donde se confirmó la importancia de las variables socioeconómicas sobre la intensidad del síndrome climatérico. La presencia de problemas en el hogar constituyó riesgo incrementado para los niveles más intensos del síndrome en las tres provincias.

Esta etapa de la vida de la mujer, que es compleja por los cambios fisiológicos, sociales y psicológicos que se presentan, en ocasiones se ve violentada por problemas domésticos que entorpecen la adaptación a las modificaciones que están ocurriendo¹⁴³ y agravan, en gran medida, la intensidad del síndrome climatérico.

En el plano social el condicionamiento de género hace que la mujer de edad mediana se convierta en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, lo que también incrementa su responsabilidad como cuidadora de familiares.^{33, 144}

En Villa Clara el número de familiares bajo el cuidado de la mujer representó riesgo incrementado para el nivel más intenso del síndrome climatérico. Varios estudios acerca de la salud familiar han constatado una frecuencia alta de familias ampliadas, donde la mujer de mediana edad convive con hijos, nietos, padres o suegros - a veces ambos - ella y su pareja, cuando existe, o sola cuando es cabeza de familia, lo que aumenta su responsabilidad como cuidadora de estas personas.^{33, 144}

Otra de las variables socioeconómicas estudiadas en esta investigación fue la escolaridad. En los tres territorios estudiados, la frecuencia de mujeres en el nivel muy molesto del síndrome climatérico aumenta a medida que disminuye el nivel de escolaridad. Ello se corresponde con que la escolaridad menor de noveno grado en Ciudad de La Habana y Villa Clara, resultó un factor asociado con la intensidad del síndrome.

Navarro³² reporta que las mujeres con nivel educacional correspondiente a 6^{to} grado presentaron mayor frecuencia de síntomas psicológicos, mientras que en las universitarias estos síntomas fueron menos intensos. En la ya citada investigación de Santa Cruz del Norte, se informa que entre las mujeres con escolaridad más baja hubo una mayor frecuencia de síndrome muy molesto.⁴⁸

La literatura considera el trabajo como elemento benefactor que favorece el incremento de la autoestima y la toma de decisiones.³³ Los resultados de esta investigación en Ciudad de La Habana y Villa Clara, coinciden con los obtenidos por Lugones,⁴⁶ ya que predominaron las trabajadoras, mientras que los de Granma se corresponden con los de Gutiérrez,³¹ donde se reporta una frecuencia mayor de amas de casa. Ello pudiera estar relacionado con diferencias culturales.

Manzano ³⁰ y Navarro ³² reportan que en las amas de casa se presenta más acentuada la percepción de los síntomas. Artilles ¹¹³ señala una mayor frecuencia de síntomas en estas mujeres. En la presente investigación los resultados difieren entre las provincias, ya que en Ciudad de La Habana y Villa Clara las jubiladas tuvieron una mayor frecuencia de síndrome muy molesto, mientras que en Granma fueron las trabajadoras. Esto pudiera entrar en contradicción con lo señalado anteriormente, aunque hay que considerar también que, en ocasiones, el trabajo representa una “sobrecarga” para la mujer, que se incorpora al espacio público, sin que exista una redistribución de las tareas domésticas.

En cuanto a las variables de estilo de vida, las mujeres con pareja sexual estable predominaron en todas las provincias, resultado reportado por otros autores. ^{113, 144} Entre aquellas sin pareja el síndrome climatérico muy molesto fue más frecuente, en los tres territorios evaluados, lo que coincide con la investigación de Santa Cruz del Norte, ya señalada. ⁴⁸ En Granma, la ausencia de pareja estable constituyó riesgo de síndrome intenso.

La no realización de ejercicios físicos fue la condición que presentó mayor frecuencia de mujeres con síndrome muy molesto en Ciudad de La Habana y Villa Clara. Sin embargo, fue en Granma donde representó riesgo aumentado para una mayor intensidad del síndrome climatérico. El tabaquismo resultó factor de riesgo para los niveles más intensos del síndrome en las féminas de Villa Clara.

La ingestión de bebidas alcohólicas, fue uno de los hábitos tóxicos menos frecuentes. Sin embargo, vale destacar que en Granma no sólo constituyó la condición que tuvo un mayor porcentaje de síndrome muy molesto, sino que entre las mujeres que declararon este hábito, ninguna fue clasificada en el nivel asintomático o muy leve. En este territorio, fue uno de los factores de riesgo encontrados para los niveles más intensos del síndrome climatérico.

El sedentarismo, la ingestión de bebidas alcohólicas y el tabaquismo son comportamientos relacionados con el estilo de vida, favorecedores del desarrollo de enfermedades crónicas. ^{145 - 148} Este último, en particular, se considera un

factor de riesgo para la menopausia temprana, el abandono de dicho hábito y la práctica de ejercicios físicos tienen un efecto beneficioso sobre los síntomas vasomotores.¹⁴⁹

El tabaquismo incrementa el riesgo de osteoporosis, toda vez que favorece la disminución del tejido adiposo con una menor resistencia a las caídas y una disminución de la producción de estrógeno. Además, puede adelantar en unos años la aparición de la menopausia y acelera la metabolización de los estrógenos endógenos. Por ello, entre las medidas preventivas no farmacológicas recomendadas se encuentra el abandono del hábito de fumar, junto con una dieta adecuada y ejercicio moderado.¹⁴⁶

El ejercicio físico, adecuado y dirigido, mejora la capacidad funcional motora de aquellas que lo realizan, frente a las que no lo hacen. Esto es, disminuye el dolor articular y aumenta su movilidad, con lo que mejora su calidad de vida.¹⁴⁷

Entre las mujeres que declararon que no consumen café hubo una frecuencia mayor de síndrome climatérico muy molesto. Esta condición resultó un factor protector para los niveles más intensos del síndrome. No se encontraron otros estudios con reporte similar, pero el que sea un resultado consistente para las tres provincias estudiadas merece que se continúe y profundice la investigación en este sentido.

- ☑ Se diseñó un instrumento válido y fiable para evaluar la intensidad de las manifestaciones del síndrome climatérico como apoyo a la evaluación clínica de la mujer y a la orientación terapéutica.
- ☑ En las mujeres de Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma, predominaron aquellas clasificadas en el nivel asintomático o muy leve. Las féminas de los tres territorios tuvieron mayor afectación en la subescala de síntomas generales.
- ☑ El antecedente de 3 ó más partos, la existencia de problemas en el hogar, la escolaridad primaria, la ausencia de pareja sexual estable y la no realización de ejercicios físicos constituyen las variables más desfavorables respecto a la intensidad del síndrome climatérico en los tres territorios. En Villa Clara se adiciona el número de familiares bajo el cuidado de la mujer; y en Granma la residencia en zona urbana y la ingestión de bebidas alcohólicas.
- ☑ La existencia de problemas en el hogar fue el factor de riesgo común para los niveles más intensos del síndrome climatérico en las mujeres de las tres provincias. Sin embargo, hubo diferencias contextuales en relación con el resto de los factores identificados. Así, para Ciudad de La Habana y Granma se identificó el número de partos; mientras que para la primera y Villa Clara la escolaridad menor de noveno grado. Los restantes factores de riesgo fueron detectados en una sola de las provincias: en Villa Clara, número de familiares bajo el cuidado de la mujer y tabaquismo; en Granma se añaden, residencia en zona urbana, ausencia de pareja sexual estable, no realización de ejercicios físicos, e ingestión de bebidas alcohólicas. El consumo de café resultó un factor protector para las mujeres de los tres territorios.

Dadas las cualidades positivas de confiabilidad y validez mostradas por la escala propuesta, la necesidad que existe de un instrumento para clasificar la intensidad del síndrome climatérico y los resultados obtenidos en la comunidad, se recomienda:

- Introducir esta escala para la clasificación del síndrome climatérico en la atención a la mujer de edad mediana, en todos los niveles de atención, lo que contribuirá a estandarizar los criterios de evaluación en general y en particular en el diagnóstico médico social.
- Evaluar el instrumento cada cierto tiempo para valorar posibles ajustes en las ponderaciones, así como exclusión o inclusión de ítems.
- Planificar acciones de promoción de salud y prevención sobre los factores de riesgo identificados para el síndrome climatérico intenso, que son susceptibles de intervención, de acuerdo a las condiciones de cada territorio. Valorar las conductas terapéuticas en afecciones y otras variables biológicas que pueden agravar la intensidad del síndrome.

1. Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. *En*: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2001. p. 1 – 13.
2. Grieco M, Apt N. El desarrollo y el envejecimiento de la población. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África *En*: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. New York: Naciones Unidas; 2001. p. 14 – 42.
3. Wisensale SK. El envejecimiento mundial y la equidad entre generaciones. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África *En*: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. New York: Naciones Unidas; 2001. p. 102 – 111.
4. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Trabajo y asuntos sociales. 2002 abril 11; [fecha de acceso 17 de septiembre de 2005]. Disponible en URL: http://www.mtas.es/periodico/asuntossociales/200204/as20020411_2.htm.
5. Lavín Acevedo P. Envejecimiento poblacional y menopausia en Latinoamérica. *En*: Menopausia y Longevidad. Perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica. Santiago de Chile: Editora Bywaters. 1998. p. 49 – 71.
6. Estes C. Women, ageing and inequality: a feminist perspective. In: Age and Ageing. United Kingdom: Cambridge University Press; 2005. p. 552 – 559.
7. United Nations Statistics Division. Annex I Statistical Tables. In: The World's Women: Progress in Statistics. New York: United Nations Publication. p. 136 – 140.
8. Organización Panamericana de la Salud [base de datos en Internet]. Washington: Organización Panamericana de La Salud. Iniciativa regional de datos básicos de salud (EUA). c2005 [actualizado oct 2005; fecha de acceso 20 de enero de 2007]. Disponible en URL: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>

9. Oficina Nacional de Estadísticas. Censo Nacional de Población y Viviendas. Cuba, 2002. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas: 2005.
10. Navarro D. De médica a mujer. En: Climaterio y menopausia. 2ª ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006. p. 20-31.
11. Navarro D. Cambios en que ocurren en la fisiología femenina tras el cese de la función reproductiva del ovario. En: Climaterio y menopausia. 2ª ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006. p. 32-52.
12. Pisabarro, R. Metabolismo y Climaterio: la visión de un endocrinólogo. Rev Med Uruguay 2000; 16: 144 – 151.
13. López Martínez A, González Candela R. Actualización en menopausia: abordaje desde atención primaria. Revista Valenciana de Medicina de Familia 2004; 15: 4 – 9.
14. Navarro D. Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica. Rev Cubana Endocrinol 1996; 7(1): 10-14.
15. Palacios S. Síndrome Climatérico. Rev Iberoam Menop 1999; 1 (1): 2.
16. Barbosa, L. La experiencia de la menopausia varía según la cultura. Out Look 2001; 14 (4): 3.
17. NIH State-of-the-Science Panel. National Institute of Health State-of-the-Science Conference Statement: Management-Related Symptoms. Ann Intern Med 2005; 142 (12): 1005 – 1013.
18. Yabur JA, La Menopausia. Un momento en la vida de la mujer. Caracas: Sanofi – Aventis Venezuela; 2002 [fecha de acceso 18 de enero de 2005]. Disponible en URL: <http://www.aventispharma.com.ve/educando06a.asp>
19. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Manifestaciones clínicas. En: Guía de práctica clínica sobre la menopausia y la postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. [fecha de

- acceso 21 de enero de 2005]. Disponible en URL: <http://www.saludelamujer.com/menopausia/main2.htm>
20. Nodarse A. Nuevo modelo de atención a la mujer climatérica. Resultado del seguimiento en consulta [Trabajo para optar por el Título de Especialista en I Grado de Obstetricia y Ginecología] 1996, Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”, La Habana.
21. Barón Castañeda G. El Climaterio. En: Fundamentos de Endocrinología Ginecológica. [fecha de acceso 28 de noviembre de 2005]. Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/fundamentos-endocrino-gine-capitulo12.htm>.
22. Opinión de Consenso sobre Terapia Hormonal. Revista Colombiana de Menopausia [en línea] 2000 [fecha de acceso 17 de septiembre de 2005]; 6 (2). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/menovol6200-terapiahorm.htm>.
23. Zárata A, Hernández Ayup S, Basurto L. Transición hormonal y metabólica en la menopausia y senescencia. Revista Colombiana de Menopausia [en línea] 2000 [fecha de acceso 30 de diciembre de 2005]; 6 (2). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/menovol6200-transicionhorm.htm>
24. Ferrer Barriendos J, Pérez Rodrigo C, Hernández Muñoz P. Síndrome climatérico: nuevas aportaciones. En: Perimenopausia. España. Schering España, S.A. p. 63 – 80 [fecha de acceso 23 de marzo de 2006]. Disponible en URL: <http://www.schering.es/varios/publicaciones/libroperimenopausia/libroperimenopausia.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1981. Serie de Informes Técnicos: 670.
26. Kupperman HS, Blatt MHG, Weisbader H, Fuller, W. Comparative Clinical Evaluation of Estrogenic Preparation by Menopausal and Amennorrheal Indices. J Clin Endocrinol 1953; 13: 688-703.

27. da Silva Dias R, Cabianca Ramos C, Kerr-Corrêa F, Trinca LA, de Abreu Ramos Cerqueira AT, Dalben I, Moreno RA. Adaptação para o português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade – Questionário da Saúde da Mulher. Rev Psiq Clín [fecha de acceso 12 de enero de 2006]. Disponible en URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/181.html>
28. Olazábal Ulacia JC, García Paniagua R, Montero Luengo J, García Gutiérrez JF, Pastor Mateos F. La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. Aten Primaria 2000; 26 (6): 405 – 414.
29. Greene, J.G.A. A Factor Analysis Study of Climacteric Symptoms. J Psychosom Res 1976; 20: 425 - 430.
30. Manzano Ovies BR, Artiles Visbal L, Navarro Despaigne DA, Pérez Piñero J, Nodarse A. Modelo de atención a la mujer climatérica (MACLI). Rev Cubana Obstet Ginecol 1998; 24 (2): 105-11.
31. Gutiérrez Cruz, S. Características del Climaterio según Condiciones de Vida. [Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública] 1999, Facultad de Salud Pública, La Habana.
32. Navarro D, Padrón R, Seuc A, Desdín M. Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. Rev Cubana Endocrinol 1999; 10 (2): 116 – 123.
33. Artiles L, Navarro D, Manzano B. Impacto de los procesos sociales en el climaterio. En: Menopausia y longevidad. Santiago de Chile: Editora Bywaters; 1998. p. 27 – 40.
34. Artiles L, Navarro D, Manzano BR. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6): 527 – 32.
35. Breilh J. Granda E, Campaña A, Yépez J, Páez R, Costales P.. Deterioro de la vida; un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: CEAS; 1990.

36. Alonso Alomá I. Construcción de un índice de calidad de vida. [Trabajo para optar por el título de Especialista en I Grado en Bioestadística] 1999, Facultad de Salud Pública, La Habana.
37. González Campos O. Métodos de evaluación del síndrome climatérico. Rev Iberoam Menop 1999; 1 (1): 3 – 10.
38. Vázquez R, Vázquez A, Vázquez LT. Concepto ginecológico de envejecimiento. Rev Iberoam Menop 2003; 5(3): 3-10.
39. Sánchez Borrego, R. Introducción. En: Perimenopausia. España. Schering España, S.A. p.18 – 26 [fecha de acceso 23 de marzo de 2006]. Disponible en URL:
<http://www.schering.es/varios/publicaciones/libroperimenopausia/libroperimenopausia.pdf>
40. Basilio F, Buceta A. Indicaciones actuales de la terapia hormonal de reemplazo en el climaterio femenino. RAO 2004; 3 (3): 16 – 22.
41. Perls TT, Fretts RC. The evolution of menopause and human life span. Annals of Human Biology 2001; 28 (3): 237 – 45.
42. de Bruin JP, Bovenhuis H, van Noord PAH, Pearson PL, van Aredonk JAM, Velde ER, Kuurman WW, Dorland M. The rol of genetic factors in age at natural menopause. Hum Reprod 2001; 16 (9): 2014-18.
43. Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, Figueroa-Casas E, et. al. Age at menopause in Latin America. Menopause 2006; 13 (4): 706 – 712.
44. Navarro Despaigne D, Artiles Visbal L. La menopausia no es el fin de la vida. Aspectos clínicos, sociales y terapéuticos del climaterio. La Habana: ISCM-H; 1995.
45. Lorenzo E. Estudio de las Hormonas de la Reproducción en mujeres posmenopáusicas. [Trabajo para optar por el título de especialista en I Grado en Endocrinología] 1993, Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana.

46. Lugones Botell M, Valdés Domínguez S, Pérez Piñero J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio I. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1): 16-21.
47. Expósito, J. Caracterización de la severidad del Síndrome Climatérico. Centro Habana, La Habana, 2000. [Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Primaria de Salud] 2000, Facultad de Salud Pública, La Habana.
48. Sarmiento Leyva, M. Caracterización de la severidad del Síndrome Climatérico. Santa Cruz del Norte. [Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Primaria de Salud] 2000, Facultad de Salud Pública, La Habana.
49. Kalache A, Barreto SM, Keller I. The demographic revolution in all cultures and societies. In: Age and Ageing. United Kingdom: Cambridge University Press; 2005.p. 30 – 46.
50. Siseles N, Gutiérrez P. El climaterio en Latinoamérica: Estado Actual y Tendencias Futuras. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio [fecha de acceso 11 de enero de 2005]. Disponible en URL: <http://www.aapec.org/profesionales/28.htm>.
51. González SP, Lanchares JL. Cuidados preventivos de la salud en la mujer hasta los 65 años. Rev Iberoam Menop 2003; 5(3): 11-22.
52. Jeune B, Christensen K. Biodemography and Epidemiology of longevity. In: Age and Ageing. United Kingdom: Cambridge University Press; 2005. p. 85 – 94.
53. Writing Group for The Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002; 288 (3): 321 – 323.
54. Fletcher S, Colditz G. Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention. JAMA 2002; 288 (3): 366 – 368.
55. Adekunle AO, Fawole AO, Okunlola MA. Perceptions and attitude of Nigerian women about the menopause. J Obst Gynaecol 2000; 20 (4): 525 – 529.

56. Im EO, Meleis AI. A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Image J Nurs Sch* 1999; 31 (4):333 – 338.
57. Webb J, Snondem L. R. Symptoms of depression among black and whites. *Am J Publ Health*. 2000; 83 (2): 240 - 244.
58. Maynard, G. I. Aspectos psicosociales del climaterio femenino. [Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud] 1997, Facultad de Salud Pública, La Habana.
59. Vázquez J. Construcción y validación de un índice de severidad de la enfermedad para pacientes hospitalizados. [Trabajo para optar por el título de Especialista en I Grado en Bioestadística] 1993, Facultad de Salud Pública, La Habana.
60. Gonnella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of disease. *JAMA* 1984; 251 (5): 637-644.
61. Horn SD, Sharkey PD, Buckle JM, Backofen JE, Averill RF, Horn RA. The relationship between severity of illness and hospital length of stay and mortality. *Med Care* 1991; 29 (4): 305-317.
62. Brum G, Teixeira E, Barroso C, Monteiro F, Alves S, Magalhaes V, Bastardo M, Couto A, Freitas e Costa MF. Severity evaluation of ventilated patients at a respiratory intensive care unit with the APACHE II system. *Acta Med Port* 1992 Feb; 5(2):75-8.
63. Calidad de vida, el gran desafío. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio – La Comunidad [fecha de acceso 30 de diciembre de 2005]. Disponible en URL: <http://www.aapec.org/comunidad/22.htm>
64. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Méx* 2002; 44 (5): 448 – 463.
65. ProQolid the patient-reported outcome and quality of life instruments database [base de datos en Internet]. Lyon: Mapi Research Institute (FR). c2001-2005 [actualizado dic 2005; fecha de acceso 30 de diciembre de 2005]. Disponible en URL: <http://www.qolid.org/Population.html>

66. IRYSS Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios. BiblioPro Biblioteca Virtual de instrumentos de resultados percibidos por los pacientes [base de datos en Internet]. Barcelona: Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) (ES). c2001-2005 [actualizado 5 dic 2005; fecha de acceso 30 de diciembre de 2005]. Disponible en URL: <http://www.imim.es/iryss/listas/ginecologia.htm>
67. Caico C. The effects of Perimenopause and Menopause on the Marital or Long Term Relationship [tesis doctoral]. New York City: [fecha de acceso 31 de marzo de 2006]. Disponible en URL: http://www.cccu.edu/Thesis_Caico/Dissertation.htm
68. Índice de Kupperman e Blatt. MenosPausa - o site da mulher madura. [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www2.uol.com.br/menospausa/tabsintomas1.htm>
69. Gómez G, Gómez LS. Utilidad clínica de la combinación de 17- β estradiol y acetato de noretisterona en pacientes con menopausia. Revista Colombiana de Menopausia [en línea] 2001 [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]; 7 (3). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7301utilidad.htm>
70. Meneses Londoño B, Baró F, Anglés A, Ribera A, Brotons C, Monasterio J, Cabero, A. Correlación entre parámetros clínicos y marcadores biológicos de arterosclerosis, hipercoagularidad, fibrinólisis, endotelial vascular e inflamación en mujeres en menopausia en tratamiento con Tibolona. 4ème Congrès de la Société Européenne de Gynécologie; Francia 21 de octubre de 2001. Francia: SEG; [fecha de acceso 26 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.seg-web.org/commun/barca/OR10.html>.
71. Vihtamaki T, Tuimala R. Can climateric women self-adjust therapeutic estrogen doses using symptoms as markers?. Maturitas 1998; 28 (3): 199 – 203.

72. Kamenov Z, Kolarov G, Orbetzova M. Low dose estradiol valerate plus estriol can preserve bone loss in the forearm and attenuate climacteric symptoms in early postmenopausal women. *Arch Hell Med* 2000; 17 (6): 600 – 608.
73. Caruso S, Maiolino L, Agnello C, Garozzo A, Di Mari L, Serra A. Effects of patch or gel estrogen therapies on auditory brainstem response in surgically postmenopausal women: a prospective, randomized study. *Fertil Steril* 2003; 79 (3): 556 – 561.
74. Gelfand MM, Moreau M, Ayotte NJ, Hilditch JR, Wong BA, Lau CY. Clinical assessment and quality of life of postmenopausal women treated with a new intermittent progestogen combination hormone replacement therapy: a placebo-controlled study. *Menopause* 2003; 10 (1): 29 – 36.
75. Influence du traitement hormonal substitutif sur la circulation cérébrale des femmes ménopausées. *ACTUALITES MEDICALES* 2004; [fecha de acceso 26 de marzo de 2004]; Disponible en URL: <http://www.pro.wanadoo.fr/rochou.aleicis/CitizenHealthn40116c.htm>
76. Buhler M. Le traitement hormonal en “prêt-à-porter“. X^a JTA : Journées de Techniques Avancées en Gynécologie Obstétrique et Périnatalogie; Fort de France janvier 12 – 19 de 1995. [fecha de acceso 26 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/95/menop5.htm>
77. Directive 00-0113169 de 19 avril 2000, lignes directrices pour la préparation d’une présentation de drogue nouvelle dans le cas des produits utilisés dans le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause par le œstrogènes et les progestatifs. (Health Canada Santé Canada, Programme des produits thérapeutiques, de 19-4-00) [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/5/avisct/data/ct020970.pdf>
78. Avis de la Commission de la Transparence 24 de avril 2002, de l’inscription de Climodiene sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des produits agréés à l’usage des collectivités et divers services publics dans l’indication thérapeutique et la posologie de l’AMM. (Commission

- de la Transparence, Republique Française, de 24-4-02) [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/5/avisct/data/ct020970.pdf>
79. Avis de la Commission de la Transparence 2 de octubre 2002, de l'inscription de Naemis sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des produits agréés à l'usage des collectivités et divers services publics dans l'indication thérapeutique et la posologie de l'AMM. (Commission de la Transparence, Republique Française, de 2-10-02) [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/5/avisct/data/ct021197.pdf>
80. Han KK, Soares Júnior JM, Haidar MA, Batista Girão MJ, Gaspar Nunes M, Rodrigues de Lima G, et. al. Phytoestrogen effects on some clinical and laboratory parameters in Climaterium. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24 (8): 547 – 552.
81. Losada Díaz MA. Aspectos terapéuticos de la *Cimicifuga racemosa* en ginecología. Revista de Fitoterapia 2002; 2 (1): 57.
82. Beltrán Montalbán E. Interés terapéutico de los fitoestrógenos en ginecología. II Congreso de Fitoterapia – XXIII Reunión de la AEEM – II reunión de la SEPIT; [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: http://www.fitoterapia.net/Resumenes_congreso/Ponencia5.pdf
83. Topolanski R. ¿Terapia con fitoestrógenos para los síntomas menopáusicos?. Pescando en Internet No. 105 2004 enero 2; 3 (5) [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/5/avisct/data/ct020970.pdf>
84. Larroy C. Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. III Congreso Iberoamericano de Psicología. Bogotá 21-27 de julio de 2002 [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.abacolombia.org.co/3cip/programa/clinica/resumenesclinica/resumenescartelesclinica.html>

85. Puga Martínez A. Variables psicosociales en la clínica de la menopausia: un estudio sobre actitudes ante el climaterio. [Tesis doctoral] España [fecha de acceso 13 de enero de 2006]. Disponible en URL: <http://www.usc.es/spubl/resumen04/47.htm>
86. Organigrama de la Gerencia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. [fecha de acceso 22 de marzo de 2004]. Disponible en URL: http://ww1.msc.es/insalud/primaria/gaptoledo/gprg_men.htm
87. Martín Torres RM, Quiles Izquierdo J, Pastor Villalba E. Evaluación preliminar del Programa de Atención a la Mujer Climatérica (PAIMC) en la comunidad valenciana. Informes de la SVMFIC [en línea] 2001 [fecha de acceso 17 de septiembre de 2004]. Disponible en URL: <http://www.svnfyc.org/Revistas/Num9-2001/Evaluacion.pdf>
88. Appolinário JC, Meirelles RMR, Coutinho W, Póvoa C. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatérico. Arq Bras Endocrinol Metabol 2001; 45 (4): 383 – 389.
89. Río de la Loza Cava, MF, Alvarado García A. Alteraciones psicoemocionales en la mujer climatérica. Revista del climaterio 2003; 6 (34): 166 - 175.
90. Lopes de Sousa R, Sousa ESS, Silva JCB, Filizola RG. Fidedignidade de Test-retest na aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. Rev Bras Ginecol Obstet 2000; 22 (8): 481 – 487.
91. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 28 – 34.
92. Blümel JE, Prado J, Campodónico I. Pautas clínicas en el tratamiento del climaterio. Revista Colombiana de Menopausia [en línea] 2001 [fecha de acceso 12 de enero de 2006]; 7 (1). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7101pautas.htm>
93. Greene, J. G. Construcción de una escala climatérica estándar. Climaterio. 1998; 1(6): 293-301.

94. Cravioto MC, González-Pérez M, Durand M, Hernández Y, Jasqui S, Correa R, et. al. Efecto de la terapia hormonal de reemplazo en la actividad clínica de la enfermedad y la osteoporosis en pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado. Instituto Nacional de Ciencias médicas y Nutrición S. Zubirán, México, D.F. [fecha de acceso 10 de mayo de 2004]. Disponible en URL: <http://www.nodo51.adm.conacyt.mx:9091/docs/congresos/25556/25556-M.pdf>
95. Río de la Loza-Cava MF, Mendoza-Torres LJ, Murillo-Uribe A, Ortiz-Luna G, Mota-Galván MA, Santos-González J. Evaluación clínica de la tibolona en el síndrome climatérico. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11(1): 49-57.
96. Montgomery M, Cabral Santiago R, Surita R, Marinho R. Avaliação do efeito da tibolona (Livial[®]) na sexualidade de mulheres na pós- menopausa. [fecha de acceso 7 de junio de 2004]. Disponible en URL: http://www.climaterio.org/MEL/articulos/brasil/Brasil_Marzo.pdf
97. Secreto G, Chiechi LM, Amadori A. La isoflavona de soya y la melatonina no son más efectivas que el placebo para aliviar los síntomas relacionados con la menopausia. *Revista Colombiana de Menopausia* [en línea] 2004 [fecha de acceso 12 de enero de 2006]; 10 (1). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno10104-Isoflavona.htm>
98. Sun J. Morning/evening menopausal formula relieves menopausal symptoms: a pilot study. *J Altern Complement Med* 2003; 9 (3): 403 – 410.
99. Melhor qualidade de vida com terapia. *Golfe Amador* 2002 setembro 30; [fecha de acceso 15 de marzo de 2004]. Disponible en URL: http://www.jornalexpress.com.br/noticias/detahles.php?id_jornal=6998id_noticias=2015
100. Azevedo G D, Petronilo P A, Petronilo A C A, Silveira I L. The meaning of osteoporosis and menopause in the lives of brazilian rural women: A biocultural context. En: Knoplich J, Seda H, editores. *Boletim Sobrao. Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Osteoporse. Congreso EULAR; Viena 8 – 11 june 2005, São Paulo: Medgraf editores: 2005. p. 4.*

101. Blümel JE, Córdova A, Binfá L, Bonilla H, Muñoz I, Vergara V, et. al. ¿El climaterio se asocia a síntomas psicológicos?. [fecha de acceso 12 de enero de 2006]. Disponible en URL: http://www.climaterioperu.com/revista_art_1.htm
102. Hauser GA. Diagnosis and evaluation of climateric symptoms. The "Menopause Rating Scale" MRS helps in diagnosis and evaluation of therapeutic effectiveness [resumen]. *Fortschr Med* 1996; 114 (5): 49 – 52.
103. Hauser GA. A new rating scale for the climateric syndrome. Menopause Rating Scale (MRS) [resumen]. *Schweiz Med Wochenschr* 1997; 127 (4): 122 – 127.
104. Pothoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser GA. The Menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population [resumen]. *Zentralbl Gynakol* 2000; 122 (5): 280 – 286.
105. Heinemann LA, DoMlnh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 67 – 74.
106. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Pothoff P, Behre, HM. The Menopause Rating Scale (MRS): a comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climateric* 2000; 3 (1): 50 – 58.
107. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Pothoff P, Behre, HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of score of menopausal complaints. *Climateric* 2000; 3 (1): 59 – 64.
108. Heinemann K, Ruebig A, Pothoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et. al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 45 – 52.
109. Giusti M, Foppiani L, Penati S, Marugo A, Montini P, Menichini U, et. al. Assessment of quality of life in recently post-menopausal women on dopaminergic therapy for pathological hyperprolactinaemia [resumen]. *Minerva Endocrinol.* 1999; 24(1):11 – 19.

110. Grobe B. St. John's wort for menopausal symptoms. Botanical [en línea] [fecha de acceso 26 de diciembre de 2006]; Disponible en URL: <http://www.botanicalpathways.com/pdfs/10.pdf>.
111. Schneider HP, Rosemeier HP, Schnitker J, Gerbsch S, Turck R. Application and factor analysis of the menopausal rating scale (MRS) in post-marketing surveillance study of Climen. *Maturitas* 2000; 37 (2): 113 – 24.
112. Sebastián I. La terapia de la mujer climatérica. DHU Laboratorios Ibérica S.A. 2004 jul 5; [fecha de acceso 30 de diciembre de 2005]. Disponible en URL: www.dhu.es/portal/verarticulo.php?c_articulo=108.
113. Artilés L. Contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico. [tesis doctoral]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001.
114. Streiner DL, Norman GR. Health measurements scales. A practical guide to their development and use. New York: OU; 1989.
115. Siegel S. Diseño experimental no paramétrico. La Habana: Ed. Revolucionaria; 1982.
116. Carabaloso M. Indicadores para el análisis. En: Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 15 – 25.
117. Desdín M. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la mujer en etapa climatérica. [Trabajo para optar por el título de Especialista en I Grado en Endocrinología] 1996, Facultad de Medicina "Comandante Manuel Fajardo", La Habana.
118. Fontaine F. Aspectos clínicos epidemiológicos en un grupo de mujeres del municipio Centro Habana. [Trabajo para optar por el título de Especialista en I Grado en Endocrinología] 1998, Facultad de Medicina "Comandante Manuel Fajardo", La Habana.
119. Lienert SA. Selección de lecturas de psicodiagnóstico laboral. Construcción y análisis de los test. La Habana: Facultad de Psicología, 1990.

120. Jiménez R, Fariñas H. Principios básicos de la evaluación de los procedimientos diagnósticos con aplicación en la medicina clínica. La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, 1994.
121. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: Ed. John Wiley and Sons; 1981.
122. Moriyama MI. Indicators of social change. Problems in the measurement of Health Status. New York: Russel Sage Foundation; 1968.
123. Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
124. Silva LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
125. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997.
126. Kirshner B, Guyatt G. A methodological framework for assessing health indices. J Chron Dis 1985; 38(1): 27-36.
127. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. J Chron Dis 1987; 40(6): 473-480.
128. Sackett DL, Chambers LW, MacPherson AS. The development and applications of indices of health: General methods and a summary of results. Am J Publ Health 1977; 67: 423-428.
129. Peck D, Shapiro C. Measuring human problems: a practical guide. Chichester: Wiley; 1990.
130. Nagurney F. A regression – like approach to developing a severity index for EMS patients. Comput Biol Med 1992; 22(1).
131. Gustafson DH, Fryback DG, Rose JH. An evaluation of multiple trauma severity indices created by different index development strategies. Med Care 1983; 21(7): 674-691.

132. Aguirre, R. Perfil clínico y hormonoterapia de reemplazo en la población hospitalaria uruguaya. Rev Med Uruguay 2003; 19: 53-65.
133. Ortiz N, Mariño C, Méndez B, Oiarde N, Blümel JE. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio [en línea] 2001 [fecha de acceso de 30 de diciembre de 2005]; 7 (2). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7201deterioro.htm>
134. Centro para la Salud Mental de la Mujer. La perimenopausia, los desórdenes depresivos y la variabilidad hormonal. Programa de Investigación clínica del Hospital General Massachussets. Massachussets: Harvard la Escuela Médica; 2000
135. La Menopausia. El Periódico de La Sociedad Norteamericana de la Menopausia 2002; 9 (3): 156-161.
136. El manejo individual logrará un envejecimiento femenino sano. Diario Médico 2005 mayo 29; [fecha de acceso 17 de septiembre de 2005]. Disponible en URL: www.gestion.com.pe/GM/archivo/2005/may/29/1info.HTM.
137. Pérez Piñero J. Diseño y aplicación de un instrumento para medir la severidad del síndrome climatérico. [Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública] 2001, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
138. Torres RM, Gran MA, Felipe AM, Peraza M, Fonseca N, Fernández N, Fernández MR. Panorama de salud de la mujer cubana. En: Zacca E. Temas de Estadística de Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002. p. 114 – 36.
139. Lugones Botell M, Dávalos Sarría T, Pérez Piñero J. Síndrome climatérico, hipertensión arterial y factores de riesgo ateroscleróticos. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2006 [fecha de acceso 21 de enero de 2007]. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100003&lng=es&nrm=iso

140. Blümel JE, Prieto JC, Leal T. Impacto de los factores de riesgo coronario en mujeres de edad media. *Rev Med Chile* 2001; 129 (9): 45 – 52.
141. Sanjuána A, Castelo-Branco CI. Sistema cardiovascular y menopausia. *SEMERGEN* 2000; 26 (3): 133 – 5.
142. Palacios N, Serratosa L, Fernández R. Peso y distribución de la grasa: su relación con la morbilidad en la mujer. *Rev Iberoam Menop* 2001; 3 (1): 3 – 12.
143. Ortiz Gómez, M. ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 15 (5): 503-8.
144. Lugones Botell M, Valdés Sánchez S, Pérez Piñero J. Climaterio, familia y sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (2): 134 – 139.
145. Arteaga E. Menopausia y riesgo cardiovascular: enfermedad cardiovascular en mujeres, análisis de los factores de riesgo y mecanismo de cardioprotección de la terapia hormonal de reemplazo En: *Menopausia y longevidad*. Santiago de Chile: Editora Bywaters; 1998. p. 155 – 177.
146. Palacios S. Osteoporosis y terapia hormonal: corregir hábitos tóxicos (supresión del tabaco y el alcohol). *Rev Iberoam Menop* 1999; 1(3): 12.
147. Delgado A, Sánchez MC, Pérez C. Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. *Aten Primaria* 2001; 27 (1): 3 – 11.
148. Lins AP. Tabaquismo y climaterio. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47 (3): 19 – 22.
149. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Síntomas vasomotores y genitourinarios. En: *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y la postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. [fecha de acceso 21 de enero de 2005]. Disponible en URL: <http://www.saludelamujer.com/menopausia/main3.htm>

Referencias bibliográficas

Tabla 1
Parejas de ítems que presentaron más altos coeficientes de correlación de rangos de Spearman

Parejas de ítems	Coefficiente de Correlación
Pérdida de capacidad memoria - Dificultad para la concentración	0.84
Dolores osteoarticulares - Dolores musculares	0.78
Sofocos u oleadas de calor - Sudoraciones nocturnas	0.72
Tristeza - Apatía	0.69
Polaquiuria - Disuria	0.68
Incontinencia urinaria - Disuria	0.67

Tabla 2
Coefficientes de correlación Ítem-Total

Ítem	Ítem - Total
Dolores osteoarticulares	0.71
Dolores musculares	0.70
Pérdida capacidad de memoria	0.69
Dificultad para la concentración	0.66
Insomnio	0.66
Apatía	0.64
Irritabilidad	0.63
Astenia	0.63
Sequedad mucosa oral	0.60
Tristeza	0.59
Incontinencia urinaria	0.59
Labilidad emocional	0.57
Disuria	0.57
Disminución del placer sexual	0.55
Dispareunia	0.52
Nerviosismo	0.52
Palpitaciones	0.52
Dolores de cabeza	0.52
Parestesias-hiperestesias	0.51
Polaquiuria	0.49
Miedos	0.48
Disminución interés sexual	0.48
Atrofia genital	0.48
Sofocos u oleadas de calor	0.48
Sudoraciones nocturnas	0.47
Sequedad vaginal	0.47
Aumento de peso	0.38
Sequedad de la piel	0.36
Pérdida de peso	0.30
Vértigos	0.28
Prurito (general-local)	0.24
Dificultad para respirar	0.22
Aumento del vello facial	0.19

Tabla 3
Ubicación hipotética y empírica de cada ítem

Ítem	Ubicación Hipotética	Ubicación Empírica
Sofocos u oleadas de calor	Circulatorios	Circulatorios
Sudoraciones nocturnas	Circulatorios	Circulatorios
Palpitaciones	Circulatorios	Circulatorios
Dolores de cabeza	Circulatorios	Circulatorios
Parestesias-hiperestesias	Circulatorios	Genitourinarios
Tristeza	Psicológicos	Psicológicos
Insomnio	Psicológicos	Psicológicos
Apatía	Psicológicos	Psicológicos
Miedos	Psicológicos	Psicológicos
Nerviosismo	Psicológicos	Psicológicos
Irritabilidad	Psicológicos	Psicológicos
Labilidad emocional	Psicológicos	Psicológicos
Disminución interés sexual	Psicológicos	Genitourinarios
Pérdida capacidad de memoria - concentración	Psicológicos	Generales
Dispareunia	Genitourinarios	Genitourinarios
Incontinencia urinaria	Genitourinarios	Genitourinarios
Polaquiuria	Genitourinarios	Genitourinarios
Disuria	Genitourinarios	Genitourinarios
Disminución del placer sexual	Genitourinarios	Genitourinarios
Sequedad vaginal	Genitourinarios	Genitourinarios
Atrofia genital	Genitourinarios	Genitourinarios
Sequedad de la mucosa oral	Generales	Genitourinarios
Astenia	Generales	Psicológicos
Dolores musculares-osteoarticulares	Generales	Generales
Vértigos	Generales	Generales
Aumento de peso	Generales	Generales
Pérdida de peso	Generales	Genitourinarios
Sequedad de la piel	Generales	Genitourinarios

Tabla 4
Ponderaciones asignadas a cada variable según opinión de expertos

Ítem	Ponderación
Sofocos u oleadas de calor	4
Sudoraciones nocturnas	4
Insomnio	3
Nerviosismo	3
Irritabilidad	3
Labilidad emocional	3
Disminución interés sexual	3
Dispareunia	3
Disminución del placer sexual	3
Sequedad vaginal	3
Atrofia genital	3
Palpitaciones	2
Parestesias-hiperestesias	2
Tristeza	2
Apatía	2
Pérdida capacidad memoria -concentración	2
Dolores musculares-osteoarticulares	2
Aumento de peso	2
Dolores de cabeza	1
Miedos	1
Sequedad mucosa oral	1
Incontinencia urinaria	1
Polaquiuria	1
Disuria	1
Astenia	1
Vértigos	1
Pérdida de peso	1
Sequedad de la piel	1

Tabla 5
Concordancia entre aplicaciones del instrumento para la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico según niveles

Segunda Aplicación	Primera Aplicación			
	Asintomático / muy leve	Leve	Moderado	Muy molesto
Asintomático / muy leve	16	2	0	0
Leve	0	11	1	0
Moderado	0	1	9	0
Muy molesto	0	0	1	9
K=0.8644		K_(w)=0.9599		

Tabla 6
Coefficiente alfa de Cronbach global y al eliminar sucesivamente un ítem

Ítem	Alfa de Cronbach
Sudoraciones nocturnas	0.9235
Sofocos u oleadas de calor	0.9234
Vértigos	0.9232
Pérdida de peso	0.9231
Sequedad de la piel	0.9230
Aumento de peso	0.9227
Atrofia genital	0.9224
Sequedad vaginal	0.9223
Disminución interés sexual	0.9223
Polaquiuria	0.9220
Dispareunia	0.9215
Miedos	0.9213
Dolores de cabeza	0.9210
Parestesias-hiperestesias	0.9210
Disuria	0.9209
Nerviosismo	0.9208
Palpitaciones	0.9208
Disminución placer sexual	0.9207
Incontinencia urinaria	0.9206
Labilidad emocional	0.9202
Tristeza	0.9201
Sequedad mucosa oral	0.9201
Apatía	0.9199
Astenia	0.9197
Irritabilidad	0.9196
Insomnio	0.9189
Pérdida capacidad. de memoria – concentración	0.9189
Dolores musculares - osteoarticulares	0.9187
ALFA DE CRONBACH GLOBAL 0.9236	

Tabla 7
Cumplimiento de Principios de Moriyama para los ítems según opinión de expertos

Principio	Mucho		Moderado		Poco		Nada	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Comprensible	28	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide	12	42.9	9	32.1	7	25.0	0	0.0
Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables	11	39.3	17	60.7	0	0.0	0	0.0
Componentes claramente definidos	24	85.7	4	14.3	0	0.0	0	0.0
Derivable de datos factibles de obtener	26	92.9	2	7.1	0	0.0	0	0.0

n=28

Tabla 8
Resultados de la prueba U de Mann-Whitney en la comparación de puntajes totales entre grupos extremos de intensidad

	Asintomático-Leve	Muy Molesto
Suma de Rangos	465.0	616.0
n	30	16
U	0.00	
Z	-5.5352	
Valor de p	0.0000	

Tabla 9
Concordancia entre criterio de expertos e instrumento de prueba para grupos extremos

Instrumento de Prueba	Criterio de Expertos	
	Muy molesto	Asintomático-Leve
Muy molesto	10	0
Moderado	6	0
Leve	0	4
Asintomático-muy leve	0	26
Índice de Validez = 0.78		

Tabla 10
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico por la escala total y las subescalas. Ciudad de La Habana. 2001

Clasificación	Total			Subescalas											
	No.	%	IC (95%)	Circulatorio			Psicológico			Genitourinario			General		
				No.	%	IC (95%)	No.	%	IC (95%)	No.	%	IC (95%)	No.	%	IC (95%)
Asintomático/ muy leve	252	40.3	40.27; 40.35	270	43.2	43.14; 43.26	278	44.5	44.44; 44.56	279	44.6	44.54; 44.66	246	39.4	39.35; 35.45
Leve	189	30.2	30.16; 30.24	170	27.2	27.16; 27.24	214	34.2	34.15; 34.25	164	26.2	26.17; 26.23	183	29.3	29.25; 29.35
Moderado	130	20.8	20.77; 20.83	123	19.7	19.62; 19.78	102	16.3	16.28; 16.32	132	21.1	21.07; 21.13	123	19.7	19.67; 19.73
Muy molesto	54	8.6	8.59; 8.61	62	9.9	9.89; 9.91	31	5.0	4.99; 5.01	50	8.0	7.99; 8.01	73	11.7	11.68; 11.72
Total	625	100.0		625	100.0		625	100.0		625	100.0		625	100.0	

Tabla 10 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico por la escala total y las subescalas. Villa Clara. 2004

Clasificación	Total			Subescalas											
	No.	%	IC (95%)	Circulatorio			Psicológico			Genitourinario			General		
				No.	%	IC (95%)	No.	%	IC (95%)	No.	%	IC (95%)	No.	%	IC (95%)
Asintomático/ muy leve	210	39.3	39.27; 39.33	234	43.7	43.66; 43.74	236	44.1	44.06; 44.14	230	43.0	42.97; 43.03	223	41.7	41.67; 41.73
Leve	163	30.5	30.48; 30.52	144	26.9	26.88; 26.92	169	31.6	31.57; 31.63	160	29.9	29.88; 29.92	169	31.6	31.57; 31.63
Moderado	113	21.1	21.08; 21.12	103	19.3	19.28; 19.32	84	15.7	15.69; 15.71	97	18.1	18.08; 18.12	84	15.7	15.69; 15.71
Muy molesto	49	9.2	9.19; 9.21	54	10.1	10.09; 10.11	46	8.6	8.59; 8.61	48	9.0	8.99; 9.01	59	11.0	10.99; 11.01
Total	535	100.0		535	100.0		535	100.0		535	100.0		535	100.0	

Tabla 10 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico por la escala total y las subescalas. Granma. 2001

Clasificación	Total			Subescalas											
	No.	%	IC 95%	Circulatorio			Psicológico			Genitourinario			General		
				No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
Asintomático/ muy leve	293	42.6	42.27 42.92	273	39.7	39.33 40.06	365	53.1	52.53 53.66	295	42.9	42.54 43.25	325	47.3	47.11 47.48
Leve	200	29.1	28.86 29.33	204	29.7	29.40 29.79	207	30.1	29.77 30.42	261	38.0	37.05 38.74	159	23.1	22.90 23.29
Moderada	130	18.9	18.72 19.07	150	21.8	21.61 21.98	74	10.8	10.61 10.78	81	11.8	11.63 11.96	139	20.2	19.74 20.65
Muy molesto	64	9.3	9.82 9.97	60	8.7	8.55 8.84	41	6.0	5.85 5.94	50	7.3	7.12 7.37	64	9.3	9.16 9.43
Total	687	100.0		687	100.0		687	100.0		687	100.0		687	100.0	

Tabla 11
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y edad. Ciudad de La Habana. 2001

Grupos de edades (años)	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
40 – 44	59	31.6	73	39.0	38	20.3	17	9.1	187
45 – 49	67	40.6	53	32.1	26	15.8	19	11.5	165
50 – 54	79	47.3	33	19.8	42	25.1	13	7.8	167
55 – 59	47	44.3	30	28.3	24	22.6	5	4.7	106
T o t a l	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 11 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y edad. Villa Clara. 2004

Grupos de edades (años)	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
40 – 44	58	39.7	44	30.1	31	21.2	13	8.9	146
45 – 49	52	31.5	47	31.8	33	22.3	16	10.8	148
50 – 54	67	41.6	45	28.0	35	21.7	14	8.7	161
55 – 59	33	41.3	27	33.8	14	17.5	6	7.5	80
T o t a l	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 11 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y edad. Granma. 2001

Grupos de edades (años)	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
40 – 44	78	36.1	64	29.6	57	26.4	17	7.9	216
45 – 49	67	38.7	63	36.4	24	13.9	19	11.0	173
50 – 54	94	50.8	45	24.3	32	17.3	14	7.6	185
55 – 59	54	47.8	28	24.8	17	15.0	14	12.4	113
T o t a l	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 12
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y etapa del climaterio. Ciudad de La Habana. 2001

Etapa del climaterio	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Perimenopausia	96	35.2	92	33.7	59	21.6	26	9.5	273
Postmenopausia	156	44.3	97	27.6	71	20.2	28	8.0	352
T o t a l	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 12 A

Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y etapa del climaterio. Villa Clara. 2004

Etapa del climaterio	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Perimenopausia	82	37.8	65	30.0	48	22.1	22	10.1	217
Postmenopausia	128	40.3	98	30.8	65	20.4	27	8.5	318
T o t a l	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 12 B

Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y etapa del climaterio. Granma. 2001

Etapa del climaterio	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Perimenopausia	122	42.1	77	26.6	65	22.4	26	9.0	290
Postmenopausia	171	43.1	123	31.0	65	16.4	38	9.6	397
T o t a l	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 13
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación síndrome climatérico y paridad. Ciudad de La Habana. 2001

Número de partos	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	74	45.7	47	29.0	30	18.5	11	6.8	162
1 – 2	109	44.7	69	28.3	45	18.4	21	8.6	244
3 y más	69	31.5	73	33.3	55	25.1	22	10.0	219
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 13 A
Distribución de las mujeres estudiadas clasificación del síndrome climatérico y paridad. Villa Clara. 2004

Número de partos	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	70	56.9	29	23.6	15	12.2	9	7.3	123
1 – 2	79	36.7	69	32.1	48	22.3	19	8.8	215
3 y más	61	31.0	65	33.0	50	25.4	21	10.7	197
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 13 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y paridad. Granma. 2001

Número de partos	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	84	54.9	39	25.5	26	17.0	4	2.6	153
1 – 2	139	50.0	81	29.1	49	17.6	9	3.2	278
3 y más	70	27.3	80	31.3	55	21.5	51	19.9	256
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 14
Distribución de mujeres con afecciones crónicas de interés según clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001

Afecciones	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Hipertensión arterial	59	41.8	41	29.1	27	19.1	14	9.9	141
Sobrepeso/obesidad	56	44.4	29	23.0	25	19.8	16	12.7	126
Diabetes mellitus	36	38.3	33	35.1	20	21.3	5	5.3	94
Cardiopatía isquémica	26	47.3	17	30.9	9	16.4	3	5.5	55

Tabla 14 A
Distribución de mujeres con afecciones crónicas de interés
según clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara.
2004

Afecciones	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático / muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Hipertensión arterial	51	42.1	35	28.9	22	18.2	13	10.7	121
Sobrepeso/obesidad	40	37.7	35	33.0	23	21.7	8	7.5	106
Diabetes mellitus	35	41.2	28	32.9	18	21.2	4	4.7	85
Cardiopatía isquémica	24	47.1	12	23.5	9	17.6	6	11.8	51

Tabla 14 B
Distribución de mujeres con afecciones crónicas de interés
según clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001

Afecciones	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático / muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Hipertensión arterial	63	40.9	51	33.1	22	14.3	18	11.7	154
Diabetes mellitus	60	50.0	42	35.0	0	0.0	18	15.0	120
Sobrepeso/obesidad	43	45.7	10	10.6	18	19.1	23	24.5	94
Cardiopatía isquémica	57	90.5	3	4.8	0	0.0	3	4.8	63

Tabla 15
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y zona de residencia. Villa Clara. 2004

Zona de residencia	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Rural	41	39.0	30	28.6	23	21.9	11	10.5	105
Urbana	169	39.3	133	30.9	90	20.9	38	8.8	430
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 15 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y zona de residencia. Granma. 2001

Zona de residencia	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Rural	107	39.1	112	40.9	45	16.4	10	3.6	274
Urbana	186	45.0	88	21.3	85	20.6	54	13.1	413
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 16
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y hacinamiento. Ciudad de La Habana. 2001

Hacinamiento	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	217	41.7	163	31.3	94	18.0	47	9.0	521
Sí	35	33.7	26	25.0	36	34.6	7	6.7	104
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 16 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y hacinamiento. Villa Clara. 2004

Hacinamiento	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	182	40.3	138	30.5	91	20.1	41	9.1	452
Sí	28	33.7	25	30.1	22	26.5	8	9.6	83
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 16 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y hacinamiento. Granma. 2001

Hacinamiento	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	270	47.1	159	27.7	94	16.4	50	8.7	573
Sí	23	20.2	41	36.0	36	31.6	14	12.2	114
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 17
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y problemas en el hogar. Ciudad de La Habana. 2001

Problemas en el hogar	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	225	43.2	172	33.0	82	15.7	42	8.1	521
Sí	27	26.0	17	16.3	48	46.2	12	11.5	104
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 17 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y problemas en el hogar. Villa Clara. 2004

Problemas en el hogar	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	179	41.0	140	32.0	79	18.1	39	8.9	437
Sí	31	31.6	23	23.5	34	34.7	10	10.2	98
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 17 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y problemas en el hogar. Granma. 2001

Problemas en el hogar	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	280	49.3	169	29.7	76	13.4	43	7.6	568
Sí	13	11.0	31	26.1	54	45.3	21	17.6	119
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 18
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y número de familiares a su cuidado. Ciudad de La Habana. 2001

Familiares a su cuidado	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Ninguno	112	39.7	92	32.6	60	21.3	18	6.4	282
1	50	38.2	31	23.7	29	22.1	21	16.0	131
2	63	44.7	42	29.8	30	21.3	6	4.3	141
3 y más	27	41.5	24	33.8	11	15.5	9	12.7	71
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 18 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y familiares a su cuidado. Villa Clara. 2004

Familiares a su cuidado	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Ninguno	95	38.9	84	34.4	44	18.0	21	8.6	244
1	51	48.6	28	26.7	18	17.1	8	7.6	105
2	41	35.0	33	28.2	32	27.4	11	9.4	117
3 y más	23	33.3	18	26.1	19	27.5	9	13.0	69
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 18 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y número de familiares a su cuidado. Granma. 2001

Familiares a su cuidado	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Ninguno	112	36.4	119	38.6	73	23.7	4	1.3	308
1	88	48.6	39	21.5	22	12.2	32	17.7	181
2	64	54.7	23	19.7	10	8.5	20	17.1	117
3 y más	29	35.8	19	23.5	25	30.9	8	9.9	81
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 19
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y escolaridad. Ciudad de La Habana. 2001

Escolaridad	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primaria	56	26.5	75	35.5	52	24.6	28	13.3	211
Secundaria	84	41.8	63	31.3	40	19.9	14	7.0	201
Preuniversitario	99	55.3	39	21.8	31	17.3	10	5.6	179
Universitario	13	38.2	12	35.3	7	20.6	2	5.9	34
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 19 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y escolaridad. Villa Clara. 2004

Escolaridad	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primaria	53	33.3	44	27.7	39	24.5	23	14.5	159
Secundaria	70	39.1	54	30.2	39	21.8	16	8.9	179
Preuniversitario	75	47.2	46	28.9	29	18.2	9	5.7	159
Universitario	12	31.6	19	50.0	6	15.8	1	2.6	38
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 19 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y escolaridad. Granma. 2001

Escolaridad	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primaria	61	30.2	63	31.2	39	19.3	39	19.3	202
Secundaria	99	39.4	83	33.1	56	22.3	13	5.2	251
Preuniversitario	120	55.3	52	24.0	33	15.2	12	5.5	217
Universitario	13	76.5	2	11.8	2	11.8	0	0	17
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 20
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y ocupación. Ciudad de La Habana. 2001

Ocupación	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Trabajadora	133	41.0	100	30.9	61	18.8	30	9.3	324
Ama de casa	83	40.7	61	29.9	47	23.0	13	6.4	204
Jubilada	36	37.1	28	28.9	22	22.7	11	11.3	97
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 20 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y ocupación. Villa Clara. 2004

Ocupación	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Trabajadora	111	39.8	94	33.7	56	20.1	18	6.4	279
Ama de casa	73	39.4	51	27.6	41	22.2	20	10.8	185
Jubilada	26	36.6	18	25.4	16	22.5	11	15.5	71
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 20 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y ocupación. Granma. 2001

Ocupación	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Ama de casa	142	47.3	89	29.7	49	16.3	20	6.7	300
Trabajadora	95	34.5	86	31.3	57	20.7	37	13.5	275
Jubilada	56	50.0	25	22.3	24	21.4	7	6.3	112
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 21
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y pareja sexual estable. Ciudad de La Habana. 2001

Pareja estable	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	65	33.2	61	31.1	51	26.0	19	9.7	196
Sí	187	43.6	128	29.8	79	18.4	35	8.2	429
Total	252	40.3	189	30.2	130	20.8	54	8.6	625

Tabla 21 A
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y pareja sexual estable. Villa Clara. 2004

Pareja estable	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	50	32.5	47	30.5	37	24.0	20	13.0	154
Sí	160	42.0	116	30.4	76	19.9	29	7.6	381
Total	210	39.3	163	30.5	113	21.1	49	9.2	535

Tabla 21 B
Distribución de las mujeres estudiadas según clasificación del síndrome climatérico y pareja sexual estable. Granma. 2001

Pareja estable	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No	76	35.2	43	19.9	59	27.3	38	17.6	216
Sí	217	46.0	157	33.3	71	15.1	26	5.5	471
Total	293	42.6	200	29.1	130	18.9	64	9.3	687

Tabla 22
Distribución de mujeres con eventos negativos de estilo de vida según clasificación del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001

Eventos negativos	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No ejercicios físicos	175	40.5	124	28.7	86	19.9	47	10.9	432
Café	135	39.3	118	34.4	75	21.9	15	4.4	343
Tabaquismo	123	44.6	56	20.3	74	26.8	23	8.3	276
Bebidas alcohólicas	68	49.3	33	23.9	27	19.6	10	7.2	138

Tabla 22 A
Distribución de mujeres con eventos negativos de estilo de vida según clasificación del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004

Eventos negativos	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No ejercicios físicos	143	39.6	104	28.8	77	21.3	37	10.2	361
Café	117	39.3	102	34.2	66	22.1	13	4.4	298
Tabaquismo	85	41.5	42	20.5	58	28.3	20	9.8	205
Bebidas alcohólicas	10	37.0	7	25.9	9	33.3	1	3.7	29

Tabla 22 B
Distribución de mujeres con eventos negativos de estilo de vida según clasificación del síndrome climatérico. Granma. 2001

Eventos negativos	Clasificación del síndrome climatérico								Total
	Asintomático/ muy leve		Leve		Moderado		Muy Molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No ejercicios físicos	206	37.3	176	31.9	113	20.5	57	10.3	552
Café	236	44.8	161	30.6	93	17.6	37	7.0	527
Tabaquismo	218	44.9	156	32.2	78	16.1	33	6.8	485
Bebidas alcohólicas	0	0.0	10	25.6	14	35.9	15	38.5	39

Tabla 23
Asociación de las variables independientes con la intensidad del síndrome climatérico. Ciudad de La Habana. 2001

Variable independiente	Estadígrafo	p
Etape climatérica	0.534	0.465
IE	0.888	0.375
Partos	-3.149	0.002
Hipertensión arterial	0.000	0.998
Diabetes mellitus	0.285	0.594
Cardiopatía isquémica	1.308	0.253
Sobrepeso/obesidad	0.555	0.456
Hacinamiento	7.840	0.005
Problemas en el hogar	46.321	0.000
Familiares a su cuidado	0.086	0.932
Escolaridad	10.406	0.001
Ocupación	0.466	0.495
Pareja sexual estable	4.980	0.026
Práctica de ejercicios	1.021	0.312
Café	3.416	0.065
Tabaquismo	6.977	0.008
Bebidas alcohólicas	0.438	0.508

Tabla 23 A
Asociación de las variables independientes con la intensidad del síndrome climatérico. Villa Clara. 2004

Variable independiente	Estadígrafo	p
Eta­pa climatérica	0.528	0.467
IE	1.008	0.314
Partos	-2.973	0.003
Hipertensi­on arterial	0.066	0.798
Diabetes mellitus	0.695	0.405
Cardiopatía isquémica	0.000	1.000
Sobrepeso/obesidad	0.020	0.888
Zona de residencia	0.163	0.686
Hacinamiento	1.288	0.256
Problemas en el hogar	11.310	0.001
Familiares a su cuidado	-2.571	0.011
Escolaridad	6.781	0.009
Ocupaci­on	3.535	0.060
Pareja sexual estable	4.206	0.040
Práctica de ejercicios	0.708	0.400
Café	4.135	0.042
Tabaquismo	8.913	0.003
Bebidas alcohólicas	0.324	0.569

Tabla 23 B
Asociación de las variables independientes con la intensidad del síndrome climatérico. Granma. 2001

Variable independiente	Estadígrafo	p
Etapa climatérica	2.182	0.140
IE	-1.100	0.272
Partos	-5.793	0.000
Hipertensión arterial	0.369	0.544
Diabetes mellitus	11.634	0.001
Cardiopatía isquémica	17.617	0.000
Sobrepeso/obesidad	11.845	0.001
Zona de residencia	14.334	0.000
Hacinamiento	15.547	0.000
Problemas en el hogar	83.885	0.000
Familiares a su cuidado	-2.213	0.027
Escolaridad	6.535	0.011
Ocupación	7.521	0.006
Pareja sexual estable	42.006	0.000
Práctica de ejercicios	8.442	0.004
Café	13.491	0.000
Tabaquismo	22.427	0.000
Bebidas alcohólicas	41.021	0.000

Tabla 24
Resultados de la regresión logística múltiple en los grupos no intenso e intenso. Ciudad de La Habana. 2001

Variables	B	Exp (B)	IC (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
Partos	0.179	1.197	1.059	1.352
Problemas en el hogar	1.435	4.201	2.498	7.063
Escolaridad < 9no grado	0.623	1.865	1.270	2.738
Hacinamiento	0.038	1.039	0.596	1.811
Ausencia de pareja sexual estable	0.264	1.302	0.881	1.924
Café	-0.637	0.529	0.357	0.783
Tabaquismo	0.240	1.272	0.858	1.885

Tabla 24 A
Resultados de la regresión logística múltiple en los grupos no intenso e intenso. Villa Clara. 2004

Variables	B	Exp (B)	IC (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
Partos	0.096	1.101	0.948	1.279
Problemas en el hogar	0.719	2.053	1.262	3.339
Familiares a su cuidado	0.246	1.279	1.072	1.527
Escolaridad < 9no grado	0.547	1.729	1.160	2.577
Ama de casa – jubilada	0.352	1.422	0.963	2.098
Ausencia de pareja sexual estable	0.177	1.193	0.735	1.938
Café	-0.491	0.612	0.407	0.920
Tabaquismo	0.730	2.075	1.379	3.124

Tabla 24 B
Resultados de la regresión logística múltiple en los grupos no intenso e intenso. Granma. 2001

Variables	B	Exp (B)	IC (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
Partos	0.267	1.307	1.140	1.497
Sobrepeso/obesidad	0.896	2.450	1.400	4.288
Residencia en zona urbana	2.575	13.126	6.462	26.661
Hacinamiento	0.319	1.376	0.730	2.591
Problemas en el hogar	2.736	15.421	6.926	34.332
Familiares a su cuidado	0.093	1.097	0.884	1.362
Escolaridad < 9no grado	0.286	1.331	0.864	2.052
Ama de casa – jubilada	-0.430	0.650	0.410	1.030
Ausencia de pareja sexual estable	0.687	1.987	1.225	3.225
No práctica de ejercicios	0.909	2.481	1.284	4.795
Tabaquismo	-0.329	0.719	0.426	1.215
Bebidas alcohólicas	1.147	3.149	1.245	7.962
Café	-1.767	0.171	0.097	0.300

Anexo 3

Estratificación de las provincias según condiciones de vida

Ciudad de La Habana

Estrato I: 33,3%	ICV	Estrato II: 33,3%	ICV	Estrato III: 33,3%	ICV
Plaza	0,84	Marianao	0,59	Boyeros	0,49
Diez de Octubre	0,70	La Lisa	0,59	Centro Habana	0,45
Habana Vieja	0,69	Cotorro	0,56	Guanabacoa	0,40
Habana del Este	0,68	Playa	0,55	Arroyo Naranjo	0,34
Cerro	0,64	Regla	0,51	San Miguel del Padrón	0,29

Granma

Estrato I:30,8%	ICV	Estrato II:30,8%	ICV	Estrato III:38,4%	ICV
Bayamo	0,90	Jiguaní	0,48	Campechuela	0,26
Manzanillo	0,85	Niquero	0,39	Guisa	0,21
Río Cauto	0,69	Yara	0,36	Media Luna	0,20
Cauto Cristo	0,50	Pilón	0,35	Buey Arriba	0,17
				Bartolomé Masó	0,14

Anexo 1. Formulario inicial de recogida de datos

No.: _____ Tipo de población: **General** _____ **Clínica** _____
 Nombre: _____ Edad: _____
Etapa climatérica: **Perimenopáusica** _____ **Postmenopáusica** _____

INTENSIDAD

SINTOMAS	Ausente	Ligero	Moderado	Intenso
Ítem 1- Sofocos u oleadas de calor	_____	_____	_____	_____
Ítem 2- Sudoraciones nocturnas	_____	_____	_____	_____
Ítem 3- Palpitaciones	_____	_____	_____	_____
Ítem 4- Dolores de cabeza	_____	_____	_____	_____
Ítem 5- Parestesias-hiperestesias	_____	_____	_____	_____
Ítem 6- Tristeza	_____	_____	_____	_____
Ítem 7- Insomnio	_____	_____	_____	_____
Ítem 8- Apatía	_____	_____	_____	_____
Ítem 9- Miedos	_____	_____	_____	_____
Ítem 10- Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
Ítem 11- Irritabilidad	_____	_____	_____	_____
Ítem 12- Labilidad emocional	_____	_____	_____	_____
Ítem 13- Disminuc. Interés sexual	_____	_____	_____	_____
Ítem 14- Pérdida de capac. memoria	_____	_____	_____	_____
Ítem 15- Dificultad de concentración	_____	_____	_____	_____
Ítem 16- Sequedad mucosa oral	_____	_____	_____	_____
Ítem 17- Astenia	_____	_____	_____	_____
Ítem 18- Dolores osteoarticulares	_____	_____	_____	_____
Ítem 19- Dolores musculares	_____	_____	_____	_____
Ítem 20- Vértigos	_____	_____	_____	_____
Ítem 21- Aumento de peso	_____	_____	_____	_____
Ítem 22- Pérdida de peso	_____	_____	_____	_____
Ítem 23- Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
Ítem 24- Aumento de vello facial	_____	_____	_____	_____
Ítem 25- Prurito (general o local)	_____	_____	_____	_____
Ítem 26- Dispareunia	_____	_____	_____	_____
Ítem 27- Incontinencia urinaria	_____	_____	_____	_____
Ítem 28- Polaquiuria	_____	_____	_____	_____
Ítem 29- Disuria	_____	_____	_____	_____
Ítem 30- Disminuc. placer sexual	_____	_____	_____	_____
SIGNOS	PRESENCIA			
Ítem 31- Atrofia genital	No _____	Sí _____		
Ítem 32- Sequedad vaginal	No _____	Sí _____		
Ítem 33- Sequedad de la piel	No _____	Sí _____		

Anexo 2

Consentimiento de participación

La mujer entre los 40 y los 59 años, se encuentra en una etapa de la vida que se conoce como climaterio, durante la cual ocurre la menopausia. La evaluación de los síntomas que se producen en este período es de suma importancia para ayudar en las decisiones que se tomen respecto al tratamiento y otros aspectos de la atención.

El propósito del estudio es elaborar un instrumento que sirva para evaluar esa sintomatología e identificar las características que pueden influir sobre la intensidad de la misma.

Yo _____
_____ por libre elección, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna. Se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo médico, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aún si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes _____ de _____

Firma

Anexo 3 (continuación)**Villa Clara**

Estrato I: 30,8%	ICV	Estrato II: 30,8%	ICV	Estrato III: 38,4%	ICV
Santa Clara	0,89	Placetas	0,43	Corralillo	0,33
Caibarién	0,63	Camajuaní	0,43	Cifuentes	0,29
Sagua la Grande	0,57	Encrucijada	0,41	Quemado de Güines	0,26
Remedios	0,47	Manicaragua	0,38	Ranchuelo	0,23
				Santo Domingo	0,16

Anexo 4

Instrumento final para medir intensidad del síndrome climatérico

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Peso	Puntos
SÍNTOMAS CIRCULATORIOS						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
Subtotal Circulatorios						
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Irritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capacidad memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
Subtotal Psicológicos						
SÍNTOMAS GÉNITOURINARIOS						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	
Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
Subtotal Génitourinarios						
SÍNTOMAS GENERALES						
Dolores musculares-osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
Subtotal Generales						
TOTAL						

Anexo 5

Instructivo para la clasificación del síndrome climatérico

Para el Puntaje Total

Asintomático / muy leve	de 0 a 24 puntos
Leve	de 25 a 50 puntos
Moderado	de 51 a 80 puntos
Muy molesto	de 81 a 170 puntos

Para Subescala de Síntomas Circulatorios

Asintomático / muy leve	de 0 a 6 puntos
Leve	de 7 a 14 puntos
Moderado	de 15 a 23 puntos
Muy molesto	de 24 a 39 puntos

Para Subescala de Síntomas Psicológicos

Asintomático / muy leve	de 0 a 9 puntos
Leve	de 10 a 19 puntos
Moderado	de 20 a 32 puntos
Muy molesto	de 33 a 66 puntos

Para Subescala de Síntomas Genitourinarios

Asintomático / muy leve	de 0 a 1 punto
Leve	de 2 a 7 puntos
Moderado	de 8 a 16 puntos
Muy molesto	de 17 a 39 puntos

Para Subescala de Síntomas Generales

Asintomático / muy leve	de 0 a 3 puntos
Leve	de 4 a 6 puntos
Moderado	de 7 a 11 puntos
Muy molesto	de 12 a 26 puntos

Anexo 6 Cuestionario

Fecha: _____

Municipio _____ Policlínico _____ Consultorio: _____

- **Variables biológicas**

Edad: _____

⇒ *Historia Ginecológica*

FUM: _____

Paridad: _____

Edad menopausia: _____

Tipo: Natural ____ Artificial: ____

Etapa climatérica:

Peri: _____

Post: _____

⇒ *Enfermedades crónicas (Sí/No)*

HTA: ____

Diabetes Mellitus: ____

Cardiopatía isquémica: ____

⇒ *Valoración nutricional:*

Peso: _____ Kg

Talla: _____ m

IMC: _____

- **Variables socioeconómicas**

Residencia: Urbano ____ Rural ____
(sólo para Villa Clara y Granma)

Personas: ____

Dormitorios: ____

Escolaridad ____ grado terminado

Nivel ocupacional:

Trabaja: ____

Jubilada: ____

Ama de casa: ____

Familiares a su cuidado: _____

Problemas en el hogar:

Alcoholismo ____

Violencia ____

Otros ____

Cuáles _____

- **Variables de estilo de vida**

Pareja sexual estable:

Sí ____ No ____

Práctica de ejercicios:

Sí ____ No ____

Hábitos tóxicos: (Sí / No)

Café ____

Bebidas alcohólicas ____

Fuma ____

Anexo 7

Instructivo para el criterio de expertos sobre instrumento de recogida de datos en las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Granma

Estimado compañero:

Necesitamos su cooperación en la valoración del cuestionario que a continuación le ofrecemos. Le solicitamos evalúe cada uno de los aspectos contenidos en el formulario, con los cinco criterios siguientes:

1. *Comprensible*: se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, con relación al fenómeno que se quiere medir.
2. *Sensible a variaciones en el fenómeno*: si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. *Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables*: es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. *Componentes claramente definidos*: o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. *Si deriva de datos factibles de obtener*: si el dato correspondiente al ítem evaluado, se puede recoger.

Cada uno de los criterios debe calificarse como:

Nada:	0
Poco:	1
Moderadamente:	2
Mucho:	3

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

Anexo 8. Matriz de correlaciones entre ítems*

	ítem 1	ítem 2	ítem 3	ítem 4	ítem 5	ítem 6	ítem 7	ítem 8	ítem 9	ítem 10	ítem 11	ítem 12	ítem 13	ítem 14	ítem 15	ítem 16	ítem 17
ítem 1	1.00	0.72	0.42	0.26	0.23	0.09	0.15	0.16	0.13	0.01	0.09	0.12	0.19	0.10	0.10	0.15	0.14
ítem 2	-	1.00	0.41	0.34	0.21	0.13	0.23	0.18	0.25	0.10	0.17	0.13	0.24	0.23	0.20	0.24	0.24
ítem 3	-	-	1.00	0.39	0.36	0.28	0.32	0.33	0.28	0.16	0.36	0.33	0.28	0.37	0.26	0.38	0.28
ítem 4	-	-	-	1.00	0.50	0.29	0.44	0.25	0.28	0.25	0.44	0.34	0.09	0.36	0.37	0.48	0.32
ítem 5	-	-	-	-	1.00	0.30	0.31	0.38	0.24	0.17	0.36	0.30	0.27	0.42	0.42	0.36	0.23
ítem 6	-	-	-	-	-	1.00	0.47	0.69	0.44	0.50	0.39	0.53	0.42	0.39	0.32	0.34	0.40
ítem 7	-	-	-	-	-	-	1.00	0.48	0.39	0.47	0.46	0.39	0.33	0.45	0.49	0.49	0.40
ítem 8	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.51	0.60	0.46	0.63	0.43	0.41	0.43	0.33	0.47
ítem 9	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.42	0.31	0.37	0.31	0.38	0.31	0.37	0.26
ítem 10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.55	0.45	0.22	0.39	0.44	0.31	0.51
ítem 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.54	0.29	0.50	0.54	0.41	0.47
ítem 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.34	0.40	0.37	0.36	0.38
ítem 13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.29	0.21	0.19	0.30
ítem 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.84	0.40	0.60
ítem 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.40	0.62
ítem 16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.26
ítem 17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00

* Los números de los ítems se corresponden con los del Anexo 1

Anexo 8. (Continuación)*

	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33
Ítem 18	1.00	0.78	0.23	0.35	0.19	0.21	0.06	0.23	0.42	0.46	0.37	0.45	0.43	0.35	0.30	0.24
Ítem 19	-	1.00	0.24	0.31	0.19	0.27	0.02	0.31	0.46	0.46	0.34	0.49	0.42	0.32	0.38	0.22
Ítem 20	-	-	1.00	0.24	0.25	0.07	-	0.16	0.06	0.16	0.17	0.15	0.07	0.07	0.03	-
Ítem 21	-	-	-	1.00	-	0.16	-	0.31	0.15	0.39	0.27	0.26	0.25	0.09	0.02	0.05
Ítem 22	-	-	-	-	1.00	0.04	0.10	0.02	0.12	0.14	0.12	0.14	0.13	0.15	0.13	0.14
Ítem 23	-	-	-	-	-	1.00	-	0.24	-	0.13	0.10	0.08	0.07	0.08	-	0.05
Ítem 24	-	-	-	-	-	-	1.00	0.12	-	0.22	0.21	0.10	0.15	0.34	0.25	0.26
Ítem 25	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.03	0.38	0.41	0.37	0.07	0.10	0.08	0.18
Ítem 26	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.26	0.16	0.25	0.58	0.37	0.40	0.25
Ítem 27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.62	0.67	0.27	0.28	0.29	0.13
Ítem 28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.68	0.19	0.18	0.19	0.20
Ítem 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.35	0.18	0.24	0.12
Ítem 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.40	0.40	0.28
Ítem 31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.47	0.30
Ítem 32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00	0.44
Ítem 33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00

* Los números de los ítems se corresponden con los del Anexo 1

Anexo 8. (Continuación)

	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33
Ítem 1	0.20	0.14	0.01	0.08	0.12	0.00	0.20	0.08	0.11	0.18	0.18	0.14	0.12	0.17	0.17	0.23
Ítem 2	0.25	0.21	0.12	0.20	0.13	0.08	0.18	0.15	0.14	0.23	0.16	0.25	0.19	0.20	0.17	0.21
Ítem 3	0.36	0.40	0.12	0.16	0.09	0.15	0.17	0.21	0.27	0.33	0.24	0.25	0.26	0.26	0.33	0.35
Ítem 4	0.35	0.34	0.21	0.33	0.07	0.15	0.03	0.15	0.29	0.39	0.25	0.36	0.13	0.14	0.22	0.22
Ítem 5	0.30	0.37	0.19	0.15	0.12	0.11	0.29	0.13	0.26	0.39	0.24	0.28	0.27	0.26	0.38	0.17
Ítem 6	0.47	0.34	0.17	0.16	0.20	0.21	0.13	0.09	0.30	0.27	0.25	0.25	0.36	0.28	0.26	0.20
Ítem 7	0.50	0.48	0.17	0.32	0.17	0.21	0.11	0.28	0.38	0.43	0.41	0.39	0.34	0.35	0.30	0.21
Ítem 8	0.41	0.39	0.22	0.19	0.12	0.15	0.23	0.10	0.31	0.27	0.19	0.23	0.36	0.40	0.33	0.24
Ítem 9	0.28	0.29	-	0.04	0.13	0.12	0.29	0.08	0.23	0.26	0.21	0.32	0.31	0.30	0.20	0.22
Ítem 10	0.39	0.38	0.22	0.17	0.15	0.05	-	-	0.38	0.19	0.16	0.24	0.30	0.29	0.21	0.11
Ítem 11	0.47	0.50	0.18	0.24	0.11	0.07	0.00	0.11	0.43	0.34	0.24	0.37	0.33	0.26	0.29	0.21
Ítem 12	0.31	0.36	0.23	0.20	0.08	0.14	0.18	0.20	0.33	0.23	0.22	0.28	0.32	0.35	0.31	0.19
Ítem 13	0.29	0.26	0.12	0.17	0.10	0.13	0.21	0.17	0.29	0.23	0.22	0.16	0.55	0.21	0.35	0.37
Ítem 14	0.51	0.58	0.18	0.33	0.14	0.20	0.14	0.30	0.40	0.50	0.41	0.44	0.35	0.43	0.36	0.26
Ítem 15	0.47	0.57	0.17	0.28	0.12	0.16	0.07	0.25	0.42	0.51	0.35	0.43	0.31	0.44	0.36	0.23
Ítem 16	0.48	0.43	0.13	0.13	0.20	0.08	0.26	0.28	0.43	0.53	0.46	0.55	0.29	0.30	0.34	0.34
Ítem 17	0.56	0.60	0.26	0.34	0.15	0.26	-	0.08	0.36	0.36	0.15	0.32	0.36	0.30	0.26	0.14

- Los números de los ítems se corresponden con los del Anexo 1

Anexo 9. Correlación entre cada ítem y subescalas

Ítem	Subescala Circulatorios	Subescala Psicológicos	Subescala Genitourinarios	Subescala Generales
Sofocos u oleadas de calor	0.57	0.20	0.23	0.23
Sudoraciones nocturnas	0.59	0.29	0.28	0.35
Palpitaciones	0.54	0.42	0.41	0.43
Dolores de cabeza	0.50	0.43	0.37	0.49
Parestesias-hiperestesias	0.42	0.44	0.46	0.39
Tristeza	0.31	0.67	0.46	0.50
Insomnio	0.41	0.62	0.56	0.59
Apatía	0.37	0.76	0.47	0.50
Miedos	0.33	0.51	0.38	0.34
Nerviosismo	0.21	0.64	0.37	0.49
Irritabilidad	0.40	0.63	0.48	0.55
Labilidad emocional	0.34	0.62	0.45	0.45
Disminución interés sexual	0.30	0.43	0.46	0.39
Pérdida capacidad de memoria-	0.36	0.55	0.55	0.60
Dispareunia	0.29	0.48	0.49	0.47
Incontinencia urinaria	0.41	0.45	0.57	0.55
Polaquiuria	0.29	0.39	0.51	0.43
Disuria	0.35	0.44	0.64	0.51
Disminución del placer sexual	0.28	0.51	0.54	0.47
Sequedad vaginal	0.36	0.42	0.46	0.35
Atrofia genital	0.29	0.44	0.45	0.39
Sequedad de la mucosa oral	0.45	0.51	0.59	0.46
Astenia	0.34	0.63	0.44	0.58
Dolores musculares-osteoarticulares	0.42	0.61	0.61	0.68
Vértigos	0.19	0.25	0.19	0.31
Aumento de peso	0.26	0.30	0.31	0.34
Pérdida de peso	0.15	0.19	0.25	0.20
Sequedad de la piel	0.32	0.32	0.34	0.24

Anexo 10. Cumplimiento de principios de Moriyama por cada ítem según expertos

Ítem	Comprendible	Sensible a variaciones	De suposiciones básicas justificables	Claramente definido	Derivable de datos factibles de obtener
1- Sofocos u oleadas de calor	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
2- Sudoraciones nocturnas	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
3- Palpitaciones	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
4- Dolores de cabeza	Mucho	Poco	Moderadamente	Mucho	Mucho
5- Parestesias-hiperestesias	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
6- Tristeza	Mucho	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho
7- Insomnio	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
8- Apatía	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Mucho
9- Miedos	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente
10- Nerviosismo	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
11- Irritabilidad	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
12- Labilidad emocional	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
13- Disminuc. interés sexual	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
14- Sequedad mucosa oral	Mucho	Poco	Moderadamente	Mucho	Mucho
15- Dispareunia	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
16- Incontinencia urinaria	Mucho	Poco	Moderadamente	Mucho	Mucho
17- Polaquiuria	Mucho	Poco	Moderadamente	Mucho	Mucho
18- Disuria	Mucho	Poco	Moderadamente	Mucho	Mucho
19- Pérdida capacidad memoria-concentración	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
20- Disminución del placer sexual	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho
21- Astenia	Mucho	Poco	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente
22- Dolores musculares y osteoarticulares	Mucho	Mucho	Moderadamente	Mucho	Mucho
23- Vértigos	Mucho	Poco	Moderadamente	Mucho	Mucho
24- Aumento de peso	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
25- Pérdida de peso	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
26- Sequedad de la piel	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
27- Sequedad vaginal	Mucho	Moderadamente	Moderadamente	Mucho	Mucho
28- Atrofia genital	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho

Anexo 11
Coefficientes Eta y Phi para el análisis de colinealidad entre variables independientes.
Ciudad de La Habana

	Partos	Hacinamiento	Problemas en el hogar	Escolaridad	Pareja sexual estable	Café	Tabaquismo
Partos	1.000	0.128	0.092	0.112	0.066	0.154	0.078
Hacinamiento	-	1.000	0.423	0.054	0.078	0.258	0.224
Problemas en el hogar	-	-	1.000	0.017	0.096	0.103	0.276
Escolaridad	-	-	-	1.000	0.079	0.063	0.085
Pareja sexual estable	-	-	-	-	1.000	0.017	0.022
Café	-	-	-	-	-	1.000	0.084
Tabaquismo	-	-	-	-	-	-	1.000

Anexo 11 (continuación)
Coefficientes de Pearson, Eta y Phi para el análisis de colinealidad entre variables independientes.
Villa Clara

	Partos	Problemas en el hogar	Familiares a su cuidado	Escolaridad	Ocupación	Pareja sexual estable	Café	Tabaquismo
Partos	1.000	0.192	-0.031	0.096	0.028	0.515	0.079	0.008
Problemas en el hogar	-	1.000	0.044	-0.068	0.011	0.051	0.004	0.064
Familiares a su cuidado	-	-	1.000	0.071	0.035	0.060	0.007	0.003
Escolaridad	-	-	-	1.000	0.048	0.045	0.098	0.012
Ocupación	-	-	-	-	1.000	-0.006	-0.072	-0.008
Pareja sexual estable	-	-	-	-	-	1.000	-0.048	0.008
Café	-	-	-	-	-	-	1.000	0.231
Tabaquismo	-	-	-	-	-	-	-	1.000

Anexo 11 (continuación)
Coefficientes Pearson, Eta y Phi para el análisis de colinealidad entre variables independientes.
Granma

	Partos	Diabetes mellitus	Cardiopatía isquémica	Sobrepeso/obesidad	Zona de residencia	Hacinamiento	Problemas en el hogar	Familiares a su cuidado	Escolaridad
Partos	1.000	0.012	0.037	0.084	0.029	0.146	0.119	0.027	0.130
Diabetes mellitus	-	1.000	-0.093	0.738	-0.055	0.052	0.144	0.052	0.035
Cardiopatía isquémica	-	-	1.000	0.761	0.053	-0.142	-0.105	0.105	-0.087
Sobrepeso/obesidad	-	-	-	1.000	0.117	0.005	-0.014	0.036	0.004
Zona de residencia	-	-	-	-	1.000	-0.228	-0.295	0.212	0.110
Hacinamiento	-	-	-	-	-	1.000	0.499	0.109	0.048
Problemas en el hogar	-	-	-	-	-	-	1.000	0.037	0.116
Familiares a su cuidado	-	-	-	-	-	-	-	1.000	0.045
Escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-	1.000

Anexo 11 (continuación)
Coefficientes Pearson, Eta y Phi para el análisis de colinealidad entre variables independientes.
Granma (continuación)

	Ocupación	Pareja sexual estable	Práctica de ejercicios	Café	Tabaquismo	Bebidas alcohólicas
Partos	0.068	0.123	0.048	0.064	0.100	0.054
Diabetes mellitas	0.062	0.028	0.054	0.189	-0.048	0.119
Cardiopatía isquémica	-0.198	0.122	0.018	0.175	-0.116	-0.056
Sobrepeso/ obesidad	-0.012	0.004	0.016	-0.041	0.015	0.049
Zona de residencia	0.057	-0.223	0.188	0.149	0.166	-0.096
Hacinamiento	-0.027	0.069	0.063	0.061	-0.202	0.229
Problemas en el hogar	-0.168	0.311	0.091	0.125	-0.473	0.386
Familiares a su cuidado	0.274	0.042	0.082	0.126	0.023	0.149
Escolaridad	0.046	0.052	0.043	0.121	-0.097	0.097

Anexo 11 (continuación)
Coefficientes Pearson, Eta y Phi para el análisis de colinealidad entre variables independientes.
Granma (continuación)

	Ocupación	Pareja sexual estable	Práctica de ejercicios	Café	Tabaquismo	Bebidas alcohólicas
Ocupación	1.000	-0.010	0.082	0.077	-0.019	-0.005
Pareja sexual estable	-	1.000	-0.020	-0.205	-0.203	0.200
Práctica de ejercicios	-	-	1.000	0.213	-0.094	0.058
Café	-	-	-	1.000	-0.136	0.076
Tabaquismo	-	-	-	-	1.000	0.256
Bebidas alcohólicas	-	-	-	-	-	1.000