

**DONNA** *plus*<sup>®</sup>  
**MENOCÍFUGA**  
**VITAL**



IMPACTO DE LA  
MENOPAUSIA EN EL  
CONTROL DE PESO Y  
LA LIBIDO: EVALUACIÓN  
DE TRATAMIENTOS Y  
SINTOMATOLOGÍA

**PROYECTO MENOITAL**



# RESUMEN

## PROMOTOR DEL PROYECTO

Growing Brands  
Avda. Cerdanyola 75-77  
08172 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

## TÍTULO DEL PROYECTO

Proyecto MENOITAL Impacto de la Menopausia en el Control de Peso y la Libido: Evaluación de Tratamientos y Sintomatología.

## PARTICIPANTES

Ginecólogos que atienden pacientes con menopausia y realizan su labor asistencial en España.

## CENTROS EN LOS QUE SE PREVÉ REALIZAR EL PROYECTO

Consultas de todo el territorio nacional que atienden a la paciente menopáusica.

## NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES

180 ginecólogos que atienden a pacientes menopáusicas.

## DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración del proyecto será de aproximadamente 12 meses.



Recuerde descargar en su ordenador el documento pdf antes de cumplimentar las respuestas para que se registren correctamente todas sus respuestas.

## INTRODUCCIÓN

La menopausia es una etapa significativa en la vida de las mujeres que se asocia con una serie de cambios físicos y emocionales, incluyendo síntomas que pueden afectar negativamente a su calidad de vida.<sup>1</sup> Entre estos síntomas, el control de peso y la libido son áreas críticas de preocupación que, a menudo, se pasan por alto o no se abordan adecuadamente en la atención médica.

Para las mujeres de entre 55 y 65 años, el aumento de peso es una de sus principales preocupaciones en materia de salud.<sup>2</sup> Los efectos nocivos de la obesidad son diversos y van desde un mayor riesgo de muerte prematura hasta varias enfermedades no mortales con un impacto adverso en el bienestar.<sup>3</sup>

La sexualidad femenina ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como un derecho humano básico.<sup>4</sup> La ampliación gradual de la esperanza de vida ha hecho que una mujer pase una media de un tercio de su vida en la etapa posmenopáusica<sup>5</sup> y, aunque se tiende a suponer que las mujeres pierden el interés por las relaciones sexuales después de la menopausia, la sexualidad sigue siendo un aspecto importante para muchas mujeres de mediana edad.<sup>6</sup>

## JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El control de peso y la libido son aspectos vinculados a la menopausia para los que rara vez se busca y/o se recibe un tratamiento adecuado.

Numerosos estudios han demostrado que la transición menopáusica se asocia a cambios desfavorables en la composición corporal, la deposición de grasa abdominal y los resultados generales de salud.<sup>7</sup> En esta línea, más del 43% de las mujeres menopáusicas padecen obesidad, aunque la eficacia a largo plazo de los enfoques principales de tratamiento (estilo de vida y dieta) sigue siendo un reto.<sup>7</sup>

Paralelamente, la función sexual empeora con el avance de la menopausia, siendo el escaso deseo sexual el síntoma más frecuente (40-55%). Sin embargo, los problemas sexuales en esta etapa están infradiagnosticados e infratratados<sup>5</sup>; algunas de las causas son la falta de tiempo o la escasez de conocimientos específicos por parte de los profesionales sanitarios, así como la incomodidad personal para tratar estos temas y los estereotipos sobre la falta de necesidades sexuales en esta etapa de la vida femenina.<sup>8</sup>

1. Potter B, Schragger S, Dalby J, Torell E, Hampton A. Menopause. *Prim Care*. 2018;45(4):625-641. doi:10.1016/J.POP.2018.08.001. 2. Nappi RE, KokotKierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric*. 2012;15(1):36-44. doi:10.3109/13697137.2011.647840. 3. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*. 2012;15(5):419-429. doi:10.3109/13697137.2012.707385. 4. World Health Organization (WHO). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. Published online 2002. 5. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (B Aires)*. 2019;55(9). doi:10.3390/MEDICINA55090559. 6. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*. 2003;40(3):266-276. doi:10.1080/00224490309552191. 7. Knight MG, Anekwe C, Washington K, Akam EY, Wang E, Stanford FC. Weight Regulation in Menopause. *Menopause*. 2021;28(8):960. doi:10.1097/GME.0000000000001792. 8. Caruso S, Rapisarda AMC, Cianci S. Sexuality in menopausal women. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):323-330. doi:10.1097/YCO.0000000000000280.

## LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Evaluar la **sintomatología de la menopausia en mujeres de 40 a 65 años**, centrándose específicamente en los síntomas relacionados con el control de peso y la libido.
- Determinar la **prevalencia y gravedad de los síntomas de la menopausia**, incluyendo sofocos, sudoraciones nocturnas, cambios en el peso corporal y alteraciones en la libido, en la población objetivo.
- Identificar los **tratamientos recomendados para aliviar los síntomas de la menopausia y analizar su efectividad**.
- Explorar **factores asociados a la variabilidad de los síntomas menopáusicos**, como la edad, el estilo de vida, la historia médica y el acceso a la atención médica.
- Proporcionar **recomendaciones basadas en evidencia** para mejorar la calidad de vida de las mujeres menopáusicas en relación con el control de peso y la libido.

## ESTE PROYECTO ES FUNDAMENTAL DEBIDO A LAS SIGUIENTES RAZONES

- **Salud de la Mujer:** La menopausia es una transición natural que todas las mujeres experimentarán en su vida, y su impacto en la salud y el bienestar general es significativo. Comprender y abordar los síntomas de la menopausia es esencial para mejorar su calidad de vida.
- **Escasez de Investigación:** Aunque se han realizado investigaciones sobre la menopausia, hay una falta de estudios exhaustivos centrados en los síntomas relacionados con el control de peso y la libido, así como en la efectividad de los tratamientos disponibles.
- **Información Clínica Relevante:** Los resultados de este estudio proporcionarán información clínica relevante que puede utilizarse para mejorar la atención médica, la toma de decisiones terapéuticas y la calidad de vida de las mujeres menopáusicas.
- **Personalización del Tratamiento:** La individualización del tratamiento es esencial en la menopausia, y este estudio contribuirá a comprender mejor cómo diferentes mujeres experimentan y responden a los tratamientos, permitiendo una atención más personalizada.

En resumen, este proyecto tiene como objetivo abordar una brecha en la investigación relacionada con la menopausia y proporcionar información valiosa para mejorar la atención y la calidad de vida de las mujeres menopáusicas, centrándose en los aspectos críticos del control de peso y la libido.

# PERFIL DEL FACULTATIVO

## NOMBRE DEL PARTICIPANTE

.....

### 1. GÉNERO

Femenino    Masculino    Otros

### 2. NACIONALIDAD

Española

Otros países de la UE

Europea no perteneciente a la UE

Latinoamericana

Otra. Especificar:

.....

### 3. EDAD

..... (años)

### 4. PROVINCIA DONDE EJERCE

.....

### 5. TIPO DE CENTRO DONDE VISITA

Público    Privado    Ambos

### 6. ÁMBITO DE LA ESPECIALIDAD

Ginecología    Otros (especificar):

.....

### 7. AÑOS DE EJERCICIO

..... (años)



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



**6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:**

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:**

**1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL**

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso                    2Kg                    4kg                    6kg                    10kg

Sí, ha perdido peso                    2Kg                    4kg                    6kg                    10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso                    Sobrepeso                    Obesidad                    Infrapeso

**2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO**

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si No suelo recomendar

En caso afirmativo indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
  - Cereales integrales
  - Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
  - Pescado azul
  - Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
  - Alcachofas y/o espárragos
  - Frutas y verduras
  - Legumbres
  - Otros. Especificar:
- .....

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
  - Suplementos de calcio y vitamina D
  - Multivitamínicos
  - Suplementos de hierro
  - Suplementos de omega3
  - Suplementos para el control de peso
  - Otros. Especificar
- .....

4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

†



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable  más 10 años  más 15 años  más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

Sequedad vaginal y/o falta de lubricación

Irritación

Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)

Problemas urinarios (incontinencia)

Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

Menor excitación

Menor lubricación

Clímax retardado

Orgasmos menos intensos

Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



## 6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

### 1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

Seguir una dieta de control de peso

Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)

Realizar ejercicio regularmente

Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

Normopeso

Sobrepeso

Obesidad

Infrapeso

### 2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

Abdomen

Cadera

Muslos (cartucheras)

Otros. Especificar

.....





**3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:**

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si  No suelo recomendar

En caso **afirmativo** indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
- Cereales integrales
- Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
- Pescado azul
- Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
- Alcachofas y/o espárragos
- Frutas y verduras
- Legumbres
- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
- Suplementos de calcio y vitamina D
- Multivitamínicos
- Suplementos de hierro
- Suplementos de omega3
- Suplementos para el control de peso
- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:**

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si  No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si  No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

⬆



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





**3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:**

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si  No suelo recomendar

En caso **afirmativo** indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
- Cereales integrales
- Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
- Pescado azul
- Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
- Alcachofas y/o espárragos
- Frutas y verduras
- Legumbres
- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
- Suplementos de calcio y vitamina D
- Multivitamínicos
- Suplementos de hierro
- Suplementos de omega3
- Suplementos para el control de peso
- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:**

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si  No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si  No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

⬆



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si                      No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar .....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si No suelo recomendar

En caso afirmativo indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
  - Cereales integrales
  - Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
  - Pescado azul
  - Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
  - Alcachofas y/o espárragos
  - Frutas y verduras
  - Legumbres
  - Otros. Especificar:
- .....

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
  - Suplementos de calcio y vitamina D
  - Multivitaminicos
  - Suplementos de hierro
  - Suplementos de omega3
  - Suplementos para el control de peso
  - Otros. Especificar
- .....

4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

↓



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si No suelo recomendar

En caso afirmativo indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
  - Cereales integrales
  - Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
  - Pescado azul
  - Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
  - Alcachofas y/o espárragos
  - Frutas y verduras
  - Legumbres
  - Otros. Especificar:
- .....

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
  - Suplementos de calcio y vitamina D
  - Multivitaminicos
  - Suplementos de hierro
  - Suplementos de omega3
  - Suplementos para el control de peso
  - Otros. Especificar
- .....

4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

⬆



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

Seguir una dieta de control de peso

Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)

Realizar ejercicio regularmente

Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

Abdomen

Cadera

Muslos (cartucheras)

Otros. Especificar

.....





**3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:**

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si  No suelo recomendar

En caso **afirmativo** indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
- Cereales integrales
- Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
- Pescado azul
- Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
- Alcachofas y/o espárragos
- Frutas y verduras
- Legumbres
- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
- Suplementos de calcio y vitamina D
- Multivitamínicos
- Suplementos de hierro
- Suplementos de omega3
- Suplementos para el control de peso
- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:**

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si  No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si  No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

⬆



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





**3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:**

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si  No suelo recomendar

En caso **afirmativo** indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
- Cereales integrales
- Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
- Pescado azul
- Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
- Alcachofas y/o espárragos
- Frutas y verduras
- Legumbres
- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
- Suplementos de calcio y vitamina D
- Multivitamínicos
- Suplementos de hierro
- Suplementos de omega3
- Suplementos para el control de peso
- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:**

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si  No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si  No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
  - Pareja
  - Amistades
  - Psicólogo
  - Sexólogo
  - Otros. Especificar:
- .....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
  - Tras no respuesta a tratamiento previo
  - Inicio de afectación en la calidad de vida
  - Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)
- .....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si No suelo recomendar

En caso **afirmativo** indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
  - Cereales integrales
  - Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
  - Pescado azul
  - Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
  - Alcachofas y/o espárragos
  - Frutas y verduras
  - Legumbres
  - Otros. Especificar:
- .....

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
  - Suplementos de calcio y vitamina D
  - Multivitaminicos
  - Suplementos de hierro
  - Suplementos de omega3
  - Suplementos para el control de peso
  - Otros. Especificar
- .....

4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:

↓



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





**3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:**

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si  No suelo recomendar

En caso **afirmativo** indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
- Cereales integrales
- Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
- Pescado azul
- Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
- Alcachofas y/o espárragos
- Frutas y verduras
- Legumbres
- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
- Suplementos de calcio y vitamina D
- Multivitamínicos
- Suplementos de hierro
- Suplementos de omega3
- Suplementos para el control de peso
- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:**

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si  No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si  No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO: Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

⚡

8. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>



## PERFIL DE LA PACIENTE

### A. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUJER Y EXPERIENCIA CON LA MENOPAUSIA:

#### 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

##### 1.1 EDAD

..... (años)

##### 1.2 NIVEL EDUCATIVO

Sin estudios

Estudios Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación Profesional

Enseñanza universitaria

Enseñanza de régimen especial  
(artística, deportiva, oficial de idiomas)

#### 2. DATOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

2.1 ¿CUÁNTO TIEMPO HA PASADO DESDE QUE ENTRÓ EN LA MENOPAUSIA (MENOPAUSIA NATURAL O INDUCIDA LA PACIENTE)?

Menos de 1 año

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

2.3 ¿TIENE LA PACIENTE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE MENOPAUSIA?

Si

No



### 3. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

3.1 INDIQUE LOS SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR LA PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SU FRECUENCIA (siendo 1º la más frecuente y 7º la que menos): Puede marcar más de una opción.

	1	2	3	4	5	6	7
Sofocos o sudoraciones nocturnas							
Cambios de peso corporal							
Cambios en la libido o salud sexual							
Trastornos de sueño (insomnio, conciliación del sueño, despertares frecuentes)							
Sequedad vaginal							
Cambios de humor							
Cansancio y fatiga							
Aparición de osteopenia/osteoporosis							
Otros. Especificar: .....							

### 4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

4.1 SI HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE ALGÚN/NOS SÍNTOMA/S MENOPAUSICO/S, ¿CÓMO LE HA/N AFECTADO GLOBALMENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA?

	0 (no afectación)	1 (afectación leve)	2 (afectación moderada)	3 (afectación severa)
Calidad de vida				
Relaciones personales				
Bienestar emocional				
Autoestima				
Otros. Especificar: .....				

### 5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

5.1 ¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO HA RECOMENDADO A LA PACIENTE PARA ALIVIAR O MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA? Puede marcar más de una opción.

- Terapia hormonal de la menopausia (THS)
- Estrógeno vaginal
- Antidepresivos en dosis bajas
- Medicamentos para prevenir o tratar la osteoporosis
- Complementos alimenticios y fitoterapia (p. ej. Fitoestrógenos, cimicífuga, extracto de polen)
- Otros tratamientos. Especificar

.....



6. ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS:

¿6.1 HA REALIZADO LA PACIENTE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA O HÁBITOS? Puede marcar más de una opción.

- Cambios en la dieta
- Cambios de actividad física
- Meditación, mindfulness
- Otros tratamientos. Especificar

.....

6.2 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. MENOPAUSIA Y CONTROL DE PESO:

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL

1.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO DURANTE LA MENOPAUSIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Sí, ha ganado peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

Sí, ha perdido peso            2Kg            4kg            6kg            10kg

En el caso de que su paciente haya ganado peso, ¿qué opción o combinación de opciones ha recomendado?

- Seguir una dieta de control de peso
- Visitar a un especialista médico (endocrino, nutricionista)
- Realizar ejercicio regularmente
- Seguir una terapia farmacológica (liraglutida, naltrexona-bupropión, Orlistat,...)

1.2 SEGÚN USTED, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN:

- Normopeso            Sobrepeso            Obesidad            Infrapeso

2. PATRONES DE GANANCIA DE PESO

2.1 HA NOTADO PATRONES ESPECÍFICOS DE GANANCIA DE PESO EN ALGUNA REGIÓN DE SU CUERPO?

- Abdomen
- Cadera
- Muslos (cartucheras)
- Otros. Especificar

.....





3. CAMBIOS EN LA DIETA DURANTE LA MENOPAUSIA:

3.3 ¿HA RECOMENDADO A SU PACIENTE LA INCORPORACIÓN O EL INCREMENTO DE CONSUMO DE ALGUNO DE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE CONSIDERAN BENEFICIOSOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Si No suelo recomendar

En caso afirmativo indicar cual: (Puede marcar más de una opción)

- Leche y derivados lácteos
  - Cereales integrales
  - Crucíferas (como la col, el brócoli, la coliflor, la col lombarda o las coles de Bruselas)
  - Pescado azul
  - Carnes blancas (como pollo, el pavo o el conejo)
  - Alcachofas y/o espárragos
  - Frutas y verduras
  - Legumbres
  - Otros. Especificar:
- .....

3.4 ¿LE HA RECOMENDADO A LA PACIENTE EL USO DE SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA MANEJAR EL CONTROL DE PESO O MEJORAS NUTRICIONALES EN LA PERIMENOPAUSIA?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cual de las siguientes categorías de suplementos ha comenzado la paciente a utilizar?

- Suplementos de proteínas
  - Suplementos de calcio y vitamina D
  - Multivitaminicos
  - Suplementos de hierro
  - Suplementos de omega3
  - Suplementos para el control de peso
  - Otros. Especificar
- .....

4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA:

4.1 ¿CONSIDERA QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA PACIENTE SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

Si No

4.2 ¿REALIZA ELLA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?

Si No

En el caso de respuesta afirmativa, especifique la frecuencia, por favor:



4.3 CALIFIQUE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR DE LA PACIENTE EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la más negativa y 10 la más positiva):

	Aumento de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

	Disminución de actividad física			
No ha cambiado el nivel de actividad física	<25%	Entre 26-50%	Entre 51-75%	>75%

4.5 ¿CONSIDERA LA PACIENTE QUE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON SALUDABLES Y SIGUE UNA DIETA BALANCEADA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA CAMBIOS EN SU AUTOESTIMA DEBIDO A LA GANANCIA DE PESO?

Si No

## C. MENOPAUSIA Y LIBIDO

### 1. COMUNICACIÓN DE PAREJA

1.1 ¿SU PACIENTE HA HABLADO DE LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO CON SU PAREJA?

Si No

1.2 ¿HA ACUDIDO A LA CONSULTA CON SU PAREJA?

Si No

1.3 ¿TIPO DE PAREJA ACTUAL?

Pareja estable más 10 años más 15 años más 20 años

Pareja ocasional

Sin pareja

### 2. CAMBIOS EN LA LIBIDO

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO ELLA UNA DISMINUCIÓN EN SU DESEO SEXUAL DESDE QUE COMENZÓ LA MENOPAUSIA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor

Disminución constante y permanente

Disminución variable según la temporada

Otras. Especificar:

.....



2.2 ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PACIENTE SU NIVEL DE LIBIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA? Marque la opción en las siguientes escalas (siendo 0 la más negativa -Nulo deseo sexual- y 10 la más positiva -Elevado deseo sexual-):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de la menopausia										
Actualmente (en la menopausia)										

### 3. CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL

3.1 ¿CÓMO HAN AFECTADO LOS CAMBIOS EN LA LIBIDO A LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE Y A SU RELACIÓN DE PAREJA?



3.2 ¿HA HABIDO UN IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL? Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "Sin impacto" de la paciente y 10 "Elevado impacto"):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA LIBIDO:

4.1 INDIQUE SI LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO PROBLEMAS QUE AFECTEN A SU FUNCIÓN SEXUAL: Puede marcar más de una opción.

- Sequedad vaginal y/o falta de lubricación
- Irritación
- Dolor en las relaciones sexuales (disparemia)
- Problemas urinarios (incontinencia)
- Otros. Especificar:

.....

### 5. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL:

5.1 SEGÚN SU PACIENTE ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN SU RESPUESTA SEXUAL? Puede marcar más de una opción.

- Menor excitación
- Menor lubricación
- Clímax retardado
- Orgasmos menos intensos
- Otros. Especificar:

.....

### 6. CONVERSACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ¿LE HA PRESCRITO RECOMENDACIONES O TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA LIBIDO?

- Si
- No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....



6.2 APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL:

A ¿CÓMO SE SIENTE SU PACIENTE EMOCIONALMENTE CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN SU LIBIDO? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Resignada
- Desorientada
- Frustrada
- No acepto la situación
- Poca autoestima
- Triste y/o depresiva
- Indiferente a los cambios
- Igual que antes de la menopausia

B ¿HA BUSCADO APOYO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL PARA ABORDAR ESTOS CAMBIOS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indique, por favor: Puede marcar más de una opción.

- Libros y/o internet
- Pareja
- Amistades
- Psicólogo
- Sexólogo
- Otros. Especificar:

.....

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO

1. PRODUCTO RECOMENDADO:



2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Falta de libido o deseo sexual
- Cambios en el peso y figura corporal
- Cansancio y fatiga
- Signos vasomotores (sofocos, sudoración)
- Descanso y relajación

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

..... Meses



5. **VALORE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO:** Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

6. **VALORE LA SATISFACCIÓN MOSTRADA POR LA PACIENTE CON DEL TRATAMIENTO:** Marque la opción en la siguiente escala (siendo 0 "poca eficacia" y 10 "Elevada eficacia"):

1	2	3	4	5

7. **VALORE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

⚡

8. **VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS** (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

CONSULTA INFORMACIÓN SOBRE LA COMPLETA E INNOVADORA FÓRMULA QUE ABORDA DE MANERA HOLÍSTICA EL CLIMATERIO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA:



<https://www.donnaplus.com/producto/donnaplus-menocifuga-vital>





# DONNA *plus*<sup>®</sup> MENOCÍFUGA VITAL

[www.donnaplus.es](http://www.donnaplus.es)

[ordesawebprofesionales@ordesalab.com](mailto:ordesawebprofesionales@ordesalab.com)