

### Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio

---

Natacha Ortiz O\*, Catalina MarIÑO V\*\*, Blanca MÉndez C\*\*, Narda OlARTe E.\*\*\*, JuAn E. BLUMEL M.\*\*\*

#### RESUMEN

**Antecedentes:** en muchas mujeres, el climaterio deteriora la capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria. Pocos estudios han ponderado científicamente esta pérdida de calidad de vida.

**Objetivos:** Evaluar los cambios originados por el climaterio sobre la calidad de vida de un grupo de mujeres colombianas.

**Materiales y métodos:** Aplicamos el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia a 430 mujeres de 40 a 59 años, seleccionadas aleatoriamente en la ciudad de Bogotá.

**Resultados:** La calidad de vida se ve afectada por síntomas vasomotores; el puntaje de estos síntomas aumenta desde  $2.0 \pm 1.7$  en las premenopáusicas a  $3.6 \pm 2.2$  ( $p < 0.0001$ ) en aquellas con cinco o más años de menopausia. Las manifestaciones físicas del climaterio aumentan desde  $2.5 \pm 1.0$  a  $3.6 \pm 0.9$  ( $p < 0.0001$ ). La pérdida de calidad de vida por trastornos psíquico-sociales predomina, en cambio, en los primeros años de la menopausia ( $2.3 \pm 1.3$  a  $2.9 \pm 1.0$  en los cinco primeros años de menopausia), ( $p < 0.001$ ). No encontramos deterioro de la sexualidad con el climaterio.

**Conclusiones:** El climaterio deteriora la calidad de vida por síntomas vasomotores, psicosociales y físicos. A diferencia de lo clásicamente descrito, no observamos deterioro de la sexualidad, aunque sí disminución del número de mujeres sexualmente activas. Diferencias culturales o de estilos de vida, pueden explicar esta observación.

**Palabras clave:** Cuestionario específico de calidad de vida para la menopausia, climaterio, postmenopausia.

#### SUMMARY

**Background:** For many women, climateric deteriorates their capacity to live a personal, satisfactory life. Few studies have scientifically weighed such decrease in quality of life.

**Objectives:** To evaluate the quality of life changes exerted by the climateric in a group of Colombian women.

**Materials and methods:** The Specific Questionnaire of Quality of Life for Menopausal Women was applied to 430 women, aged 40 to 59, randomly selected, in Bogotá, Colombia.

**Results:** Quality of Life is affected by vasomotor symptoms. Scoring of this condition increases from  $2.0 \pm 1.7$  in premenopause to  $3.6 \pm 2.2$  for those women more than five years postmenopausal ( $p < 0.001$ ). Physical manifestations of climateric increase from  $2.5 \pm 1.0$  to  $3.6 \pm 0.9$  ( $p < 0.0001$ ). On the contrary, loss of quality of life from psychosocial disturbances prevails during early postmenopausal years ( $2.3 \pm 1.3$  during the first five years.  $P < 0.001$ ). No deterioration of sexuality related to menopause, was found.

**Conclusions:** The climateric negatively affects quality of life because of vasomotor, psychosocial and physical symptoms.

Contrary to classic concepts, we did not observe any deterioration of sexuality, but there was a decrease in the proportion of sexually active women. These observations could be probably related to cultural or life-style differences.

**Key words:** Specific Questionnaire of Quality of life for the Menopause, climateric, postmenopause.

## 1. Introducción

El concepto “calidad de vida” ha evolucionado desde una concepción netamente sociológica, en la cual se evaluaban indicadores como la posesión de automóvil, de electrodomésticos, etc., hacia una perspectiva psicosocial en la cual lo relevante es la satisfacción personal. Ambas posiciones se funden en la definición de calidad de vida que la OMS hace en 1994: “es la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro de/ contexto cultural y de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”<sup>1</sup>. En esta definición subyacen dos elementos esenciales: por un lado, su carácter subjetivo, enunciado como un sentimiento personal, un juicio o una comparación; por otro, su carácter multidimensional, abarcando aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociales, económicos, etc.

En la actualidad, está ampliamente aceptada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida. Sin embargo, cuando una enfermedad afecta a un individuo, el deterioro no sólo lo afecta a él, física o emocionalmente, sino también su capacidad económica, en el impacto del estado de salud sobre su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria<sup>2</sup>.

Específicamente, en el ámbito del climaterio, está claro que las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse también desde la perspectiva de la CVRS. No basta, por tanto, con identificar la presencia de bochornos u otro síntoma, sino que interesa la apreciación subjetiva de la mujer quien dirá si ve afectado o no su bienestar por esa molestia. Interesa conocer también, si los cambios psíquicos afectan su capacidad laboral, su capacidad de relacionarse con diferentes personas, etc.

Hay innumerables publicaciones sobre la sintomatología climatérica, pero son muy escasos los estudios que miden la influencia de ésta sobre la calidad de vida. De la misma manera, los pocos que hay, tampoco son unánimes en cuanto a los instrumentos de medida los cuales, en algunos casos, son de dudosa calidad. El Estudio GAZEL es un trabajo de investigación desarrollado en Francia, con 286 mujeres de la compañía de Gas y Electricidad de Francia<sup>3</sup>. Se utilizó como instrumento el Nottingham Health Profile, un instrumento de calidad de vida. Un inconveniente de este cuestionario es que las respuestas no son cuantificables por las pacientes, sino que sólo se responde “sí” o “no”, lo cual constituye un problema metodológico. Este estudio encontró que, tras corregir por edad, la mujer menopáusica presentaba una peor calidad de vida que la premenopáusica, para cuatro de las seis secciones

analizadas, concretamente aislamiento social, dolor, sueño y energía; todos ellos explicables por las molestias propias del climaterio.

Blümel y Castelo-Branco han publicado recientemente un estudio<sup>4</sup> el cual es el primero que utiliza un instrumento específico para el climaterio, y evalúa el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida. Tras incluir a 481 mujeres entre 40 y 59 años, los autores encuentran un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatéricas. Al aplicar regresión logística, muestran que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no depende de la edad ni de variables sociodemográficas como el estado civil, el número de hijos, la educación o el trabajo, sino esencialmente, de haber tenido o no el climaterio.

Con el objeto de conocer, en una población colombiana, la forma como el climaterio impacta a la calidad de vida, se planea el presente trabajo utilizando un instrumento específico para calidad de vida en el climaterio.

## 2. Material y métodos

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio de corte transversal descriptivo, el cual evalúa la calidad de vida con un instrumento específico para el climaterio. Se estudiaron mujeres entre 40 y 59 años de edad, residentes en el barrio Candelaria la Nueva en Bogotá, población integrada por los estratos dos y tres dentro del sistema general de seguridad social vigente en Colombia. De acuerdo al censo de 1993, 5.65% de las 81282 personas estimadas en ese barrio son mujeres. Entre 40 y 59 años, calculamos el universo a estudiar en 4551 mujeres. Si consideramos que el 50% de las mujeres presentan síntomas que deterioran la calidad de vida y deseamos una precisión de 5%, con un nivel de confianza de 95%, el tamaño de la muestra, obtenida con el Epi-Info 6.04, es de 359 mujeres; por razones de seguridad se amplió la muestra en 20% llegando a 430 el número de mujeres a encuestar.

La selección de la muestra se obtuvo por un método aleatorio simple. El barrio Candelaria la Nueva se dividió en 8 zonas y se procedió a escoger las casas a encuestar con la tabla de números aleatorios del Epiinfo 6.04. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de 40 a 59 años de edad, con estado de salud normal. Se excluyeron aquellas mujeres con menopausia quirúrgica o precoz, con amenorrea por embarazo o postparto y las usuarias de estrógenos y/o psicofármacos,

durante los últimos seis meses.

Como instrumento se usó el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia (Anexo A), conocido por su sigla inglesa MENQOL, Menopause Quality of Life<sup>5</sup>. Este test fue traducido en Chile al español con la técnica de “backward translate”, que consiste en traducir un texto y luego un nativo del idioma original lo transcribe nuevamente a esa lengua y posteriormente se vuelve a traducir al español. Con el objeto de evaluar la consistencia interna del texto traducido, se aplicó el test alfa de Cronbach a los cuatro dominios que tiene el MENQOL, observando en todos ellos una excelente correlación, lo cual validó la traducción de este instrumento al español. Junto a la aplicación de este cuestionario se consignaron datos como edad, fecha de última regla, antecedentes patológicos, quirúrgicos y farmacológicos. Desde el punto de vista del climaterio, las mujeres fueron clasificadas como premenopáusicas si tenían ciclos menstruales normales, perimenopáusicas si presentaban cambios del ciclo en el último año y postmenopáusicas si tenían más de un año de amenorrea. Este último grupo se dividió en postmenopáusicas con menos de cinco años y postmenopáusicas con cinco o más años<sup>6</sup>. A todas la encuestadas, se les pidió consentimiento informado antes de participar en el estudio.

**Análisis estadísticos:** Los datos fueron analizados con el programa Epi-Info 6.04 (Centers for Disease Control, USA; OMS, Suiza). Las diferencias entre los grupos fueron evaluadas con ANOVA de una vía. Las diferencias en porcentajes se evaluaron con el chi cuadrado. Los resultados se expresan como media  $\pm$  desviación estándar. Se considera significación estadística a  $p < 0.05$ .

### 3. Resultados

La edad de las mujeres encuestadas se observa en la Tabla I. El promedio fue de  $49 \pm 6$  años, con grupos equivalentes en los cuatros quinquenios en las cuales se dividió la población estudiada. Sesenta y uno por ciento eran casadas, 13.7% en unión libre, 10.5% separadas y 5.1% solteras. Noventa y cinco por ciento sabían leer, 46% tenían educación primaria. Cuarenta y tres por ciento tenían ocupación remunerada. Las viviendas, en el 90%, corresponden al estrato dos y el resto, al tres.

**Tabla I.** Distribución por grupo etéreo

| Edad (años) | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| 40 a 44     | 119        | 27.7       |
| 45 a 49     | 102        | 23.7       |
| 50 a 54     | 97         | 22.6       |
| 55 a 59     | 112        | 26.0       |
| Total       | 430        | 100        |

La Tabla II muestra la distribución de las encuestadas según etapas del climaterio. Treinta y seis por ciento son premenopáusicas, 23.5% perimenopáusicas y 39.8% postmenopáusicas.

**Tabla II.** Distribución por etapas del climaterio

| Etapas del climaterio | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Premenopausia         | 158        | 36.7       |
| Perimenopausia        | 101        | 23.5       |
| Postmenopausia        |            |            |
| <5 años               | 98         | 22.8       |
| >5 años               | 73         | 17.0       |
| Total                 | 430        | 100.0      |

En la tabla III se observa el porcentaje de mujeres que presentaron los veintinueve síntomas que evalúa el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia.

Se observa, en general, que la sintomatología considerada propia del climaterio aumenta sostenidamente desde la menopausia. Las tres primeras molestias, las cuales agrupan síntomas vasomotores, se presentan en una de cada cuatro mujeres mayores de 40 años, ya antes de la menopausia, pero a medida que avanza el climaterio, su prevalencia se duplica. Las siete siguientes, las cuales se relacionan con variables psicológicas, muestran resultados diferentes; la memoria y las actividades disminuyen, no observándose cambios significativos en el nerviosismo, tristeza, impaciencia o insatisfacción con la vida personal. La mayoría, aun cuando no todos los síntomas y/o signos de tipo físico, aumentan con la menopausia; hay aumento del meteorismo, dolores osteomusculares, cansancio físico, alteraciones del sueño, fuerza y resistencia física e incontinencia urinaria. Finalmente, no se observan cambios en las molestias vinculadas al área sexual, pero se aprecia que el porcentaje de mujeres sexualmente activas disminuye desde 13.3% en las premenopáusicas a 35.6% en las postmenopáusicas con más de 5 años de amenorrea ( $p < 0.0001$ ).

La sintomatología de la tabla III se agrupa en el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia en cuatro áreas o dominios: vasomotor - psicosocial - físico - sexual. En la tabla IV se observa que los síntomas climatéricos del área vasomotora y física deterioran significativamente la calidad de vida en la perimenopausia y que esta pérdida se prolonga en la postmenopausia. Interesantemente, los síntomas del área psicosocial, igualmente, aumentan inmediatamente después de la menopausia, pero después de 5 años disminuyen significativamente. No se observa en este estudio un deterioro de la calidad de vida relacionado con trastornos de la sexualidad.

**Tabla III. Prevalencia de síntomas en diferentes etapas del climaterio**

| Síntoma                 | Pre Menopausia | Peri menopausia | Menopausia < 5 años | menipausia > 5 años | p        |
|-------------------------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------|
| Oleadas de calor        | 28.0%          | 50.5%           | 64.3%               | 60.3%               | 0.0001   |
| Sudoración nocturna     | 26.0%          | 51.5%           | 58.2%               | 61.6%               | 0.0001   |
| Aumento sudoración      | 24.0%          | 46.5%           | 51.0%               | 52.1%               | 0.0001   |
| Descontento de la vida  | 16.5%          | 18.8%           | 22.4%               | 24.0%               | ns       |
| Nerviosismo             | 34.8%          | 36.6%           | 42.9%               | 46.6%               | ns       |
| Alteración memoria      | 34.8%          | 43.6%           | 63.3%               | 82.2%               | 0.0001   |
| Menor actividad         | 35.4%          | 41.6%           | 48.0%               | 64.4%               | 0.002    |
| Tristeza                | 41.8%          | 48.5%           | 43.9%               | 49.3%               | ns       |
| Impaciencia             | 39.2%          | 39.6%           | 38.8%               | 39.7%               | ns       |
| Necesidad de soledad    | 20.3%          | 27.8%           | 19.2%               | 16.4%               | 0.008    |
| Gases abdominales       | 46.8%          | 69.0%           | 72.4%               | 67.1%               | 0.0001   |
| Dolor óseo-muscular     | 49.0%          | 63.4%           | 67.3%               | 84.7%               | 0.0001   |
| Cansancio físico        | 51.3%          | 51.8%           | 52.7%               | 79.5%               | 0.0002   |
| Alteración del sueño    | 23.5%          | 39.6%           | 46.9%               | 42.5%               | 0.0004   |
| Cefalea                 | 60.0%          | 64.4%           | 58.2%               | 58.9%               | ns       |
| Menor fuerza muscular   | 32.3%          | 39.6%           | 52.0%               | 80.8%               | 0.0001   |
| Menor resistencia       | 29.1%          | 39.6%           | 59.2%               | 84.9%               | 0.0001   |
| Disminución energía     | 38.0%          | 38.0%           | 60.2%               | 86.3%               | 0.0001   |
| Resequedad de piel      | 62.8%          | 68.3%           | 73.5%               | 74.0%               | ns       |
| Aumento de peso         | 39.2%          | 49.5%           | 33.7%               | 41.1%               | ns       |
| Aumento de pelo         | 12.7%          | 11.9%           | 15.3%               | 15.1%               | ns       |
| Manchas y/o arrugas     | 50.0%          | 52.5%           | 68.4%               | 80.8%               | 0.0001   |
| Retención de líquido    | 27.2%          | 25.7%           | 33.7%               | 20.5%               | ns       |
| Dolor de cintura        | 51.9%          | 60.4%           | 54.1%               | 60.3%               | ns       |
| Aumento hábito urinario |                | 30.4%           | 36.6%               | 32.7%               | 47.9% ns |
| Incontinencia urinaria  | 39.9%          | 39.6%           | 44.9%               | 61.6%               | 0.01     |
| Cambio deseo sexual     | 25.3%          | 33.0%           | 31.2%               | 35.2%               | ns       |
| Sequedad vaginal        | 20.8%          | 25.8%           | 22.6%               | 25.4%               | ns       |
| Evita relación sexual   | 21.1%          | 32.3%           | 31.2%               | 28.6%               | ns       |
| Total mujeres           | 158            | 101             | 98                  | 430                 |          |

**Tabla IV. Calidad de vida en diferentes etapas del climaterio**

| Área o dominio | Pre Menopausia | Peri Menopausia | menopausia < 5años | menopausia > 5años | p      |
|----------------|----------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------|
| Vasomotora     | 2.0 ± 1.7      | 3.1 ± 2.0       | 3.5 ± 2.0          | 3.6 ± 2.2          | 0.0001 |
| Psicosocial    | 2.3 ± 1.3      | 2.4 ± 1.3       | 2.9 ± 1.0          | 2.1 ± 1.6          | 0.001  |
| Físico         | 2.5 ± 1.0      | 2.9 ± 1.0       | 3.2 ± 0.9          | 3.6 ± 0.9          | 0.0001 |
| Sexual         | 1.7 ± 11.4     | 2.1 ± 1.6       | 1.9 ± 1.8          | 2.0 ± 2.2          | ns     |

#### 4. Discusión

La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho tradicionalmente a partir de escalas clínicas, cuyo propósito principal ha sido proporcionar una medición cuantitativa de la eficacia de las intervenciones médicas. El índice de Blatt-Kupperman ha sido el referente

tradicional. Sin embargo, esta escala no refleja necesariamente, cómo las mujeres perciben esos síntomas o responden al tratamiento. Las deficiencias metodológicas han sido criticadas en la literatura reciente<sup>7</sup>. Entre las más destacadas, cabe mencionar la puntuación arbitraria de cada síntoma, la utilización de términos confusos tales como hormigueo y parestesia, y sobre todo, el error grave que supone sumar el puntaje de los síntomas, una maniobra estadísticamente incorrecta, si

antes no se ha garantizado la independencia completa de ellos.

Hilditch y cols<sup>5</sup>, propusieron un acercamiento distinto, directamente orientado a calidad de vida desde su inicio. Para ello presentaron un listado de 106 síntomas, a 88 mujeres climatéricas a fin de que eligieran los que consideraban relacionados, de manera clara con el climaterio. De esa forma, se incorporó la percepción de la paciente, un requisito básico en las valoraciones de calidad de vida. Al final se identificaron 29 síntomas, agrupados en cuatro áreas o dominios, siguiendo la terminología de Greene: vasomotor, psicosocial, físico y sexual. El resultado fue el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia, conocido por su sigla inglesa MENQOL (Menopause Quality of Life), un instrumento especialmente concebido para valorar calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres.

Al analizar las modificaciones de cada uno de los síntomas del Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia aplicado en el presente estudio a una población colombiana, observamos que los síntomas vasomotores seleccionados por Hilditch como propios del climaterio, aparecen también en estas mujeres en el período de la menopausia. No se observa igual concordancia con los síntomas psicosociales; no encontramos que aumenten durante el climaterio la tristeza, el nerviosismo, la impaciencia o el descontento con la vida personal, pero sí, pérdida de la memoria, aumento del deseo de soledad y menor nivel de actividades. Igualmente, varias manifestaciones físicas que el test considera, tampoco parecen aumentar durante el climaterio en estas mujeres: cefalea, sequedad de piel, aumento de peso, hirsutismo, etc. Mayor discrepancia aún observarnos en la sexualidad; no encontramos cambios significativos, aunque se observó un leve deterioro con la menopausia. Al agrupar los síntomas por áreas sintomáticas o dominios, sí se observa pérdida de la calidad de vida con el climaterio, originada en síntomas de tipo vaso motor, psicosocial y físico. Los síntomas agrupados en el dominio de la sexualidad no se deterioran durante el climaterio.

Es interesante destacar que el deterioro del área psicosocial se revierte después de cinco años de menopausia, hecho también encontrado por otros autores. Stewart, por ejemplo, ha mostrado que la ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, paranoia y psicoticismo, es mayor en la perimenopausia que en la postmenopausia<sup>8</sup>. Khan ha observado lo mismo, pero lo ha dicho de otra manera: las molestias psíquicas disminuyen después del cese definitivo de la función ovárica<sup>9</sup>. Igualmente, Blümel ha destacado el hecho de que la sintomatología climatérica de tipo psíquico aumenta antes de la menopausia y cede después de cinco años<sup>10</sup>. Nuestros resultados coinciden con los de estos autores.

Llama la atención el que no hayamos encontrado deterioro de la sexualidad. Nuestros resultados difieren no sólo de Hilditch, sino también de los obtenidos por Blümel con el

mismo test, el cual encuentra que la sexualidad se deteriora significativamente con el climaterio<sup>4</sup>. Estas diferencias poblacionales se reflejan en que mientras nosotros tuvimos 35% de mujeres sexualmente inactivas en el grupo con más de cinco años de menopausia otros estudios en Latinoamérica han encontrado que en ese período 50% de las mujeres están sexualmente inactivas<sup>11</sup>. Puede que las colombianas tengan diferencias culturales y/o de hábitos físicos o nutricionales que hagan que tengan menos deterioro sexual con el climaterio que el observado en otras latitudes. Collins considera que las variables culturales y el estilo de vida son más importantes que el estatus menopáusico en el bienestar psicológico de la mujer<sup>12</sup>. Otro estudio<sup>13</sup>, también destaca la importancia de lo sociocultural, mostrando que las mujeres japonesas tienen menos síntomas climatéricos que las norteamericanas. Pero estas diferencias podrían deberse no a variables culturales propiamente tales, sino a hábitos o costumbres de esos países, como la dieta o la actividad física. Así, se ha comunicado que la harina de soya disminuye los bochornos en mujeres postmenopáusicas<sup>14</sup> y que el ejercicio físico reduce la sintomatología física y psíquica del climaterio<sup>15</sup>. Una revisión de cinco estudios, los cuales evalúan el impacto del climaterio en diferentes culturas, concluye que existen enormes diferencias en la experiencia de la menopausia entre mujeres de la misma cultura y entre las distintas culturas y que los síntomas menopáusicos parecen ser causados por una combinación de cambios físicos, influencias culturales y percepciones individuales<sup>16</sup>.

Podríamos concluir este estudio, diciendo que el climaterio deteriora la calidad de vida de la mujer, pero que los instrumentos usados en otros países para medir esta pérdida no necesariamente detectarán los cambios en calidad de vida en la mujer colombiana. El dilema que se nos plantea es que si desarrollamos instrumentos propios, nuestros resultados no podrán ser comparados internacionalmente y si usamos instrumentos extranjeros, no detectaremos las peculiaridades del climaterio en nuestra población. Las sociedades científicas deberán ser el lugar donde se planteen estas diferencias y se adopten las conductas que deberemos seguir.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Quality of life assessment: International Perspectives. Berlin. Springer-Verlag. 1994.
2. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. Qual Life Res 1993; 2(6): 451-9.
3. Ledésert B, Ringa V, Bréart G. Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL cohort. Maturitas 1995; 20: 113-120.
4. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. Quality of life

- after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
5. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 1996; 24: 161-175.
  6. Punyahotra S, Dennerstein L, Lehert P. Menopausal experiences of that women. *Maturitas* 1997; 26: 1-7.
  7. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas* 1998; 29: 19-24.
  8. Stewart DE, Boydell K, Derzko C, Marshall V. Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22 (3): 213-20.
  9. Khan SA, Pace JE, Cox ML, Gau DW, Cox SA, Hodkinson HM. Climacteric symptoms in healthy middle-aged women. *Br J Clin Pract* 1994; 48(5): 240-2.
  10. Blumel JE, Roncagliolo ME, Gramegna G, Tacla X, Sepulveda H. Prevalencia de síntomas psíquicos y vasomotores en diferentes periodos del climaterio. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1997; 62(6): 412-8.
  11. Gramegna G, Blumel JE, Roncagliolo ME, Aracena B, Tacla X. Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Rev Med Chil*. 1998; 126: 162-68.
  12. Collins A, Landgren BM. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population-based study. *Maturitas* 1994; 20 (2-3): 101-11.
  13. Lock M. Menopause in cultural context. *Exp Gerontol* 1994; 29 (3-4): 307-17.
  14. Murkies AI, Lombard C, Strauss BJ, Wilcox G, Burger HG, Morton MS. Dietary flour supplementation decreases post-menopausal hot flushes: effect of soy and wheat. *Maturitas* 1995; 21(3): 189-95.
  15. Slaven L, Lee C. Mood and symptom reporting among middle-aged women: the relationship between menopausal status, hormone replacement therapy, and exercise participation. *Health Psychol* 1997; 16(3): 203-8.
  16. Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(8): 453-8.