

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO*

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Lilian Muñoz

Enfermera-Matrona. Clínica Santa María, Chile

Loreto Villa

Enfermera-Matrona. Clínica Las Lilas, Chile

Alejandra Araya**

Enfermera-Matrona, candidata a PhD. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería UC, Chile

María Teresa Urrutia

Enfermera-Matrona, Magíster en Nutrición, PhD. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería UC, Chile

Artículo recibido el 4 de marzo, 2010. Aceptado en versión corregida el 16 de mayo, 2010

RESUMEN

*El Síndrome de Ovario Poliquístico [SOP] es una enfermedad crónica de relevancia debido a sus complicaciones y a la disminución de la calidad de vida en las mujeres afectadas. Objetivo: conocer el efecto del SOP en la calidad de vida de un grupo de mujeres chilenas. Metodología: estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra intencionada de 80 mujeres. La calidad de vida se mide con el instrumento Health-Related Quality of Life Questionnaire for women with Polycystic Ovary Syndrome [PCOSQ]. Para el análisis de los datos se utilizan medidas de tendencia central. Resultados: la edad promedio es 24.2 + 6.3 años. Un 62.5% reporta regular a mala calidad de vida. Los dominios de calidad de vida más afectados son las alteraciones menstruales (98.75%) y las emociones (98.75%); seguidas del vello corporal (90%), peso (86.25%) e infertilidad (73.75%). Conclusiones: el SOP afecta la calidad de vida de las mujeres en sus distintos dominios. Conocer la calidad de vida de las mujeres con SOP contribuye al manejo adecuado de este síndrome, así como a disminuir la probabilidad de desarrollo de la morbilidad asociada. **Palabras clave:** calidad de vida, síndrome del ovario poliquístico, mujer, enfermedad crónica.*

ABSTRACT

*The Polycystic Ovary Syndrome [PCOS] is a chronic disease of relevance due to its complications and to decrease of the quality of life among affected women. Aim: to identify the effect of PCOS on the quality of life among Chilean women. Methodology: descriptive study with purposive sample of 80 females. The quality of life was measured by Health-Related Quality of Life Questionnaire for women with Polycystic Ovary Syndrome [PCOSQ]. Central tendency was used for the analysis of the data. Results: the average age was 24.2 + 6.3 years. The most frequently domains of the quality of life were menstrual problems (98.75%) and emotions (98.75%); following by body hair (90%), weight (86.25%), and infertility (73.75%). Conclusions: the SOP affects the quality of life of women with PCOS in their different domains. To know the quality life of the women with SOP can contribute to have an adequate management of the SOP as well as to decrease the possibility to develop co morbidity associated with SOP. **Key words:** quality of life, polycystic ovary syndrome, women, chronic disease.*

* Proyecto "Calidad de vida en un grupo de mujeres chilenas con síndrome de ovario poliquístico", investigación autofinanciada.

** correspondencia e-mail: aarayagu@uc.cl

INTRODUCCION

El Síndrome de Ovario Poliquístico [SOP] afecta mundialmente entre un 5 a 10% de la población femenina en edad reproductiva (Ching, Burke, & Stuckey, 2007; Del Río V et al., 2006; Marx & Mehta, 2003), convirtiéndose en la alteración endocrina más común de este período. En Chile, la prevalencia estimada es de 10-15% (Vigil, 2002). El SOP se caracteriza por la presencia de anovulación crónica, hiperandrogenismo e insulino-resistencia (Elsenbruch et al., 2003; Franks, 1995). El factor genético es una de las causas conocidas del SOP (Frank et al., 1998; McCook, Reame, & Thatcher, 2005) y, por lo general, los hallazgos clínicos tienen un comienzo postpuberal (Apablaza, 2000; Snyder, 2006; Talbott et al., 2007). Las manifestaciones clínicas más frecuentes del SOP son: amenorrea, hirsutismo, obesidad, acné, seborrea, acantosis nigricans e infertilidad (Adams & Deitch, 2005; Ching et al., 2007; Clayton, Lipton, Elford, Rustin, & Sherr, 2005; Elsenbruch et al., 2003; Emans, Laufer, & Goldstein, 2000; Pérez et al., 2003; Trent, Rich, Austin, & Gordon, 2003).

Las mujeres con SOP presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedades tales como: trastornos metabólicos, diabetes mellitus tipo 2 [DMII], obesidad, dislipidemia, riesgo cardiovascular, cáncer endometrial e infertilidad (Adams & Deitch, 2005; Coffey & Mason, 2003; Elsenbruch et al., 2003; Snyder, 2006; Talbott et al., 2007). Debido a que el SOP es una enfermedad crónica, el tratamiento del síndrome está directamente dirigido a mejorar el manejo de los síntomas y a la Calidad de Vida [CV] de este grupo de mujeres (McCook et al., 2005).

La medición de la CV se ha incorporado como un valioso indicador para describir las necesidades de las mujeres con SOP y para evaluar el impacto de las intervenciones educativas realizadas en este grupo. El foco de las investigaciones en esta área han sido la fisiopatología y el tratamiento farmacológico del síndrome (McCook

et al., 2005). Sin embargo, existen pocas publicaciones que describan la CV de las mujeres con SOP en población latina.

La CV es definida como un concepto multidimensional, que involucra aspectos físicos, psicológicos y sociales. La literatura señala que la CV se encuentra ligada a factores culturales, identidad femenina y creencias religiosas propias de cada población en estudio (Aguirre, Benvenuto, & Urrutia, 2005; Schmid, Kirchengast, Vytiska-Binstorfer, & Huber, 2004). La CV de las mujeres con SOP es un parámetro difícil de evaluar, debido a la variedad de su sintomatología y al tiempo que las mujeres viven con esta condición, en ocasiones bastante prolongado (Jones, Hall, Balen, & Ledger, 2008; Trent, Rich, Austin, & Gordon, 2002).

La literatura es consistente en señalar que las mujeres con SOP muestran una significativa disminución de su CV (Ching et al., 2007; Elsenbruch et al., 2003; Hahn et al., 2005; Trent et al., 2002, Trent, Rich, Austin, & Gordon, 2003). Las áreas de la CV más afectadas en las mujeres con SOP son las emociones, el sobrepeso, los problemas menstruales, la infertilidad y la satisfacción sexual (Barnard et al., 2007; Coffey & Mason, 2003). Estos estudios se han realizado principalmente en población norteamericana y europea. Dada la importancia de la cultura en la evaluación de la CV, el objetivo de esta investigación es conocer cómo se ven afectados los distintos dominios de la CV en un grupo de mujeres chilenas con SOP, con el propósito de contribuir al rol de la Enfermera - Matrona en el conocimiento del impacto del SOP en la calidad de vida de las mujeres.

METODOLOGÍA

Estudio analítico de corte transversal, en una muestra intencionada de ochenta mujeres de un centro privado de atención de la ciudad de Santiago, que son atendidas durante los meses de julio a diciembre del año 2003. Los criterios de inclusión son diagnóstico de SOP y ausencia de otra enfermedad crónica.

Con el objetivo de extraer las variables descriptivas y de la sintomatología, se utiliza la ficha clínica y un cuestionario. El cuestionario se aplica en una sala privada de un centro privado de atención ambulatoria. Para medir CV se utiliza el instrumento *Health-Related Quality of Life Questionnaire [PCOSQ] for women with Polycystic Ovary Syndrome* (Cronin et al., 1998). El PCOSQ mide el impacto de los síntomas en el funcionamiento diario de las mujeres en las últimas dos semanas. Consta de 26 preguntas, medidas con escala de Likert de siete alternativas (7 = función óptima y 1 = peor función) agrupadas en cinco dominios: emociones, vello corporal, infertilidad, peso y problemas menstruales. Este instrumento ha sido validado previamente (Coffey, Bano, & Mason, 2006; Guyatt, Weaver, Cronin, Dooley, & Azziz, 2004; Jones et al., 2004; Wong, Cronin, Griffith, Irvine, & Guyatt, 2001) y ha sido ampliamente utilizado por múltiples autores (Alvarez-Blasco, Barnard et al., 2007; Botella-Carretero, San Millan, & Escobar-Morreale, 2006; Elsenbruch et al., 2003; Hahn et al., 2005; Himelein & Thatcher, 2006; Legro, 2007; Schmid et al., 2004; Trent et al., 2002). La confiabilidad de este instrumento, en este grupo de estudio, es de un Alpha de Cronbach de 0.88. Para determinar el nivel de la calidad de vida, se calculan los percentiles (p) del puntaje total generándose los siguientes rangos: Buena calidad de vida ($p \geq 75$; puntaje total ≥ 143); Regular ($p \geq 50$ y < 75 ; puntaje total ≥ 104 hasta 142); y Mala ($p < 50$; puntaje total < 104). El grado de deterioro se determina de la siguiente manera: sin deterioro (puntaje máximo de cada dominio); deterioro leve ($p > 75$); deterioro moderado ($\geq p 50$ y $< p 75$); y deterioro severo ($< p 50$). Para fines de este estudio, la versión original del instrumento PCOSQ fue sometido a *back translation*, en donde fue primero traducido del idioma inglés al español por una persona bilingüe y, posteriormente, del español al inglés por otra persona, logrando de esta manera asegurar la concordancia entre la

versión original y la traducida. Se solicita consentimiento informado a cada una de las mujeres que participan en el estudio. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS 12.0 para la obtención de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

La edad promedio de la muestra es de 24.2 ± 6.3 años con un rango entre 13 y 39 años. El 83.7% de las mujeres es soltera y el 16.3% restante casada. El grado de escolaridad promedio es de 14.7 ± 2.4 años. El 53.75% de las mujeres son estudiantes y el 46.25% restante reporta algún tipo de actividad laboral remunerada. El promedio de tiempo con presencia de signos o síntomas asociados al SOP es de 3.9 ± 1.6 años, con un rango entre 0 a 7 años. La edad de inicio y frecuencia de la sintomatología se presentan en la Tabla 1.

Con respecto al nivel de la calidad de vida, un 50% de las mujeres reporta una CV regular, el 37.5% buena y el 12.5% una mala CV. En relación al grado de deterioro de cada uno de los dominios de la CV, un 98.75% de las mujeres de este estudio presenta algún grado de deterioro en el dominio alteraciones menstruales (Tabla 2). Dentro de este dominio, los síntomas que más afectan la CV de las mujeres son: cefalea, meteorismo abdominal y dismenorrea. Las mujeres de esta muestra no perciben las irregularidades menstruales como un factor que afecta su CV.

La CV de las mujeres con SOP se ve afectada en un 98.75% por la dimensión emoción (Tabla 2). Los problemas que mayormente afectan a las mujeres en este dominio son la facilidad para sentirse cansada y a la conciencia de las consecuencias de SOP. La mayoría de las mujeres no reportan como un problema aquellas preguntas relacionadas con el mal humor, autoestima, depresión y la preocupación por ser diagnosticadas con SOP.

El dominio vello corporal afecta negativamente la CV de las mujeres con SOP en un 90%, el 10% restante no reporta deterioro (Tabla 2). El crecimiento del vello en el labio superior y vergüenza por el vello excesivo en el cuerpo son los signos reportados como un problema severo a mayor, que afecta la CV de las mujeres con SOP.

Un 86.25% de las mujeres reporta algún grado de deterioro en su CV producto del peso, un 13.75% no reporta deterioro en este dominio (Tabla 2). La influencia negativa más alta sobre la CV en este dominio está relacionada con sentirse inquietas en relación al sobrepeso, sentir dificultades para permanecer en su peso ideal, y frustración por querer bajar de peso.

Finalmente, la CV de las mujeres con SOP se ve afectada en un 73.75%, producto de la infertilidad, el resto, 26.25% no presenta deterioro en este dominio (Tabla 2). Las mujeres refieren que su CV es afectada siempre, o la mayor parte del tiempo, por el temor por la incapacidad de tener hijos.

DISCUSIÓN

La mayoría de las mujeres con SOP, en este estudio, reportan una CV entre regular y mala, constituyendo al SOP en una patología que afecta negativamente y de manera significativa su calidad de vida, lo que concuerda con lo reportado por otros investigadores (Ching et al., 2007; Coffey & Mason, 2003; Hahn et al., 2005; Schmid et al., 2004; Trent et al., 2002, 2003).

La CV se ve afectada con mayor frecuencia por los dominios de alteraciones menstruales y emoción. Sin embargo, ambos dominios reportan un grado de deterioro leve de la CV de las mujeres con SOP. En relación al dominio problemas menstruales, cabe destacar que las mujeres de esta muestra no perciben las irregularidades menstruales como un factor que afecta su CV. Este hallazgo es contradictorio con lo reportado por otros investigadores, quienes han identificado la oligomenorrea y la amenorrea como los factores

que las mujeres con SOP reconocen que afecta negativamente su CV (Adams, & Deitch, 2005; Hahn et al., 2005; Vigil, Kolbach, Aglony, & Kauak, 1999). El concepto de normalidad, asociado al ciclo menstrual de las mujeres de este estudio, puede estar modulado por el componente genético de este síndrome. Es probable que las mujeres de su núcleo familiar, madre y hermanas, presenten las mismas alteraciones menstruales que ellas, reforzando el concepto que las menstruaciones que ellas tienen son normales. Este hallazgo hace reflexionar en relación a la educación de las adolescentes en torno a sus ciclos menstruales, entregándoles herramientas útiles que le permitan reconocer y consultar precozmente frente a la anormalidad.

Con respecto al dominio emoción, la literatura reporta que las mujeres con SOP viven un considerable grado de estrés producto de sus síntomas del SOP, lo que repercute negativamente en su CV (Ching et al., 2007; Elsenbruch et al., 2003; Schmid et al., 2004). Pérdida de la fertilidad y efectos en la apariencia física, como el sobrepeso e hirsutismo, son los síntomas que contribuyen a disminuir la CV de las mujeres con SOP (Barnard et al., 2007; Elsenbruch et al., 2006; Hahn et al., 2005; Jones, Kennedy, & Jenkinson, 2002; Schmid et al., 2004; Snyder, 2006). Estos datos son concordantes con lo encontrado en este estudio, donde la mayoría de las mujeres con SOP presenta algún grado de alteración en este dominio, siendo la conciencia de las consecuencias de SOP una de las preocupaciones más importante de este grupo de mujeres. Es clave centrar la atención en pesquisar y tratar oportunamente las implicancias psicológicas que produce el SOP en las mujeres, ya que la literatura señala que estas necesidades han sido muchas veces subestimadas (McCook et al., 2005).

En este estudio, la presencia de vello facial y corporal afecta la CV de las mujeres con SOP, no solo en frecuencia, sino que también en severidad, lo que concuerda con lo reportado por otros es-

tudios (McCook et al., 2005). La literatura señala que las mujeres con SOP reportan como una actividad demandante el tiempo y esfuerzo que realizan para remover su vello facial (Adams & Deitch, 2005). La extracción de vellos faciales y/o corporales con cera, máquina de afeitar, láser o cremas son alguno de los métodos utilizados (Snyder, 2006). Dado a que este dominio afecta severamente la CV de las mujeres con SOP, es importante evaluarlo y entregar consejería en torno a los tratamientos disponibles. Los tratamientos para disminuir los vellos faciales se han asociados a mejoría de la depresión y la ansiedad (Clayton et al., 2005).

Por otra parte se observa que el peso afecta severamente la CV de las mujeres con SOP. Las dificultades para permanecer en su peso ideal, y la frustración por querer bajar de peso tienen una influencia negativa en la CV de las mujeres con SOP, información que es consistente con lo reportado por la literatura (Barnard et al., 2007; Ching et al., 2007; Hahn et al., 2005; Jones et al., 2002; McCook et al., 2005). La obesidad de tipo androide afecta entre un 30% a un 50% de mujeres viviendo con SOP (Vigil et al., 1999), y se ha asociado como un factor de riesgo para desarrollar DMII (Talbot et al., 2007). Dada la magnitud en que este dominio afecta la CV de las mujeres con SOP, tanto en frecuencia como en severidad, es necesario abordarlo desde una perspectiva integral. El peso de las mujeres en estudio es un área sensible en este grupo, lo que requiere de la participación de un grupo interdisciplinario capaz de abordar este dominio desde las distintas perspectivas: física, psicológica y social.

La infertilidad afecta la CV en menor proporción que los otros dominios. Esto puede estar explicado porque más del 50% de la muestra en estudio es estudiante, lo que puede estar relacionado con que aún no es parte del proyecto de vida de este grupo los planes de embarazo. Sin embargo, otros estudios demuestran que la infertilidad afecta la CV de las mujeres

(Hahn et al., 2005), independiente de la edad de la mujer (Trent et al., 2003). Cabe destacar que el temor por la incapacidad de tener hijos es una de las preocupaciones que más afecta la CV de estas mujeres. Este resultado es consistente con lo reportado por otros investigadores en relación a que las consecuencias personales y sociales de la infertilidad están estrechamente ligadas a la cultura y la religión de la mujer afectada, y van más allá de la no concepción. Estudios han demostrado consecuencias personales como baja autoestima, problemas de pareja y mala adaptación social (Aguirre et al., 2005; Schmid et al., 2004).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el hecho que la muestra de pacientes fue extraída de un centro privado de atención de la ciudad de Santiago, lo que hace que la generalización de estos resultados deba realizarse con cautela. Un segundo aspecto es que, dado el diseño metodológico utilizado en este estudio, no es posible diferenciar cómo evoluciona la calidad de vida de las mujeres con SOP a través del tiempo. Con respecto a las fortalezas de este trabajo, se encuentra el que sea un estudio de una población homogénea, que utiliza un cuestionario validado para evaluar CV en mujeres con SOP y que permite obtener una detallada descripción de cada uno de los dominios de la calidad de vida afectados.

CONCLUSIONES

El SOP es una enfermedad crónica, frecuentemente de manifestación temprana en la vida de la mujer, que debe ser manejada oportunamente. Los resultados presentados en este trabajo pueden guiar y enfocar el plan de atención de enfermeras clínicas que tratan a estas pacientes, con el potencial de mejorar la calidad de vida.

El adecuado enfrentamiento de este síndrome no solo tiene el potencial de mejorar la CV de las mujeres afectadas, sino que también de disminuir el desarrollo de morbilidad asociada al SOP (McCook et al., 2005).

El manejo de este síndrome debe estar basado en un plan de cuidados multidisciplinario (Elsenbruch et al., 2006), centrado en controles de salud integrales y programas educativos destinados a modular estilos de vida saludables (Talbot et al., 2007). Un plan de cuidado multidisciplinario incluye profesionales de la salud entrenados en la evaluación y manejo de las mujeres con SOP (McCook et al., 2005), de manera de poder proporcionar herramientas útiles a las mujeres en el auto-manejo del síndrome (Snyder, 2006). La información dada a las mujeres con SOP es crucial, ya que las mujeres con una adecuada información reportan una mejor calidad de vida (Ching et al., 2007).

Los programas educativos destinados a las mujeres con SOP deben proporcionar herramientas para el automanejo de esta enfermedad crónica. Estos debieran centrarse en áreas como la nutrición, dieta baja en carbohidratos refinados, rica en ácidos poliinsaturados; ejercicio para disminución del peso y apoyo psicológico entre otros (Snyder, 2006). La participación en grupos de autoayuda de mujeres viviendo con SOP son estrategias mencionadas en la literatura las que sirven para disminuir el sentimiento de aislamiento y el acceso a material educativo como páginas web (Elsenbruch et al., 2003; McCook et al., 2005).

Es importante realizar estudios a futuro relacionados con la evolución en el tiempo de la CV y el efecto de las intervenciones de enfermería guiadas por los dominios afectados, de acuerdo al uso del presente cuestionario. Otra área a investigar, que afecta la CV de las mujeres con SOP, es la vida sexual. Las mujeres con SOP reportan un impacto negativo en su calidad de vida sexual, se encuentran menos atractivas sexualmente y reportan bajos índices de satisfacción con su vida sexual, comparadas con las mujeres sin SOP (Elsenbruch et al., 2003; Elsenbruch et al., 2006; Hahn et al., 2005).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, P. J., & Deitch, H. R. (2005). Menstrual disorders in the college age female. *Pediatric Clinics of North America*, 52(1), 179-197, ix-x.
- Aguirre, A., Benvenuto, G., & Urrutia, M. T. (2005). Calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 103-107.
- Álvarez-Blasco, F., Botella-Carretero, J. I., San Millan, J. L., & Escobar-Morreale, H. F. (2006). Prevalence and characteristics of the polycystic ovary syndrome in overweight and obese women. *Archives of Internal Medicine*, 166(19), 2081-2086.
- Apablaza, D. (2000). Síndrome ovario poliquístico. *Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 7, 50-56. Recuperado de <http://www.cemera.uchile/sogia.html>.
- Barnard, L., Ferriday, D., Guenther, N., Strauss, B., Balen, A. H., & Dye, L. (2007). Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 22(8), 2279-2286.
- Ching, H. L., Burke, V., & Stuckey, B. G. (2007). Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clinical Endocrinology*, 66(3), 373-379.
- Clayton, W. J., Lipton, M., Elford, J., Rustin, M., & Sherr, L. (2005). A randomized controlled trial of laser treatment among hirsute women with polycystic ovary syndrome. *The British Journal of Dermatology*, 152(5), 986-992.
- Coffey, S., Bano, G., & Mason, H. D. (2006). Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecological Endocrinology*, 22(2), 80-86.
- Coffey, S., & Mason, H. (2003). The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecological Endocrinology*, 17(5), 379-386.
- Cronin, L., Guyatt, G., Griffith, L., Wong, E., Azziz, R., Futterweit, W., et al. (1998).

- Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83(6), 1976-1987.
- Del Río V, M. J., Ramírez, J. P., Cortés, M., Martí, G., Godoy, A., & Vigil, P. (2006). Análisis de resistencia insulínica, tolerancia a la glucosa y testosterona en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico agrupadas por índice de masa corporal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(5), 299-306.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Mann, K., Pleger, K., et al. (2006). Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 21(4), 1092-1099.
- Elsenbruch, S., Hahn, S., Kowalsky, D., Offner, A. H., Schedlowski, M., Mann, K., et al. (2003). Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(12), 5801-5807.
- Emans, J., Laufer, M., & Goldstein, D. (2000). Pubertad tardía y trastornos menstruales. En J. Emans, M. Laufer, & D. Goldstein, *Ginecología en Pediatría y la Adolescente* (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Frank, S., Gharani, N., Waterworth, D., Batty, S., White, D., Williamson, R., et al. (1998). The genetic basis of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 12(12), 2641-2648.
- Franks, S. (1995). Polycystic ovary syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 333(13), 853-861.
- Guyatt, G., Weaver, B., Cronin, L., Dooley, J. A., & Azziz, R. (2004). Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome, a self-administered questionnaire, was validated. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(12), 1279-1287.
- Hahn, S., Janssen, O. E., Tan, S., Pleger, K., Mann, K., Schedlowski, M., et al. (2005). Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*, 153(6), 853-860.
- Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 613-625.
- Jones, G. L., Benes, K., Clark, T. L., Denham, R., Holder, M. G., Haynes, T. J., et al. (2004). The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): A validation. *Human Reproduction*, 19(2), 371-377.
- Jones, G. L., Hall, J. M., Balen, A. H., & Ledger, W. L. (2008). Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(1), 15-25.
- Jones, G. L., Kennedy, S. H., & Jenkinson, C. (2002). Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 501-511.
- Legro, R. S. (2007). A 27-year-old woman with a diagnosis of polycystic ovary syndrome. *The journal of the American Medical Association*, 297(5), 509-519.
- Marx, T. L., & Mehta, A. E. (2003). Polycystic ovary syndrome: Pathogenesis and treatment over the short and long term. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70(1), 31-33, 36-41, 45.
- McCook, J. G., Reame, N. E., & Thatcher, S. S. (2005). Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(1), 12-20.
- Pérez, J., Méndez, M., Fuhrer, J., Márquez, J., Cumsille, M. A., & Fuhrer, J. (2003). Síndrome de ovario poliquístico: Presentación clínica, bioquímica y ultrasonográfica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(6), 471-476.
- Schmid, J., Kirchengast, S., Vytiska-Binstorfer, E., & Huber, J. (2004). Infertility caused by PCOS-health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Human Reproduction*, 19(10), 2251-2257.
- Snyder, B. S. (2006). The lived experience of women diagnosed with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(3), 385-392.
- Talbott, E. O., Zborowski, J. V., Rager, J. R., Kip, K. E., Xu, X., & Orchard, T. J. (2007).

Polycystic ovarian syndrome (PCOS): A significant contributor to the overall burden of type 2 diabetes in women. *Journal of Women's Health*, 16(2), 191-197.

Trent, M. E., Rich, M., Austin, S. B., & Gordon, C. M. (2002). Quality of life in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(6), 556-560.

Trent, M. E., Rich, M., Austin, S. B., & Gordon, C. M. (2003). Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: Implications for quality of life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(1), 33-37.

Vigil, P. (2002). Ovario Poliquístico. Trabajo presentado en el Segundo Simposium Internacional de Síndrome de Ovario Poliquístico, Santiago, Chile.

Vigil, P., Kolbach, R., Aglony, M., & Kauak, S. (1999). Hiperandrogenismo e irregularidades menstruales en mujeres jóvenes. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 64(5), 389-394.

Wong, E., Cronin, L., Griffith, L., Irvine, E. J., & Guyatt, G. H. (2001). Problems of HRQL assessment: How much is too much? *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(11), 1081-1085.

Tabla 1. Distribución porcentual de las mujeres según frecuencia y edad de inicio de los síntomas (n=80)

Sintomatología	Frecuencia		Edad de inicio
	n	%	Promedio ± DS
Hirsutismo	60	75.00	15.6 ± 6.44
Alteraciones Menstruales	47	58.50	14.7 ± 5.72
Sobrepeso	47	58.75	15.3 ± 7.13
Seborrea	36	45.00	17.0 ± 5.58
Acné	34	42.50	15.0 ± 5.03
Infertilidad	29	36.25	28.0 ± 6.32
Acantosis Nigricans	26	32.50	17.0 ± 8.29

Nota: El n final no corresponde a la muestra ya que las mujeres presentan más de un signo o síntoma.

Tabla 2. Distribución porcentual de las mujeres, según el grado de deterioro de la calidad de vida en cada uno de los dominios (n=80)

Dominios de la calidad de vida	Problemas menstruales		Emociones		Vello corporal		Peso		Infertilidad	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Deterioro severo	21	26.25	6	7.50	27	33.75	42	52.50	14	17.50
Deterioro moderado	24	30.00	30	37.50	18	22.50	12	15.00	12	15.00
Deterioro leve	34	42.50	43	53.75	27	33.75	15	18.75	33	41.25
Sin deterioro	1	1.25	1	1.25	8	10.00	11	13.75	21	26.25