

ORIGINALES

Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV

J. Buendía Bermejo^a, R. Rodríguez Segarra^b N. Yubero Bascuñana^b y V. Martínez Vizcaíno^c

^aCentros de Salud Cuenca III, ^bValverde de Júcar y ^cMotilla del Palancar. Cuenca.

Objetivo. Estimar la validez y fiabilidad de un cuestionario para medir la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas.
Diseño. Estudio observacional, transversal.

Emplazamiento. Tres zonas básicas de salud de la provincia de Cuenca.

Participantes. Doscientas tres mujeres menopáusicas de 44-60 años, elegidas mediante muestreo aleatorio simple.
Mediciones y resultados principales. A partir del análisis de diversas escalas de calidad de vida relacionada con la salud útiles para medir trastornos físicos unas, y psicológicos otras, se diseñó un cuestionario configurado por 85 ítems estructurados como una escala aditiva tipo Likert que exploraba 4 dimensiones (salud física, salud psíquica, entorno familiar y soporte social), y que a juicio de un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud reunía criterios de validez lógica y de validez de contenido para las diferentes esferas que suelen afectarse en la menopausia. Tras la administración del cuestionario a las mujeres participantes, se inició un proceso de depuración de ítems en el que fueron desechándose aquellos que presentaron una frecuencia de respuesta a alguna de sus 5 opciones inferior al 5% o superior a 95%, así como aquellos en los que la correlación interítems fue inferior a 0,20, analizándose además el comportamiento del coeficiente alfa de Cronbach si cada ítem fuera eliminado de la escala correspondiente. Finalmente, mediante técnicas de análisis factorial exploratorio (componentes principales), se valoró la distribución de los ítems en dimensiones, y se llegó a un cuestionario final conformado por 37 ítems distribuidos en 5 dimensiones a las que denominamos salud física, salud psíquica, entorno familiar, relaciones sexuales y soporte social. Este cuestionario mostró un valor alfa de Cronbach global de 0,84. Finalmente se analizaron las correlaciones existentes entre el sumatorio de puntuaciones de los ítems de cada una de las dimensiones, mostrando los coeficientes de correlación valores entre 0,08 y 0,69.

Conclusiones. El cuestionario MENCAV es el primero en español que valora la calidad de vida en las mujeres menopáusicas. Tras un análisis de la validez lógica y la validez de contenido por expertos, ha mostrado un alto grado de consistencia interna

Palabras clave: Menopausia. Cuestionario. Calidad de vida. Validación.

DESIGN AND VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE IN SPANISH TO MEASURE QUALITY OF LIFE IN POST-MENOPAUSAL WOMEN: THE MENCAV QUESTIONNAIRE

Objective. To calculate the validity and reliability of a questionnaire to measure the quality of life in post-menopausal women.

Design. Cross-sectional observation study.

Setting. Three health districts in the province of Cuenca.

Participants. 203 menopausal women between 44 and 60 years of age, chosen through simple randomised sampling.
Measurements and main results. On the basis of the analysis of various scales of health-related quality of life, some for measuring physical disorders, and others for psychological disorders, a questionnaire was designed. This had 85 items structured as a Likert-like additive scale and explored four dimensions (physical health, psychological health, family environment and social support). In the view of a multi-disciplinary group of health professionals, it met criteria of logical validity and validity of contents for the different spheres that are usually affected in the menopause. After the administration of the questionnaire to the women taking part, a process of «purging» items began, in which those items with a reply frequency to one of the five options of below 5% or above 95% were discarded. Also discarded were those items for which the inter-item correlation was below 0.20, with analysis too of the behaviour of the Cronbach's alpha coefficient as each item was eliminated from its scale. Finally, through exploratory factorial analysis techniques (main components), the distribution of the items in dimensions was evaluated. A final questionnaire made up of 37 items in 5 dimensions, which we named physical health, psychological health, family environment, sexual relationships and social support

was reached. This questionnaire had an overall Cronbach's alpha value of 0.84. Finally, the correlations existing between the sum of scores of the items on each of the dimensions were analysed. The correlation coefficients showed values between 0.08 and 0.69.

Conclusion. The MENCAV questionnaire is the first in Spanish which assesses quality of life in menopausal women. Experts analysed its logical validity and contents validity and found it had a high degree of internal consistency.

Key words: Menopause. Questionnaire. Quality of life. Validation.

(Aten Primaria 2001; 27: 94-100)

Proyecto financiado mediante beca de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

^aMédico de Familia, Centro de Salud de Valverde de Júcar (Cuenca).

^bTrabajadora social. Centro de Salud de Motilla del Palancar (Cuenca).

^cCatedrático de Salud Pública. Escuela de Enfermería de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.

Correspondencia: Rodolfo Rodríguez Segarra.

Centro de Salud de Valverde de Júcar. C/ Duque de Alarcón, s/n. 16100 Valverde de Júcar. Cuenca.

Correo electrónico: rosegan@nacom.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 25-X-2000.

Introducción

El aumento de la expectativa de vida de la población general debida a la mejora de las condiciones sociales y al avance de la tecnología médica ha hecho surgir un interés especial por estudiar la calidad de vida que presentan tanto la población general como determinados colectivos específicos. Uno de estos colectivos ha sido la mujer, y en especial la mujer en edad menopáusica, puesto que un largo período de su vida se desarrolla en esta etapa.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre calidad de vida en la mujer menopáusica ha tenido como principal objetivo analizar el efecto que en ésta tiene el tratamiento hormonal sustitutorio¹⁻⁵; sin embargo, son muy pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida diseñados, no sólo como una medida de resultados de ensayos clínicos, sino también para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) puede conceptualizarse como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los sucesos que una persona puede presentar como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento⁶. En España, en los últimos años han ido surgiendo diversas publicaciones que estudiaban la CVRS tanto en la población general como en colectivos con patologías crónicas^{7,8}. Sin

embargo, no existe ningún instrumento de medición de calidad de vida en la mujer menopáusica que haya sido traducido o validado en castellano.

Por otra parte, aunque existen algunos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud específicos para la menopausia en lengua inglesa, solamente el MENQOL⁹ reúne los apartados que tradicionalmente incluye cualquier cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud, ya que otros anteriores como el de Kupperman¹⁰, y una versión posterior del mismo desarrollada por Neugarten y Kraines¹¹, más que medir la calidad de vida en la menopausia lo que pretenden es desarrollar índices de síntomas. Por lo tanto, siendo el MENQOL el único cuestionario que se adaptaría a nuestros objetivos, al ser un instrumento diseñado para ser autoadministrado, e incluir escalas analógicas visuales en el mismo, pensamos que no es un instrumento adecuado para una población de bajo nivel cultural como es la de nuestro medio rural, y por lo tanto creímos necesario el diseño y validación de un nuevo instrumento que se adecuara a las características de nuestra población.

Nuestro estudio tiene por objetivo diseñar y validar un cuestionario en castellano específico para medir la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres menopáusicas.

Material y métodos

Diseño

Estudio observacional, transversal.

Población de estudio

Tomando como marco muestral el Padrón Municipal de Habitantes de 1996, se obtuvo una muestra aleatoria simple de 350 mujeres mayores de 44 años y menores de 60 años residentes en 3 zonas básicas de salud (ZBS) rurales de la provincia de Cuenca (España). Todas las seleccionadas, además, debían de

cumplir el requisito de que hubieran transcurrido más de 6 meses desde la presentación del último período.

Para el cálculo del tamaño muestral, más que considerar el número de individuos necesario para la validación del instrumento –generalmente es suficiente con un reducido número de sujetos–, se calculó un número de individuos suficiente para una estimación poblacional de la calidad de vida de nuestras mujeres menopáusicas. Se utilizó un nivel de confianza del 95% para nuestras estimaciones, una precisión de $\pm 5\%$ y un valor de p y q del 50%.

Instrumento de medida. Selección de ítems

Tomando como punto de partida el estado del conocimiento clínico acerca de los síntomas^{12,13} y de las actitudes relacionados con la menopausia^{14,15}, y tras el análisis de diferentes cuestionarios (The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire⁹, Inventario de Calidad de Vida [Riaño]¹⁶, Cuestionario de Salud General de Goldberg-28¹⁷, Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton¹⁸, The Perceived Stress Scale [PSS]¹⁹, versión española del Beck Depression Inventory²⁰, Depression Adjective Checklist [DACL]²¹, Escala Auto-aplicada para la Evaluación de la Depresión de Zung y Conde^{22,23}, The General Well-Being Schedule²⁴), se elaboró un primer borrador con 213 ítems estructurados como una escala aditiva tipo Likert²⁵ con 4 dimensiones (salud física, salud psíquica, relaciones de pareja y soporte social).

Cada ítem presentaba cinco posibles respuestas puntuables de 1 a 5, donde 5 correspondía al valor máximo de significado negativo de la pregunta. Las opciones de respuesta tenían tres tipos de redacción según se midiera frecuencia, intensidad o satisfacción.

Al cuestionario se le añadió una introducción relativa a datos sociodemográficos, en los que se incluía una pregunta respecto al tipo de medicamentos consumidos. Tras un primer análisis semántico y de validez de contenido, se eliminaron 119 ítems, quedando un cuestionario con 94 ítems.

Posteriormente, el cuestionario se administró mediante entrevista a 12 mujeres elegidas al azar entre las usuarias de los 3 centros de salud de los que posteriormente se seleccionó la muestra de mujeres participantes en el estudio. El cuestionario fue administrado por una

entrevistadora, entrenada según normas dictadas en un manual para entrevistadores creado por el equipo investigador.

Un experto en cuestionarios de calidad de vida valoró la validez lógica del cuestionario, desecharlo 9 ítems y modificando el enunciado de otros, quedando al final 85 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones: salud física (17 ítems), salud mental (39 ítems), relaciones de pareja (13 ítems) y soporte social (16 ítems).

Administración del cuestionario

Cada mujer seleccionada fue citada mediante carta por correo, en la que se exponían las razones del proyecto de investigación y se les invitaba a participar. A todas se les realizó un segundo aviso, vía telefónica, recordándoles la fecha de citación.

Análisis de datos

El procesamiento y análisis fue realizado mediante el paquete estadístico SPSS. Los datos fueron introducidos independientemente por 2 miembros del equipo investigador, y posteriormente fueron comparados para detectar posibles errores en el procesado. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias de respuestas obtenidas por cada una de las 5 opciones posibles por ítem, eliminándose aquellos en los que la frecuencia de alguna de las alternativas de respuesta fue inferior al 5% o superior al 95% por su bajo poder de discriminación.

La depuración de los ítems de cada escala se llevó a cabo teniendo en cuenta varios criterios. En primer lugar, la correlación interítems de una escala (desechándose aquellos que mostraron un coeficiente de correlación inferior a 0,20 con 2 o más ítems). De los ítems que superaban ese primer criterio, se valoraba por un lado el coeficiente de correlación corregido ítem-ítem total (coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación de un ítem de la escala y la suma de puntuaciones de los restantes ítems), y al mismo tiempo la modificación del coeficiente de fiabilidad α de Cronbach si el ítem se eliminara. Teniendo en cuenta estos dos criterios, se valoraba su permanencia o no en el cuestionario, considerando además si el ítem era de especial importancia para la validez lógica y de contenido de la escala.

TABLA 1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Estado civil	
Casada	88,2%
Viuda	6,4%
Soltera	4,4%
Divorciada	1%
Número de hijos	
Mínimo	0
Máximo	8
Media	2,55
Nivel de estudios	
Primarios	84,7%
Ninguno	10,8%
Medios	3,4%
Superiores	1%
Habito tabáquico	
No fumadoras	97%
Fumadoras	3%
Trabajo remunerado	
No	80,8%
Sí	19,2%
Causa de la menopausia	
Natural	88,2%
Quirúrgica	11,8%

En caso de que después del proceso de depuración no se consiguiera un coeficiente α para la escala de 0,60, se tomaba la decisión de eliminarla en su totalidad, ya que consideramos que en ese caso los ítems no mostraban la suficiente consistencia²⁶.

Finalmente se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (de componentes principales) de cada una de las 4 escalas para determinar si cada una de ellas podía considerarse integrante de una misma escala global o por el contrario no se integraban en un solo factor²⁷.

Resultados

Descripción de la población

Del total de 350 mujeres invitadas, aceptaron participar 259 (tasa de respuesta, 74%), de las cuales 56 (21,6%) no reunían criterios de inclusión debido a que no habían transcurrido 6 meses desde la presentación del último período, quedando por tanto 203

TABLA 2. Número de ítems, α de Cronbach y media de correlación interítems de las escalas inicial y final en el proceso de diseño del cuestionario MENCAV

	Escala inicial			Dimensiones finales		
	N.º de ítems	α	Correlación interítems media	N.º de ítems	α	Correlación interítems media
Salud física	17	0,7721	0,1780	10	0,7161	0,2083
Salud psicológica	39	0,9016	0,1971	9	0,8591	0,4032
Relaciones sexuales	(*)	(*)	(*)	4	0,7171	0,3874
Relaciones de pareja	13	0,6318	0,1165	4	0,8387	0,5663
Soporte social	16	0,7237	0,1461	10	0,7121	0,2081
Total	85	0,9141		37	0,8471	

*La dimensión relaciones sexuales no existía en la versión inicial del cuestionario.

TABLA 3. Correlaciones entre las puntuaciones totales de cada dimensión del cuestionario MENCAV

Dimensión	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sexuales	Relaciones de pareja	Soporte social
Salud física	1,000				
Salud psicológica	0,619 ^b	1,000			
Relaciones sexuales	0,232 ^b	0,342 ^b	1,000		
Relaciones de pareja	0,151 ^a	0,365 ^b	0,267 ^b	1,000	
Soporte social	0,211 ^b	0,342 ^b	0,082	0,308 ^b	1,000

^aCorrelación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

^bCorrelación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

mujeres. Las que no respondieron no diferían ni en el promedio de edad, ni en la situación laboral y nivel de estudios de las que lo hicieron.

La edad de las 203 encuestadas estaba comprendida entre 44 y 60 años (media, 54,5; IC del 95%, 53,98-55,01). La edad de inicio de la menopausia estaba comprendida entre 31 y 58 años (media, 48,65; IC del 95%, 48,07-49,23).

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la población de estudio destacando que las mujeres participantes eran mayoritariamente casadas, con más de 2 hijos en promedio, con estudios primarios, que no trabajan fuera de casa, en su mayoría no fumadoras y en las que la menopausia ha sucedido por causas naturales.

El tiempo medio de administración del cuestionario fue de 22 minutos.

Análisis de fiabilidad

Salud física. Contaba inicialmente con 17 ítems, presentando un valor α de Cronbach de 0,77. Al eliminar los de menos correlación entre sí, quedaron 11 ítems (α , 0,73). El análisis factorial indicó la existencia de 5 componentes principales, de los cuales el primero explicaba un 23,35% de la variancia e incluía 10 de los 11 ítems. Se eliminó un ítem quedando configurada la dimensión final con 10 ítems y un valor α de 0,72.

Salud mental. Inicialmente constaba de 39 ítems, y un valor α de 0,90. El análisis factorial identificó 2 factores, el primero de los cuales explicaba un 24,32% de la variancia y el segundo el 6,67%. Una vez estudiado el contenido de los ítems, los explicados por el primer componente correspondían al concepto «ansiedad/depresión»,

TABLA 4. Correlación ítem-ítem total de los ítems del cuestionario MENCAV distribuidos por dimensiones

Salud física (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)	Correlación ítem-ítem total
1. Dolores y calambres musculares	0,47
2. Hormigueo en las manos	0,35
3. Dolores de cabeza	0,35
4. Dolores o molestias en la espalda	0,44
5. Incapacidad para andar tanto como los demás	0,31
6. Escozor al orinar	0,34
7. Palpitaciones	0,30
8. Sudores fríos	0,39
9. Mareos	0,50
10. En general, cómo diría que es su salud en relación a antes de la menopausia	0,37
Salud psíquica (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)	
1. Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales	0,56
2. Tiene la sensación de que todo se le viene encima	0,68
3. Se nota nerviosa y a punto de explotar	0,57
4. Ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados	0,66
5. Se siente satisfecha de sí misma	0,47
6. Piensa que haga lo que haga todo le sale mal	0,67
7. Se encuentra tan desanimada que no le apetece hacer nada	0,58
8. Piensa que la vida no vale la pena vivirla	0,51
9. Se ha sentido triste o deprimida	0,57
Relaciones sexuales (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)	
1. La frecuencia de sus relaciones sexuales es	0,33
2. ¿Podría decir que sus relaciones sexuales son satisfactorias?	0,55
3. ¿Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen?	0,56
4. ¿Ha perdido interés por sus relaciones sexuales?	0,67
Relaciones de pareja (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)	
1. ¿Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja?	0,76
2. ¿Se considera necesaria como esposa?	0,55
3. ¿Confía en su marido?	0,82
4. ¿Le da su marido oportunidades para opinar?	0,59
Soporte social (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)	
1. ¿Visita a sus amistades habitualmente?	0,39
2. ¿Encuentra con quién pasar sus ratos libres?	0,35
3. ¿Suele ir a las actividades, charlas, etc. que se organizan en su localidad?	0,33
4. ¿Cómo considera su vida social?	0,50
5. ¿Sale a entretenerse?	0,45
6. ¿Se siente útil para la gente?	0,35
7. Se siente comprendida por los demás	0,43
8. Sus relaciones sociales son	0,31
9. ¿Le gusta estar rodeada de amigos?	0,34
10. ¿Llama por teléfono a familiares y amigos?	0,36

con un valor α de Cronbach de 0,86 y unas correlaciones ítem-total superiores a 0,47.

Los 4 ítems incluidos por el segundo componente dan lugar a una nueva dimensión que deno-

minamos «relaciones sexuales», un aspecto que inicialmente habíamos incluido dentro de la di-

mensión salud mental, pero que el análisis estadístico nos indicó que constituía un constructo diferente. Esta dimensión mostró un α de 0,72 y elevadas correlaciones inter-ítems, así como entre los ítems y el total de la subescala.

Relaciones de pareja. Contaba en principio con 13 ítems, el α de Cronbach fue de 0,63, mostrando correlaciones bajas entre la mayoría de los ítems, así como bajas correlaciones ítem-total, excepto para cuatro de ellos, que además fueron identificados a través del análisis de componentes principales como incluidos en el primer componente, que justificaba un 22,82% de la variancia. Esta escala reducida a 4 ítems mostró un α de Cronbach de 0,84 y unas correlaciones interítems e ítem-total de escala muy elevadas. El estudio del contenido de estos ítems mostró que hacían relación a «relaciones de pareja», por lo que se le modificó el primitivo nombre de «relaciones familiares».

Soporte social. Los 16 ítems mostraban un valor α de 0,72 y unas correlaciones interítems moderadas. Una gran parte de los ítems estaban incluidos en el primer componente que nos mostró el análisis factorial, y que explicaba el 21,22% de la variancia. Este análisis, combinado con la reducción de ítems considerando la elevación del coeficiente α en caso de eliminación, nos permitió reducir la dimensión a 10 ítems, con un valor α aceptable (0,71).

En la tabla 2 se muestra la reducción en el número de ítems para cada dimensión, el valor α de Cronbach correspondiente, así como el promedio de la correlación interítems.

Con la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems de cada escala se obtuvo una puntuación global para cada una de las dimensiones del cuestionario, analizándose las corre-

laciones entre estas puntuaciones globales, mostrando valores aceptables entre todas las dimensiones excepto entre «relaciones sexuales» y «soporte social» (tabla 3).

El resultado final fue un cuestionario compuesto por 37 ítems distribuidos en 5 dimensiones: salud física (10 ítems), salud mental (9 ítems), relaciones sexuales (4 ítems), relaciones de pareja (4 ítems) y soporte social (10 ítems). Estimamos que este cuestionario podría ser administrado en unos 10-15 minutos. Los ítems del cuestionario y su distribución en cada una de las dimensiones, así como las correlaciones ítem-total, se muestran en la tabla 4.

Discusión

La menopausia no es una enfermedad, sino una etapa de la vida, y los cambios que se producen en ella son tan complejos que para valorar la calidad de vida en esta etapa no sólo se deben considerar los fenómenos que ocurren en el área física, sino también en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer.

Hasta el momento actual, los intentos de medir los cambios de la menopausia han consistido más bien en catálogos de síntomas como el índice desarrollado por Neugarten y Kraines¹¹ o como la escala de síntomas desarrollada por Greene a partir de este último índice²⁸. Estas escalas tienen la ventaja de permitir comparaciones con estudios antiguos, pero no fueron diseñadas para medir el efecto de la menopausia sobre la calidad de vida.

Otro intento de medir calidad de vida en la menopausia fue el de Wiklund¹, que pretendía combinar diferentes instrumentos de medida de calidad de vida preexistentes para, con todos ellos, medir diversos aspectos de la calidad de vida en la menopausia. La ventaja de este enfoque es el uso de instrumentos con propiedades

psicométricas muy conocidas y evaluadas. Las desventajas son, por un lado, la falta de dimensiones específicas para las mujeres menopáusicas de estos instrumentos, ya que fueron diseñados para la población general, y por otro la gran cantidad de tiempo necesario para responder a los más de 100 ítems de que se compone, lo cual lo hace poco viable tanto para la práctica clínica diaria como para estudios epidemiológicos con amplio tamaño muestral.

Por último, en el ámbito anglosajón es bastante conocido un cuestionario desarrollado por Hilditch et al⁹, el MENQOL, un cuestionario autoadministrado estructurado como una escala de Likert con 4 dimensiones (vasomotora, física, psicosocial y sexual) y compuesto por 30 ítems.

Nuestro cuestionario es el primer instrumento en lengua castellana específico para evaluar la calidad de vida en la mujer menopáusica. Dado el escaso numero de ítems de que se compone, y su facilidad y rapidez de administración, puede ser un instrumento valioso para utilizarlo tanto en la clínica de atención primaria como en estudios epidemiológicos poblacionales, y como medida de resultados en ensayos clínicos para valorar la eficacia de intervenciones terapéuticas en la menopausia.

La validación de un cuestionario de este tipo es un largo proceso que se inicia con la selección de ítems, la estructuración de las dimensiones de los mismos y la verificación de esta estructura mediante el análisis factorial.

La selección de cuestionarios fuente de los ítems del cuestionario MENCAV se compone a partes iguales de instrumentos de depresión-ansiedad y de cuestionarios genéricos de salud. Esto quizás refleja la composición de los pocos cuestionarios de calidad de vida en la menopausia, y evidentemente puede condicionar el enfoque con que se orienta este instru-

mento de medición. Parece claro que si la fuente de ítems hubiese reflejado otra proporción en los contenidos de éstos, el resultado hubiese podido ser diferente, pero entendemos que esas son las dos vertientes que más pueden interesar al clínico e incluso en los estudios poblacionales de un cuestionario sobre menopausia. Posiblemente en el futuro sea posible contrastar este cuestionario frente a otros destinados también de modo específico a mujeres menopáusicas, y entonces será cuando podamos valorar el posible sesgo que suponga el haber establecido los instrumentos fuente de los ítems del presente cuestionario. Como comentábamos en el apartado «Resultados», el proceso de reducción de datos nos condujo a una escala compuesta por 5 dimensiones (tabla 4). Si comparamos la consistencia interna de nuestro instrumento con la que presentan otros cuestionarios ya validados para medir calidad de vida, observamos que el valor del α de Cronbach para la escala global (0,84) es bastante aceptable. Algo parecido ocurre con cada una de las dimensiones en que se estructura el cuestionario, ya que los valores de este coeficiente oscilan entre 0,71 y 0,86.

Estos resultados de consistencia interna son similares a los que suelen presentar los estudios de validación de cuestionarios de calidad de vida. Así, por ejemplo, Hlidich et al., en el cuestionario MENQOL⁹, obtuvieron valores de 0,81-0,89 en cada una de las 4 dimensiones de que se compone.

El hecho de que nuestro cuestionario analizado globalmente presente una buena consistencia interna denota que puede utilizarse para valorar la menopausia como un concepto global, como un único constructo. Además es posible que nuestro instrumento funcione bien como una escala aditiva, y en el desarrollo posterior del mismo podamos crear un índice global de afectación de la calidad de vida en

la mujer menopáusica y, además, podamos establecer en este índice una puntuación a partir de la cual quepa considerar a una mujer como de riesgo en el proceso de la menopausia por el deterioro de la calidad de vida que este proceso está significando.

Durante la elaboración de nuestro cuestionario, el análisis factorial nos ha conducido a una escala con 5 dimensiones algo diferentes a aquellas en que se estructuran otros instrumentos. Así, por ejemplo, el MENQOL consta de 4 dimensiones: física, vasomotora, psicosocial y sexual. Analizando los ítems de ambos cuestionarios, podemos considerar que las dimensiones física y vasomotora del MENQOL en nuestro cuestionario se contemplan en una sola dimensión, salud física, lo cual desde el punto de vista clínico parece lógico, y así parece evidenciarlo el aceptable grado de consistencia interna presenta esta dimensión. Otra particularidad reseñable en nuestro cuestionario es que pretende evaluar el impacto de la menopausia en el seno de las relaciones de pareja. Este constructo, que de alguna manera está contemplado en otros instrumentos dentro de dimensiones más globales, tal vez por la importancia de la familia, o más precisamente de la pareja en la estructura social de los pueblos mediterráneos, ha sido identificado por el análisis factorial como una dimensión diferente que denominamos relaciones de pareja. Entre las principales limitaciones de nuestro estudio cabe reseñar que la gran homogeneidad de la muestra en cuanto a su procedencia (medio rural), así como sus características sociodemográficas, sobre todo en lo referente al nivel de estudios, nos ha impedido iniciar otros análisis estadísticos que relacionen un mayor o menor afectación inducida por la menopausia con estas variables. Esta misma homogeneidad nos debe hacer actuar con cautela a la hora de apli-

car este cuestionario en un medio distinto a aquel en que ha sido probado. Sin embargo, el hecho de que nuestra muestra haya sido seleccionada por métodos aleatorios, hace pensar que este instrumento funcione de forma parecida al menos en la población no urbana del área mediterránea.

Otra limitación importante, que puede ser objeto de estudios posteriores, es que no se ha administrado el cuestionario a población de mujeres premenopáusicas, lo que permitiría valorar la capacidad para discriminar en cuanto a calidad de vida entre un grupo y otro.

Quizá convenga reseñar como una posible limitación de nuestro cuestionario el que no ha respetado las opciones de respuesta de los ítems en los cuestionarios de procedencia. La razón de este hecho es la disparidad de formas de respuesta que hubiera supuesto a nuestro cuestionario, ya que algunas preguntas proceden de ítems que se contestan mediante escalas visuales analógicas, otros de respuesta dicotómica, otros de escalas tipo Likert, etc. Creímos que, además de poseer propiedades psicométricas adecuadas, el cuestionario debe tener una apariencia atractiva para el que lo ha de usar.

Por último, dada la naturaleza de algunos de los ítems del cuestionario, quizás hubiera parecido más razonable iniciar este estudio por un análisis cualitativo de tipo antropológico para conocer cómo se vive la menopausia en nuestras poblaciones, cuáles son los conocimientos e implicaciones de este proceso en las mujeres que lo presentan, etc., lo que con toda probabilidad hubiera supuesto una fuente de ítems más adaptados a nuestro medio. Sin embargo, este tipo de estudio hubiese supuesto retrasar la aparición de este instrumento 2 o 3 años, y consideramos que era urgente disponer de un cuestionario como el que presentamos para poder evaluar el

impacto de actividades dirigidas a la menopausia que ya se están llevando a cabo, y de las que solamente se puede hacer una valoración de actividades realizadas, pero no de resultados en las mujeres. En cualquier caso este tipo de estudio antropológico nos parece una prioridad de investigación absoluta en atención primaria, y la razón de por qué no se está realizando quizás sea por el desconocimiento de las técnicas de investigación cualitativa que padecemos. En estos momentos nuestro grupo se encuentra desarrollando el proyecto para valorar la validez de criterio del cuestionario MENCAV, comparando las puntuaciones que ofrece este cuestionario en diferentes mujeres con las que ofrecerían los expertos en las diferentes áreas que estudia el cuestionario.

En conclusión, el cuestionario MENCAV se ha desarrollado a partir de un pool de 213 ítems que tras un proceso de reducción y depuración quedó definitivamente en 37 ítems estructurados en 5 dimensiones. Pensamos que la escala que presentamos puede servir para dar respuesta a una necesidad palpable en la práctica clínica diaria de nuestros centros de salud como es evaluar el impacto de la menopausia en nuestras pacientes con un instrumento válido, fiable y de rápida administración.

Bibliografía

1. Wiklund I, Holst J, Karlberg J, Samsoe G, Sandin K, Uvebrant M. A new methodological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 1992; 14: 211-224.
2. Wiklund I, Karlberg J, Mattsson LA. Quality of life of menopausal women on regimen of transdermal estradiol therapy: a double blind placebo controlled study. *Am J Obst Gynecol* 1993; 168: 824-829.
3. Utia W. Menopause hormone therapy and quality of life. *Prog Clin Biol Res* 1989; 320: 193-209.
4. Martínez Anta FJ, Valera Prado E, Suárez Peña S. Menopausia y terapia hormonal sustitutiva: prevalencia en el municipio de Lugo. *Aten Primaria* 1994; 14: 24-27.
5. Daly E, Gray A, Barlow D, McPherson K, Roche M, Vessey M. Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *Br Med J* 1993; 307: 836-840.
6. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
7. Badia X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Ediciones y Publicaciones Universitarias, SA, 1996.
8. Martínez Vizcaíno V, Lozano Muñoz A, García Navalón P, Cruz López MV, Martínez García AB, Ponce Alonso J et al. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Aten Primaria* 1999; 24: 267-273.
9. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Van Maris B, Ross A, Franssen E. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24: 161-175.
10. Kupperman HS, Blatt MHG, Wiesbaden H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol* 1953; 13: 688-703.
11. Neugarten BL, Kraines RJ. «Menopausal symptoms» in women of various ages. *Psychosom Med* 1965; 28: 266-278.
12. McKinlay SM, Jefferys M. The menopausal syndrome. *Br J Prev Soc Med* 1974; 28: 108-115.
13. Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1025-1028.
14. Hunter M, Battersby R, Whitebread M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986; 8: 217-228.
15. Avis NE, McKinley SM. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13: 65-79.
16. Riaño G, Ibáñez F. Inventario de Calidad de Vida. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1992; 19: 148-161.
17. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-145.
18. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Psychol* 1967; 6: 278-296.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.
20. Bonicatto S, Dew AM, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatr Res* 1998; 79: 277-285.
21. Lubin B. Adjective checklist for measurement of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 57-62.
22. Conde V, Escribà JA, Izquierdo JA. Evaluación estadística y adaptación al castellano de la escala autoaplicada de Zung para la depresión. *Arch Neurobiol* 1970; 33: 185-206.
23. Conde V, Escribà JA, Izquierdo JA. Evaluación estadística y adaptación al castellano de la escala autoaplicada de Zung para la depresión II. *Arch Neurobiol* 1970; 33: 281-302.
24. Dupuy H. The general well-being schedule. En: McDowell I, Newell C, editores. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York: Oxford University Press, 1987.
25. Streiner DL, Norman GR. *Health measurements scales. A practical guide to their development and use* (2.ª ed.). Oxford: Oxford University Press, 1989.
26. Henserson ME, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. *How to measure attitudes*. Londres: Sage Pub., 1987.
27. Comrey A. *Manual de análisis factorial*. Madrid: Cátedra, 1985.
28. Greene J. A factor analytic study of climacteric symptoms. *J Psychosom Res* 1976; 20: 425-430.