



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INSTRUMENT FOR THE EVALUATION OF CLIMACTERIC AND MENOPAUSE IN PRIMARY CARE

Juan P. Matzumura-Kasano^{1,a}, Hugo F. Gutiérrez-Crespo^{1,b}, José Isaac Wong-Mac^{2,c}, Isabel J. Alamo-Palomino^{3,d}

RESUMEN

Introducción: La población de mujeres de mediana edad se incrementará en los próximos años y requerirá una mayor atención para aliviar los síntomas relacionados a climaterio en la consulta médica. **Objetivo:** Validar un instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. **Métodos:** Diseño de validación de instrumento, prospectivo y de corte transversal. Participaron mujeres que fueron atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención. La investigación se realizó en tres fases, revisión inicial (revisión de literatura, traducción), ensayo (validez de contenido, prueba piloto) y propiedades psicométricas (análisis de consistencia interna, análisis factorial exploratorio). Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 20. **Resultados:** Participaron 136 pacientes con una edad promedio de 48,6 años \pm 5,3 y un promedio de índice de masa corporal 27,8 \pm 4,4. En la primera fase se identificaron los síntomas más relevantes, irregularidades menstruales, sofocos, problemas vaginales, incontinencia urinaria, calidad de sueño y estado de ánimo. Se procedió a la traducción con la participación de cuatro profesionales. La segunda fase, de validez del contenido, fue mediante juicio de expertos, obteniendo una concordancia de 0,77 y una confiabilidad inicial 0,79. En la tercera fase, la consistencia interna fue 0,69 y 0,70 para análisis factorial exploratorio. El instrumento contiene seis preguntas, la obtención de \geq 4 respuestas afirmativas justifican un manejo especializado. **Conclusión:** El instrumento es breve, tiene una adecuada validez de contenido y consistencia interna, útil para el manejo del climaterio en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Menopausia; Cuestionario; Atención primaria de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The middle-aged female population will increase in the coming years and will require more medical care to relieve climacteric symptoms. **Objective:** To validate an instrument for evaluating climacteric and menopause in primary care. **Methods:** Prospective, cross-sectional, instrument-validation study. The sample was composed of women attending primary care centers. Our research consisted of three stages: initial review (literature review, translation), validation (content validity, pilot study) and psychometric properties (internal consistency and confirmatory factorial analysis). We analyzed the data using SPSS version 20. **Results:** 136 patients participated, with an average age of 48,6 years \pm 5,3 and an average body mass index of 27,8 kg/m² \pm 4,4. In the first stage, we identified the most relevant symptoms: menstrual irregularities, hot flashes, vaginal problems, urinary incontinence, quality of sleep, and mood issues. The instrument was then translated by four professionals. For the second stage, we assessed content validity by expert judgment, obtaining an internal consistency of 0,77 and an initial reliability of 0,79. In the third stage, internal consistency was 0,69 and confirmatory factorial analysis was 0,7. The instrument consists of six questions; obtaining four or more positive answers warrants specialized care. **Conclusion:** We present a short instrument with adequate content validity and internal consistency, useful for managing climacteric symptoms at the primary care level.

Key words: Menopause; Questionnaire; Primary health care (source: MeSH NLM).

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

² Policlínico Peruano Japonés, Lima-Perú.

³ Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú.

^a Médico Gineco-Obstetra. Vicedecano de Posgrado e Investigación.

^b Magíster en Docencia e Investigación en Salud.

^c Médico Gineco Obstetra.

^d Médico Cirujano Especialista en Gestión en Salud.

Citar como: Juan P. Matzumura-Kasano, Hugo F. Gutiérrez-Crespo, José Isaac Wong-Mac, Isabel J. Alamo-Palomino. Instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. Rev. Fac. Med. Hum. Octubre 2020; 20(4):560-567. DOI 10.25176/RFMH.v20i4.3057

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la esperanza de vida se ha incrementado en todo el mundo hasta la octava década; particularmente en los países desarrollados⁽¹⁾ y en algunos de Latinoamérica⁽²⁾. Para el año 2025, se calcula que el número de mujeres postmenopáusicas se incrementará a 1,100 millones en todo el mundo y, a medida que la población mundial se incremente, una mayor proporción de esta población estará compuesta por personas mayores de 50 años⁽³⁾. Diversos estudios epidemiológicos realizados en mujeres menopáusicas están brindando información consistente y confiable sobre la incidencia, prevalencia y gravedad de diversos síntomas relacionados con la menopausia⁽⁴⁾.

Una de las funciones ováricas es la producción hormonal (estrógenos y progesterona). Cuando se depleta la producción de los folículos, esta se manifiesta mediante la disminución hormonal, produciendo la menopausia. La edad promedio de la menopausia varía entre los 48 a 52 años, pero con tendencia hacia una edad cada vez mayor^(5,6).

Casi las tres cuartas partes de las mujeres manifiestan presentar síntomas considerados problemáticos y son el principal motivo para que las mujeres busquen atención relacionada a síntomas físicos y psicológicos. Los síntomas vasomotores son considerados como los más comúnmente reportados y pueden provocar trastornos del sueño durante muchos meses^(7,8). También se describen alteraciones del estado ánimo, irritabilidad, mientras que los síntomas relacionados a la función sexual, que incluyen la sequedad vaginal, dispareunia y disminución de la libido, afectan la calidad de vida de las mujeres⁽⁹⁾. Por otra parte, la pérdida de hormonas sexuales durante el envejecimiento se relaciona con el incremento de riesgos a largo plazo como, disminución de la densidad ósea, enfermedad metabólica, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Alzheimer, entre otras enfermedades de alto costo para las sociedades⁽¹⁰⁾.

Es importante señalar que el cuidado de las mujeres mayores de 50 años es un tema clave para los médicos especialistas y médicos generales, teniendo como objetivo el cuidado y promoción de la salud para las mujeres de mediana edad, así como su empoderamiento para tomar decisiones positivas sobre su salud y bienestar posreproductivo y así poder acceder a un plan de atención personalizada, considerando sus metas a corto, mediano y larzo plazo en un contexto que mejore su calidad de vida^(3,11). Asimismo, esta población seguirá incrementándose

y se espera que este incremento vaya asociado a un mayor número de atenciones o referencias para atender los síntomas a corto plazo y largo plazo.

La terapia hormonal menopáusica sigue siendo el tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas vasomotores y el síndrome genitourinario. Las nuevas recomendaciones sobre su uso manifiestan que es más seguro en mujeres menores de 60 años, ya que los síntomas pueden persistir hasta después de los 65 años. Por esta razón, se recomienda su uso de manera individualizada, teniendo en cuenta una evaluación riesgo-beneficio de cada paciente⁽¹²⁾. Por ello, se requiere que los médicos especialistas y generales tengan las competencias para proporcionar una manejo de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Además, deben estar preparados para identificar los problemas relacionados al climaterio y manejarlos y/o referir a la paciente para un manejo especializado⁽¹³⁾.

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas hará que las necesidades de atención primaria se conviertan en más complejas⁽¹⁴⁾. Es importante señalar que en algunos países de América Latina la provisión de servicios especializados de salud sigue siendo limitada y escasa.

Actualmente existe la necesidad de que el sistema de salud evolucione para enfrentar nuevos desafíos a la luz del envejecimiento de una población con necesidades cada vez más complejas; esto es, brindando una atención individualizada para cada mujer menopáusica tomando en cuenta la ventana de oportunidad y otros aspectos para la prevención de enfermedades a largo plazo y con ello propiciar la mejora en la calidad de vida de las mujeres después de la menopausia⁽¹⁵⁾. Por ello, se plantea como objetivo determinar la validación del instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención.

MÉTODOS

La investigación se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo, correspondiente al diseño de validación de instrumento, de tipo prospectivo y de corte transversal. Los participantes fueron mujeres con edades entre los 40 a 60 años, atendidas en cuatro establecimientos de salud del primer nivel de atención, ubicados en la zona urbano marginal de Lima durante los meses de noviembre de 2019 a febrero de 2020.

Participaron 176 pacientes que fueron seleccionadas en dos momentos mediante un muestreo no

probabilístico. Se consideró como criterios de inclusión a pacientes que fueron atendidas por presentar síntomas relacionados al climaterio-menopausia en la consulta de medicina. En el primer momento se involucró a 40 pacientes para el desarrollo de la prueba piloto, con el objetivo de verificar el funcionamiento del instrumento y encontrar el análisis de consistencia interna en forma preliminar. El segundo momento incorporó a 136 pacientes con el propósito de determinar el análisis factorial y análisis de consistencia interna final del instrumento.

El procedimiento se realizó en tres fases, según la siguiente descripción:

1. Fase 1: Revisión inicial
 - a. Revisión de la literatura: Se revisó la literatura científica en base de datos con una antigüedad ≤ 5 años, para lo cual se tomaron en cuenta investigaciones realizadas por Goldstein S, Abernethy K y Potter B. et al.^(12,16,17); con el objetivo de identificar los indicadores más importantes respecto al manejo del climaterio-menopausia.
 - b. Traducción: La elaboración del instrumento se realizó con la participación de cuatro traductores del idioma inglés al español y la posterior traducción inversa, generando la versión en español del instrumento.
 - c. Primera versión del instrumento: Contiene seis preguntas con respuestas de tipo dicotómicas. La puntuación que corresponde a una puntuación ≥ 4 respuestas afirmativas recomiendan referir a la paciente para un manejo especializado.
2. Fase 2: Ensayo.
 - Se realizó la validez de contenido mediante la técnica de juicio de expertos, posteriormente se realizó la prueba piloto para estimar la confiabilidad a través de la fórmula de Kuder-Richardson y mejorar el diseño del instrumento para su aplicación.
3. Fase 3: Propiedades psicométricas:
 - El análisis de consistencia interna del instrumento corregido se aplicó a 136 pacientes. Luego se realizó el análisis factorial exploratorio mediante la aplicación del índice de Kaiser-Meyer-Olkin.
4. Versión final de instrumento: Conformado por dos secciones. La primera sección incluye datos sociodemográficos (edad, estado civil, educación,

actividad laboral, hábitos nocivos, estilo de vida, causa de menopausia e índice de masa corporal. La segunda incluye preguntas como, ¿Tiene algún cambio en sus periodos menstruales?, ¿Ha sentido sofocos o bochornos?, ¿Tiene sequedad vaginal, dolor o preocupación por temas sexuales?, ¿Tiene algún problema de vejiga o incontinencia urinaria?, ¿Su calidad de sueño ha disminuido en los últimos meses? y ¿Su estado de ánimo ha empeorado en los últimos meses? Cada pregunta contiene respuestas de tipo afirmativa o negativa. La obtención de 4 o más respuestas afirmativas significa que la paciente debe ser referida para un manejo especializado.

Para el análisis descriptivo y de validación se utilizó el programa SPSS versión 20, se describieron las variables sociodemográficas mediante frecuencias. La validez de contenido se realizó mediante el índice de kappa, el análisis de consistencia interna con la aplicación de la prueba de Kuder-Richardson y el análisis factorial confirmatorio mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin. La investigación se realizó teniendo en cuenta las consideraciones éticas, pautas de buenas prácticas clínicas y todas las participantes dieron su consentimiento. Asimismo, se mantuvo la confidencialidad de las participantes.

RESULTADOS

Participaron 136 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La edad media correspondió a $48,6 \text{ años} \pm 5,3$, la media para el número de hijos a $2,4 \pm 1,4$ y $27,8 \pm 4,4$ para el índice de masa corporal. Con respecto a las características sociodemográficas, el estado civil de casada correspondió a 40,4%. Asimismo, 45,6% tienen estudios secundarios y 47,1% estudios superiores, 69,1% se dedica a una actividad laboral, 94,9% no consume tabaco, 93,4% no consume licor en forma habitual, 81,6% manifestó no practicar deporte, 66,9% mantiene actividad sexual y 96,3% presentó menopausia fisiológica.

Fase 1. Revisión inicial

Se identificaron y estandarizaron criterios para el manejo del climaterio-menopausia mediante el uso de la terapia hormonal menopáusica sin contraindicaciones. Los criterios fueron valorados mediante la presencia de síntomas como, presencia de menstruaciones irregulares, bochornos y sofocos, cambios en la vulva-vagina considerados como síndrome genitourinario, interrupción del sueño como consecuencia de la presencia de sofocos y la presencia de riesgo para presentar depresión y



irritabilidad.

La traducción inicial de instrumento y la traducción inversa no presentaron cambios significativos en aspectos formales o de significado, lo cual permitió diseñar la primera versión del instrumento, que contiene seis preguntas con respuestas de tipo dicotómicas y la visualización de la puntuación total.

Fase 2: Ensayo

La validez de contenido se realizó mediante la técnica de juicio de expertos, para lo cual se fueron invitados 6 médicos expertos. El índice de concordancia fue 0,77 mediante el análisis de índice de Kappa. Las recomendaciones emitidas por los expertos fueron de carácter complementario y con sugerencias para mejorar el diseño para su fácil aplicación.

Con la incorporación de las recomendaciones, se procedió al desarrollo de la prueba piloto con la participación de 40 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La confiabilidad fue 0,79 mediante la prueba de Kuder-Richardson. El tiempo promedio para su aplicación fue de 2 minutos, aproximadamente.

Fase 3: Propiedades psicométricas

Se obtuvo valores de consistencia interna mediante la prueba de Kuder-Richardson de 0,69. Cabe señalar que se obtuvieron 121 respuestas afirmativas. La pregunta 6 presentó mayor relación con respecto al puntaje total ($Rho=0,69$). El análisis de la contribución permitió establecer que ninguna pregunta debe ser eliminada (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de consistencia interna de la versión final del instrumento (n=136).

Preguntas	Media	Correlación ítem total	KR-20 con ítem eliminado
¿Tiene algún cambio en sus periodos menstruales?	0,59	0,66	0,61
¿Ha sentido sofocos o bochornos?	0,61	0,64	0,61
¿Tiene sequedad vaginal o dolor o preocupación por temas sexuales?	0,88	0,52	0,64
¿Tiene algún problema de vejiga o incontinencia urinaria?	0,77	0,48	0,66
¿Su calidad de sueño ha disminuido en los últimos meses?	0,58	0,63	0,62
¿Su estado de ánimo ha empeorado en los últimos meses?	0,61	0,69	0,59
Coeficiente total Kuder-Richardson (KR-20)			0,66

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al análisis factorial, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin determinó un resultado de 0,70. Las preguntas explicaron el 55,8% de la varianza total, mientras las comunalidades registraron valores entre 0,40 (pregunta 4) y 0,66 (pregunta 6). Con respecto a la matriz de estructura factorial y la rotación Promax,

se obtuvieron dos factores. Las preguntas 1, 2, 3 conformaron el Factor 1 y las preguntas 4, 5, 6 el Factor 2. Asimismo, el análisis de correspondencia para determinar proximidades permitió ratificar que las preguntas presentan una contribución en la estructura del instrumento (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio del instrumento (n=136).

Preguntas	Comunalidad	Factor 1	Factor 2
¿Tiene algún cambio en sus periodos menstruales?	0,57	0,73	0,19
¿Ha sentido sofocos o bochornos?	0,60	0,76	0,13
¿Tiene sequedad vaginal o dolor o preocupación por temas sexuales?	0,54	0,73	0,05
¿Tiene algún problema de vejiga o incontinencia urinaria?	0,40	0,02	0,63
¿Su calidad de sueño ha disminuido en los últimos meses?	0,55	0,16	0,72
¿Su estado de ánimo ha empeorado en los últimos meses?	0,66	0,21	0,78
Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,70		
Valor propio		2,27	1,08
Varianza (%)		28,97	26,85

Fuente: Elaboración propia.

La versión del instrumento contiene seis preguntas con respuestas de tipo dicotómicas; afirmativa (1) y negativa (0). La puntuación total se obtiene mediante la sumatoria de respuestas afirmativas. La obtención de un puntaje de 4 o más respuestas afirmativas

establece que la paciente debe ser referida para un manejo especializado. Finalmente, se debe consignar la firma del médico responsable y la fecha de la atención (Figura 1).

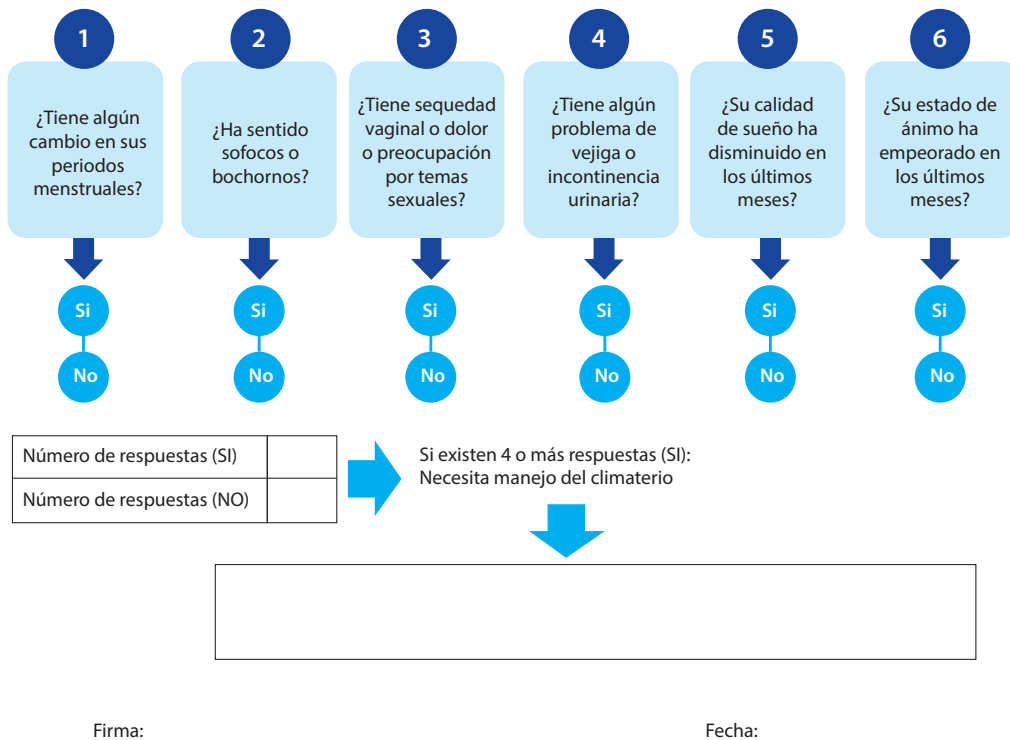


Figura 1. Versión final del instrumento para el manejo del climaterio y menopausia en el primer nivel de atención.



DISCUSIÓN

Los estudios de validación verifican la validez y confiabilidad del diseño, así como la construcción de los instrumentos, teniendo en cuenta las características de la población. Cuando se traducen instrumentos a otro idioma o estos son diseñados tomando en cuenta diversas recomendaciones clínicas procedentes de otros países, pueden ocurrir cambios semánticos de algunos términos específicos relacionados con la evaluación de los ítems, debido a la variabilidad cultural y la didáctica gramatical^(18,19).

En el presente estudio, los valores obtenidos mediante la prueba de Kuder-Richardson, indicaron una buena confiabilidad. El valor por cada ítem (0,48 a 0,69) demostró una buena consistencia interna y los resultados fueron coherentes y consistentes con recomendaciones realizada por diversas investigaciones^(12,20,21). Asimismo, las correlaciones ítem-total de todos los ítems superaron el nivel mínimo requerido de 0,40, ratificando la buena consistencia interna según las investigaciones revisadas. La validez de contenido y la prueba piloto permitieron demostrar que la presencia de cuatro o más síntomas justifican el manejo especializado de las pacientes, siendo el estado de ánimo de mayor impacto y que requieren un manejo de acuerdo a las recomendaciones específicas para el tratamiento de síntomas a corto plazo^(4,16,22).

Los instrumentos utilizados en diversas investigaciones tienen una particular importancia respecto a la percepción de los síntomas relacionados con la salud femenina y pueden diferir en su concepción y en el diseño de un instrumento original⁽²³⁾. Los resultados del análisis factorial exploratorio han logrado demostrar que la estructura del instrumento es consistente para las mujeres durante el climaterio. Asimismo, el instrumento permitió identificar los síntomas de mayor frecuencia, como los relacionados a síntomas vulvovaginales.

El diseño del instrumento contiene seis preguntas consideradas relevantes para el inicio del manejo especializado, dentro de las cuales se incluyen las irregularidades menstruales, ya que son tomadas en cuenta como indicadores inminentes de la menopausia. Diversos estudios han reportado la presencia de síntomas vasomotores antes del cese de las menstruaciones y estos pueden tener una duración media de 11,8 años; si los síntomas vasomotores se presentan después de la última menstruación estos tendrían una duración media de 3,4 años. Es importante señalar que, actualmente, se recomienda

el uso de terapia hormonal a todas las mujeres con cese de menstruaciones antes de los 45 años y la falla ovárica prematura^(3,12,24).

Los síntomas vasomotores afectan a la mayoría de las mujeres durante la transición menopáusica, aunque su gravedad, frecuencia y duración varían ampliamente entre las mujeres. Estos son reportados hasta por 85% de las mujeres y su duración promedio es de 5,2 años, aproximadamente. El presente estudio encontró que 64,7% de pacientes manifestaron la presencia de síntomas vasomotores, los mismos que pueden ser tratados eficazmente con terapia hormonal menopáusica^(4,11,25,26).

Asimismo, los síntomas vulvovaginales son muy frecuentes y afectan hasta al 45% de las mujeres hasta después de la menopausia⁽⁷⁾. Actualmente, existe una nueva terminología para los síntomas genitourinarios y sexuales de la menopausia mediante la denominación síntomas genitourinarios de la menopausia, debido al efecto desfavorable en la mucosa vaginal, uretra y en la función sexual^(27,28). Cabe señalar que la sequedad vaginal o la preocupación por temas sexuales, fue reportado por 68% de los pacientes, ratificando la importancia de evaluar este ítem, debido a que empeoran a medida que las mujeres envejecen.

La disminución de la calidad de sueño fue reportada por 60,2% de las pacientes. Estos resultados ratifican que los problemas para dormir se incrementan cuando las mujeres se encuentran en plena transición menopáusica y pueden afectar a más del 50% de mujeres. Es importante señalar que los malos hábitos y los trastornos relacionados al estado de ánimo, particularmente ansiedad y depresión, contribuyen a la presencia de dificultades del sueño. Las consecuencias clínicas de la mala calidad de sueño incluyen fatiga y somnolencia diurna, deterioro de la calidad de vida, por lo que amerita un manejo especializado mediante el uso de terapia hormonal menopáusica^(29,30), lo cual ratifica la pertinencia de incluir este síntoma como indicador en el instrumento elaborado.

Durante muchos años, la incontinencia urinaria se ha asociado con la menopausia, aunque la literatura inicial no es concluyente. Algunas investigaciones realizadas en la década de 1980 informaron que aproximadamente 20% de mujeres de 45 años sufrían algún grado de incontinencia urinaria, mientras otras investigaciones reportaron hasta 9% en mujeres premenopáusicas y 12% en mujeres postmenopáusicas. Si bien es cierto, las preguntas realizadas solo buscaban obtener una respuesta



sobre la presencia o no de incontinencia urinaria o problemas de vejiga, estas correspondieron a 50,7% de pacientes, contrariamente a las realizadas por Hording⁽³¹⁾, donde no lograron identificar una mayor probabilidad de presentar incontinencia urinaria entre las mujeres premenopáusicas, lo cual fue ratificado por investigaciones realizadas por Hagstad y Milson^(32,33).

De acuerdo con el análisis de los resultados, se logró evidenciar que la atención durante el climaterio es crucial y debe ser considerada como el momento propicio para ofrecer medicina preventiva con el propósito de conservar la salud y permitir a las mujeres la posibilidad de planificar una vida saludable, tomando en cuenta el incremento en la expectativa de vida.

Las limitadas investigaciones no reportan datos consistentes respecto a las atenciones de las mujeres durante el climaterio en el primer nivel de atención, esto parece obedecer a diversos factores étnicos y sociales. Sin embargo, se calcula que más de un tercio de las mujeres requieren atención por parte de un médico general con el objetivo de atender y aliviar los síntomas que presentan las mujeres después de los 50 años y antes^(20,34). Por ello, el principal aporte del presente estudio recomienda la utilización de un instrumento de medición de fácil aplicación, que en la práctica ayude a identificar a las mujeres que tienen dificultades para adaptarse al climaterio y requieran una intervención especializada en forma oportuna.

Respecto a las limitaciones, se puede mencionar que la muestra empleada no es muy numerosa debido a la negativa de algunas pacientes de participar de la investigación. Asimismo, la naturaleza de las

preguntas del instrumento genera cierto rechazo y reservas de las pacientes a comentarlas durante la consulta. Asimismo, los síntomas a mediano plazo y la presencia de enfermedades crónicas prevalente no fueron considerados dentro del contenido.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el instrumento es un cuestionario breve, diseñado para evaluar y determinar la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. Ha sido validado en diferentes etapas, siendo el primer estudio de este tipo realizado en el Perú. Es un instrumento con una adecuada validez de contenido y consistencia interna que será útil para el manejo del climaterio y la menopausia en establecimientos de atención primaria.

Declaración: Declaramos que el material contenido en el manuscrito no ha sido publicado previamente ni remitido a otra revista biomédica.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la génesis de la idea, diseño de proyecto, recolección e interpretación de datos, análisis de resultados y preparación del manuscrito del presente trabajo de investigación.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Recibido: 17 de junio 2020

Aprobado: 23 de julio 2020

Correspondencia: Juan P. Matzumura Kasano

Dirección: Av. Javier Prado Este 1066. Torre B Piso 7, San Isidro, Lima-Perú.

Teléfono: 999008897

Correo: jmatzumura@yahoo.com



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lobo RA. Menopause and aging. En: Strauss J, Babieri R, editores. *Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology*. 8a ed. Filadelfia: Elsevier Inc.; 2018: 308-339.e8
2. Ahuja M. Age of menopause and determinants of menopause age: A PAN India survey by IMS. *J Midlife Health*. 2016; 7(3): 126-131. DOI: 10.4103/0976-7800.191012
3. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everton R, Gold EB et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern. Med*. 2015;175:531-39
4. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015; 44(3): 497-515. DOI: 10.1016/j.ecl.2015.05.001
5. Nelson SM, Messow MC, Wallace AM, Fleming R, McConnachie A. Nomogram for the decline in serum antimüllerian hormone: a population study of 9,601 infertility patients. *Fertil Steril*. 2011; 95(2): 736-741, e1-3. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2010.08.022
6. Gold EB. The timing of the age at which natural menopause occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38(3): 425-440. DOI: 10.1016/j.ogc.2011.05.002
7. Manson JE, Kaunitz AM. Menopause management—getting clinical care back on track. *N Engl J Med*. 2016; 374(9): 803-806. DOI: 10.1056/NEJMp1514242
8. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of symptoms of the menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015; 100(11): 3975-4011. DOI: 10.1210/jc.2015-2236
9. Caretto, M, Giannini, A, Simoncini, T, Genazzani, AR. Menopause and Ageing. En: Schenker JG, Sciarra JJ, Genazzani AR, Birkhaeuser M, editores. *Reproductive Medicine for Clinical Practice*. Reproductive Medicine for Clinicians. Volumen 1. Cham: Springer; 2018: 177-189. DOI: 10.1007/978-3-319-78009-2_15
10. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2017; 17(1): 128. DOI: 10.1186/s12905-017-0480-1
11. Baber RJ, Panay N, Fenton IMS Writing Group. IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19(2): 109-150. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
12. Goldstein S. An efficient tool for primary care management of menopause. *Can Fam Physician*. 2017; 63(4): 295-298
13. Phillippi JC, Barger MK. Midwives as primary care providers for women. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(3): 250-257. DOI: 10.1111/jmwh.12295
14. Van Dijk GM, Kavousi M, Troup J, Franco OH. Health issues for menopausal women: the top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*. 2015; 80(1): 24-30. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.09.013
15. Wilkinson JF, Short HL, Wilkinson S, Mander A. Commissioning for menopause specialist services: A local perspective: An internet-based survey to assess the potential demand for menopause care in West Cheshire and the skills of local primary care clinicians in this field, with a view to informing future commissioning locally. *Post Reprod Health*. 2015; 21(3): 98-104. DOI: 10.1177/2053369115595309
16. Abernethy K. Managing short-term menopausal symptoms. En: NICE guideline: Menopause: diagnosis and management. *Post Reprod Health*. 2016; 22(2): 63-66. DOI: 10.1177/2053369116648269
17. Potter B, Schrager S, Dalby J, Torell E, Hampton A. Menopause. *Prim Care*. 2018; 45(4): 625-641. DOI: 10.1016/j.pop.2018.08.001
18. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. med. Clin. Las Condes*. 2020; 31(1): 85-94. DOI: 10.1016/j.rmcl.2019.08.003
19. Kiing JS, Rajgor D, Toh TH. Topical Review: Mind Your Language-Translation Matters (A Narrative Review of Translation Challenges). *J Pediatr Psychol*. 2016; 41(10):1110-1119
20. Reyhani M, Kazemi A, Farajzadegan Z, Keshvari M. Design and psychometric analysis of a climacteric adjustment questionnaire for middle-age women. *Menopause* 2020; 27(3): 333-338. DOI: 10.1097/GME.0000000000001474
21. Vázquez F, Harzhein E, Terrasa S, Berra S. Validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del cuestionario Primary Care Assessment Tools: usuarios para la evaluación de la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria. *Aten. Primaria*. 2017; 49(2): 69-76. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.04.007
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Menopause: Clinical Guideline. Methods, evidence and recommendations (NG23). [Internet]. Version 1.5. Londres [actualizado 12 Nov 2015; citado 2 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/full-guideline-pdf-559549261>
23. Danielsen AK, Pommergaard HC, Burcharth J, Angenete E, Rosenberg J. Translation of questionnaires measuring health related quality of life is not standardized: A literature based research study. *PLoS One*. 2015; 10(5): e0127050. DOI: 10.1371/journal.pone.0127050
24. Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M, British Menopause Society and Women's Health Concern. The 2013 British Menopause Society and Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause Int*. 2013; 19(2): 59-68. DOI: 10.1177/1754045313489645
25. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Liu Z, Gracia CR. Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(5): 1095-1104. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318214f0de
26. Reed SD, Lampe JW, Qu C, Copeland WK, Gundersen G, Fuller S, et al. Premenopausal vasomotor symptoms in an ethnically diverse population. *Menopause*. 2014; 21(2): 153-158. DOI: 10.1097/GME.0b013e3182952228
27. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013; 20(9): 888-902 [quiz: 903-4]. DOI: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2
28. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014; 79(3): 349-354. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.07.013
29. Kravitz HM, Joffe H. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38(3): 567-86. DOI: 10.1016/j.ogc.2011.06.002
30. Zheng H, Harlow SD, Kravitz HM, Bromberger J, Buysse DJ, Matthews KA, et al. Actigraphy-defined measures of sleep and movement across the menstrual cycle in midlife menstruating women: Study of Women's Health Across the Nation Sleep Study. *Menopause*. 2015; 22(1): 66-74. DOI: 10.1097/GME.0000000000000249
31. Hørding U, Pedersen KH, Sidenius K, Hedegaard L. Urinary incontinence in 45-year-old women. An epidemiological survey. *Scand J Urol Nephrol*. 1986; 20(3): 183-186
32. Hagstad A, Janson PO. The epidemiology of climacteric symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1986; 134: 59-65
33. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. 1993; 149(6): 1459-1462
34. Lumsden MA, Davies M, Sarri G. Diagnosis and Management of Menopause: The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) Guideline. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(8): 1205-1206. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.2761

