Rev Obstet Ginecol Venez 2018;78(1): 28 - 40.

Calidad de vida en la posmenopausia: influencia del índice de masa corporal*

Drs. Yanara Mohtar Merlo[1], Luis Augusto Rodríguez Campos[1], Mireya González Blanco[2].

RESUMEN

Objetivo: *Evaluar la calidad de vida de las pacientes posmenopáusicas según el índice de masa corporal en la Maternidad Concepción Palacios entre febrero 2015-enero 2016.*
Métodos: *Estudio prospectivo, comparativo, transversal, que incluyó 254 posmenopáusicas. Previo consentimiento informado se aplicó la encuesta "Impact of Weight on Quality of Life-Lite"(IWQOL-Lite) para medir cualitativamente la calidad de vida relacionada con la salud. Se correlacionó con el índice de masa corporal y con las características clínicas.*
Resultados: *Se obtuvieron 65 mujeres con peso normal y 185 con índice de masa corporal elevado. La calidad de vida fue 36±9 puntos en las mujeres con normopeso, 60±34 en aquellas con obesidad II y 72±6 en las que tenían obesidad III. La afectación de todos los dominios al aumentar el índice de masa corporal fue significativa. La calidad de vida no se afectó por el tiempo de menopausia (p=0,189) ni con el uso (p=0,104) y duración de la terapia hormonal (p=0,996). La presencia de morbilidades asociadas deterioró la calidad de vida de 36±9 a 44±19 (p=0,001) y la puntuación se elevó con el índice de masa corporal. La actividad física solo mejoró el dominio de función física (16 ± 9 a 19 ± 9) (p=0,012).*
Conclusión: *Entre las mujeres posmenopáusicas hay una elevada frecuencia de sobrepeso y obesidad. La calidad de vida disminuyó a medida que aumentó el índice de masa corporal, no se relacionó con el tiempo de menopausia ni con el uso y duración de la terapia hormonal, pero si con las morbilidades asociadas.*

Palabras claves: *Obesidad, Menopausia, Calidad de Vida.*

SUMMARY

Objective: *To assess the quality of life of postmenopausal patients according to body mass index in the Maternidad Concepción Palacios hospital between February 2015 to January 2016.*
Methods: *A prospective, comparative, cross-sectional study, which included 254 postmenopausal. Prior informed consent, the obesity-specific Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) questionnaire was applied to assess the quality of life related to health. It was correlated with body mass index and clinical characteristics of menopause.*
Results: *65 women with normal weight and 185 with high body mass index were obtained. Quality of life was 36 ± 9 points in women with normal weight, 60 ± 34 in those with obesity II and 72 ± 6 in those with obesity III. The affectation of all the domains when increasing the body mass index was significant. Quality of life was not affected by the time of menopause (p = 0.189) or with the use (p = 0.104) and duration of hormonal therapy (p = 0.996). The presence of associated morbidities deteriorated the quality of life from 36 ± 9 to 44 ± 19 (p = 0.001) and the score was raised with the body mass index. Physical activity only improved the physical function domain (16 ± 9 to 19 ± 9) (p = 0.012).*
Conclusion: *Among postmenopausal women there is a high prevalence of overweight and obesity. Quality of life decreased as increased body mass index, it was not related to the time of menopause or the use and duration of hormone therapy and decrease with comorbidities.*

Keywords: *Obesity, Menopause, Quality of Life.*

INTRODUCCIÓN

La obesidad es el producto de la interacción de factores ambientales con diversos genes que predisponen a la ganancia de peso, lo cual conduce a un aumento de la ingesta de alimentos asociada a sedentarismo. Actualmente, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones epidémicas en las últimas décadas, tanto en los países desarrollados como aquellos en vías

[1]Especialistas en Obstetricia y Ginecología, egresados de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios. [2] Especialista en Obstetricia y Ginecología, Directora del Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios.
*Trabajo Especial de Grado presentado y aprobado en la Universidad Central de Venezuela para optar al Título de Especialista en Obstetricia y Ginecología.

de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, aproximadamente 1600 millones de adultos tienen sobrepeso y 400 millones de ellos son obesos y se estimó que para el año 2015 estas cifras aumentaron a 2300 millones y 700 millones respectivamente (1). De acuerdo al más reciente reporte de obesidad hecho por la OMS, Venezuela es el vigésimo cuarto país más gordo del planeta, al ubicar en 65,2 % a la población mayor de quince años con sobrepeso (1).

La obesidad constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas, con datos epidemiológicos que indican un aumento de la prevalencia en la mayor parte de los países del mundo, incluyendo Venezuela, donde las estadísticas sanitarias mundiales de la OMS para el año 2014, reflejan una prevalencia de la misma de 26,6 % para hombres y 34,8 % para mujeres (2). En tanto, las cifras de obesidad prácticamente se duplicaron entre 1980 y 2008 en todo el mundo. En América Latina y el Caribe, 23 % de la población adulta sufre de obesidad, por lo que ya no puede ser considerada como un fenómeno que solo se presenta en los grupos de mayores ingresos. En efecto, se ha podido observar que en varios países en desarrollo, la obesidad es más común entre los grupos socioeconómicos más vulnerables, y que, en varios países desarrollados y de ingresos medios, el consumo de alimentos poco saludables tiene una relación significativa con los bajos ingresos y un bajo nivel educacional (3).

La obesidad es un importante factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, diabetes, trastornos musculoesqueléticos como osteoartritis y algunos cánceres (endometrio, mama y colon en pacientes posmenopáusicas). Con el incremento del índice de masa corporal (IMC) se aumentan los riesgos de todas estas condiciones patológicas como resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales, que pueden ser prevenibles mediante modificaciones en el estilo de vida que deben ser promovidas a través de la intervención de los profesionales de la salud.

La menopausia es un proceso natural que marca una etapa de la vida de la mujer, como parte del envejecimiento. Un grupo de mujeres menopáusicas se presenta sin ningún síntoma, mientras que otro tiene síntomas moderados a severos y discapacitantes. La edad promedio de la misma varía entre 47-52 años. En Venezuela se ha calculado en 48,7 ± 4,6 años para el cese espontáneo de la menstruación, y de 43 ± 3,2 años para la menopausia quirúrgica (4).

El estado menopáusico de la mujer está determinado por el cese de la secreción ovárica de estrógenos y progestágenos, dando lugar a la desaparición del sangrado menstrual y a la aparición de un conjunto de modificaciones fisiológicas (4). Dicho estado afecta a todas las mujeres como parte del proceso natural de envejecimiento. La deficiencia de estrógenos está asociada a cambios fisiológicos y psicosociales, y provoca atrofia urogenital, disminución de la libido, pérdida de masa ósea y osteoporosis; aumento de la adiposidad abdominal, resistencia a la insulina y dislipidemia, factores que incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, como la enfermedad cardiovascular (4). Los síntomas menopáusicos, y en especial los que son percibidos como severos, afectan negativamente la calidad de vida. La obesidad y el sobrepeso han sido señalados como factores que influyen en la presencia de las manifestaciones climatéricas (5).

La obesidad no es nada deseable para la mujer posmenopáusica, y las medidas que se proponen para evitarlas son las mismas que para la mujer premenopáusica: restricción calórica y aumento del gasto energético. La combinación de una dieta baja en grasas y el ejercicio puede ser muy beneficiosa para reducir la adiposidad visceral y el riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas (6). En diferentes grupos poblacionales, se ha demostrado que la dieta cobra especial relevancia en la prevención de las mencionadas complicaciones. En este sentido, se puede afirmar que el fomento de una alimentación sana y equilibrada durante toda la vida es la mejor prevención posible, así como también constituye un tratamiento eficaz en el momento de la menopausia y tras ella. Es fundamental en esta etapa de riesgo metabólico, disminuir progresivamente el aporte de calorías diarias, aumentar el aporte de calcio y limitar el aporte de grasas saturadas. A través de una correcta alimentación la mujer climatérica puede prevenir patologías y lograr un envejecimiento saludable (6).

Se ha reportado en múltiples investigaciones la relación entre obesidad y calidad de vida en la menopausia, pero no en Venezuela, donde se desconoce si existe tal

relación en forma objetiva. Según la OMS, la incidencia de obesidad en Venezuela en personas adultas (mayores de 20 años), varía entre 26,6 % en el sexo masculino y 34,8 % en mujeres (2). El informe Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2012, presentado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), señala que, pese a la reducción de los índices de desnutrición en el país, la tendencia a la obesidad va en aumento (3). Por otro lado, en Venezuela, para el año 2007, la proporción de la población de sexo femenino fue de 13 690 447 y se calculó que 2 304 394 tenían 50 años y más, cifras que para el año 2015, se proyectaban en 15 493 362 con 2 409 636 de mujeres de 50 años y más. Entonces para ese año, una de cada 6 mujeres es peri o posmenopáusica (4). Esto señala la magnitud de la población que se beneficiará de poder determinar si las pacientes manifiestan deterioro considerable de la calidad de vida en la posmenopausia potenciado por la obesidad para contribuir con la disminución de las morbilidades asociadas, permitiendo el planteamiento de una línea de tratamiento médico de rutina en estas pacientes.

En el NHANES I, *Epidemiological Follow Up Study (The First National Health and Nutrition Examination Survey)* (7), las mujeres de 65 a 74 años con IMC superior a 29, experimentaron un aumento del 50 % en el riesgo de enfermedad coronaria con respecto a aquellas de la misma edad con IMC inferior a 21, y en el *Nurses' Health Study* (8), el IMC mayor o igual a 29 se asoció a un incremento del riesgo para sufrir un primer infarto de miocardio tanto mortal como no mortal. La asociación positiva entre peso corporal y la aparición de cáncer de mama también ha sido bien establecida en *The Nurses' Health Study* (8). El riesgo relativo de sufrir cáncer de mama se mantiene más alto en mujeres con IMC superior a 25, tanto durante el periodo perimenopáusico como en la posmenopausia.

Se ha encontrado una relación negativa entre el IMC y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente en aquellas dimensiones relacionadas con aspectos físicos y con el dolor (9), las diferencias más importantes se observan en personas con obesidad tipo II y III (10). Algunos autores han señalado que el exceso de peso se asocia con mayores problemas físicos y mentales (11). Las personas obesas presentan, de manera significativa, peores resultados de CVRS que las personas con peso normal, incluso cuando las primeras no han sido diagnosticadas de enfermedad crónica alguna (12). Un mayor IMC se asocia con una menor calidad de vida relacionada con la salud tanto en varones como en mujeres (13).

Pocos estudios abordan en la población general la pérdida de calidad de vida asociada al exceso de peso (14). Lynch y col. (15) llevaron a cabo un análisis que examina la asociación entre las categorías de peso y la CVRS en 5 grupos raciales/étnicos de las mujeres mayores y determinaron el grado de afectación emocional/psicológica (apoyo social, la carga del cuidador) y la salud física (diabetes, artrosis) y pudieron concluir que el aumento de peso afecta negativamente la CVRS física en mujeres posmenopáusicas pertenecientes a diversos grupos raciales. Factores de salud física-peso relevantes tienen un mayor impacto en la asociación peso-CVRS dado por factores emocionales/psicológicos. Por su parte, Imayama y col. (16) elegían al azar mujeres posmenopáusicas con sobrepeso y obesidad para cumplir una dieta durante 12 meses, diferenciando dos grupos de estudio y evidenciaron que los cambios después de 12 meses en la CVRS y los factores psicosociales difieren por grupo de intervención. El combinado dieta más ejercicio mejoró 4 aspectos de la CVRS (funcionamiento físico, rol físico, vitalidad y salud mental), y el estrés. El grupo de la dieta aumentó la puntuación en vitalidad, mientras que la CVRS no lo hizo. Cambios positivos en la depresión, el estrés y el apoyo social se asociaron de forma independiente con un aumento de la CVRS, aunados a los cambios en el peso y la capacidad aeróbica.

Entre las características de la calidad de vida (CV) se cuentan que es un concepto subjetivo, cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la felicidad. Es un concepto universal, las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas. Es un concepto holístico, la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo. Es un concepto dinámico, dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos: unas veces somos más felices y otras menos. Es interdependiente, los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma,

le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales (17).

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental han conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina y de la sociedad a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida. Esta, tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son la dimensión física, la psicológica y la social (17).

Para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se utilizan básicamente dos tipos de cuestionarios: genéricos (permiten su aplicación en diferentes patologías) y específicos (diseñados para un trastorno concreto). Ambos tipos de instrumentos han sido desarrollados mayoritariamente en EE.UU y en el Reino Unido. No obstante, en los últimos años, algunos de ellos han sido adaptados del inglés al castellano y posteriormente validados, con la finalidad de evaluar la asociación entre obesidad y dos aspectos de la CVRS: la autopercepción general de salud y el bienestar psicológico, mediante escalas de medida en pacientes adscritos a un centro de atención primaria y, en segundo lugar, intentar identificar las variables que se asocian con un deterioro de aquella (18).

Las pruebas de CV no solo servirán para seleccionar los tratamientos, sino también para monitorizar la eficacia del mismo, por lo que no es exagerado recomendar su exploración ante la instauración de cualquier medida terapéutica. Este tipo de prueba empieza a ser utilizado en la valoración de tratamientos farmacológicos de la obesidad y de patologías relacionadas con ella (hipertensión arterial, diabetes mellitus), para demostrar en estudios a doble ciego si la mejora de la CVRS obtenida con una reducción de peso o con una actuación terapéutica determinada, queda alterada con el fármaco en cuestión (19).

Aunque las primeros pruebas aplicadas para conocer el impacto de la obesidad sobre la calidad de vida eran globales, como el SF 36 *(Medical outcomes study-form health survey)*, SIP *(Sicknes impact profile)*, NHP *(Nottingham health profile)*, entre otros, actualmente se cuenta con pruebas específicos como el IWQOL (Impacto del peso en la calidad de vida), el cual fue diseñado y validado por Kolotkin y col. (19), con el fin de estudiar el efecto del peso sobre la CV, más que la CV *per se*. Se elaboró escogiendo 74 ítems que reflejaran las cuestiones referidas con más frecuencia en una encuesta de obesos, dividiéndolos después en 8 escalas según la dimensión que evaluaran: salud (14 ítems), vida social/interpersonal (11 ítems), trabajo (7 ítems), morbilidad (10 ítems), autoestima (10 ítems), vida sexual (6 ítems), actividades de la vida diaria (7 ítems) y satisfacción por la comida (9 ítems). En su versión original (inglés), esta prueba mostró tener buena consistencia interna ($\geq$ 0,90), confiabilidad test-retest ($\geq$ 0,83) y sensibilidad al cambio. En un estudio colombiano se reportó una consistencia interna con alfa de Cronbach $\geq$ 0,89; y una confiabilidad test-retest con coeficiente de correlación intraclase $\geq$ 0,85 (20). Acevedo y col. (21) evaluaron una versión en español de este cuestionario y concluyeron que la confiabilidad y validez fueron adecuadas. Bolado y col. (22) determinaron si este cuestionario es reproducible y sensible para identificar diferencias entre las clases de obesidad establecidas por la Organización Mundial de la Salud. Sus resultados mostraron una buena reproducibilidad y sensibilidad para identificar diferencias entre grupos de obesos y cambios luego de tratamiento. Este cuestionario ha sido utilizado en diversos países con objetivos clínicos y de investigación (ensayos clínicos de fármacos y tratamientos quirúrgicos para la obesidad). Posteriormente, fue modificado en el año 2002, simplificándolo a 31 ítems, lo que le confiere mayor simplicidad y sensibilidad (20).

Asumiendo por todo lo dicho que los obesos tienen alterada su CV, uno de los más interesantes motivos de utilizar los cuestionarios de CV es identificar el impacto de la pérdida de peso sobre ella: el peso antes de un tratamiento y el grado de pérdida de peso es importante para evaluar la mejoría de la CV. Desde que se comenzó a disponer de las herramientas necesarias para un conocimiento suficiente de la CV en las obesas, se hace necesario su uso en la práctica clínica, y no se puede hablar de éxito o fracaso de un determinado tratamiento aplicado para la obesidad sin contar con el sentir del propio enfermo (20). El presente estudio se hizo con el objetivo de evaluar la influencia del IMC sobre la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas que acuden a la Maternidad Concepción Palacios en el periodo comprendido entre febrero y noviembre 2015.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, de corte transversal. Se incluyó una muestra probabilística de 254 mujeres con posmenopausia natural o quirúrgica, de cualquier edad e índice de masa corporal. Se excluyeron pacientes con patologías diagnosticadas que produzcan obesidad secundaria (hipotiroidismo). Todas las pacientes firmaron un formulario de consentimiento informado.

Se aplicó una encuesta, *Spanish IWQOL-Lite*, generada por académicos de la *Obesity and Quality of Life Consulting* de Durham, publicada en 2002 y modificada en 2004 (20), a la cual se le agrega un formato de datos de identificación para fines de esta investigación. Las pacientes fueron clasificadas según el IMC y los resultados del IWQOL-Lite fueron analizados en forma comparativa según cada uno de los aspectos evaluados entre ambos grupos de estudio (pacientes con IMC normal y pacientes con sobrepeso y obesidad), incluyendo las características de la menopausia específicamente descritas por cada paciente evaluada. En caso de haberse respondido todas las preguntas, las puntuaciones de la prueba van desde un mínimo de 31, hasta 155. Se considera mejor calidad de vida mientras más bajas son las puntuaciones. Se estableció una escala cualitativa para facilitar la interpretación de los resultados, considerando que una puntuación de 31 a 51 se asocia a una excelente calidad de vida, entre 52 a 72 la calidad de vida es muy buena, de 73 a 93 es buena, entre 94 y 114 regular, 115 a 135 mala calidad de vida y mayor a 135 muy mala.

Se calculó la media y desviación estándar del IMC y la edad. La comparación de la calidad de vida e IMC, la relación entre IMC y años de menopausia, tiempo de uso de terapia hormonal y número de morbilidades, se llevó a cabo con la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Para la realización de actividad física, uso de terapia hormonal y presencia de morbilidades se usó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Se consideró un nivel de significación del 5 %. Se utilizó el paquete estadístico JMP-SAS, versión 12.

RESULTADOS

Se incluyeron 254 mujeres posmenopáusicas, las cuales fueron clasificadas según su IMC, los grupos predominantes estuvieron representados por las categorías de normopeso (65 mujeres, 25,6 %), sobrepeso (116 mujeres, 45,7 %) y obesidad I (51 mujeres, 20,1 %), según criterios de la OMS (Tabla 1).

Los resultados de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, discriminada según los cinco dominios, se presentan en la tabla 2. La calidad de vida promedio obtenida para el total de la muestra fue de 41 ± 17 (excelente calidad de vida), pudiéndose obtener una puntuación mínima de 31 en caso de responder todas las preguntas del cuestionario (mejor calidad de vida) y máxima de 155 (peor calidad de vida). En todos los dominios la afección fue leve, el más afectado fue la función física en el que se obtuvo 18 ± 10 puntos, con extremos de 11 y 55. Los dominios menos afectados fueron vida sexual y trabajo, ambos con 4 ± 2, con puntuaciones posibles entre 4 y 20.

En la tabla 3 se observa la calidad de vida en salud total y discriminada por dominios, según el índice de masa corporal. La CVRS fue de 36 ± 9 puntos en las

Tabla 1
Clasificación de la muestra según el índice de masa corporal

Índice de masa corporal	N	%
Bajo peso (<18)	4	1,6
Normopeso (18 – 24,9)	65	25,6
Sobrepeso (25 – 29,9)	116	45,7
Obesidad I (30 – 34,9)	51	20,1
Obesidad II (35 – 39,9)	16	6,3
Obesidad III (>40)	2	0,8

Tabla 2
Calidad de vida en salud discriminada por dominios.

Dominio	X ± DE	Puntuaciones extremas
Función física	18 ± 10	11 - 55
Autoestima	8 ± 4	7 - 35
Vida sexual	4 ± 2	4 -20
Preocupación en público	6 ± 2	5 - 25
Trabajo	4 ± 2	4 - 20
Calidad de vida en salud	41 ± 17	31 - 155

Tabla 3
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, según el índice de masa corporal.

	Bajo peso (n =4)	Normal (n =65)	Sobrepeso (n =116)	Obesidad I (n =51)	Obesidad II (n =16)	Obesidad III (n =2)	p
Función física	13 ± 3	15 ± 6	16 ± 7	21 ± 12	30 ± 17	39 ± 6	0,001
Autoestima	12 ± 10	8 ± 2	8 ± 3	10 ± 5	11 ± 8	12 ± 7	0,006
Vida sexual	3 ± 2	4 ± 1	4 ± 3	5 ± 3	5 ± 3	5 ± 1	0,047
Preocupación en público	5 ± 0	5 ± 1	5 ± 1	8 ± 6	9 ± 3	9 ± 3	0,001
Trabajo	4 ± 0	4 ± 1	4 ± 1	5 ± 2	6 ± 4	7 ± 1	0,001
Calidad de vida en salud	37 ± 14	36 ± 9	38 ± 11	47 ± 20	60 ± 34	72 ± 6	0,001

mujeres con normopeso, de 60 ± 34 en aquellas con obesidad II y de 72 ± 6 en las que tenían obesidad III (p=0,001). El cambio en la afectación de todos los dominios al aumentar el índice de masa corporal fue significativo. El menos afectado fue la vida sexual, con una puntuación promedio de 4 ± 1 en la categoría de peso normal y de 5 ± 3 en las obesas II y 5 ± 1 en las obesas III (p=0,047).

La CVRS fue de 40 ± 15 puntos en mujeres con 1 a 9 años de posmenopausia, y 41 ± 5 con 10 a 19 años. Fue de 41 ± 23 en aquellas con 20 a 29 años y de 51 ± 27 en las que tenían más de 30 años (p=0,189). En la vida sexual se obtuvo una puntuación de 5 ± 2 entre 1 y 9 años y la puntuación más baja fue de 3 ± 2 entre 20 y 29 años (p=0,001) (Tabla 4).

Solo 28 mujeres reportaron el uso de terapia hormonal. Estas obtuvieron una puntuación de 36 ± 11, mientras que las que no utilizaron terapia, la calidad de vida fue de 41 ± 17 (p=0,104). La duración de la terapia no afectó las puntuaciones en el cuestionario. Las tablas 5 y 6 presentan los resultados obtenidos en la CVRS según el uso y duración de la terapia hormonal.

La puntuación de CVRS obtenida por las pacientes sin morbilidades fue de 36 ± 9 y la de aquellas con morbilidades fue de 44 ± 19 (p=0,001). La CVRS se afectó negativamente en todos los dominios por la presencia de morbilidades, excepto en la vida sexual: la puntuación fue de 4 ± 2 en las mujeres sin morbilidades asociadas y 5 ± 3 en las que refirieron padecer alguna enfermedad (p=0,508). La tabla 7 presenta las puntuaciones obtenidas en los otros dominios.

Tabla 4
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, según el tiempo de menopausia.

Dominios/años	1-9 años (n = 140)	10-19 años (n = 75)	20-29 años (n = 30)	30-39 años (n = 9)	p
Función física	17 ± 8	19 ± 11	18 ± 11	27 ± 17	0,104
Autoestima	9 ± 4	8 ± 3	8 ± 5	9 ± 5	0,284
Vida sexual	5 ± 2	4 ± 3	3 ± 2	5 ± 3	0,001
Preocupación en público	6 ± 2	5 ± 2	6 ± 4	6 ± 2	0,899
Trabajo	4 ± 2	4 ± 1	5 ± 3	5 ± 2	0,775
Calidad de vida en salud	40 ± 15	41 ± 15	41 ± 23	51 ± 27	0,189

Tabla 5
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, según el uso de terapia hormonal.

	Si (n = 28)	No (n = 226)	p
Función física	16 ± 8	18 ± 10	0,416
Autoestima	8 ± 2	9 ± 4	0,107
Vida sexual	4 ± 2	5 ± 3	0,152
Preocupación en público	5 ± 1	6 ± 7	0,447
Trabajo	4 ± 1	5 ± 2	0,394
Calidad de vida en salud	36 ± 11	41 ± 17	0,104

Las morbilidades más frecuentes referidas por las encuestadas fueron la hipertensión arterial (105 pacientes/41,3 %), la diabetes (25 pacientes/9,8 %), artritis reumatoide (13 pacientes /5,1 %) y várices (9 pacientes/3,5 %). Entre las mujeres con una sola morbilidad se obtuvo una puntuación de 43 ± 18 y si presentaban dos o más 45 ± 25 (p=0,001) (Tabla 8).

Cuando se discrimina la calidad de vida entre las mujeres portadoras de morbilidades por dominios y según el IMC, se obtuvo una puntuación de 35 ± 7 (Excelente calidad de vida) en las que tienen el peso normal, de 62 ± 33 (Muy buena calidad de vida) en las obesas tipo II y de 76 (Buena calidad de vida) en la única paciente obesa tipo III en este grupo (p=0,001). Las diferencias fueron significativas en los dominios función física, autoestima, preocupación en público y trabajo. En vida sexual la puntuación fue 3 ± 2 en las de peso normal y de 6 ± 5 en las obesas tipo II (p=0,086) (Tabla 9).

Tabla 6
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, la duración de la terapia hormonal.

	< 1 año (n = 4)	1-4 años (n = 20)	5-10 años (n = 2)	> 10 años (n = 2)	p
Función física	15 ± 3	16 ± 10	18 ± 4	17 ± 3	0,970
Autoestima	7 ± 1	8 ± 2	7 ± 0	7 ± 0	0,896
Vida sexual	5 ± 1	4 ± 2	2 ± 1	4 ± 1	0,574
Preocupación en público	5 ± 0	5 ± 3	5 ± 0	5 ± 0	0,877
Trabajo	4 ± 0	4 ± 1	4 ± 0	4 ± 0	0,858
Calidad de vida en salud	35 ± 3	37 ± 13	36 ± 11	38 ± 2	0,996

Tabla 7
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, según la presencia de morbilidades.

	Con morbilidad (n = 155)	Sin morbilidad (n = 99)	p
Función física	20 ± 11	15 ± 7	0,001
Autoestima	9 ± 5	8 ± 2	0,007
Vida sexual	5 ± 3	4 ± 2	0,508
Preocupación en público	6 ± 3	5 ± 1	0,010
Trabajo	5 ± 2	4 ± 0	0,006
Calidad de vida en salud	44 ± 19	36 ± 9	0,001

Ciento seis mujeres refirieron realizar actividad física. Los ejercicios físicos reportados, en orden de frecuencia, fueron: caminar (73 mujeres / 68,8 %), trotar (11 mujeres/10,4 %), gimnasio (8 mujeres/ 7,6 %), bailoterapia (6 mujeres / 5,7 %), yoga (3 mujeres/ 2,83 %), otras (5 mujeres / 4,7 %). Entre quienes practicaban ejercicios, la puntuación promedio obtenida en el dominio función física fue de 16 ± 9, entre las que no hacían actividad física fue de 19 ± 10 (p=0,012). Como se puede ver en la tabla 10, las puntuaciones totales fueron de 39 ± 13 y 42 ± 19 respectivamente (p=0,189).

Cuando se discrimina la calidad de vida entre las

Tabla 8
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, según el número de morbilidades.

Dominios	Ninguna (n = 99)	Una (n = 123)	Dos o más (n = 32)	p
Función física	15 ± 7	19 ± 10	23 ± 13	0,001
Autoestima	8 ± 2	9 ± 5	9 ± 5	0,025
Vida sexual	4 ± 2	5 ± 3	4 ± 3	0,510
Preocupación en público	5 ± 1	6 ± 3	6 ± 4	0,035
Trabajo	4 ± 0	5 ± 2	5 ± 3	0,021
Calidad de vida en salud	36 ± 9	43 ± 18	45 ± 25	0,001

Tabla 9
Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con morbilidades asociadas, discriminada por dominios, según el índice de masa corporal

	Bajo peso (n =3)	Normal (n =31)	Sobrepeso (n =64)	Obesidad I (n =40)	Obesidad II (n =16)	Obesidad III (n = 1)	p
Función física	14 ± 4	15 ± 6	18 ± 8	22 ± 12	31 ± 15	35	0,001
Autoestima	14 ± 12	7 ± 1	8 ± 3	10 ± 6	11 ± 8	17	0,004
Vida sexual	3 ± 2	3 ± 2	4 ± 3	5 ± 4	6 ± 5	6	0,086
Preocupación en público	5 ± 0	5 ± 1	5 ± 1	6 ± 4	8 ± 6	11	0,016
Trabajo	4 ± 0	4 ± 1	5 ± 1	5 ± 3	6 ± 4	7	0,041
Calidad de vida relacionada en salud	39 ± 16	35 ± 7	41 ± 13	48 ± 22	62 ± 33	76	0,001

Tabla 10
Calidad de vida relacionada con la salud, según la práctica de actividad física.

	Si (n = 106)	No (n =148)	p
Función física	16 ± 9	19 ± 10	0,012
Autoestima	8 ± 3	9 ± 5	0,689
Vida sexual	5 ± 2	4 ± 3	0,593
Preocupación en público	5 ± 1	6 ± 3	0,792
Trabajo	4 ± 1	5 ± 2	0,303
Calidad de vida en salud	39 ± 13	42 ± 19	0,189

Tabla 11
Calidad de vida relacionada con la salud discriminada por dominios, según el índice de masa corporal, en mujeres que realizan actividad física.

	Bajo peso (n =2)	Normal (n =25)	Sobrepeso (n =49)	Obesidad I (n =22)	Obesidad II (n =8)	p
Función física	12 ± 1	13 ± 3	16 ± 7	20 ± 13	22 ± 14	0,093
Autoestima	7 ± 0	7 ± 1	8 ± 2	10 ± 5	8 ± 2	0,053
Vida sexual	4 ± 0	4 ± 1	5 ± 2	5 ± 4	5 ± 4	0,086
Preocupación en público	5 ± 0	5 ± 0	5 ± 1	6 ± 2	7 ± 3	0,045
Trabajo	5 ± 0	5 ± 0	5 ± 1	6 ± 2	7 ± 3	0,918
Calidad de vida relacionada en salud	32 ± 1	34 ± 5	38 ± 10	45 ± 20	46 ± 18	0,017

mujeres que realizan ejercicios según el IMC se obtuvo una puntuación de 34 ± 5 en las que tienen el peso normal y de 46 ± 18 en las obesas tipo II, ubicándose en la categoría de excelente calidad de vida pero dentro de este rango el deterioro fue estadísticamente significativo (p=0,017). Al discriminar por dominio se observa que la afectación no fue significativa en ninguno de ellos.

DISCUSIÓN

En Latinoamérica, la prevalencia de obesidad varía entre 9,9 % y 35,7 % y se relaciona en forma independiente con el estatus socioeconómico, nivel educacional bajo, sedentarismo y los malos hábitos de alimentación. Los grupos más afectados son las mujeres y la población que reside en áreas urbanas. La obesidad se ha convertido en una importante problemática en los últimos años, debido al aumento de la prevalencia y a su repercusión en entidades de interés para la salud pública. La prevalencia actual de la obesidad es más del doble de la observada en 1980, con predominio femenino (5).

En el presente estudio se determinó que la mayoría de la población se ubica dentro de la clasificación de sobrepeso de la OMS, seguido de normopeso. Sin embargo, un elevado porcentaje presenta índices de masa corporal que lo ubican en las categorías de obesidad, en total 69 mujeres que representan 27,2 % de la muestra, lo que se aproxima a las cifras de la OMS quienes establecen que para el año 2014, en Venezuela existían 34,8 % de mujeres obesas (2). Además, si se suman las 116 con sobrepeso se obtiene que 72,8 % de las posmenopáusicas tienen IMC por encima de la normalidad.

La importancia de identificar estas cifras radica en que se ha señalado que la calidad de vida relacionada con la salud en la posmenopausia se afecta sensiblemente por la obesidad. En este estudio se obtuvo un excelente nivel de calidad de vida general con puntuaciones bajas en cada dominio evaluado. Hay que recordar que el cuestionario utilizado establece puntuaciones mínimas de 31 si se contestan todos los ítems del mismo y máximas de 155. Se estableció una escala cualitativa para facilitar la interpretación de los resultados, considerando que una puntuación de 31 a 51 se asocia a una excelente calidad de vida, entre 52 a 72 la calidad de vida es muy buena, de 73 a 93 es buena, entre 94 y 114 regular, 115 a 135 mala calidad de vida y mayor a 135 muy mala. Las puntuaciones obtenidas están en la categoría de excelente.

Llama la atención las bajas puntuaciones obtenidas a pesar de incluirse mujeres de un medio socioeconómico bajo, lo cual podría asociarse a la percepción de una mala CV. Sin embargo, el instrumento empleado evalúa solo la CVRS. A este respecto, Stanbury y col. (23), señalan que el concepto de calidad de vida es muy amplio puesto que abarca diferentes ámbitos del ser humano. En el campo de la salud individual incluye aspectos físicos, emocionales, intelectuales, sociales, espirituales y del bienestar general. La armonía de estos factores facilita la productividad personal, el funcionamiento cognitivo y sexual. De la misma forma, permite el desempeño dentro de la pareja, la familia, el trabajo y la sociedad. Los autores continúan diciendo que un aspecto muy importante que se debe señalar es que la calidad de vida es diferente según los grados culturales, el ambiente,

las épocas y la percepción personal sobre lo que cada quien considera como felicidad y satisfacción de vivir. Asimismo abarca las percepciones y sentimientos de la persona con respecto a su pasado, presente y expectativas hacia el futuro. Esto puede explicar el hecho que se señaló anteriormente, en relación a que siendo mujeres de un nivel socioeconómico bajo, con dificultades personales desde ese punto de vista, sin embargo, obtengan puntuaciones bajas en el cuestionario y es por ello que, en situaciones de vida similares, dos mujeres pueden obtener puntuaciones diferentes y que mujeres con mejores condiciones de vida en un momento dado podrían tener puntuaciones más elevadas dado que la calidad de vida es un concepto subjetivo que depende de la percepción de cada individuo.

A pesar de haber obtenido una puntuación que corresponde a un elevado nivel de calidad de vida, al discriminar por IMC, se observa un aumento de las puntuaciones lo que se traduce como una reducción del nivel de calidad de vida, y esta reducción fue estadísticamente significativa en todos los dominios. La calidad de vida pasó de excelente a muy buena en el grupo de obsesas tipo II y a buena en el grupo de obesas tipo III. Los dominios más afectados con el aumento del IMC fueron la función física, la preocupación en público y el trabajo. La autoestima también varió significativamente, pero la vida sexual se afectó menos.

La función física en los obesos se afecta por varios factores, entre ellos trastornos ortopédicos, cardiorrespiratorios y psicológicos (depresión, baja autoestima), estas mismas razones influyen en el desempeño en el trabajo, fundamentalmente cuando el trabajo implica actividad física. La afectación es menor cuando el trabajo es más intelectual o académico (24).

En relación con la evaluación de la función sexual femenina, muchos factores intervienen, entre otros, factores biológicos/hormonales, emocionales y de pareja. En este sentido, el aumento del índice de masa corporal podría generar alteraciones en la percepción de la imagen propia, así como dificultades para la realización de algunos movimientos, lo que podría deteriorar la vida sexual (25).

Al evaluar la calidad de vida en todas sus dimensiones se tiene idea no solo del impacto de la menopausia en el bienestar de la mujer, sino también, del efecto que la obesidad tiene. En el caso de la mujer menopáusica, la disminución de los estrógenos y de la producción de andrógenos ováricos y adrenales relacionados con la edad, puede afectar significativamente su salud y en consecuencia el bienestar personal y produce un impacto de muy variada naturaleza que incide en las diferentes percepciones de los síntomas tales como síntomas vasomotores, cambios en el estado de ánimo, fatiga y alteraciones en las diferentes etapas de la función sexual. Todas las mujeres incluidas en el estudio son posmenopáusicas, de allí que las diferencias en la percepción de la calidad de vida en este grupo particular, no deben depender de los cambios hormonales, puesto que todas están en condiciones hormonales similares. Sin embargo, bien es sabido que el tejido graso es fuente de estrógenos, porque durante la menopausia la principal fuente de estrógenos endógenos es la aromatización de androstenediona a estrona en el tejido adiposo periférico y la conversión de estrona a estradiol, lo que paradójicamente no mejora los síntomas del hipoestrogenismo por ser la estrona biológicamente menos activa que el estradiol (26, 27).

A pesar de que los estrógenos periféricos podrían producir una reducción de los síntomas relacionados a la menopausia, está claramente establecido que el aumento del IMC se asocia a un deterioro de la calidad de vida que es independiente de la edad o la condición hormonal, dado por alteraciones en la función física, existiendo también una posible asociación con problemas para desarrollar actividades cotidianas y con problemas mentales como ansiedad o depresión (5).

En este grupo de pacientes se superponen los efectos de la condición posmenopáusica y los de la obesidad. Se conoce que la obesidad y el sobrepeso han sido señalados como factores que influyen en la presencia de las manifestaciones climatéricas. Por otra parte, se describe que los síntomas menopáusicos, y en especial los que son percibidos como severos, afectan negativamente la calidad de vida (5). Al evaluar la CVRS según el tiempo desde el inicio de la menopausia, en esta investigación, se mostró que esta variable no influyó en forma significativa. El único dominio que se vio afectado fue el de la vida sexual, lo cual probablemente está relacionado con el aumento de la edad. A este respecto, Stanbury y col. (23) describen que el interés por la

sexualidad y la capacidad de respuesta de la mujer menopáusica se afecta por múltiples factores, y es uno de ellos los problemas físicos relacionados con la edad y las dificultades provenientes de la duración y calidad de la relación de pareja, así como algunos factores de estrés y condiciones socioeconómicas. También influye la presencia de disfunciones sexuales o de enfermedades físicas en el compañero así como la ausencia de pareja.

La mayoría de los ensayos de intervención sobre la terapia de reemplazo hormonal y la distribución de la grasa corporal muestran que el tratamiento retrasa el aumento en la acumulación de tejido adiposo abdominal que se observa en las mujeres posmenopáusicas que no reciben tratamiento, lo que les proporciona una mejoría en la calidad de vida (28 - 30), sin embargo, en este estudio se evidenció que el uso de terapia hormonal no fue un factor determinante que condicione una adecuada mejoría en la calidad de vida en ninguno de los dominios. Se observaron puntuaciones más bajas en todos los dominios y en la calidad de vida total en usuarias de terapia pero los cambios no fueron significativos. Hay que destacar que solo 28 mujeres refirieron el uso de terapia hormonal, ello representa apenas 11,4 % de las entrevistadas, lo que probablemente explica que el efecto no pudiera ser observado. Como era de esperarse, la duración de la terapia tampoco influyó en la CVRS en este grupo de mujeres.

El estado de salud representa el determinante más importante en la calidad de vida de la mujer menopáusica. La obesidad, especialmente la obesidad abdominal, se ha relacionado con un incremento del riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular coronaria y cerebral, hipertensión arterial, alteraciones del aparato locomotor, trastornos respiratorios de tipo restrictivo e incluso aumento de riesgo de cáncer, especialmente cáncer de colon y cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas (5). En esta serie, las morbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial, la diabetes, la artritis reumatoide y las várices. La presencia de alguna morbilidad afectó negativamente la calidad de vida, subiendo la puntuación de 36 a 44 (p=0,001). Una vez más, y como era de esperarse, se afectaron todas las áreas de calidad de vida relacionada con la salud, menos la vida sexual, en contraste con ensayos realizados anteriormente donde se asocia hasta 68 % de insatisfacción sexual entre obesas (31). Adicionalmente, la presencia de más de una patología redujo la calidad de vida en forma significativa. Al evaluar la calidad de vida en mujeres con morbilidades asociadas según el IMC, se evidencia el deterioro de la misma a medida que aumenta el peso en las mujeres que participaron en esta investigación, el efecto del IMC es similar en todos los dominios excluyendo nuevamente la vida sexual. La calidad de vida de las mujeres con morbilidades asociadas pasó de ser excelente en pacientes con peso normal a muy buena calidad de vida en obesas tipo II.

En este estudio en particular, se demuestra que la calidad de vida mejora exclusivamente en el dominio de función física, si se realiza algún tipo de ejercicio de manera rutinaria, aunque se trate de una actividad física ligera o moderada. La calidad de vida resultó en el rango de excelente en todas ellas, aunque el aumento del IMC produjo una elevación de las puntuaciones lo que traduce una reducción en la CVRS. Este aumento fue relevante en la calidad de vida total y en el dominio preocupación en público. Esto puede deberse a trastornos de ansiedad, culpa, frustración, depresión, sentimientos de rechazo y vulnerabilidad y de inconformidad propia con respecto al aspecto físico sin atribuir la obesidad a ninguna personalidad o trastorno psiquiátrico característico. La mayoría de las pacientes refirió como ejercicio caminar. Esta actividad produce mejoría en el consumo de oxígeno por el organismo o en el proceso de generación de energía. Caminar representa el primer paso hacia la prevención de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus, estrés, entre otras). Se ha demostrado que la pérdida de peso conseguida mediante ejercicio físico regular, ya sea aeróbico o anaeróbico, produce una mejoría en las complicaciones antes mencionadas. Los programas de ejercicio de intensidad ligera - moderada consiguen mejorar el perfil metabólico y reducir el peso y la grasa corporal, mejorar la función endotelial, disminuir la incidencia de cáncer de mama en mujeres, reducir los valores de marcadores inflamatorios, mejorar síntomas ansioso-depresivos, incrementar la densidad mineral ósea y controlar las cifras de presión arterial en hipertensos (6). En el presente estudio no se estableció una rutina de ejercicios específica puesto que no era objetivo del mismo, los ejercicios físicos referidos con más frecuencia por las entrevistadas fueron caminar, trotar, gimnasio, bailoterapia y yoga; sin embargo, ninguna los refirió como parte de una rutina para perder peso. Queda abierta una línea de investigación que evalúe si la calidad de vida que se

ha demostrado en este trabajo que se deteriora con el aumento del IMC, se modifica con la pérdida de peso, bien sea mediante un régimen de ejercicios físicos o bien mediante instauración de un régimen dietético con apoyo nutricional.

Luego de analizar los resultados se puede concluir que entre las mujeres posmenopáusicas hay una elevada frecuencia de sobrepeso, la calidad de vida total relacionada con la salud fue considerada excelente según el instrumento utilizado, sin embargo, disminuyó a medida que aumentó el IMC. La CVRS no se relacionó con el tiempo de menopausia ni con el uso y duración de la terapia hormonal. La presencia de morbilidades redujo la CVRS. La práctica de actividad física mejoró las puntuaciones de CVRS solo en el dominio función física.

Los autores agradecen a los licenciados Douglas Angulo y Alberto Aché, asesores estadísticos, por su plena disposición y valiosa contribución.

REFERENCIAS

1. Velázquez E. Retiro de la sibutramina: Un paso atrás en el tratamiento de la obesidad. Rev Venez Endocrinol Metab. 2011;9(1):1-3.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. WHO (Internet). 2014 (citado 6 junio 2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
3. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. FAO. Sobrepeso y Obesidad. La otra cara de la malnutrición. 2012;1(1):12-13.
4. Fernández M, Molina R, Muñoz L, Lilue de Sáez M. Atención de la mujer. En: Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. p. 11-22.
5. Monterrosa A, Romero I, Paternina A. El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida. Salud Uninorte. 2014;30(2):180-191.
6. García F, Ferrer J, Baixauli A, Albalat R, Elvira L, Pablos C *et al*. Mejora a corto plazo del peso y calidad de vida de mujeres obesas posmenopáusicas mediante un programa ambulatorio de ejercicio físico. Med Clin (Barc). 2009;133(14):533-538.
7. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM, Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. JAMA. 1994;272(3):205-211.
8. GA, Manson JE, Hankinson SE. The Nurses' Health Study: 20-year contribution to the understanding of health among women. J Womens Health. 1997;6(1):49-62
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. WHO (Internet). 2004 (citado 6 jun 2015). Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
10. Yancy WS Jr, Olsen MK, Westman EC, Bosworth HB, Edelman D. Relationship between obesity and health-related quality of life in men. Obes Res. 2002;10(10):1057-1064.
11. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. J Gen Intern Med. 2000;15(11):789-796.
12. Huang IC, Frangakis C, Wu AW. The relationship of excess body weight and health related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. Int J Obes. 2006;30(8):1250-1259.
13. Jia H, Lubetkin EI. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. J Public Health (Oxf). 2005;27(2):156-164.
14. Kortt MA, Clarke PM. Estimating utility values for health states of overweight and obese individuals using the SF-36. Qual Life Res. 2005;14(10):2177-2185.
15. Lynch CP, McTigue K, Bost J, Tinker L, Vitolins M, Adams-Campbell L *et al.* Excess Weight and Physical Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women of Diverse Racial/Ethnic Backgrounds. J Womens Health. 2010;19(8):1449-1458.
16. Imayama I, Alfano C, Kong A, Foster-Schubert K, Bain C, Xiao L *et al.* Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: a randomized controlled trial. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8:118.
17. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-1409.
18. Monereo Megias S, Pavón de Paz I, Molina Baena B, Vega Pinero B, Alameda Hernando C, López de la Torre M. Health related quality of life (HRQoL) and obesity. Endocrinol Nutr. 2000;47(3):81-88.
19. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of the Impact Of Weight On Quality Of Life-Lite Questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. Qual Life Res. 2002;11(2):157-171.
20. Brazier JE, Kolotkin RL, Crosby RD, Williams R. Estimating a Preference-Based Single Index for the

Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) Instrument from the SF-6D. Value Health. 2004;7(4):490-498.
21. Acevedo J, Cepeda N. Evaluación de confiabilidad y validez de una versión en español del cuestionario breve "Impacto del peso en la calidad de vida" en pacientes de la clínica Reina Sofía en Bogotá. Años 2006-2008. Rev Medica Sanitas. 2009;12(3):18-35.
22. Bolado-García V, López J, González J, Comuzzie A. Reproducibilidad y sensibilidad del cuestionario "Impacto del peso en la calidad de vida" en mexicanos obesos. Gac Méd Méx. 2008;144(5):419-425.
23. Stanbury G, Segnini I, Perez L. Sistema nervioso central, sexualidad y calidad de vida. En: Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. p. 53-60.
24. Bastos A, González R, Molinero O, Saguero A. Obesidad, nutrición y actividad física. Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte. 2005;5(18):140-153.
25. Krychman ML. Obesity and sexual function. Menopause. 2015;22(11):1151-1152.
26. Wang Q, Hassager C, Ravn P, Wang S, Christiansen C. Total and regional body-composition changes in early postmenopausal women: age-related or menopausal related?. Am J Clin Nutr. 1994;60(6):843-848.
27. Lovejoy JC. The menopause and obesity. Prim Care. 2003;30(2):317-325.
28. Tchernof A, Poehlman ET, Despres JP: Body fat distribution, the menopausal transition and hormone replacement therapy. Diabetes Metab. 2000;26(1):12-20.
29. Aloia JF, Vaswani A, Russo L, Sheehan M, Flaster E. The influence of menopause and hormonal replacement on body cell mass and body fat mass. Am J Obstet Gynecol. 1995;172(3):896-900.
30. Haarbo J, Marslew U, Gotfredsen A, Christiansen C. Postmenopausal hormone replacement therapy prevents central distribution of body fat after menopause. Metabolism. 1991;40(12):1323-1326.
31. Odell WD, L'Hermite M. Releasing factors in the menopause. En: van Keep, PA, Greenblatt, RB, Albeaux-Fernet, M. Consensus on Menopause Research. Baltimore: MTP Press Limited; 1976. p. 9-10.

Recibido el 16/8/2017
Aprobado el 2/11/2017