

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD SOBRE LAS
ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA, EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS
AFILIADAS A PROSALUD**

MAGDA FERNANDA BENAVIDES PONCE

GLORIA LILIANA ARGOTY CHAVEZ

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO**

2001

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD SOBRE LAS
ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA, EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS
AFILIADAS A PROSALUD**

(Trabajo de Grado para Optar por el Título de Psicólogas)

MAGDA FERNANDA BENAVIDES PONCE

GLORIA LILIANA ARGOTY CHAVEZ

DIRECTOR DE TESIS: Dr. FREDY HERNAN VILLALOBOS G.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SAN JUAN DE PASTO

2001

NOTA DE ACEPTACION

Director

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Las autoras del Trabajo de Investigación expresan agradecimientos a:

Dra. Blanca Rita Bernal Arévalo, por su acompañamiento en la fase inicial de esta investigación.

Dr. Fredy H. Villalobos Galvis, por sus invaluable aportes, conocimientos y apoyo en la fase final de la Investigación.

Los Doctores Elizabeth Celis y Leonidas Ortiz, jurados de investigación.

Directivos, Personal Docente y administrativo del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño.

Centro de Investigación y Asesoría en Psicología - SINAPSIS - UDENAR.

Julio César Bravo L, por su apoyo en el desarrollo del Trabajo de Grado.

Programa de Promoción y Prevención de PROSALUD EPS.

Mujeres participantes en esta investigación

A Dios cuando no le quiere poner la firma a las circunstancias.

A mis padres por enseñarme a creer en mí y apoyarme en la construcción de mis sueños

A mi familia: Valentina, Ruby, Mary Luz, Miguel Angel, Abelina, por su apoyo incondicional, tolerancia y afecto.

A Julio César por su sincera amistad

A mi compañera de investigación por su invaluable colaboración

A la persona que siempre apoyó mi sueño aunque por las circunstancias ya no está conmigo

A las personas que han apoyado y creído en mi trabajo.

*Dedico este Trabajo de Investigación:
A mis padres porque soy el fruto de sus esfuerzos
y me inculcaron desde siempre
el amor por la vida y el saber.
A mis hermanos y familiares
por su comprensión y apoyo incondicionales.
A mi compañera de tesis con quien he compartido
momentos de infortunio y alegría.
A mis sueños porque éste es
sólo un paso para lograrlos.*

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
TABLA DE CONTENIDOS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE TABLAS.....	12
LISTA DE ANEXOS.....	13
GLOSARIO.....	14
Resumen.....	15
Abstract.....	16
INTRODUCCION.....	17
Planteamiento del Problema.....	18
Formulación del Problema.....	19
Objetivos.....	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos.....	20
Justificación.....	20
MARCO TEORICO.....	22
Salud	22
Concepto de Salud.....	22

Salud Mental.....	23
Conductas de Salud.....	24
Fomento de la Salud.....	26
Atención Primaria en Salud.....	27
Promoción de la Salud.....	28
Educación para la Salud.....	29
Psicología de la Salud.....	32
Actitudes.....	35
Definiciones de Actitud.....	35
Componentes de la Actitud.....	36
Medición de la Actitud.....	37
Formación de Actitudes.....	40
Cambio de Actitudes.....	41
Modelos Teóricos del Cambio de Actitud.....	43
Disonancia Cognitiva.....	43
Procesos de Influencia Social.....	44
Menopausia.....	45
Etapas del Climaterio.....	46

Sintomatología.....	47
Aspectos Psicosociales en la Menopausia.....	51
Nivel Personal.....	56
Familia.....	58
Pareja.....	59
Nivel Social y Laboral.....	60
Tiempo Libre.....	60
Falacias sobre la Menopausia.....	61
Menopausia, Salud y Actitudes.....	62
MARCO CONCEPTUAL.....	67
DISEÑO METODOLOGICO.....	68
Tipo de estudio.....	68
Diseño de Investigación.....	68
Sujetos.....	69
Variables.....	69
Instrumentos.....	70
Calificación de la Prueba de Actitudes frente a la	
Menopausia.....	71

Validez del Instrumento.....	71
Confiabilidad del Instrumento.....	72
Hipótesis.....	72
Hipótesis de Trabajo.....	72
Hipótesis Nula.....	72
Hipótesis Empírica.....	73
Hipótesis Estadística.....	73
Procedimiento.....	73
RESULTADOS.....	73
Descripción de la Muestra.....	75
Análisis de Resultados.....	75
Comparación de Promedios Grupo Experimental, Preprueba y Postprueba.....	76
Comparación de Promedios entre Grupos Control y Experimental en la Postprueba.....	77
DISCUSION.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Etapas del Climaterio.....	47
Figura 2. Diseño Experimental Pre - Post, con grupo Control.....	68
Figura 3. Comparación de Promedios Grupo Experimental, Preprueba y postprueba.....	76
Figura 4. Comparación entre los Grupos Experimental y Control, Postprueba.....	78

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Número de Casos en los Control y Experimental por Edad.....	75
Tabla 2. Estadística Descriptiva de los Grupos Control y Experimental en la Preprueba y la Postprueba	75

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Programa para el Mejoramiento de Actitudes Frente a la Menopausia.....	89
ANEXO B. Prueba de Actitudes Frente a la Menopausia.....	188
ANEXO C. Prueba Presentada para la Validación por Jueces.....	194
ANEXO D. Validez de la Prueba de Actitudes Frente a la Menopausia.....	200
ANEXO E. Confiabilidad de la Prueba de Actitudes Frente a la Menopausia.....	206

GLOSARIO

ACTITUD: Es una reacción evaluadora, favorable o desfavorable, hacia un objeto, persona o situación, que es expresada a través de creencias, sentimientos, opiniones o conductas. La actitud es una mezcla de tres componentes: afectivo, cognitivo y comportamental.

CLIMATERIO: Es la fase del organismo que conduce al cese de la función del ovario y sus consecuencias, contiene diferentes subetapas: Premenopausia, Perimenopausia, Menopausia Natural y Postmenopausia.

DISONANCIA COGNITIVA: Es el proceso en el que un individuo experimenta tensión al considerar que existen inconsistencias entre los elementos de la actitud, es decir, cuando sus actos y pensamientos no coinciden

MENOPAUSIA: Se refiere al cese permanente de la menstruación resultante de la pérdida de actividad folicular en los ovarios (disminución en la producción de estrógenos). Es retrospectiva, es decir, ésta se reconoce al cabo de 12 meses de amenorrea, sin otra causa aparente.

PROMOCION DE SALUD: Es la suma o conjunto de acciones de la población, los servicios de salud y otros sectores sociales, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

SALUD: Estado de completo bienestar biológico, psicológico y social, sobre el cual se realizan acciones de promoción y prevención.

SALUD MENTAL: Bienestar psicológico en el cual están implicados los procesos de aprendizaje, comunicación y relaciones interpersonales.

Resumen

La propuesta de trabajo aquí elaborada, se centró en la promoción de la salud encaminada al mejoramiento de las actitudes presentadas frente a la menopausia en las mujeres de 25 a 40 años, afiliadas a PROSALUD.

Se realizó una amplia descripción sobre la promoción de la salud, relacionándola con la etapa que enfrenta la mujer en la edad adulta, identificando cada uno de los aspectos implicados, y se presenta cómo fue el proceso desde la evaluación hasta la aplicación del programa de salud como tal. Dicha investigación se realizó teniendo en cuenta el diseño experimental, manejando dos grupos –control y experimental- para la aplicación del programa de promoción de salud y la comparación de los resultados obtenidos.

Se encontró en las participantes de los dos grupos una actitud negativa hacia la menopausia, la cual se modificó, en el grupo experimental, tras la aplicación del programa de promoción de salud. Esto comprobó la hipótesis de trabajo planteada al inicio de la investigación.

Abstract

The work propose elaborated here was focused in the health promotion for searching the improvement of attitudes present in front of menopause in women between 25 to 40 years old, affiliated to PROSALUD.

A large description was made about the health promotion, which was related to the stage which woman faces in the adult age; by identifying each aspect involved; and it is present as the process was, from the evaluation to application of health program. Such research was executed by taking into account the experimental desing, by managing two groups - control and experimental groups - for the health promotion program application and the comparison of results obtained.

A negative attitude to menopause was found in all participants in both groups. This was modified, in experimental group, after the health promotion program application. This proved the work hypotesis planted before the research.

Efectos de un Programa de Promoción de Salud sobre las Actitudes frente a la Menopausia

La salud, tomada como el completo bienestar físico, mental y social, forma parte de la denominada Prevención Primaria (Álvarez, 1998), la cual se dirige o tiene como objetivo básico el individuo sano.

La menopausia, por otra parte, es un proceso dado en todas las mujeres a una edad determinada que lleva consigo cambios y aspectos que si son manejados inadecuadamente, pueden desencadenar diferentes estados de malestar.

En nuestra sociedad, las mujeres premenopáusicas y especialmente las mujeres menopáusicas, presentan actitudes ambivalentes frente a la menopausia y sus consecuencias, a causa de la cultura y los procesos de aprendizaje adquiridos.

De esta manera, la presente investigación, a partir de toda la información correspondiente, diseñó un Programa de Promoción de Salud que pudiera incidir positivamente en las diferentes actitudes que las mujeres presentaban con relación a la llegada y las manifestaciones características de esta etapa.

La mayor parte de los trabajos y estudios realizados sobre la menopausia, enfatizan en la intervención y cuidados físicos y ha sido poco notoria la investigación de aspectos psicológicos y de prevención y promoción de la salud que pueden mejorar la calidad de vida de la mujer adulta.

La hipótesis trabajada, postuló que el programa de promoción de salud influiría significativamente sobre las actitudes frente a la menopausia la cual se confirmó de acuerdo al proceso de investigación correspondiente.

Planteamiento del Problema

La menopausia ha sido hasta el momento, un proceso poco estudiado al nivel de la psicología; pero aún más, son las mismas mujeres quienes menos conocen al respecto.

Ésta es en sí, una etapa normal, pero factores como el medio externo, la historia de aprendizaje y las diferencias individuales, hacen que se vuelva compleja y difícil de afrontar.

Las entidades de salud, actualmente, no trabajan de manera integral esta etapa y el tratamiento más eficaz es el dado a escala fisiológica, por medio de la formulación médica y tratamientos hormonales (Tratamiento de Sustitución de Hormonas – TSH); sin tener en cuenta los factores personales asociados como la falta de información y conocimientos sobre el tema, el tipo de actitudes frente a los cambios y la gama de comportamientos que se ejecutan a esta edad.

Existe un círculo vicioso que aumenta el riesgo en la salud y, por ende, en la calidad de vida, en donde además, la cultura subyuga la capacidad y el rol de la mujer como un ser humano. Un gran porcentaje de mujeres premenopáusicas y menopáusicas, manifiestan actitudes de tendencia negativa hacia las situaciones, objetos y/o personas con las que deben interactuar, percibiendo por ello, un mundo totalmente hostil y amenazante.

El diseñar un programa de promoción, tuvo como finalidad mejorar esas actitudes presentadas en las mujeres pre-menopáusicas, destacando cada uno de los componentes básicos de la actitud como un fenómeno social (cognitivo, afectivo y comportamental); a través de diferentes estrategias como el suministro de información, motivación, fomento de estilos de vida y hábitos saludables, etc.

El cambio de actitudes en las mujeres premenopáusicas es una forma de promover la salud, en el que cada mujer toma conciencia de su bienestar, considerándolo como un patrimonio que debe valorar y con la concepción de que es un ser humano sujeto a cambios que debe afrontar para mantener su salud en buen estado.

Formulación del Problema

¿La aplicación del Programa de Promoción de Salud, mejora las actitudes frente a la menopausia, que tienen las mujeres de 25 a 40 años de edad (mujeres premenopáusicas), afiliadas a PROSALUD?

Objetivos

Objetivo General

Determinar si la aplicación del Programa de Promoción de Salud mejora las actitudes frente a la menopausia, que tienen las mujeres de 25 a 40 años de edad, afiliadas a PROSALUD.

Objetivos Específicos

1. Evaluar las actitudes frente a la menopausia que presentan las mujeres de 25 a 40 años de edad, tanto en el grupo control como Experimental, antes de aplicar el programa de promoción de salud.

2. Diseñar un programa de Promoción de Salud que aborde la etapa de la menopausia, y que esté encaminado al mejoramiento de actitudes frente a ésta.

3. Aplicar el programa de promoción de salud diseñado, en el grupo Experimental.

4. Evaluar las actitudes frente a la menopausia que presentan las mujeres de 25 a 40 años en el grupo experimental, después de aplicar el programa de Promoción de salud.

5. Establecer si existe diferencia significativa entre las actitudes presentadas antes y después de la aplicación del programa de promoción de salud, en el grupo Experimental.

6. Establecer si existe diferencia significativa entre las actitudes presentadas después de la aplicación del programa de promoción de salud entre los Grupos control y Experimental.

Justificación

La esperanza de vida del ser humano, ha aumentado en las últimas tres décadas de 52 a 75 – 80 años de vida aproximadamente. La ONU (1996; citado por la Organización Mundial de la Salud OMS, 1996), estima que en este

año existirán más de 719'000.000 de mujeres mayores de 45 años, lo que significa que más mujeres experimentarán la llegada de la menopausia.

Así mismo, como es tan reciente este acontecimiento, es también, relativamente poco lo que se ha estudiado e investigado sobre el tema, atribuyendo y dando la mayor importancia a los factores fisiológicos que en ésta se presentan. No se descarta el aspecto psicológico en el estudio de la menopausia, pero no está lo suficientemente trabajado.

La calidad de vida de la mujer al pasar los días se ve vulnerada y es en ese momento cuando se empiezan a tomar medidas de intervención para mejorar un posible estado de enfermedad.

Es necesario trabajar en la promoción de la salud, partiendo desde el concepto de bienestar en todas las etapas de la vida. Cada mujer debe ser partícipe de su proceso de salud como un fenómeno integral; es decir, que asuma un papel activo y descubra que está inmersa en un contexto socio-cultural determinado. Además debe comprender que sólo de ella depende la forma como afronta las situaciones que se van presentando.

La promoción de la salud implica ayudar a las personas a aprender y aceptar la responsabilidad del bienestar; esto incluye en el caso de la mujer pre-menopáusica, tener una actitud positiva frente a la etapa subsiguiente (menopausia), para que ésta sea aceptada con una disposición de cambio adecuada.

MARCO TEORICO

Salud

Concepto de Salud

El área de la salud, ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas y ha sido un tema de preocupación y controversia a nivel mundial. Anteriormente, se definía la salud como ausencia total de enfermedad, pero esta concepción ha cambiado para considerarla como un derecho social básico e integral, en donde se incluyen procesos de promoción de salud y prevención y rehabilitación de la enfermedad.

Latorre y Beneit (1994) describen la salud como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo como ausencia total de enfermedad. La OMS, agrega a este concepto la importancia de la ejecución de acciones tendientes a conseguirla mediante la actividad básica que es la educación (Alvarez, 1998).

En el proceso salud - enfermedad se ven implicados varios componentes personales, ambientales, sociales y culturales, esto significa que la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de la vida personal, sino que acontecen como parte fundamental de una sociedad (Costa y López, 1986). León (1988) afirma que la salud es el bienestar integral que representa un adecuado funcionamiento del individuo dentro de su contexto social.

Simón (1999; citado por Villota, L y Villota, C, 2000) propone un concepto novedoso sobre salud y la describe como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre las competencias individuales (biopsicosociales) y las

características ambientales que da como resultado un estado de equilibrio y bienestar psicosocial.

Las definiciones dadas anteriormente coinciden en que la salud es uno de los valores fundamentales del ser humano y, por ende, los organismos de salud y la comunidad en general deben trabajar por ese completo estado de "bien - estar", en el que cada persona logra un desarrollo integral.

El abordaje de las temáticas de salud y los nuevos conceptos en su área muestran un futuro promisorio para el mejoramiento de la calidad de vida de todas las comunidades. Estos adelantos deben aplicarse con el ánimo y el firme propósito de propender por el desarrollo del individuo en cada una de las etapas de su vida y los espacios en los que se desenvuelve en cada una de estas.

Salud Mental

De la salud en general de un individuo y en sí, de una comunidad, se deriva también, el concepto de salud mental o bienestar psicológico como un proceso causado por el aprendizaje, la comunicación y las relaciones interpersonales adecuadas que permiten el desempeño de un sujeto en un grupo específico (Sarmiento, 1997).

Este bienestar psicológico es el resultado de interacciones de diversos factores, dados a lo largo de todo el proceso de desarrollo y maduración del individuo, tales como la influencia familiar y social, las diferencias individuales y las experiencias de aprendizaje, entre otros.

La salud mental es la manera de vivir que permite observar diferentes logros:

1. Responder a dificultades o cambios del ambiente, adaptándose a él o intentando modificarlo.

2. Obtener crecimiento madurativo emocional.
3. Abrirse a nuevas maneras de pensar y crear.
4. Ejercer una conducta realista que establezca relaciones interpersonales adecuadas e integradoras.
5. Tener autonomía, asumiendo la responsabilidad del propio bienestar.
6. Disfrutar de las satisfacciones sobre los objetivos que cada persona se propone.

Phares (1996) enfatiza en la importancia de la promoción y la prevención en la salud mental como parte fundamental de la salud pública. Además, los programas que esta desarrolla deben ser acciones eficientes y efectivas para el logro de las metas propuestas.

Conductas de Salud

Son aquellos comportamientos que potencian un estado de salud general y pueden convertirse en hábitos de salud. Para que sea hábito, debe ser una conducta firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo. Los hábitos de salud son muy resistentes al cambio (Latorre y Beneit, 1994).

Las conductas de salud, pueden clasificarse en función de su grado de vinculación o dependencia con respecto al sistema de salud (Taylor, 1986, citado por Latorre y Beneit, 1994):

1. Muchas de las conductas de salud, dependen del acceso que tenga el individuo a los sistemas de salud, como es el caso de las vacunas o los exámenes periódicos; estas conductas requieren de la vinculación de profesionales de la salud y no se hacen de manera individual o privada.

2. Otro tipo de conductas de salud, son las recomendadas por los profesionales de la salud, pero la mayoría de las personas no solicitan la ayuda de estos profesionales para ponerlas en práctica. Este tipo de conductas, incluye el seguir una dieta controlada, dejar de fumar o practicar un deporte adecuado.

3. Las personas llevan a cabo comportamientos de salud de una forma independiente del acceso a los sistemas de salud; por ejemplo, las conductas relacionadas a la seguridad vial, riesgos profesionales o salud profesional.

Una de las características asociadas a las conductas de salud es que son inestables y autónomas. La inestabilidad tiene que ver con factores temporales y espaciales y con factores internos de la persona, en ésta característica se observa cómo los factores externos e internos cambian a lo largo de la historia y el desarrollo de las conductas durante toda su vida. Por su parte, la autonomía o independencia hace referencia a la escasa relación entre distintas conductas en un mismo individuo, es decir, el hecho de que una persona lleve a cabo una determinada conducta de salud, no predice en modo alguno la existencia de otras (Mechanic, 1979, citado por Latorre y Beneit, 1994).

Por lo general existen diferentes determinantes de las conductas de salud, los cuales pueden ser factores personales y sociales, en los personales se encuentra la autopercepción de los síntomas, las creencias y actitudes y las reacciones emocionales y en los sociales están el acceso a los sistemas de salud, los hábitos de socialización, los valores culturales y las influencias del grupo.

Fishbein y Ajzen (1980, citado por Latorre y Beneit, 1994) proponen el Modelo de la Acción Razonada el cual intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas de salud. Según este enfoque una conducta de salud es el resultado directo de la intención comportamental y ésta depende, a su vez, de dos factores, las actitudes respecto al comportamiento y las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental.

Fomento de la Salud

Otro concepto básico trabajado es el fomento de la salud y se aborda como la dimensión de la acción social del desarrollo sanitario para la obtención de logros a través de los siguientes postulados: a) promoviendo modos de vida sanos y actividades comunitarias y, b) creando condiciones que permitan llevar una vida sana (Dhillon y Philip, 1995).

El fomento de la salud es la actividad social, educativa y política que aumenta la conciencia pública de las cuestiones sanitarias. Teniendo en cuenta que la salud no es sólo un objetivo y actividad médicas, todos los profesionales encargados de buscar y facilitar un bienestar integral, se enfrentan a un nuevo reto en el que deben asumir un papel activo y participativo en el fomento de estados saludables de una comunidad determinada.

Atención Primaria en Salud

Dhillon y Philip (1995) citan la Conferencia: "Salud para todos en el año 2000" (p. 2), realizada en la ciudad de Alma Ata, donde se considera la Atención Primaria en Salud (APS) como la nueva clave para alcanzar en todo el

mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social.

La APS debe ser integral e integrada, es decir, que esté dirigida a toda la población y que cubra organizadamente todas las necesidades. El principio unificador de la APS es el de Prevención, como una nueva alternativa al tratamiento individual, el cual se venía suministrando cuando había presencia de enfermedad (Phares, 1996).

Zurro y Cano (1994) destacan la existencia de tres niveles de acción preventiva: Primaria, secundaria y terciaria.

En primer lugar, la Prevención Primaria, se refiere a todas aquellas acciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. Este tipo de prevención comprende dos acciones específicas: a) promoción de la salud, dirigida a las personas y, b) protección de salud, realizada sobre el medio ambiente.

En segundo lugar, la Prevención Secundaria, comprende las actividades necesarias para detener la evolución de la enfermedad cuando los signos y síntomas aún no son aparentes pero existen a nivel subclínico.

Por último, la Prevención Terciaria, hace referencia a actividades de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Esta estrategia es la que menos se asocia con actividades de promoción y prevención porque se remite a actividades de intervención.

Promoción para la Salud

El enfoque de promoción de la salud toma auge como un modelo novedoso y contrapuesto al enfoque tradicional que enfatiza en la intervención a nivel

individual, pretendiendo modificar los comportamientos de riesgo individuales, olvidando los mecanismos y aspectos propios de la cultura los cuales generan y mantienen esos comportamientos (McKinlay, citado por la Organización Panamericana de la Salud OPS, 1996).

Es así que, la Promoción de la salud se define como la suma o conjunto de acciones de la población, los servicios de salud y otros sectores sociales, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (León, 1998).

El grupo o población específica a quien va dirigida la promoción de la salud, debe ser la buscadora de sus propios hábitos y comportamientos inadecuados que posiblemente están generando estados de enfermedad, con el fin de modificarlos y adquirir hábitos más saludables que mejoren la calidad de vida.

No puede negarse la importancia de diferentes factores en el proceso mencionado, ni tampoco puede hablarse de un proceso unidireccional. La Promoción de Salud es un complejo sistema en donde cada factor juega un papel invaluable en el desempeño de éste como una unidad (León, 1998).

Entre los factores, se encuentran:

1. Ambiente: Es todo aquello que rodea al ser humano y la comunidad en general, el cual al entrar en contacto genera diferentes respuestas en éstos.
2. Herencia: Que es sin duda un factor predisponente para el desarrollo de la salud o la enfermedad, teniendo en cuenta las diferentes características individuales.
3. Servicios de salud: Existen con el fin de influir positivamente en la salud y prevenir o intervenir en los estados de enfermedad.

4. Comportamiento: Es el conjunto de todas las acciones que el individuo ejecuta ante una situación o estímulo determinados, los cuales pueden incidir o no de una manera adecuada en el mantenimiento y promoción de la salud.

Un Programa de Promoción se refiere a un conjunto de estrategias organizadas y estructuradas dentro de un plan, encaminadas a promover un bienestar integral a través de la modificación de factores que influyen en la vida de un individuo o comunidad.

Educación para la Salud. Como parte de la estrategia de Promoción de Salud, surge el modelo de la Educación para la salud, el cual contempla una participación activa e integradora de los estamentos y profesionales en conjunto con la comunidad.

La educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo, que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos y que acepte su grupo social (Alvarez, 1995).

Costa y López (1994) consideran la necesidad de que la Educación para la Salud se contemple en una estrategia amplia de promoción de salud en donde la comunidad asuma un protagonismo efectivo y sus objetivos vayan más allá de los estrictamente educativos.

Los objetivos principales de la estrategia de Educación para la Salud se resumen en dos: a) enseñar conocimientos adecuados de salud y, b) propiciar comportamientos facilitadores de salud, dentro de los cuales se pueden desarrollar objetivos secundarios como:

1. Desarrollar hábitos y costumbres sanas.

2. Modificar pautas de comportamiento cuando las costumbres o hábitos individuales y sociales son insanos y peligrosos para la salud.

3. Promover la modificación de factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud.

4. Lograr que el individuo y su grupo acepten la salud como un valor fundamental.

La Educación para la Salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud, es la enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que le permitan la conservación y mejoramiento de su salud.

La Educación para la Salud puede aplicarse de forma individual o colectiva y está dirigida a la promoción, el fomento de la salud, la prevención, el tratamiento, etc. A nivel de grupo requiere de una preparación cuidadosa y un desarrollo diferente al individual, y su propósito es informar la realización de un programa, señalando objetivos, actividades, estrategias, metas, etc (Alvarez, 1995).

El proceso educativo debe cumplir con los siguientes pasos:

1. Análisis del problema realizando un diagnóstico de salud de la comunidad.
2. Sensibilización, informando de manera breve los temas a tratar.
3. Publicidad o propaganda mediante afiches, volantes, radio, televisión, etc.
4. Motivación con el propósito de incrementar el interés por las temáticas a trabajar.
5. Educación, que Incluye el cambio de actitudes y comportamientos en sí.

Estos pasos deben tomarse en cuenta al diseñar el programa de salud para la menopausia, para planear diferentes acciones y ejecutarlas de acuerdo a las necesidades de la comunidad estudiada.

También, es necesario en el trabajo en una comunidad (en éste caso, mujeres de 25 a 40 años), recordar una serie de aspectos que posibiliten la consecución de resultados óptimos. Entre estos aspectos tenemos:

1. Garantizar la continuidad de las acciones de salud después de terminar la aplicación del programa de promoción de salud.

2. Considerar los patrones culturales existentes para determinar que acciones se deben ejecutar en relación a las prácticas de salud y las innovaciones tecnológicas.

3. Promover la responsabilidad de la comunidad en cuanto al cuidado del bienestar individual y grupal.

4. Facilitar el acceso a la información aún después de la culminación del programa de salud, permitiendo la retroalimentación y la adquisición de nuevas propuestas para un contínuo cambio (Costa y López, 1989).

Gálvez y Rodríguez (1997) proponen una estrategia comunitaria integrada de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la educación en población:

La información, es el componente integral de los servicios y actividades de promoción y divulgación; es un conjunto de mensajes planificados para motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes y comportamientos.

La educación, se refiere a la facilitación y construcción del proceso de aprendizaje para que todas las personas tomen decisiones libres y responsables.

La comunicación, por su parte, busca fortalecer relaciones entre todos los integrantes de un grupo determinado, a través del diálogo permanente, la participación y la retroalimentación en el estudio de temáticas y desarrollo de acciones.

Psicología de la Salud

En la época actual se destaca cómo el estilo de vida afecta la salud y el sentido de bienestar. Esto ha hecho que la Psicología de la Salud se haya convertido en una especialidad de rápido crecimiento (Phares, 1996).

Matarazzo (1982, citado por Simón, 1999) define la Psicología de la Salud como "el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formulación de políticas sanitarias" (p. 4).

Taylor (1995, citado por Simón, 1999) afirma que la la Psicología de la Salud es un campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos (p. 20).

Reig, Rodríguez y Mirá (1987, citados por Latorre y Beneit, 1994) señalan que la Psicología de la Salud se basa en 4 suposiciones básicas:

1. Determinados comportamientos aumentan el riesgo de ciertas enfermedades, o sea que la conducta es un factor de riesgo.

2. La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.

3. El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad, siguiendo las leyes del aprendizaje.

4. Las intervenciones psicológicas pueden resistir (con balance favorable) un análisis de costo - utilidad/eficacia.

La Psicología de la Salud, según Godoy (1993, citado por Simón, 1999), es un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) del área de la psicología relativas a la promoción de la salud, y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud; consistentes en la investigación de la importancia de los factores comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control y modificación de los mismos.

De acuerdo a la anterior definición, la Psicología de la Salud se caracteriza por:

1. Dirigir su área de actuación tanto al individuo como al conjunto de instituciones y fuerzas que están relacionadas con la salud, en los niveles intraindividuales, interindividuales y sociales de la salud (Stone, 1983, citado por Simón, 1999).

2. Primar los aspectos de Promoción y Fomento de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

3. Potenciar la investigación destinada a conocer cómo contribuyen a la salud los factores comportamentales y a la elaboración de estrategias adecuadas para su evaluación, control o modificación.

4. Analizar y mejorar las políticas de salud y el sistema de atención a la salud.

Weinman (1990, citado por Latorre y Beneit, 1994) señala que la Psicología de la Salud se centra en el estudio teórico y aplicado de los siguientes temas:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de comportamientos inmunizadores.
3. Las cogniciones acerca de la salud - enfermedad.
4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
5. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las diversas técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Actitudes

Definiciones de Actitud

Allport (1968, citado por Lindgren, 1980) señala que el concepto de actitud es probablemente el más distintivo e indispensable en la psicología social debido al rol que desempeña en la dirección y canalización de la conducta social.

Para Myers (1991) la actitud "es una reacción evaluadora, favorable o desfavorable, hacia alguien o hacia a algo, que expresamos mediante creencias, sentimientos o una conducta que estimamos adecuada" (p. 45).

La actitud no es únicamente un constructo que explica una buena parte de la conducta humana, sino un importante medio para predecirla. Además, no sólo explica y permite predecir la conducta, sino que también ayuda a modificarla.

Para Swartz (1973), una actitud es una respuesta orientada, es decir, una disposición cognitiva y/o emotiva que permite actuar de un modo u otro y ayuda a determinar que se desarrollará una acción hacia los objetos específicos más bien que otra. A partir del punto de referencia de cada sujeto se puede describir una actitud como favorable o desfavorable, como positiva o negativa.

Berkowitz (1972, citado por Whittaker, 1995) propone dividir en categorías las definiciones de actitud con base en tres características básicas debido a la proliferación de más de 100 definiciones de dicho concepto:

- a. Algunas, consideran la actitud como una evaluación o reacción afectiva. Se mide teniendo en cuenta si los sentimientos de un individuo hacia un objeto son favorables o desfavorables.
- b. Otros consideran que la característica primordial de la actitud es la disposición a actuar de cierto modo.
- c. Otro grupo de investigadores piensa que la actitud es una mezcla de tres componentes: Afectivo, cognitivo y comportamental.

Componentes de la Actitud

De las categorías trabajadas por Berkowitz (1972, citado por Whittaker, 1995) respecto a la clasificación de las definiciones de actitudes, se retoma la

tercera, en la que se afirma que la actitud es una mezcla de tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual, que son la evaluación del objeto actitudinal.

Las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables; los sentimientos, positivos o negativos y la conducta o intenciones de conducta, de apoyo u hostiles (Morales, Moya y Reboloso, 1994; citados por Villota, L y Villota, C, 2000).

En primer lugar, el Componente Cognitivo, representa los conceptos y juicios que la persona forma ante un hecho, objeto o persona; por ejemplo, una mujer premenopáusica puede no conocer los aspectos que conlleva el desarrollo de la menopausia y puede estar predispuesta a percibir esta etapa como amenazante.

En segundo lugar, el Componente Afectivo, se refiere al agrado o desagrado que siente la persona ante un hecho, persona u objeto. Este componente, según la mayor parte de investigadores, surge a través de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos efectos recompensantes o de castigo (Whittaker, 1995).

Y en tercer lugar, el Componente Conductual, incluye el acto o comportamiento que ejecuta un individuo en presencia de ciertos estímulos. Es la manifestación observable de la actitud.

Medición de la Actitud

No es posible observar directamente una actitud y por ello, es necesario inferirla de una conducta determinada o por apreciaciones y expresiones verbales.

A lo largo del estudio de las actitudes han surgido diferentes técnicas para medirlas a nivel de sus tres componentes. La medición se ocupa de estudiar la dirección, intensidad, prominencia y consistencia de una actitud o sistema de actitudes (Lindgren, 1980).

La Dirección corresponde al agrado o desagrado hacia un objeto, persona o situación; es decir, mide si la persona tiene una posición favorable o desfavorable frente a éstos (si está en pro o en contra).

La Intensidad hace referencia a la fuerza de una actitud.

La Prominencia, es el grado en que un individuo destaca una actitud determinada o la notoriedad de la misma.

Por último, la Consistencia, es el grado en que varias actitudes o sistema de actitudes se compaginan o se relacionan.

Thurstone y Chávez (1931, citados por Lindgren, 1980) diseñaron un método de intervalos que subjetivamente parecen iguales. Para medir una actitud, según este método, se reúnen opiniones sobre un objeto, persona o situación específicos y se califican en una escala de 1 a 11 (menos favorable a más favorable).

Likert (1932) creó una escala denominada Escala Tipo Likert, que contiene reactivos que miden la misma actitud o complejo de actitudes según cinco opciones de respuesta (Lindgren, 1980).

Otro método conocido de medición de actitudes es el Diferencial Semántico, que fue desarrollado, originalmente, por Osgood, Suci y Tannenbaum (Villota, L y Villota, C, 2000) para explorar las dimensiones del significado.

En la actualidad, el diferencial semántico consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto actitudinal. Se solicita la reacción del sujeto y éste lo califica dentro de un conjunto de adjetivos bipolares; la calificación indica la dirección e intensidad de la relación del estímulo con los adjetivos. La puntuación de la escala oscila entre siete y uno.

Por otra parte, Whittaker (1995) menciona diferentes métodos utilizados para medir los tres componentes de una actitud:

El componente cognitivo, se mide con el fin de descubrir las clases de categorías que emplea un individuo cuando está clasificando un nuevo estímulo. Triandis (1971, Citado por Whittaker, 1995) ha sido el autor más interesado en medir el componente cognitivo. Uno de sus métodos consiste en pedir al individuo que haga alguna asociación para ciertos estímulos verbales en función de las relaciones lógicas (para el individuo) que existan entre los estímulos y las características anteriormente elegidas por el investigador.

En el procedimiento del método del Significado Implicativo se presenta al sujeto el objeto de la actitud y se pregunta cuán probable o improbable será que ciertas consecuencias se presenten.

En cuanto al componente afectivo, es el que más atención ha recibido por parte de los investigadores. En el pasado existían una serie de métodos para medir este componente, pero por razones psicométricas y prácticas fueron reemplazados.

El método de las Puntuaciones Sumadas, propuesto por Likert en 1932 (Whittaker, 1995), es uno de los más empleados para medir el componente afectivo. El investigador redacta un número de enunciados junto con una escala

de cinco intervalos en los que el sujeto señala el grado en que concuerda o está en desacuerdo con la oración. La puntuación final es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada reactivo.

Otro enfoque utilizado en la medición del componente afectivo de la actitud es el Espacio o Diferencial Semántico, nombrado anteriormente y que fue desarrollado por Osgood y su colegas (1957, citado por Whittaker, 1995).

El componente conductual, es quizá el componente menos estudiado con relación a la medición de actitudes. El primer método creado para este fin es la escala Social de Bogardos; inicialmente se empleó para medir el prejuicio contra grupos étnicos, donde se presentaba al sujeto una serie de situaciones en las que debía indicar el tipo de conducta al que voluntariamente se dedicaría.

Esta escala presenta varias limitaciones a nivel psicométrico; Triandis (1971, Citado por Whittaker, 1995) elaboró una escala más compleja y mide cinco aspectos tales como el respeto, las relaciones matrimoniales, la amistad, la distancia social y la superordinación.

Formación de Actitudes

La actitud surge de las interacciones sociales por las que cada individuo pasa. El niño desde un principio, está inmerso en una serie de prácticas de socialización que, directa o indirectamente, modelan la forma de percibir su mundo (Whittaker, 1995).

Según Lindgren (1980), las actitudes están determinadas por el modo en que las personas perciben el contexto y por las pautas anteriores de actitudes y valores; desde niños se aprende lo que es importante y lo que hay que pasar

inadvertido. Estos procesos ayudan a percibir cómo son las relaciones consigo mismo y con los demás.

A medida que el individuo crece, la experiencia social modifica sus actitudes, y viceversa, éstas modifican sus percepciones sociales. Por lo tanto, el mecanismo de formación de actitudes más general es la situación social que vive un individuo.

Las actitudes del sujeto están en desarrollo y cambio continuos, ya que a lo largo de toda su vida éste aprende nuevas ideas y conductas (Whittaker, 1995).

Cambio de Actitudes

Como ya se ha mencionado, las actitudes surgen de las interacciones de la persona con un objeto en un contexto motivacional y cognitivo particular. A medida que se va interactuando con un objeto, persona o hecho (directa o indirectamente) se comprueban las actitudes, se las expone a nueva información, a veces se las archiva y conserva y a veces se las cambia.

Whittaker (1995) afirma que es posible hacer cambiar las actitudes; lograr ese propósito dependerá de la intensidad de las actitudes, de la función que cumplan para la persona y de las técnicas psicológicas que se empleen.

Los componentes de la actitud tienden a la armonía; así cuando un componente cambia, es probable que también lo hagan los otros.

Factores como las características de la persona que entrega una comunicación persuasiva, la forma cómo se presenta la comunicación y la naturaleza del público a quién se dirige ésta, son fundamentales a la hora de cambiar actitudes (Whittaker, 1995):

En primer lugar, el papel del Comunicador, se refiere a la relación de éste en el cambio de la actitud, la cual se basa en una teoría de reforzamiento, en la que se necesitan incentivos para cambiar las actitudes.

El papel de la Comunicación también puede influir en el cambio de actitudes, ya que puede ser persuasiva y puede darse de varias maneras:

1. Presentando los razonamientos más importantes y enseguida los menos importantes.
2. Al enunciar conclusiones, éstas deben ser claras y sencillas, definiendo las metas de la persuasión y la comunicación.
3. La comunicación puede ser unilateral y bilateral, esto significa que se pueden presentar argumentos a favor o en contra de un tema.

Otro factor determinante se refiere a la naturaleza de la comunicación, es decir, que tonalidad tiene; ésta puede ser racional o emocional y actuará teniendo en cuenta el público que reciba el mensaje.

La Personalidad del Receptor, también puede facilitar o dificultar el cambio de actitud. Existen algunas características pertinentes en relación a la personalidad, como lo son:

- a. Autoestima.
- b. Autoritarismo: Es más fácil persuadir a personas autoritarias recurriendo a fuentes autoritarias.
- c. Aislamiento Social: Cuando una persona se siente aislada y carente de apoyo social, es mucho más influenciable.
- d. Sexo: Las mujeres son más sensibles a los intentos de persuasión.

La afiliación a los grupos sociales es otro factor a la hora de cambiar actitudes, ya que cuanto mayor sea la identificación de una persona con un grupo social, mayor será la dificultad en hacerla aceptar una comunicación que vaya en contra de las normas de ese grupo.

Modelos Teóricos del Cambio de Actitud

Las actitudes pueden ser objeto de cambio a través de procesos de aprendizaje en la vida de un individuo. A continuación se exponen algunos modelos teóricos relativos al cambio de actitudes:

Disonancia Cognitiva. Cuando se tiene conciencia de que los pensamientos y los actos no coinciden, un sujeto experimenta tensión y la denominada Disonancia Cognitiva. León Festinger (citado por Myers, 1996) propuso esta teoría que se refiere a que la gente busca armonizar sus actitudes con sus actos para no experimentar inconsistencia entre los elementos de una actitud.

Villota, L. y Villota, C. (2000) plantean que la Teoría de la Disonancia Cognitiva diferencia las situaciones que producen un mayor o menor grado de disonancia, lo cual estaría en función de tres variables:

- a. La importancia que tenga cada uno de los elementos cognitivos.
- b. El número de elementos cognitivos consonantes y disonantes que existan simultáneamente; si el número de elementos disonantes es mayor en relación a los consonantes, mayor será la disonancia.
- c. Sobreposición Cognitiva, es decir, la semejanza entre dos elementos corresponden a dos alternativas diferentes.

Ante todos los hechos y comportamientos que ejecuta el individuo a lo largo de su vida, están presentes las actitudes como una reacción evaluadora, lo que

le permite buscar un grado de coherencia a nivel de lo que piensa, siente y hace y, por ende, de lograr una armonización global en su vida.

En el cambio de actitudes se pretende establecer en el sujeto la capacidad para actuar por sí mismo en consecuencia de lo que conoce, piensa y siente.

Procesos de Influencia Social. Kelman (1961, citado por Whittaker, 1995) menciona tres procesos de influencia social, que pueden llevar al cambio de actitud: obediencia, identificación e interiorización.

1. Obediencia: Es el proceso menos perdurable y más superficial. Una persona puede cambiar sus actitudes bajo la influencia de alguien, pero este cambio sólo lo hace para lograr una meta.

2. Identificación: Es cuando una persona adopta una conducta porque esta asociada a una relación con otra persona o grupo. Esto asegura o mantiene una relación deseada.

3. Interiorización: Es la más perdurable. Consiste en aceptar una posición respecto a un tema debido a la congruencia existente entre el intento de influencia y el sistema de valores de la persona.

Como objetivo fundamental del cambio de actitudes se encuentra el lograr en cada sujeto una conciencia de la importancia de su bienestar, por ello, es importante que se cumpla a cabalidad en todo proceso de Educación el tercer punto relacionado con la interiorización.

Menopausia

Aristóteles fue el primero en referirse en la cesación de las menstruaciones, pero el término "Menopausia" se instauró en 1823, definida como la cesación de la regla o menstruación.

El proceso de la menopausia, ocurrido en la mujer de mediana edad (45 a 55 años) fue prácticamente desconocido hasta principios de este siglo ya que ella sólo vivía hasta los 40 o 50 años y la desaparición de la regla coincidía con la muerte.

Actualmente la longevidad ha aumentado en la población en general. La modificación de la esperanza de vida se debe a diferentes factores (Schofield, Reher y Bidas, 1991; citados por Sánchez - Cánovas, 1996), entre ellos se encuentran:

1. Cambio en los hábitos y conductas en la población, por ejemplo, mejora en la higiene y limitación del tamaño familiar.
2. Modificaciones en la alimentación, nutrición, salubridad y condiciones de medida (estatura) y peso.
3. Aparición de medidas preventivas (vacunas, detección de factores de riesgo) y terapéuticas (antibióticos, técnicas quirúrgicas).
4. Campañas de educación sanitaria.

Etapas del Climaterio

Durante mucho tiempo se consideró que la menopausia era de aparición brusca y que se caracterizaba simplemente por la desaparición de los ciclos menstruales. Ahora, es incuestionable que la menopausia forma parte del climaterio, el cual es un proceso que se inicia desde varios años antes de la amenorrea. El climaterio empieza con un decremento en la tasa de fertilidad y la irregularidad de los ciclos menstruales (Furuhjelm, 1984 y Wise y cols., 1996; citados por Zárate y MacGregor, 1997).

Guadamuz (1998), hace referencia al climaterio, como la fase del organismo que conduce al cese de la función del ovario y sus consecuencias.

La OMS (1996) refiere que el climaterio contiene al mismo tiempo diferentes subetapas (véase figura 1), éstas son:

1. Premenopausia: Incluye el período de fecundidad de la mujer hasta el Período Menstrual Final (PMF) y el primer año siguiente.

2. Perimenopausia. Incluye el período que precede inmediatamente a la menopausia (cuando comienzan síntomas característicos).

3. Menopausia Natural. Se refiere al cese permanente de la menstruación resultante de la pérdida de actividad folicular en los ovarios. Es retrospectiva, es decir, ésta se reconoce al cabo de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente.

La edad de la aparición de la menopausia es variable. Se acepta como término medio alrededor de los 50 años (Magnani, Sánchez, Aranda, Campillo, Campillos, Tercero, García P., García C. Y Rodríguez, 1999). La esperanza de vida es de 75 a 80 años, ésto hace que la mayoría de las mujeres vivan gran parte de su vida en las etapas de la menopausia y la postmenopausia. Es fundamental que se comprenda, por ello, los cambios dados en estas etapas y sus consecuencias, para proporcionar cuidados de salud de excelente calidad.

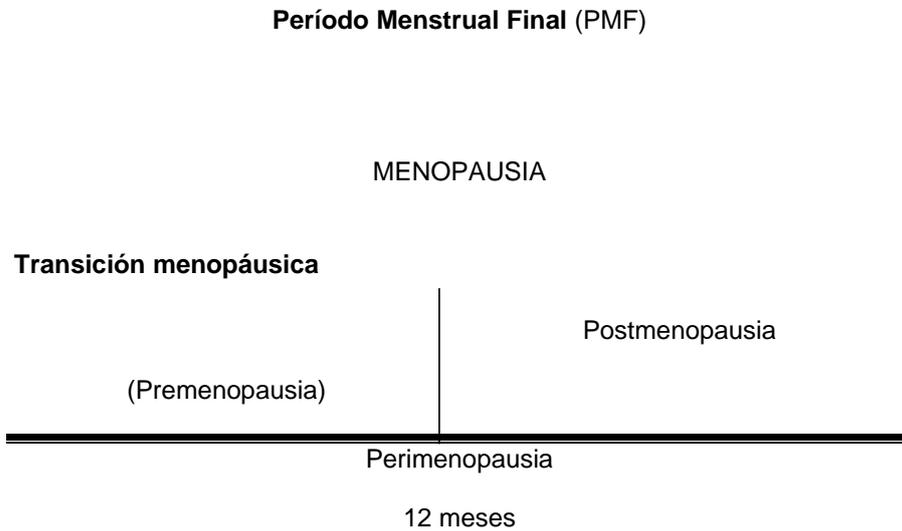


Figura 1. Etapas del Climaterio (Tomadas de OMS, 1996).

Comentario [ML1]: Debo

4. Postmenopausia. Esta fase empieza después del Período Menstrual Final (PMF).

Sintomatología

La menopausia, y el climaterio en general, son sintomáticos en el 75 a 85% de las mujeres y la intensidad de éstos varían de mujer a mujer (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar Comunitaria SVMFC, 1988).

La OMS (1981; citada por Sánchez - Cánovas, 1996) realizó un estudio en el que se analizaba la vivencia de la menopausia según diferentes culturas y civilizaciones. Autores como Ammar (1988) y Matthews (1991) (citados por Sánchez - Cánovas, 1996) llevaron a cabo estudios similares.

En estos estudios se demostró que en aquellas culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia, apenas tenía manifestaciones y síntomas relacionados con la menopausia. Por el contrario, en culturas como la occidental y los países desarrollados, donde se brinda culto a la belleza, la juventud y la maternidad, la mujer madura atraviesa la menopausia con dificultad y con mayor sintomatología.

Para unas mujeres los cambios son simples y mínimos. Pero, para la mayoría éstos pueden tener características y consecuencias devastadoras, tanto a nivel físico como psicológico (Encolombia, 1998). Algunos de los cambios son:

1. Síntomas Vasomotores: Sofocos, palpitaciones, sudoración.
2. Atrofia genito-urinaria: Sequedad vaginal, micción imperiosa, dispareunia (dolor en las relaciones sexuales, prurito (comezón), disminución de la libido sexual.
3. Cambios en la piel y en la distribución de grasas.
4. Incremento de riesgo cardiovascular.
5. Incremento de riesgo de osteoporosis (OMS, 1996).
6. Síntomas Psicológicos: Aprensión, irritabilidad, depresión, nerviosismo, fatiga, dificultad en la concentración, llanto en situaciones que normalmente no lo ocasionan, etc. Hay una variedad de síntomas que se presentan de acuerdo al contexto socio-cultural y a la experiencia de aprendizaje de cada mujer.

Penagos (2000) presenta una lista de síntomas clasificados de acuerdo a su aparición, a corto, mediano y a largo plazo; sin embargo su distinción es difícil ya que no hay límites que determinen su aparición:

En primer lugar, están los síntomas generales a Corto Plazo, dentro de los cuales se encuentran:

1. Trastornos Neurovegetativos: Los más frecuentes son los sofocos, que son la manifestación más común por la que consultan las mujeres y consisten en la aparición brusca de una sensación de calor en la cara y cuello, y que dura de 20 segundos a dos minutos (Magnani y cols., 1999). La Terapia de Sustitución Hormonal (TSH) puede disminuir las oleadas de calor, tanto en severidad como en frecuencia.

2. Trastornos del sueño: Dificultad para dormir, sueño superficial, despertar temprano.

3. Manifestaciones psicoafectivas: Trastornos de concentración, nerviosismo y depresión.

4. Disminución del rendimiento: pérdida de memoria, dificultad para concentrarse; éstas se relacionan con la menopausia pero ocurren en hombres y mujeres en el proceso de envejecimiento.

5. Cansancio, fatiga fácil y agotamiento relativo.

6. Síntomas vaginales y urinarios: Incontinencia urinaria, sequedad vaginal, prurito vulvar y pérdida del vello púbico.

7. Trastornos en las relaciones sexuales: La disminución de la libido es relativa según los cambios de la estructura orgánica de cada mujer y se ve influenciada por las concepciones culturales.

8. Trastornos en la piel y mucosas: Sequedad en la piel y la boca.

9. Modificación en el peso: Predomina el aumento de peso y el cambio en la distribución de la grasa corporal a consecuencia de los cambios hormonales.

En segundo lugar se encuentran los cambios a Mediano y Largo Plazo, dentro de los que se incluyen las enfermedades de elevada morbi - mortalidad:

1. Trastornos en los lípidos y enfermedades cardiovasculares: El cese de la actividad ovárica puede actuar como desencadenante del incremento de riesgo de enfermedad cardiovascular.

2. Síntomas articulares: Las lumbalgias o dolores lumbares se presentan durante el climaterio por la pérdida de la densidad mineral ósea; la TSH si se inicia precozmente, puede prevenir la pérdida de la masa ósea.

3. Osteoporosis: Es una enfermedad sistémica del esqueleto, debida a la disminución de la masa ósea, incremento en la fragilidad de los huesos y riesgo de fracturas. Existen factores de riesgo para la osteoporosis como son: la edad, raza blanca, reposo o ejercicio excesivo, bajo peso, baja talla, consumo de alcohol y cigarrillo, dieta baja en calcio, etc.

Magnani y cols.(1999), afirman que la sintomatología que presentan las mujeres en la menopausia se deriva de dos situaciones:

1. Cese de la actividad ovárica, que tendría una sintomatología a corto plazo (sudoración, sofocos), a mediano plazo (atrofia urogenital y de la piel) y a largo plazo (osteoporosis, cardiopatía isquémica).

2. Factores psicosociales: en los cuales el medio y las características personales son fundamentales para abordar esta etapa. Algunos de estos factores son:

- a. Nivel cultural.
- b. Nivel ocupacional.
- c. Temor a la pérdida de la juventud y envejecimiento.

- d. Concepciones sobre sexualidad.
- e. Concepciones sobre familia e hijos.
- f. Motivación hacia el futuro.
- g. Existencia o ausencia de un proyecto personal de vida.
- h. Tiempo libre.

Montoya (citado por Zárate y MacGregor, 1997), coincide con Magnani y cols. (1999), al afirmar que la deficiencia hormonal, los factores socioculturales y psicológicos influyen en la sintomatología de la mujer menopáusica.

Aspectos Psicosociales en la Menopausia

En un estudio realizado con 306 mujeres de la comunidad de Valencia (España), se encontró que existían diversos acontecimientos vitales dados en la etapa de la menopausia los cuales originaron cambios importantes en la vida personal, familiar y social de la mujer (Marín y cols, 1996; citado por Sánchez - Cánovas, 1996), como son:

1. Preocupación por el atractivo físico.
2. Cambios relacionados con su propio bienestar, tales como los cambios en los hábitos del sueño y alimenticios, somnolencia durante el día, problemas económicos, etc.
3. Cambios en la vida cotidiana, por ejemplo, el traslado a un nuevo domicilio o la incorporación de un nuevo miembro a la familia.
4. Preocupación por el bienestar de los seres queridos.
5. Rupturas o cambios muy importantes como la muerte del padre, la madre o amigos, hospitalizaciones de algún familiar, matrimonio de los hijos, problemas sexuales, entre otros.

6. Experiencias de atraco o de robo.

7. Acontecimientos positivos como aumento en los ingresos, compra de inmuebles, etc.

8. En menor grado, enamoramiento o inicio de una nueva relación afectiva.

Estas experiencias solas o en conjunto influyen en la salud mental y física de la mujer, y el grado del estado positivo o negativo depende de cuánto logre adaptarse o no a estos cambios.

Zita (1993, citado por Sánchez - Cánovas, 1996) considera que estos acontecimientos y cambios coinciden con la menopausia, lo cual puede provocar una sensación en la que se disminuye el bienestar y el confort y, por ende, conducir a una valoración negativa del proceso de la menopausia.

Coney (1993; citado por Sánchez - Cánovas, 1996) afirma que los estados de ansiedad y depresión que puede experimentar una mujer en la menopausia se deben principalmente a la sociedad en que vive. Las actitudes negativas hacia la menopausia, los prejuicios sexistas sobre el envejecimiento y las desigualdades entre los géneros son los principales problemas que enfrentan las mujeres.

Esta etapa es esperada por la mayoría de las mujeres con temor infundado y con total desinformación de su proceso de cambio; por ello, la actitud que asumen no es la más adecuada y los comportamientos que ejecutan no contribuyen a su bienestar físico y psicológico, debilitando y vulnerabilizando su calidad de vida.

La OMS (1981; citado por Sánchez - Cánovas, 1996) tiene como conclusión de sus estudios que los factores culturales y socioeconómicos que influyen de

forma más determinante en la sintomatología y actitud hacia la menopausia se relacionan con:

1. El significado cultural de la menstruación y las consecuencias de su desaparición.
2. El significado social dado a la mujer estéril.
3. Estatus social de la mujer al llegar a la postmenopausia.
4. La consideración social del envejecimiento.
5. Actitud de la pareja (comprensión de cambios, comunicación, vivencia de la sexualidad).
6. Situación económica de la mujer.
7. Cambio del papel sociofamiliar y disponibilidad para abordar nuevos papeles en la vida.
8. Existencia de servicios de salud específicos y especializados.

Hunter (1993, citado por Sánchez - Cánovas, 1996) considera que la calidad de vida de la mujer en la menopausia se ve influenciada por factores asociados a su salud física y psicológica previa.

El tratamiento de los síntomas menopáusicos debe ser completo, utilizando en primera instancia la reposición estrogénica y brindando orientación y apoyo a la paciente.

Un estudio realizado por Van Hall (En Colombia, 1998), de la Universidad de Leyden – países bajos, ha demostrado que no son tantos los problemas biológicos que debe enfrentar la mujer con menopausia, y sí los hay, están derivados de los manejos culturales que les da la sociedad. Esto incluye el manejo de los médicos generales o gineco-obstetras al realizar el tratamiento

con sus pacientes, la medicina así como ha avanzado en conocimientos, también se ha vuelto deshumanizada con el trato a los pacientes; por eso los tratamientos sólo se enfocan a disminuir los malestares fisiológicos, derivados de estos estados y no se preocupa por el bienestar emocional o psicológico de estas mujeres; la prioridad se centra en lo biológico.

Este estudio nombra que en las sociedades a las que pertenecen mujeres de casta en la India, las complicaciones biológicas en esta etapa son mínimas, todo debido a que la sociedad les reconoce el papel de importancia que han tenido para con su comunidad y porque se liberan de una serie de presiones, fruto de la jerarquía familiar y por el contrario no se las rechaza, se las acoge con más benevolencia y respeto; lo que no ocurre con las mujeres norteamericanas u occidentales que cada vez que pasa un año de vida sienten que pierden posición en una sociedad orientada hacia los valores de la juventud y los conceptos de belleza publicitaria.

Otro estudio se refiere a la concepción de la edad mediana en las mujeres realizado por Emma Beatriz Costaguta (En Colombia, 1998), quien propone la ruptura de modelos socioculturales, internalizados y transmitidos transgeneracionalmente así como la crisis de los valores de nuestra sociedad actual que conllevan a perder el apoyo en cualquier etapa de la vida, lo que por ende, genera un factor de riesgo en la salud de las personas, a través del desarrollo de un estudio basado en la aplicación de talleres con mujeres climatericas que intenta mejorar la adaptación progresiva a un cambio biológico regresivo.

También se intenta lograr que las mujeres resignifiquen su concepto de estilo de vida de una manera activa, para que comprendan que se puede cambiar la connotación negativa asociada la feminidad como sinónimo de maternidad. Los talleres se realizaron con mujeres de 40 a 55 años, inicialmente con el objetivo de conocer todos los aspectos relacionados con la etapa de la menopausia y la forma de manejar sus síntomas, se utiliza material bibliográfico, videos y se comparten experiencias; lo ideal es que las mujeres empiecen a concebir de manera diferente su pasado, su presente y su futuro sin dejar de resolver sus conflictos intrapsíquicos.

Las conclusiones a las que se llegó es que el vínculo con grupos extrafamiliares produce agrado y disminuye la ansiedad en dichas mujeres, ya que el compartir sentimientos mejora la autoestima, y se tienen argumentos mejores para poder rebelarse frente a las restricciones sociales y lo más interesante es que se conforman grupos de trabajo para mejorar sus formación profesional, para dedicarse a otras actividades lucrativas lo que les mejora sus sentimientos de incompetencia y minusvalía. Las mujeres pueden aceptar y comprender que sólo de ellas depende el forjarse un mañana mejor, y que deben ser las gestoras de procesos que mejoren su calidad de vida física y mental.

Factores como la historia personal de cada mujer, la relación de pareja, la familia y el campo social y familiar influyen en la sintomatología y en la manera cómo cada mujer enfrenta y percibe la menopausia. Para una mayor comprensión de la actuación, los factores se abordan a continuación:

Nivel Personal

Los cambios físicos que se presentan en las etapas de la vida pueden desencadenar respuestas psicológicas que varían según el concepto que cada mujer tenga sobre el envejecimiento; en las culturas orientales la edad acarrea respeto y poder y los signos externos son aceptados. Por el contrario, en la cultura occidental, el modelo ideal es el de una piel tersa y un torso esbelto y las arrugas y deformaciones amenazan la autoestima.

La mujer en esta etapa no sólo puede sentirse incómoda por los ritos socioculturales que se le rinden a la belleza, sino porque es ella misma quién es fiel testigo y observadora de sus cambios, entonces la piel se vuelve menos suave, más reseca, aumentan las arrugas y se nota el efecto que su papel reproductivo ha tenido sobre su cuerpo, en lo que se refiere a la textura de sus músculos abdominales, en la consistencia de los músculos de su cadera y en general de todo su cuerpo; sumado a esto, está la celulitis y la adiposidad también ocasionadas por los embarazos y por los efectos del envejecimiento, se va perdiendo la turgencia mamaria, el vello pubiano y por ende la capacidad de erotización y agrado por su propio cuerpo; ésto asociado a la falta de ilusión, de motivación en su vida de pareja y a la falta de atención a la que se somete o se ve sometida, crean en la mujer esquemas de pensamiento, de actitudes y sentimientos pobres en cuanto a su función o al mismo hecho de ver con preocupación el futuro que le espera (Rodríguez, Pellicer y Dominguez, 1998).

Las mujeres, cuando se encuentra dentro de las fases del climaterio, experimentan cambios psicológicos de manera especial en sus actitudes y muchos de ellos se derivan de la imagen que perciben de sí mismas. Es en esta época cuando a la mujer se le exigen comportamientos aceptados

culturalmente; es por ejemplo, cuando se supone la mujer debe cumplir con su misión de ser mujer pero al mismo tiempo ser madre y por lo tanto se le exige fertilidad como sinónimo de utilidad o servicialidad reproductiva.

La mayoría de mujeres se sienten amenazadas, porque junto con esta etapa se tienen que vivir situaciones complejas que no son afrontadas de la manera más adecuada como en otras etapas, todo por sentimientos que tienen todas las personas adultas respecto a su vejez. Ya no hablan porque piensan que sus argumentos carecerán de validez, ya no trabajan porque en el mejor de los casos son jubiladas o dependen económicamente del esposo o los hijos o simplemente no han constituido en su vida una relación afectiva de ningún tipo, empiezan a perder el contacto con sus amistades y en lugar de aprovechar el tiempo que tienen para ellas, se encierran en un mar de preocupaciones que contribuyen más con su deterioro físico y emocional (Freedman, 1991).

En esta edad la mujer tiene la oportunidad de replantear sus expectativas de vida y sus logros en general; con el tiempo las habilidades y actividades disminuyen, lo que conlleva a desligarse de diferentes grupos o sistemas sociales. Es así que, debe estar preparada para aceptar y enfrentar los cambios en los roles generacionales, manteniendo diferentes intereses y funciones.

Familia

La menopausia coincide con cambios en el entorno familiar y social. En el campo familiar se presentan nuevas relaciones; los hijos dejan a sus padres para formar un nuevo hogar. La mujer frente a esta situación experimenta una

sensación de vacío que generalmente está asociada con la llegada de la menopausia.

Para Guang (1983, citado por Sarmiento, 1997), la familia, es un grupo natural, que al pasar el tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales rigen el funcionamiento de cada uno de sus miembros, definen sus gamas de conducta y facilitan las relaciones recíprocas.

El sistema familiar, como una estructura, tiene diferentes propósitos. Entre ellos, tenemos:

1. Conservar la especie o propagar la vida.
2. Propagar la cultura.
3. Propiciar el desarrollo integral de cada uno de sus miembros (Sarmiento, 1997).

El tercer propósito es fundamental como un factor de apoyo y una estrategia que facilita la adquisición de nuevas actitudes y comportamientos adecuados para el manejo de la mujer premenopáusica.

Desde comienzos de la historia ha sido la mujer quien se ha encargado de ser la célula de formación especialmente en el cuidado y la educación de los hijos. Cuando la mujer ya ha cumplido su función, ella empieza a observar con sentimientos de tristeza e inutilidad los años pre y posteriores a la menopausia; por eso, en esta etapa además de sufrir los cambios físicos que son superables desde cualquier punto de vista con un buen control médico, la mujer debe aceptar que alrededor de los 25 últimos años de su vida se le denigra al perder su capacidad reproductiva.

Pareja

Cuando los hijos se casan o abandonan el hogar, se presenta en la mujer el síndrome del Nido Vacío. Esta etapa vuelve a la pareja a una situación de reencuentro; para muchas es una etapa de felicidad, pero para otras parejas que se han dedicado a los hijos y otras tareas, se les torna difícil readaptarse a situaciones de soporte y prepararse para etapas posteriores.

Es mucho más preocupante para las mujeres que tienen que vivir esta época sin compañía de una pareja, ya sea por muerte de su conyuge o por separación. Es peor, cuando el marido o pareja se separa por una mujer más joven que su esposa; esto es motivo para que muchas mujeres se sientan menospreciadas y así perciben la etapa de la menopausia con hostilidad.

Nivel Social y Laboral

El papel social de la mujer no debe terminar con el climaterio, debe incrementarse constantemente en el ámbito profesional (Zárate y MacGregor, 1997).

La mujer menopáusica en el entorno social, es subvalorada, pues cesa el período reproductivo, así como, la juventud, la belleza y su capacidad de seducción (Kusnetzoff, 1987).

El no contar con medios económicos, culturales e intelectuales suficientes, disminuye la posibilidad de que determinado número de mujeres no apliquen sus habilidades y experiencias en beneficio de la comunidad.

La mujer debe tener la oportunidad de mantener su capacidad productiva en los terrenos donde pueda desarrollarse, aunque en nuestro medio prevalece la discriminación de la mujer para realizar tareas fuera de su hogar. Al considerar que la mujer ha llegado al límite de su capacidad física e intelectual en la

menopausia, se le relega e impide que desarrolle sus habilidades y conocimientos.

Tiempo Libre

La mujer debe preocuparse por mejorar su calidad de vida en esta etapa, partiendo de una mejor utilización de su Tiempo Libre, que se concibe como el tiempo que la persona tiene a disposición después de realizar sus actividades o labores diarias.

El mantener al organismo llevando un ritmo de vida demasiado rutinario, conlleva a perturbaciones como el estrés, la ansiedad, el insomnio, pérdida del placer por el trabajo, el deporte o actividades que antes sí constituían fuentes de agrado. El tiempo libre bien utilizado se ha demostrado que mejora notablemente los cambios de humor o los estados emocionales subyacentes de una vida sedentaria.

Además, es importante saber que el sólo hecho de compartir con mujeres que se encuentren en una situación similar es una fuente para entablar y retroalimentar la comunicación, así como de fomentar lazos de amistad o altruismo.

En el manejo del tiempo libre es fundamental llevar un buen ritmo de ejercicio diario con una dieta balanceada, ya que contribuyen o previenen algunos síntomas de la menopausia además de la osteoporosis y disminuyen los estados depresivos asociados a esta etapa.

Falacias sobre la Menopausia

Sánchez - Cánovas (1996) enumera las siguientes falacias sobre la menopausia:

1. La mujer es lo que es su biología y está determinada por ella. Esta falacia limita a la mujer y niega los componentes psicológico y sociocultural.
2. La menopausia es una desviación de la verdadera feminidad.
3. La menopausia supone una pérdida del estado de salud.
4. La menopausia se reduce a cambios hormonales. Esta afirmación olvida los procesos personales, familiares y sociales que se dan en la etapa de la menopausia.
5. La mujer menopáusica no es una mujer completa.
6. Todas las mujeres menopáusicas precisan de diagnóstico y tratamiento.

Estas falacias han sido manejadas a lo largo de las diferentes etapas y procesos que vive la mujer en la cultura occidental, las cuales merecen ser replanteadas para su desarrollo integral.

Menopausia, Salud y Actitudes

Generalmente, la menopausia no crea problemas psicológicos en las mujeres. Lo que determina el influjo emocional en la menopausia es la actitud de las mujeres frente a ésta. La mujer puede percibir la menopausia como señal de pérdida de feminidad y atracción sexual o como liberación de diferentes aspectos (menstruación, posibles embarazos, etc.) (Myers, 1996).

Muchas veces las actitudes ya formadas suelen ser resistentes al cambio, lo cual implica un trabajo árduo y constante para obtener buenos resultados. La mujer premenopáusica en la sociedad actual, manifiesta actitudes frente a la menopausia a nivel de los tres componentes; entre éstas tenemos: no aceptación del proceso que están viviendo, papel que desempeña de acuerdo a esa no aceptación, desagrado, ambivalencia, etc.

Dentro de los componentes que se incluyen en las actitudes, podemos mencionar algunos que pueden tener significado dentro de las actividades diarias de las mujeres y pueden también tener repercusiones conductuales, fisiológicas y cognitivas; dentro de los conductuales se encuentran: a) la predisposición a consumo de drogas, explosiones emocionales, comer en exceso, falta de apetito, incapacidad de descansar, temblores, etc.; b) entre los efectos fisiológicos se encuentran: aumento del ritmo cardíaco, elevación de la presión arterial, sequedad de la boca, sudoraciones nocturnas, períodos de calor o frío, dificultad para respirar, sensación de nudo en la garganta, etc., y c) dentro de los cognitivos, están: incapacidad para tomar decisiones, incapacidad para concentrarse, hipersensibilidad a la crítica, etc.

La mayoría de ocasiones, la alteración de todos los componentes, o uno de ellos puede tener impacto sobre la salud de las mujeres causando estados de enfermedad como la amenorrea, dolor de espalda y pecho, mareos y desvanecimientos, trastornos gástricos, cefaleas y migrañas, pesadillas, insomnio, trastornos psicósomáticos, pérdida de interés sexual y cansancio o debilidad; por ello es importante que la mujer sea partícipe directa de todos sus procesos de salud para que en el momento en que se presenten, ella sepa afrontarlos de la manera más adecuada.

Las conductas de salud se pueden modificar a través del cambio de actitudes partiendo de la idea de que si los individuos son persuadidos de que determinados hábitos son perjudiciales para su salud, estarán motivados para cambiarlos.

Se han utilizado dos tipos de comunicación para cambiara actitudes relacionadas con la salud (Latorre y Beneit, 1994): En primer lugar están los Mensajes de contenido básicamente emocional, que recurren a provocar miedo y amenazas para la salud. Y en segundo lugar, están los Mensajes de contenido básicamente informativo sobre cuestiones relativas a los hábitos de la salud.

Existen algunas condiciones para lograr una comunicación persuasiva más efectiva; algunas de ellas son:

1. Las comunicaciones deben ser realizadas con dinamismo y viveza y no con un lenguaje técnico.
2. El comunicador o fuente de comunicación debe poseer prestigio, ser competente y digno de confianza.
3. La comunicación debe ser bidireccional, presentando ventajas y desventajas sobre el tema.
4. Los mensajes deben ser cortos, claros y directos.

La mayor parte de las conductas de salud se pueden modificar, para esto es importante contar con la motivación de las participantes pues son ellas quienes deben convencerse de lo adecuado o inadecuado de sus hábitos; el paso previo para modificar las conductas de salud es el cambio de actitudes o creencias que estas personas tengan sobre sus conductas de salud; ya que la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud (Matarazzo, 1984, citado por Latorre, y Beneit, 1994).

Así mismo, Sánchez - Cánovas (1996) enfatiza en la presencia de los profesionales de la salud como factor importante y decisivo en el proceso que atravieza la mujer. Esto implica actividades como: a) Suministrar información suficiente sobre el climaterio en general no sólo a las mujeres, sino a toda la comunidad, b) discutir sobre las actitudes frente a la menopausia y trabajar por cambiar las actividades y comportamientos negativos, y c) promocionar su salud enfocando las estrategias, principalmente, a la dieta, el ejercicio y evitar el tabaco y el alcohol.

Es importante, también, el control del estrés y la creación de grupos de discusión sobre problemas personales, familiares y sociales.

Magnani y cols. (1999), enfatizan la técnica de trabajo de grupo como parte de la educación sanitaria, para conseguir un cambio de actitud benéfico para la salud, tanto para establecer hábitos de vida saludables como para la vivencia positiva de esta etapa.

El intercambio de las experiencias en un grupo hace que la menopausia y las situaciones vitales que la rodean dejen de ser algo que cada mujer vive en forma aislada. Los objetivos del programa desarrollado por Magnani y cols. (1999) aumentan el nivel de formación que se tiene sobre menopausia y promueven hábitos de vida saludable.

El psicólogo, como profesional de la salud mental, se ve implicado en el proceso de promoción de salud en la mujer. Las autoras de la presente tesis diferimos de este enfoque dado por Sánchez - Cánovas (1996) en que la mujer no debe ser abordada sólo en la menopausia, cuando ya existe una

sintomatología, sino a lo largo de su vida con el propósito de lograr una actitud más favorable y permanente de cada proceso acontecido en cada mujer.

La propuesta de promoción de salud, es dirigida a mujeres premenopáusicas, quienes no han experimentado aún los síntomas de la menopausia. Está orientada de tal forma que pueda hacerse un trabajo amplio en el cambio y mejoramiento de actitudes frente a esta etapa.

Gaudet (1985; citado por Sánchez - Cánovas, 1996) nombra algunas claves para que la mujer viva la menopausia de manera constructiva: a) Conocerse a sí misma, teniendo una información adecuada de los procesos que vive la mujer, b) potenciar hábitos saludables y medidas preventivas, y c) apoyo estimulante de otras mujeres para aumentar la motivación y desarrollar hábitos de vida saludables.

Finalmente, es necesario recordar que aquellas mujeres que tienen una concepción positiva sobre la menopausia sufren menos síntomas y son de menor intensidad. Stoppard (1998) afirma "La menopausia marca el final de una fase de la vida y el principio de otra" (p. 248); esto significa que la menopausia es sólo una etapa de cambios y no el final de la vida.

MARCO CONCEPTUAL

Climaterio: Es el proceso que comprende las diferentes etapas por la que debe pasar una mujer de acuerdo a su función ovárica. El climaterio incluye la premenopausia, la menopausia, la postmenopausia y la perimenopausia.

Perimenopausia: incluye el período que precede inmediatamente a la menopausia (cuando comienzan síntomas característicos)

Premenopausia: Incluye el período de fecundidad de la mujer hasta el período menstrual final (PMF). comienzan síntomas característicos) y el primer año siguiente.

Postmenopausia: Esta fase empieza después del período menstrual final (PMF).

Terapia de Sustitución de Hormonas (TSH): es el tratamiento más eficaz y adecuado, también llamada Estrogenoterapia y está indicada en pacientes con síntomas y signos claros de déficit estrogénico. Esta reduce la pérdida de masa ósea y aminora otros síntomas asociados. Se suministran por vía oral, transdérmicos y vaginales

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

La investigación realizada es de tipo cuantitativo, ya que existe una metodología preestablecida (experimental) y juega un papel importante la medición de resultados y comprobación de hipótesis.

Diseño de Investigación

La investigación es de tipo experimental, diseño Preprueba - Postprueba, con grupo control (ver Figura 2). Entre los grupos control y experimental se comparan los resultados que miden la efectividad de la variable independiente sobre la variable dependiente (relación de tipo causal).

r	Ge	O1	X	O2
r	Gc	O3	—	O4

Figura 2. Diseño Experimental Pre- Post, con grupo Control

Donde:

- r Asignación al azar
- O1 Preprueba a grupo experimental.
- O3 Preprueba a grupo control.
- X Aplicación de programa de promoción de la salud.
- No aplicación
- O2 Postprueba grupo experimental.
- O4 Postprueba grupo control.

Sujetos

Para la aplicación del programa de promoción, la población fue conformada por un grupo de 40 mujeres pre-menopáusicas con un rango de edad entre 25 y 40 años.

Estas 40 personas fueron divididas al azar en dos grupos de 20 mujeres cada uno, tanto el grupo experimental y el control respectivamente. Al grupo experimental se le aplicó el programa de promoción de la salud con sus respectivas preprueba y postprueba; mientras que al grupo control sólo se le aplicó las dos mediciones.

Variables

En el diseño se incluyeron dos variables de tipo causal en donde:

La Variable Dependiente se constituyó como el conjunto de actitudes frente a la menopausia.

Las actitudes se dividen en tres componentes: a) afectivo o sea lo que siente frente a la menopausia, b) cognitivo respecto a los pensamientos que tiene acerca de la menopausia, y c) comportamental en lo que respecta a las conductas o lo que la persona hace para mejorar su estado. Sin embargo, la prueba que se aplicará está diseñada para medir las actitudes de manera global.

La Variable Independiente fue el Programa de Promoción de Salud sobre Actitudes frente a la Menopausia (Ver Anexo A).

Instrumentos

Debe tenerse en cuenta que en la Institución de PROSALUD existen afiliadas de dos entidades: CAJANAL y MAGISTERIO. La aplicación del programa de promoción de salud estuvo dirigida a la población de afiliadas de CAJANAL, en tanto que la Prueba Piloto para la validación de la Prueba de Actitudes frente a la Menopausia, fue aplicada a las afiliadas pertenecientes al MAGISTERIO. Se escogió esta población para la prueba piloto, ya que tenía características similares y pertenecía a la misma institución que la población a la que estaría dirigido el Programa de Promoción.

La población total de mujeres de 25 a 40 años que se encontraban afiliadas a PROSALUD, estaban distribuidas de la siguiente manera:

CAJANAL: 597 mujeres.

MAGISTERIO: 800 mujeres.

Para realizar la investigación se utilizó una escala o prueba de actitudes tipo likert que constaba de 5 opciones de respuesta (Totalmente en Desacuerdo, en Desacuerdo, Indiferente, De Acuerdo y Totalmente de Acuerdo).

No se encontró una prueba ya construida por la escasa información e investigaciones que existen sobre el tema a nivel de psicología, por lo cual se hizo necesario la creación de una escala para poder obtener información y hacer las respectivas mediciones sobre el tipo de actitudes que presentan las mujeres hacia la menopausia (Anexo B).

Calificación de la Prueba de Actitudes frente la Menopausia

La prueba de Actitudes creada para medir las Actitudes de la mujeres frente a la menopausia tiene dos calificaciones extremas. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 42 puntos, lo que indica una actitud positiva frente a la menopausia. Por otra parte, el puntaje máximo que puede obtenerse es 210, que indica una actitud negativa frente a ésta.

La prueba creada estuvo sometida a todos los pasos que deben seguirse para el diseño correcto de un instrumento de medición obteniendo también la confiabilidad y la validez, mediante la aplicación de una Prueba Piloto.

Validez del Instrumento

La prueba presentada a los jueces estaba constituida por 55 ítems. (Ver Anexo C). Teniendo en cuenta las revisiones de cada uno en los diferentes índices, la prueba final se redujo a 42 ítems, desechando aquellos que tenían porcentajes de acuerdo entre jueces menores al 50 %.

La prueba se calificó de acuerdo a los siguientes índices:

1. INDICE DE PERTINENCIA: El porcentaje de validez presentado para este índice fue del 77,27 %, indicando que los ítems eran importantes para medir el atributo.

2. INDICE DE RELEVANCIA: El porcentaje de validez presentado para este índice fue de 76,82 %, indicando que los ítems eran necesarios para medir el atributo.

3. INDICE DE SUFICIENCIA: El porcentaje de validez presentado para este índice fue de 58,18 %, indicando que los ítems eran suficientes para medir el atributo.

4. INDICE DE REDACCIÓN: El porcentaje de validez presentado para este índice fue de 60,00 %, indicando que los ítems eran comprensibles. Sin embargo, se hizo necesario cambiar el sentido en la formulación de algunas preguntas.

El porcentaje general de acuerdos por índices fue del 68,07 % y el porcentaje general de acuerdos por cada ítem fue del 69,17 %, por lo cual se consideró que la prueba era válida y podía ser aplicada en la población estudiada (Ver Anexo D).

Confiabilidad del Instrumento

Para obtener la confiabilidad de la prueba se utilizó el método de Confiabilidad por Mitades que determinó la correlación de dos grupos (pares e impares), a través del Coeficiente de Correlación de Pearson (Producto - Momento), lo que dio como resultado un coeficiente de 0,735; por lo tanto se manifiesta una correlación alta, lo que indica que la prueba era confiable (Ver Anexo E).

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo (Hi)

El programa de promoción de salud, mejora las actitudes frente a la menopausia en las mujeres de 25 a 40 años, afiliadas a PROSALUD.

Hipótesis Nula (Ho):

El programa de promoción de salud, no mejora las actitudes frente a la menopausia de las mujeres de 25 a 40 años, afiliadas a PROSALUD.

Hipótesis Empírica

Después del programa de promoción de salud, las actitudes negativas de las mujeres pertenecientes al grupo experimental disminuyeron con relación a las actitudes presentadas por el grupo control, frente a la etapa de la menopausia.

Hipótesis estadística

1. El promedio de las actitudes del grupo experimental en la Postprueba es significativamente inferior al promedio de las actitudes del grupo control en la Postprueba.
2. El promedio de las actitudes del grupo experimental después de aplicar el programa de promoción de salud es significativamente inferior al promedio de las actitudes del grupo experimental antes de la aplicación del programa de promoción de salud.

Procedimiento

La investigación se realizó progresivamente a través de la ejecución de un determinado número de fases, establecidas en el cronograma.

1. Fase de Presentación: en esta etapa se estableció el contacto correspondiente con la población que se trabajaría.
2. Fase de Concertación: En donde se consideraron las diferentes alternativas de trabajo con la población.
3. Fase de Sensibilización: En la cual se hizo un contacto empático para romper el hielo, con la intención de facilitar eficazmente el trabajo y se dividieron al azar los grupos experimental y control.

4. Fase de Recolección de Información: Se realizó la primera medición o preprueba en los grupos experimental y control para recolectar la información inicial la cual suministró datos para iniciar el desarrollo del programa de promoción de salud.

5. Fase de Aplicación del Programa: En la cual se tuvieron en cuenta la motivación, la información y el proceso educativo.

6. Fase de Medición Final: Se aplicó la postprueba para conocer los resultados obtenidos y compararlos con los de la preprueba.

RESULTADOS

Descripción de la Muestra

La muestra utilizada para la Investigación, fue de 20 mujeres para cada grupo, quienes se encontraban entre los siguientes rangos de edad (Ver Tabla 1):

- a) 25 a 29 años de edad.
- b) 30 a 34 años de edad.
- c) 35 a 40 años de edad.

Tabla 1.

Número de Casos en los Grupos Control y Experimental por Edad

Rango de Edades	25 a 29	30 a 34	35 a 40	Total
Grupo control	8	6	6	20
Grupo Experimental	7	6	7	20

Como lo indica la tabla 1, las participantes se encontraron uniformemente distribuidas en los rangos de edades establecidos para el estudio.

Análisis de Resultados

Los datos obtenidos tanto en el Grupo Control como Experimental en los dos momentos de la Investigación (Preprueba y Postprueba) se encuentran incluidos en la Tabla 2.

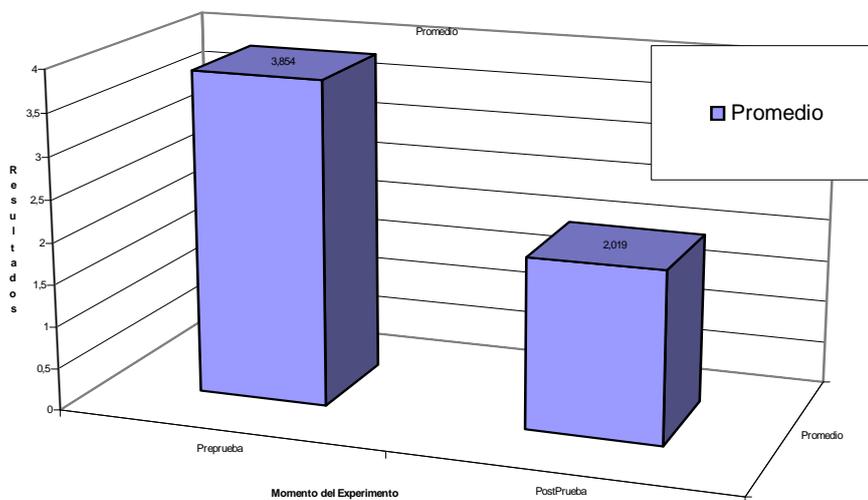
Tabla 2.

Estadística descriptiva de los Grupos Control y el Grupo Experimental en la Preprueba y la Postprueba.

Grupos	Medidas	Preprueba	PostPrueba
Grupo Control	Promedio	3,569	3,576
	Desviación Típica	1,135	1,082
Grupo Experimental	Promedio	3,854	2,019
	Desviación Típica	0,922	0,838

Comparación de Promedios Grupo Experimental, Preprueba y Postprueba

Figura 3. Comparación de resultados del grupo Experimental, Preprueba y Postprueba.



En la Figura 3 se ve que el promedio obtenido en la Postprueba disminuyó notablemente de 3,854 a 2,019, ésto indica que las actitudes del grupo

Experimental antes de la aplicación del programa se encontraban entre las categorías de 3 y 4 (Indiferente y De Acuerdo), pero, tras la aplicación del programa, los puntajes obtenidos en la Postprueba disminuyeron a la categoría 2 (En desacuerdo), por lo cual se puede afirmar que las actitudes de las participantes del grupo Experimental cambiaron volviéndose positivas frente a la menopausia.

Complementado este resultado se aplicó la prueba t para demostrar si existía diferencia significativa entre las dos aplicaciones.

El resultado obtenido ($t = 6,6$, $p < 0,01$, $gl = 38$), indica que si existe diferencia significativa entre las dos aplicaciones, es decir que si hubo reducción de actitudes negativas frente a la menopausia.

Comparación de Promedios entre Grupos Control y Experimental en la Postprueba

Como se indica en la Figura 4, el promedio del grupo Control es de 3,576, es decir que estaría entre las categorías 3 y 4 (Indiferente y De Acuerdo), en comparación con el grupo Experimental que tiene como promedio 2,018, categoría 2 (en Desacuerdo). Esto significa que las actitudes del grupo Experimental son más adecuadas que las del Grupo Control frente a la menopausia.

En la prueba estadística t, el resultado obtenido ($t = 5,17$, $p < 0,01$, $gl = 38$) demostró que este valor es superior al valor crítico de la tabla. Teniendo en cuenta este resultado, si existe diferencia significativa entre los dos grupos y la aplicación del programa mejoró las actitudes negativas en el grupo experimental.

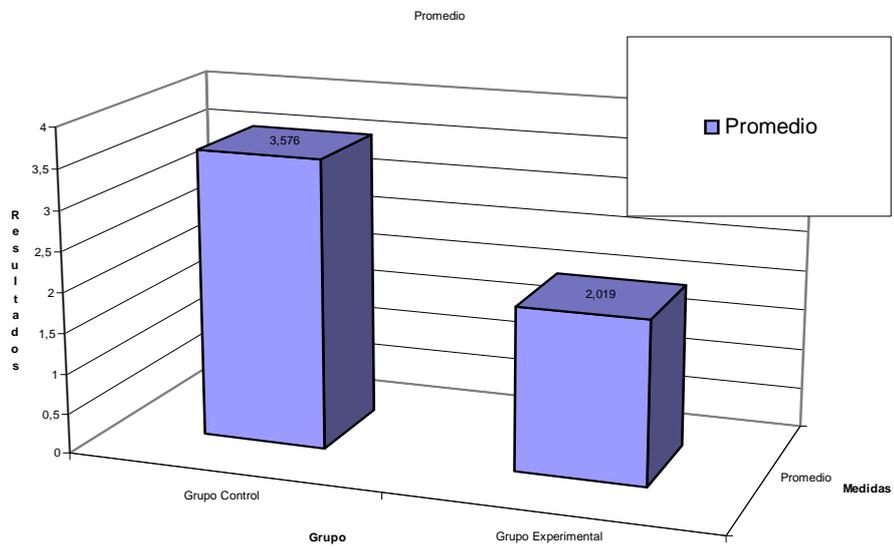


Figura 4. Comparación entre los grupos Experimental y Control, Postprueba

DISCUSION

En la presente investigación formulamos como Hipótesis de Trabajo el que la aplicación de un Programa de Promoción de Salud mejoraba las actitudes frente a la menopausia en las mujeres de 25 a 40 años, afiliadas a PROSALUD.

Como se observó en los datos obtenidos, pudo comprobarse esta hipótesis, es decir, la aplicación del Programa de Promoción de Salud creado si cumplió con la meta establecida. Además, se rechazó la hipótesis nula, ya que los resultados demostraron que la aplicación del programa fue efectiva.

Los datos encontrados en la preprueba de los dos grupos evidencian una tendencia a las categorías 3 (Indiferente) y 4 (De Acuerdo), es decir, las mujeres participantes mostraron actitudes negativas frente a la menopausia. El grupo Experimental, cambió de categorías 3 y 4 a la categoría 2 (En desacuerdo) en la Postprueba, indicándonos que las actitudes frente a la menopausia mejoraron y tendían hacia lo positivo.

Atendiendo a las propuestas de la Psicología de la salud, consideramos que la presente investigación cumplió con los objetivos propuestos al diseñar un programa de promoción de salud que mejora las actitudes de las mujeres frente a la menopausia, teniendo en cuenta que esta área de la psicología como lo afirma Godoy (1993, citado por Simón, 1999) es un conjunto de contribuciones científicas y profesionales relativas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Como lo afirma Weinman (1990, citado por Latorre y Beneit, 1994), la Psicología de la salud se centra en el estudio de los comportamientos inmunizadores y aquellos que son factores de riesgo, en las cogniciones, en la comunicación y otros factores que fueron tenidos en cuenta en el diseño del Programa de Promoción de Salud sobre la menopausia, a través del desarrollo de cada una de las sesiones del mismo.

Por ejemplo, en las tres primeras sesiones se abordó la parte informativa que contenía los conceptos básicos de la menopausia. A partir de la cuarta sesión se enfatizó en el trabajo educativo, con el desarrollo de temas como los comportamientos saludables, los aspectos psicosociales (historia personal, familia, pareja, etc) y las medidas preventivas en la menopausia.

Consideramos que el programa tuvo gran acogida y eficacia por la estructura general ya que no se limitó a dar información de un tema específico sino que intentó abordar de manera integral aspectos que repercuten en la vida diaria de la mujer.

Como premisa básica del Programa diseñado, tomamos el concepto de Educación para la Salud, el cual tiene como objetivos fundamentales, enseñar conocimientos adecuados de salud y propiciar comportamientos facilitadores de la misma.

Alvarez (1995), enfatiza en los pasos necesarios para llevar a cabo un proceso Educativo eficaz, los cuales se tuvieron en cuenta en el diseño del programa; es así que, partimos de la necesidad que presenta la mujer de nuestra sociedad con relación al conocimiento de sus procesos de desarrollo y

la forma cómo enfrentarlos, para luego tener un contacto más directo con la población con la que se trabajaría.

Como paso fundamental del proceso mencionado por Alvarez, también se motivó a las participantes de que formaran parte del desarrollo del programa y del objetivo fundamental, la educación en salud, para lograr actitudes más favorables frente a la menopausia.

Retomando la definición de Myers (1991), la actitud es una reacción evaluadora hacia un objeto, persona o situación, que puede ser favorable o desfavorable y que expresamos mediante creencias, sentimientos o conductas.

En la ejecución del programa de salud, encontramos que las participantes en su mayoría tenían actitudes desfavorables hacia sí mismas y al papel que desempeña la mujer en nuestra cultura, relativas a los aspectos sociales, familiares, de pareja y sexuales, lo que nos demostró la importancia que tienen las actitudes en el marco de la salud y que es preciso mejorarlas para mejorar también la calidad de vida de las mujeres en las diferentes etapas de su desarrollo.

Sánchez - Cánovas (1996), enfatiza en el papel de los profesionales de la salud en el manejo integral de la menopausia, con actividades como: Suministrar información suficiente sobre el tema, discutir sobre las actitudes, trabajar por cambiar actividades y comportamientos negativos y promocionar la salud con estrategias y hábitos saludables, etc. Así mismo, diferíamos de este autor al considerar que tales actividades no sólo se deben trabajar con mujeres

menopáusicas, sino que es necesario abordarlas en cualquier edad de la mujer.

El abordaje del programa nos demostró que las mujeres son susceptibles de cambiar actitudes en cualquier etapa de su vida y que es importante considerar las temáticas trabajadas para desarrollar próximos programas en mujeres de diferentes edades, incluso menores de 25 años. La menopausia no es un fenómeno que interesa y toca sólo a mujeres mayores de 40 años o menopáusicas, es un proceso por el que pasa la mayoría de las mujeres del mundo y es preciso estar preparadas para ello.

Consideramos que el presente estudio es novedoso en cuanto que es uno de los pioneros en investigación en el área de la psicología con relación a la menopausia y premenopausia, debido a que en todos los anteriores trabajos prima la parte médica y por ende, sólo se aborda a la mujer desde el punto de vista biológico o fisiológico. El estudio se ha constituido en una de las pocas investigaciones que en torno al fenómeno de la menopausia se han realizado en el departamento de Nariño y que ha involucrado a una población con un rango de edad anterior a la menopausia.

Sería un gran aporte el que este trabajo sea incluido en el tratamiento integral de la mujer de cualquier edad y en cualquier institución, junto con un abordaje médico y de trabajo social.

Así mismo, consideramos recomendable que para próximas investigaciones sobre el tema se tengan en cuenta variables de control tales como, edad, nivel

educativo, estado civil, entre otros, las cuales no fueron incluidos en la presente investigación.

Sugerimos que al realizar una investigación dentro de una entidad de salud se capacite al personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) para que puedan educar a sus pacientes sobre los contenidos de la menopausia de una manera clara, sencilla y comprensible para cada mujer.

Debemos tener en cuenta el diseño del instrumento que se va a aplicar, ya que aspectos como la extensión, el tamaño de la letra y el lenguaje utilizado pueden afectar de manera considerable el manejo que frente a los ítems le den las personas encuestadas; por lo cual se recomienda que los instrumentos sean menos extensos y más delimitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez A., R. (1995). Educación para la Salud. México: Manual Moderno.
- Álvarez A., R. (1998). Salud Pública y Medicina Preventiva. (2ª. Ed.). México: Manual Moderno.
- Costa, M. y López, E. (1986). Salud Comunitaria. España: Martínez Roca.
- Dhillon, H. y Philip, L. (1995). Promoción Sanitaria y Acción de la Comunidad en Pro de la Salud en los Países en Desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- El Amanecer de la Menopausia. Cromos, Salud. No. 2 Colombia.
- Freedman, R. (1991). Amar Nuestro Cuerpo, Guía Práctica para Mujeres. Cómo gustarnos a nosotras mismas. (1ª. Ed.). Barcelona: PAIDÓS.
- Gálvez, R. y Rodríguez, L. (1997). La Formación de la Comunidad Educativa desde Educación en Población. (1ª. Ed.). Santafe de Bogotá: Gente Nueva.
- Kuznetoff, J. C. (1993). La mujer Sexualmente Feliz, del mito a la verdad Científica. Buenos Aires: Javier Vergara Ed..
- Latorre, J. y Beneit, P. (1994). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. (2ª. Ed.) Buenos Aires: LUMEN.
- León P., R. (1998). Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. CAJANAL EPS. Un Estado saludable, Armenia (Colombia): FUDESCO.
- Lindgren, H. (1980). Introducción a la Psicología Social. México: Trillas.

Magnani, E.; Sánchez, I.; Aranda, D.; Campillo, F.; Campillos, M.; Tercero, M.; García, P.; García C., P.; Rodríguez, A. (1999). Programa de Menopausia. "Un Buen Momento para Pensar en sí Misma. (1ª . Ed.). Madrid: Díaz de Santos S.A.

Myers, D. (1991). Psicología Social. (2ª. Ed.). Madrid: Panamericana.

Myers, D. (1996). Psicología. Madrid: Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (1996). Investigaciones sobre la Menopausia en los años noventa. Informe de un grupo de científicos de la OMS. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos.

Organización Panamericana de la Salud. (1996). Promoción de la Salud: Una Antología. No. 557, Washington.

Penagos, G. Taller Atención Integral a la Mujer en el Climaterio (Resumen). La Sexualidad de la Niñez a la Vejez, un Derecho Nuestro. XI Seminario Colombiano de Sexología y IV Encuentro Departamental de Educación Sexual. Noviembre 2, 3, 4 y 5 de 2000. 47 - 66.

Phares, J. (1996). Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Práctica. México: Manual Moderno.

Rodríguez E., M.; Pellicer, G.; Domínguez, M.. (1998). Planeación de Vida y Trabajo. (2ª. Ed., 11ª. Impr.). Serie Capacitación Integral. México: Manual Moderno.

Sánchez - Cánovas, J. (1996). Menopausia y salud. Barcelona: Ariel.

Sarmiento, M. L. (1997). Psicoprofilaxis Familiar: Cómo lograr el Bienestar Psicológico. Santafé de Bogotá: USTA.

Simón, M. (1999). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.

Stoppard, M. (1989). Guía Médica para la Mujer. (Vol. 2). Barcelona: Grijalbo.

Swartz, P. (1973). Psicología: El estudio de la Conducta. México: Continental.

Villota, L. y Villota, C. (2000). Actitudes Frente a Comportamientos Sexuales que Aumentan o Disminuyen la Probabilidad de Adquirir el VIH - SIDA en Estudiantes de la Universidad de Nariño. Tesis de Grado Profesional, Universidad de Nariño, Pasto.

Whittaker, J. (1995). La Psicología Social en el Mundo de Hoy. México: Trillas.

Zárate, A. y MacGregor, C. (1997). Menopausia y Cerebro. Aspectos Psicosexuales y Neurohormonales de la Mujer Climatérica. (1ª . Ed.). México: Trillas.

Zurro, A. y Cano, J. (1994). Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. (3ª . Ed.). Barcelona: Doyma S.A.

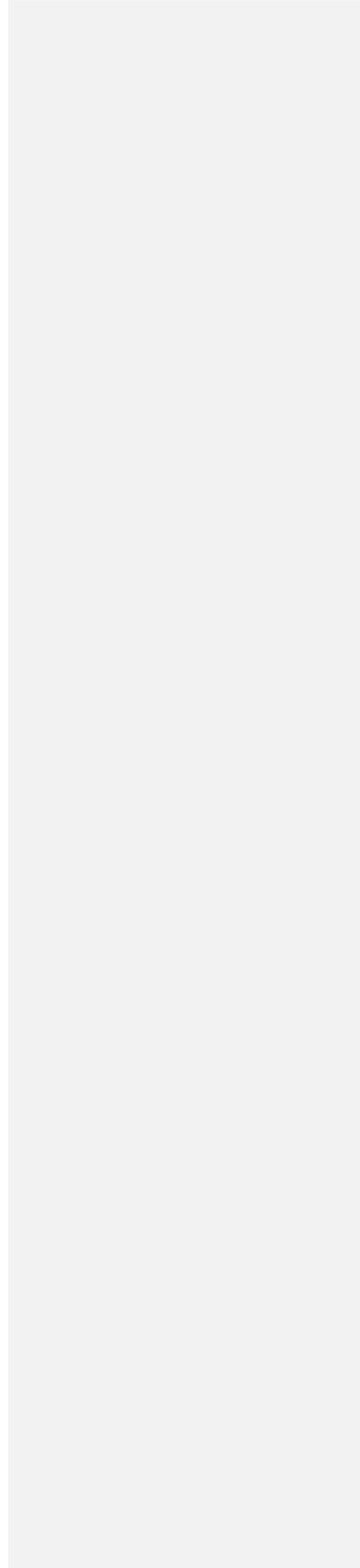
Fuentes Electrónicas:

Guadamuz, K. La Menopausia. Managua (Nicaragua). Octubre 28 de 1998. Available: <http://www.elnuevodiario.com.ni/archivo/1998/octubre/29-octubre-1998/estasemana/estasemana2.htm>

Guía para la Orientación e Información sobre la Menopausia. Sección Salud. Available: <http://www.Encolombia.com/meno41-conte41.htm>

Sociedad Valenciana de Medicina Familiar Comunitaria. Todo sobre la Menopausia. Available: <http://www.svmfc.org/revista/num4-1998/menopaus.htm>

ANEXOS



ANEXO A.
PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE ACTITUDES SOBRE LA
MENOPAUSIA



“MUJER Y MENOPAUSIA”

Autoras:

Gloria Liliana Argoty Chávez.

Magda Fernanda Benavides Ponce.

**PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE ACTITUDES SOBRE LA
MENOPAUSIA
“MUJER Y MENOPAUSIA”**

Número de sesiones: 8 (2 horas cada una, aproximadamente).

Número de participantes: 20

Rango edad de aplicación: 25 a 40 años

SESION No. 1

PRESENTACION DEL PROGRAMA “MUJER Y MENOPAUSIA”

Objetivos:

1. Presentar a las participantes el Programa para el Mejoramiento de Actitudes sobre la Menopausia, titulado “Mujer y Menopausia”.
2. Evaluar el nivel inicial de las actitudes que poseen las participantes sobre la menopausia, a través de la aplicación de la prueba de actitudes.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo y presentación de las facilitadoras.

Duración: 10 minutos.

2. Evaluación inicial de las actitudes que las participantes manifiestan frente a la menopausia, a través de la aplicación de la prueba de actitudes.

Duración: 40 minutos.

3. Dinámica de Integración y conocimiento del grupo participante: “La prenda querida”. Las participantes conforman dos (2) grupos.

Cada participante del grupo uno (1) deposita en una caja un artículo del cual disponga en ese momento. Las mujeres del grupo dos (2) toma la caja y cada

una de sus integrantes debe tomar un artículo y averiguar quién es su propietaria. La persona que “adivina” y la propietaria podrán dialogar por espacio de 5 minutos sobre los siguientes temas:

- Nombre.
- Motivaciones, expectativas del programa.
- Cómo le gusta que le llamen, etc.

Después de este breve diálogo la persona del grupo dos (2) hace la presentación de la dueña del artículo que le corresponde en el grupo uno (1). Este mismo procedimiento debe seguirse para la presentación del grupo dos (2).

Duración: 30 minutos.

4. Presentación del Programa: “Mujer y Menopausia”: Las facilitadoras explican los aspectos generales del programa:

- Objetivos general y específicos.
- Motivación e interés por la temática.
- Lineamientos básicos en el que se sustenta el programa: ¿Qué es la menopausia?, etapas, síntomas generales, etc.

LA MENOPAUSIA

El incremento no sólo de la esperanza de vida sino también de su mejor calidad han originado que la menopausia, considerada hasta hace unos años como otra “etapa más de la vida”, adquiera en muchos países (especialmente, industrializados) un papel protagonista, de forma que los profesionales de la

salud se encuentran a diario con mujeres que solicitan información sobre las ventajas y los inconvenientes de los diferentes tratamientos al respecto.

El hombre prehistórico sólo vivía 18 años. En la antigua Grecia la edad media era de 33 años. Hasta este siglo la expectativa media de vida era aproximadamente 50 años, coincidiendo la menopausia prácticamente con el final de la vida. Actualmente, la mujer occidental pasa al menos un tercio de su vida después de la menopausia y es preciso estar preparada para ella.

Muchas veces se ha considerado la menopausia como una etapa negativa de la mujer, en todos los aspectos, pero realmente no es así. Debemos considerar que la menopausia se puede vivir con la misma plenitud y optimismo con los que se vive cualquier otra etapa de la vida.

“La mejor noticia sobre la menopausia es que estamos en una época, ahora más que nunca en la historia, en la que la mujer vive lo suficiente como para experimentarla”.

Estelle Fuchs

La menopausia significa la desaparición definitiva de la regla o menstruación. Con frecuencia éste no es un fenómeno brusco, sino que se establece en un período de tiempo durante el cual la mujer tiene retrasos menstruales de 2 – 3 meses. Así que es necesario que pasen unos meses sin menstruación para que pueda establecerse la existencia de la menopausia.

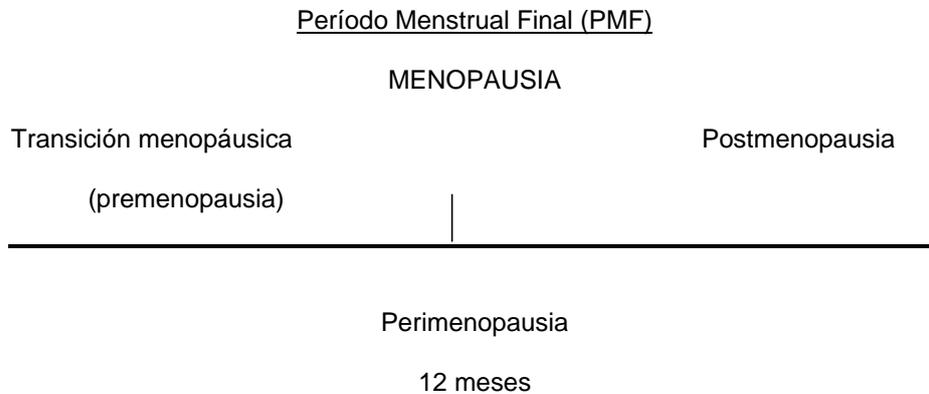
La etapa de la menopausia suele presentarse entre los 45 y 55 años. Entre los 40 y 45 años se presente en el 25% de las mujeres. Cuando ésta se presenta antes de esa edad hablamos de menopausia precoz. Ultimamente en los países desarrollados se está observando un retraso en la aparición de la menopausia, muy probablemente debido a la mejoría de las condiciones de vida.

Para tener muy claro este concepto, es necesario explicar que la menopausia es sólo una parte del complejo proceso de cambio que experimenta la mujer.



Un concepto importante en este tema es el de **CLIMATERIO**, que es el período de tiempo durante el cual se producen importantes cambios hormonales, que conducen a la pérdida de capacidad reproductiva, modificándose el aparato genital y otros sistemas del organismo. Este período dura varios años antes y después de la menopausia.

El climaterio, contiene al mismo tiempo diferentes subetapas:



- Premenopausia: Incluye el período de fecundidad de la mujer hasta el período menstrual final (PMF) y el primer año siguiente.
- Perimenopausia: Incluye el período que precede inmediatamente a la menopausia (Cuando comienzan síntomas característicos).
- Postmenopausia: Esta fase empieza después del período menstrual final (PMF).

En la aparición de la menopausia se experimentan diferentes cambios, los cuales para entenderlos adecuadamente es necesario observarla como un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer, durante la etapa de la adultez madura. Igualmente debe ser estudiada en un contexto integral, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y familiares, ubicados dentro de una cultura. En la cultura occidental, por ejemplo, la mujer en el momento de la menopausia pierde estatus, mientras que en la mayoría de los países orientales gana estatus y reconocimiento en su comunidad. La observación anterior ha llevado a pensar a muchos autores que

el mal llamado “síndrome menopáusico”, corresponde más a una construcción cultural que a una realidad biológica.

La menopausia se trata de un fenómeno biológica y psicológicamente muy importante de la mujer que es necesario conocer para poder eliminar tabúes y conceptos erróneos muy arraigados que son motivo de importantes trastornos e inquietudes en muchas mujeres cuando llega esta época de la vida.

Los cambios más específicos y relevantes en la edad madura de la mujer son los siguientes:

- Síntomas vasomotores: Sofocos, palpitaciones, sudoración.
- Atrofia genito – urinaria: Sequedad vaginal, micción imperiosa, dispareunia (dolor en las relaciones sexuales, prurito (comezón), disminución de la libido sexual.
- Cambios en la piel y en la distribución de grasas.
- Incremento de riesgo cardiovascular.
- Incremento de riesgo de osteoporosis.
- Síntomas psicológicos: Irritabilidad, aprehensión, depresión, nerviosismo, fatiga, dificultad en la concentración, llanto en situaciones que normalmente no lo ocasionan.

Duración: 30 minutos.

5. Se evalúan y aclaran las expectativas de las participantes frente al programa “Mujer y Menopausia”.

Duración: 10 minutos.

6. Se establecen las normas generales del funcionamiento del grupo participante durante el programa, teniendo en cuenta sus sugerencias:

- Lugar de reuniones.
- Horario y duración de cada sesión:

Estas normas se entregan por escrito, a cada participante, en la siguiente sesión.

Duración: 10 minutos.

7. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Sala de Terapia Grupal.
- Hojas de block.
- Lápices.
- Papelógrafo.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.
- Marcadores.
- Borrador.
- Copias Formatos de evaluación: Prueba de actitudes frente a la menopausia.
- Cinta scott.
- 2 Cajas de cartón.

SESION No. 2

CAMBIOS Y ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA MENOPAUSIA

Objetivos:

1. Incrementar los niveles de información sobre la sintomatología física y fisiológica de la menopausia.
2. Establecer el contrato de funcionamiento del grupo participante en el transcurso del desarrollo del programa “Mujer y Menopausia”.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión No. 2.

Duración: 5 minutos.

3. Entrega de la estructura del programa “Mujer y Menopausia”, especificando fechas, duración y temáticas:

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA “MUJER Y MENOPAUSIA”

8 SESIONES (2 horas cada una, 2 sesiones semanales).

Facilitadoras: Gloria Liliana Argoty Chávez

Magda Fernanda Benavides Ponce

SESION	FECHA	TEMATICA / NOMBRE DE LA SESION
1		Presentación del Programa “Mujer y Menopausia”.
2		Cambios y aspectos fisiológicos en la Menopausia.
3		Anatomía de la Mujer.
4		Factores que Influyen en la Menopausia

5		¿Cómo llegar a una Menopausia Feliz?... Primera parte: Ejercicio y dieta. ¿Cómo puedo mantenerme sana?
6		¿Cómo llegar a una Menopausia Feliz?... Segunda parte: Autoesquema y sexualidad en la mujer.
7		¿Cómo llegar a una Menopausia Feliz?... Tercera parte: Familia, Trabajo, Tiempo Libre y Sociedad.
8		Actividades Preventivas para Vivir una Menopausia Feliz. Cierre del Programa.

Duración: 10 minutos.

4. Lectura y entrega del contrato, en el cual las facilitadoras y las participantes del programa se comprometen a cumplir con los acuerdos que se establecieron en la sesión No. 1, sobre las normas de funcionamiento general del programa.

CONTRATO DE PARTICIPACION
"PROGRAMA MUJER Y MENOPAUSIA"

San Juan de Pasto, ____ de ____ del 2001

CONTRATO No. _____

PROGRAMA "MUJER Y MENOPAUSIA".

GLORIA LILIANA ARGOTY CHAVEZ y MAGDA FERNANDA BENAVIDES

PONCE, facilitadoras del Programa "Mujer y Menopausia" y el grupo de participantes nos comprometemos a cumplir con los acuerdos y aspectos que se enumeran a continuación:

1. Asistir a todas las sesiones del Programa los días _____ y _____, de _____ a _____, en la Sala de Terapia Grupal en las siguientes fechas:

- Junio:
- Julio:

2. Participar y colaborar en cada una de las actividades que se desarrollen dentro de las sesiones.

3. Realizar y desarrollar las tareas y actividades que se asignen de una sesión a otra.

Si se cumplen los anteriores acuerdos las Facilitadoras se comprometen a entregar un certificado, donde se hará constar sobre su participación en el Programa y el material utilizado para cada una de las sesiones.

En caso de incumplimiento y no asistencia, no se hará entrega del certificado ni del material correspondiente a cada sesión.

Yo, _____, estoy de acuerdo con los términos establecidos en el contrato.

FIRMA

Las facilitadoras del Programa nos comprometemos a cumplir con los términos del contrato citado.

GLORIA ARGOTY CHAVEZ
Facilitadora – Psicóloga (P)

MAGDA BENAVIDES PONCE
Facilitadora – Psicóloga (P)

Duración: 10 minutos.

5. Dinámica: A cada participante se le hace entrega de plastilina de diferentes colores y se le da instrucciones para que modele su propio cuerpo. Este ejercicio debe realizarse con los ojos cerrados y con música suave de fondo. Una de las facilitadoras puede ayudar a las participantes a través de su voz con un relato tranquilo.

Las participantes deben socializar las sensaciones y opiniones acerca de su “muñeco” (¿qué les gusto?, ¿faltó alguna parte?, etc.).

Duración: 20 minutos: Para realizar la actividad en plastilina.

10 minutos: Para la socialización.

6. Las facilitadoras explican sobre los aspectos físicos y fisiológicos de la menopausia (corto, mediano y largo plazo).

SINTOMATOLOGIA A CORTO Y MEDIANO PLAZO

1. Síntomas vasomotores. Las sofocaciones y/o sudoraciones son los síntomas más frecuentes de la menopausia, clínicamente los sofocos preceden a las sudoraciones habitualmente.

No se sabe con exactitud por qué unas mujeres son más susceptibles que otras a padecerlos, así como por qué en unos casos su duración es bastante corta, mientras que en otros casos persiste durante muchos años.

Consiste en una aparición brusca y repentina de una sensación de calor en la cara y en el cuello. Suele durar de 30 segundos a 2 minutos. Es conveniente evitar las comidas muy calientes, o las bebidas alcohólicas ya que pueden desencadenarlos.

2. Alteraciones de la piel. La piel es el órgano que más células diana para las hormonas posee, es decir, si las hormonas varían la piel también. Además, ésta se ve expuesta a múltiples factores externos, especialmente el sol. Estos aspectos tienen, así, un efecto acumulativo en la menopausia.

Conforme pasan los años la piel se hace más fina con menos papilas, folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas, que se hace más

perezosas e hipofuncionales. La disminución del sudor y la grasa en la piel la hacen más seca. La dermis se hace delgada y se reduce notablemente el colágeno soluble. Se recomienda beber gran cantidad de líquidos, fundamentalmente agua y se deben usar cremas hidratantes.

3. Atrofia Urogenital.

Coitalgia: (Dispareunia) Es la aparición de molestias o de dolor en las relaciones sexuales. Se produce porque al desaparecer las hormonas del ovario, se pierde el moco que lubrica la vagina. El ovario disminuye de tamaño y llega a tener una dimensión menor a la de una almendra, la vagina se hace más estrecha y corta y además, suelen desaparecer o disminuir las rugosidades de sus paredes.

Incontinencia Urinaria: La pared de la vejiga muestra unas alteraciones similares a las de la vagina. A veces, sobre todo tras los esfuerzos, puede escaparse un poco de orina.

Síndrome Uretral: La urgencia y la mayor frecuencia al orinar también pueden aparecer por la pérdida de estrógenos.

4. modificación de la mama. El tejido glandular de la mama se hace atrófico y desaparecen todos los cambios cíclicos que se producían anteriormente. En las mujeres delgadas tiende a disminuir el tamaño y presenta una tendencia a aplanarse. En las obesas, por el contrario, suele permanecer voluminoso y con tendencia a convertirse en péndulo.

Los pezones se suelen hacer más pequeños y también más planos y pierden gran parte de su capacidad de erección.

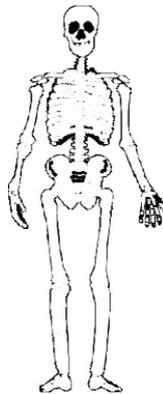
RIESGO POTENCIAL A LARGO PLAZO

La desaparición de la función del ovario tiene consecuencias que, a largo plazo, pueden ser graves. Sin embargo, no todas las mujeres tienen esas complicaciones y la mayoría pueden prevenirse ya que existen cuidados y tratamientos específicos.

1. Osteoporosis.

El hueso es una estructura fuerte y sólida producto del almacenamiento natural del calcio.

Cuando decimos que una mujer presenta osteoporosis implica que hay una disminución progresiva de la masa del hueso, por la pérdida no controlada de estos depósitos de calcio. Si la pérdida es leve se denomina OSTEOPENIA, pero si es moderada a severa se definirá como OSTEOPOROSIS. Cuando la pérdida de calcio es importante la estructura (trabeculas) del hueso se vuelve delgada, quebradiza y frágil, facilitando el riesgo de fracturas.



Las fracturas dependiendo del sitio en que se presenten condicionan los riesgos de esta enfermedad haciéndola invalidante o incapacitante.

Los sitios más frecuentes de fracturas son el antebrazo, la columna vertebral y la cadera.



La osteoporosis puede presentarse en diferentes situaciones y la más frecuente es la “osteoporosis menopáusica” que es favorecida por la pérdida de hormonas del ovario, que puede dar lugar en plazo más o menos largo (alrededor de los 70 años) a la aparición de fracturas.

El dolor es el síntoma más característico de la osteoporosis, se localiza principalmente en pelvis y columna lumbar. Se calma con el reposo y se acentúa al permanecer de pie, al andar y con los movimientos. Esta enfermedad facilita las pérdidas dentales y aumenta el riesgo de fracturas óseas.

- El hueso es un órgano vivo que está en constante formación y destrucción. Este proceso se denomina Remodelación Osea.
- La masa ósea es la cantidad de hueso presente en una persona y está constituida principalmente por proteínas y minerales.
- Todas las personas forman más hueso del que destruyen hasta los 35 años. Luego la pérdida es progresiva especialmente en la menopausia por la falta de estrógenos. Por eso recuerde que el

proceso de remodelación es influenciado principalmente por hormonas (estrógenos, paratohormona, etc.), Vitamina D, actividad física e ingesta de calcio.

- El riesgo de fracturas es 2 a 4 veces mayor en mujeres que en hombres.
- 40% de las mujeres habrían tenido una fractura para cuando cumplan 70 años.
- Los factores de riesgo son:
 - Edad
 - Sexo femenino
 - Raza blanca y oriental
 - Fenotipo longilíneo y baja talla
 - Madre osteoporótica
 - Menopausia precoz
 - Baja ingesta de calcio
 - Vida sedentaria, poco ejercicio y poca masa muscular
 - Fumadora
 - Abuso de alcohol
 - Algunos medicamentos (Corticoides, Hidantoninas, etc.)
 - Enfermedades asociadas (Hiperparatiroidismo, hipogonadismo, hipertiroidismo, etc.)

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

Usualmente es una enfermedad silenciosa, es decir no existe un síntoma o manifestación hasta cuando suceden las fracturas.

Por lo general las microfracturas a nivel de las vértebras producen una pérdida de estatura (hasta 4 centímetros) y deformidad de la espalda resultando característica la aparición de joroba, traducándose en dolores de espalda y región lumbar. Esto es más frecuente alrededor de los 65 años.

Generalmente después de los 70 años aparecen con más frecuencia las fracturas de cadera, que tienen grandes y graves repercusiones en el estado de salud así como secuelas tan invalidantes que comprometen la calidad de vida con una dependencia total de sus familiares.

¿CÓMO SE PREVIENE?

- Consuma alimentos con baja cantidad de grasa y alto contenido de fibra y calcio.
- Realice ejercicio ajustado a su edad y estado de salud. Recuerde siempre consultar a su médico antes de iniciar un programa de ejercicio.
- Mejore hábitos reduciendo al mínimo el consumo de cafeína, alcohol y tabaco.
- Reciba sol mínimo 10 minutos al día.
- Consulte a su médico para una orientación personalizada y ajustada a su estado de salud.

2. Cardiopatía Isquémica. (enfermedad cardiovascular) Es una enfermedad cardíaca caracterizada por la obstrucción de las arterias coronarias

encargadas de nutrir el corazón para que pueda ejercer correctamente la función de bombeo de sangre a todo el organismo.

La mujer en la fase de fertilidad está protegida del efecto vascular de las grasas saturadas, fundamentalmente del colesterol, debido a la acción protectora de los estrógenos. Sin embargo, esta situación cambia al llegar la menopausia aumentando el riesgo de accidentes vasculares.

El colesterol es una sustancia fundamental para el organismo en ciertas funciones de la membrana celular y como materia prima para la formación de varias hormonas. Si este alcanza niveles excesivos en la sangre tiende a acumularse en forma de placas en la capa íntima de las arterias, dificultando el paso de la sangre a través de ellas (arterioesclerosis).

De la misma manera que en la osteoporosis, se deben tener en cuenta hábitos saludables para prevenir la aparición de esta enfermedad.

Duración: 30 minutos.

7. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Plastilina.
- Papelógrafo.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.
- Copias contratos de funcionamiento.
- Copias de estructura del programa.
- Hojas block.

- Grabadora y música para relajación.
- Marcadores.

SESION No. 3

ANATOMIA DE LA MUJER

Objetivos:

1. Adquirir y/o reforzar el conocimiento, en las participantes, acerca de la anatomía y el funcionamiento del aparato genital, reproductivo y sexual de la mujer.
2. Conocer sobre los diferentes métodos anticonceptivos para la mujer y su relación con la menopausia.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión No. 3.

Duración: 5 minutos.

3. Las facilitadoras o el médico explican a las participantes sobre la anatomía de la mujer:

En el proceso biológico de la mujer se encuentran dos acontecimientos importantes: la aparición de la regla y la desaparición de la misma.

Entre ambas circunstancias se ha situado la denominada "Madurez Femenina" por ser el período en el cual se halla presente la capacidad reproductiva de la mujer.

LOS ORGANOS SEXUALES EXTERNOS

La Vulva:

Es una amplia abertura situada en la región perineal. Vista desde afuera, presenta una forma oval. Está rodeada por una zona cutánea cubierta de vello y rellena de grasa, que le confiere un aspecto turgente o abultado.

Este cúmulo de grasa, especialmente marcado en la parte anterior y superior, recibe el nombre de Monte de Venus, y constituye en las partes laterales los labios mayores.

Monte de Venus:

Situado sobre la sínfisis púbica, está relleno de tejido adiposo, protegido por la piel y cubierto de vello, que se distribuye característicamente en forma de triángulo invertido con el vértice hacia abajo.

Es una zona muy rica en terminaciones nerviosas y, por tanto, muy sensible a la excitación sexual.

Labios Mayores:

Son los dos repliegues más externos, constituidos fundamentalmente por tejido graso y recubiertos por una capa muscular y por la piel. En su cara externa aparecen revestidos por el vello púbico, y poseen glándulas sudoríparas y sebáceas. Salvo en el momento de la excitación sexual, en que se entreabren, suelen mantenerse superpuestos, sirviendo de protección al meato urinario y al vestíbulo vaginal.

Labios Menores:

Se encuentran dentro de los mayores. Tienen forma de pétalo, y se sitúan a cada lado del orificio de entrada a la vagina. Interiormente están constituidos por un núcleo de tejido esponjoso, con muchos vasos sanguíneos, y, sin grasa. Poseen abundantes terminaciones nerviosas y, por tanto, mucha sensibilidad.

Los labios menores se unen por delante, justo por encima del clítoris, formando un repliegue, o capuchón clitorideo, que tiene capacidad de retraerse en forma similar al prepucio masculino. En su base se encuentran las glándulas de Bartholino, cuya desembocadura se halla en la superficie interna de los mismos. La secreción de estas glándulas humedece habitualmente la zona, pero no es responsable de la lubricación en el momento de la excitación sexual.

Clítoris:

Es el órgano genital que posee mayor cantidad de terminaciones nerviosas, sensibles al tacto, presión y temperatura. Está situado por debajo del repliegue donde se juntan los labios menores. Su aspecto morfológico es el de un pequeño bastón, que se hace más evidente si retraemos hacia arriba el capuchón que lo recubre.

El clítoris es el único órgano del aparato genital cuya sola función hasta ahora conocida es percibir sensaciones sexuales. Con la estimulación sexual se incrementa el flujo de sangre a este órgano, lo que hace que aumente de tamaño. Y durante el coito, los movimientos del pene friccionan los labios menores, y éstos a su vez el clítoris, con lo cual aumenta su estimulación.

Periné:

Se refiere a una zona muscular recubierta de piel lisa, que se extiende desde la comisura posterior de los labios hasta el ano.

Es también una zona sensible al tacto, presión y temperatura, y, por tanto, susceptible a la excitación sexual.

Himen:

Es una membrana situada a la entrada de la vagina. Puede presentar diferentes formas, tamaños, grosores y elasticidad. Suele estar perforada de distintas formas (anular, tabicado, cribiforme, etc.). A veces sólo aparece parcialmente o no existe, y en raras ocasiones no presenta perforación, pudiendo impedir la salida de secreciones y del flujo menstrual.

Culturalmente se ha asociado el himen intacto a la ausencia de relaciones sexuales con penetración, pero técnicamente no se puede determinar por un simple examen visual si una mujer es virgen o no. El himen se puede perforar por causas mecánicas (ej. Ejercicios, traumatismos, etc.).

ORGANOS SEXUALES INTERNOS

Vagina:

Es un conducto que se extiende desde la vulva hasta el cuello del útero. Desde fuera sólo vemos el orificio de entrada. Aloja el pene en el coito, cambia de forma en el momento de la excitación sexual, contiene el semen después de la eyacuación, constituye el canal blando del parto y se expulsan por ella las secreciones menstruales.

Tiene una longitud de unos 9 cm. y está tapizada por una mucosa con múltiples repliegues que le dan un aspecto rugoso al tacto. Posee una gran capacidad de distensión, lo que evitará que pueda desgarrarse en el momento del coito o del parto.

La vagina se encuentra en íntimo contacto, por delante, con la vejiga de la orina, y por detrás, con el recto.

Con la edad, y debido a la disminución de hormonas sexuales en la menopausia, se produce una atrofia muscular progresiva, que algunos

ejercicios de refuerzo pueden paliar o mitigar, por lo que no estaría de más adoptarlos como hábitos higiénicos.

Por dentro, la cavidad vaginal se halla recubierta por una mucosa parecida a la que tapiza la cavidad bucal. Tiene siempre un cierto grado de humedad, no a expensas de glándulas secretoras, sino a consecuencia de un líquido trasudado desde los vasos sanguíneos que irrigan la zona. Posee pocas terminaciones nerviosas, excepto en la zona del vestíbulo o entrada de la vagina.

Punto G:

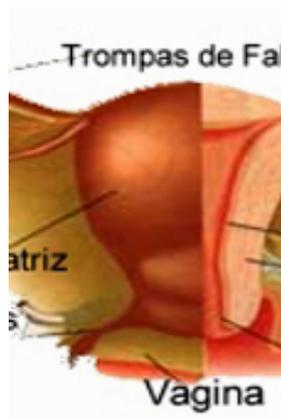
El punto G o punto de Gräfenberg, es una zona localizada en la pared anterior de la vagina, aproximadamente en su tercio medio, que parece muy sensible a la estimulación. Mide unos 2 cm. de diámetro en estado de reposo, pero en estado de excitación puede aumentar hasta 4 – 5 cm..

Algunos estudios recientes indican que el punto G podría ser una prolongación del clítoris en el interior de la pelvis, estableciéndose de esta forma una analogía entre éste y los cuerpos esponjosos y cavernosos del pene.

Con la edad, y con la disminución hormonal de la menopausia, la mucosa vaginal se atrofia y disminuye la capacidad de secreción de las glándulas. Pueden entonces producirse molestias con la penetración, por falta de lubricación, dificultando la relación sexual.

Útero:

Se consideran dos partes importantes: a) el cuello y, b) el cuerpo. Estas son diferentes, tanto anatómica como funcionalmente.



El **cuello** o **cérvix** es la parte más estrecha, y está introducido en la vagina. Si nos asomamos desde ésta, el cuello aparece como un formación redondeada y lisa, de color rosado, con un orificio en el centro. Si la mujer no ha tenido hijos, este orificio es redondo. A través de este orificio cervical asciende el espermatozoos y sale el flujo menstrual. Se continúa hacia arriba por un conducto llamado "canal endocervical", que contiene glándulas productoras de moco cervical, secreción que se halla sujeta a variaciones a lo largo del ciclo menstrual, respondiendo a cambios hormonales. El cérvix tiene poca sensibilidad, pero sus tracciones o desplazamientos pueden producir intensas respuestas de tipo vegetativo (mareo, hipotensión, etc.).

El **cuerpo** del **útero** es un órgano muscular con forma de pera invertida, un poco aplanado, de unos 7 cm de largo por unos 5 de ancho. Sus paredes, en

condiciones normales, están en contacto. La capa interna se llama endometrio, y la capa muscular externa, miometrio. Ambas tienen diferentes funciones:

- Endometrio: A lo largo del ciclo menstrual cambia de espesor, en respuesta a las variaciones hormonales. En él se anida el óvulo fecundado y, si no ha habido fecundación, se desprende, provocando la hemorragia menstrual. Después de la regla, se vuelve a regenerar.
- Miometrio: está constituido por una potente masa muscular que, en el momento del parto, se contrae, produciendo la salida del feto. Durante la gestación, el útero aumenta de tamaño, de tal forma que al término del embarazo llega hasta el borde inferior del reborde costal.

El útero está suspendido dentro de la pelvis, sujeto a las estructuras óseas de la zona, como la carpa de un circo, gracias a seis potentes ligamentos. Generalmente está inclinado hacia delante, pero puede permanecer en posición vertical o inclinado hacia atrás. Cuando el útero queda fijo a causa de algún proceso patológico, puede ocasionar dolor durante la relación sexual.

Trompas de Falopio:

Son dos órganos que tienen forma de trompeta y se extienden desde el útero a los ovarios, situándose una a cada lado de éste.

Se pueden distinguir en ellas diferentes partes:

- Intramural, que transcurre dentro de la pared uterina.
- Ístmica, más estrecha, a la salida del útero.
- Ampular, donde la trompa se ensancha.
- Fimbriada, constituida por una serie de flecos o fimbrias que se asemejan a la corola de una flor, y que se ajustan al ovario en el momento de la ovulación.

El interior del órgano está tapizado por pliegues de tejido recubierto de cilios o pestañas. Poseen una capa muscular, que produce contracciones parecidas a los movimientos peristálticos del intestino, gracias a los cuales y con ayuda de los cilios, se produce el transporte de los óvulos desde el ovario hasta el útero.

En el trayecto se encuentran el óvulo y el espermatozoide en el momento de la fecundación. Cualquier proceso patológico de la misma puede alterar su funcionamiento o producir una obstrucción de su luz, con graves repercusiones para la fertilidad.

Ovarios:

Son dos órganos ovoideos, situados a ambos lados del útero y sujetos por el Ligamento Ancho, pero dotados de gran movilidad, lo que les permite situarse en diferentes posiciones respecto a aquél. Miden de 3 a 5 cm de diámetro longitudinal, 2 a 3 cm de diámetro transversal y tienen un espesor de unos 2 cm, aunque estas medidas son muy variables, al igual que su forma, ya que están sujetas a importantes cambios durante la vida sexual de la mujer.

En la niña, es alargado, pequeño y liso. En el momento de la pubertad se hace grande, para ir luego disminuyendo hasta la llegada de la menopausia, en que se atrofian.

En los ovarios se encuentran los folículos ováricos, dentro de los cuales están los óvulos. La niña nace con unos 400.000 óvulos, no produciéndose más a lo largo de su vida. Los óvulos de los folículos, a partir de la pubertad, van madurando, aproximadamente uno cada 20 – 30 días, y se liberan en el proceso llamado “ovulación”. De toda la dotación de óvulos que la mujer tiene al nacer, sólo unos cuatrocientos son útiles en toda su vida.

Después de la expulsión del óvulo, el folículo toma un aspecto amarillento, por lo que se le denomina cuerpo lúteo. Es éste un importante productor de hormonas femeninas. Pero en 10 – 15 días, si no se ha producido la gestación, se arruga y se atrofia. No obstante, si se produce gestación, el cuerpo lúteo se mantiene, e incluso aumenta de tamaño. Su aportación hormonal es entonces importante para el mantenimiento de la gestación.

Características de la mama:

A través de la cultura misma, se ha asociado el tamaño de las mamas con la cantidad de placer sexual que la mujer puede dar o recibir. En general, la zona del pezón es muy sensible a los estímulos y excitable, independientemente del tamaño, dependiendo en gran parte de lo que esta zona representa para cada mujer.

La mama interviene en la excitación y en la respuesta sexual, después del parto produce la secreción láctea para alimentar al recién nacido, constituye también un vínculo de unión entre la madre y el hijo.

Hasta la pubertad, el pezón y la areola mamaria, descansan sobre una zona de escaso desarrollo muscular y con poco tejido graso. Pero en el momento de la pubertad, la mama se desarrolla en volumen y tamaño, a expensas de la propia glándula y también de las capas muscular y grasa que la forman.

La mama está formada habitualmente por unos 15 lóbulos, cada uno de los cuales dispone de un conducto que desemboca en el pezón, y están cubiertos por tejidos conjuntivos que, a modo de tabiques, mantienen la mama sujeta al tórax y confieren consistencia al órgano.

El **Pezón** aparece como una formación nodular oscura en el centro de la mama, y está constituido por fibras musculares y gran cantidad de terminaciones nerviosas. Alrededor se distingue una zona circular, más o menos amplia, también oscura, que posee fibras musculares responsables de la erección del pezón, y que se denominan **areola mamaria**. Durante la gestación, tanto el pezón como la areola aumentan notablemente de tamaño y coloración.

CONOZCA SUS SENOS

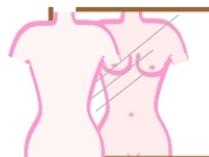
Los senos o glándulas mamarias tienen características similares en todas las mujeres pero aspectos como la consistencia pueden variar de una mujer a otra debido a influencias como la edad, el embarazo, etc. Por ello se requiere de la concientización de su conocimiento personal.

Recuerde que el autoconocimiento es el primer paso para la prevención del cáncer de seno. Siga cuidadosamente las instrucciones para familiarizarse con la rutina y tenga presente que un diagnóstico temprano lleva a un tratamiento oportuno.

PRIMER PASO:

Acostumbre mirarse frente a un espejo en posición erecta, visualice sus senos y evalúe:

- Simetría de los senos
- Hundimiento y hoyuelos
- Alteraciones de la piel del pezón



SEGUNDO PASO:



Levante los brazos lentamente y colóquelos detrás de la cabeza, observe si se presenta alguno de los parámetros anteriormente descritos.

TERCER PASO:

La siguiente maniobra puede hacerla en posición erecta o preferiblemente acostada sobre la espalda.

Coloque el brazo derecho sobre la cabeza y con los dedos de la mano izquierda en pequeños movimientos circulares explore el seno derecho. Esto facilita recorrer el seno por pequeñas áreas y formarse una idea adecuada de su consistencia.



Inicie el recorrido por la mitad interna del seno desde la periferia hacia el pezón. De arriba a abajo y de afuera hacia adentro. Luego explore la mitad externa de igual manera. Finalmente apriete el pezón suavemente para verificar si hay secreción no evidenciada anteriormente.

CUARTO PASO:





Repita la maniobra colocando la mano izquierda sobre la cabeza y explore el seno izquierdo con la mano derecha de la forma anteriormente descrita.

QUINTO PASO:



Informe a su médico si presenta:

- Masas o nodulaciones anteriormente no detectadas
- Secreción anormal del pezón

1. El autoconocimiento de la apariencia y consistencia de sus senos facilitará detectar de manera temprana anomalías recientes.
2. El examen debe realizarse una vez al mes, idealmente en los días siguientes a la terminación de la menstruación (primera semana postmenstrual). Si se está en la menopausia es aconsejable escoger un día fijo al mes.
3. Consulte a su médico regularmente una vez al año.
4. Los factores de riesgo para el cáncer de seno son:
 - Historia familiar de cáncer de seno (solo son importantes los familiares de primer grado).
 - Menarquia temprana, es decir la aparición de la primera menstruación antes de los 11 años.

- Haber tenido el primer hijo después de los 30 años o nunca haber lactado
- Menopausia tardía, refiere a cuando la última menstruación sucede después de los 55 años.
- Tabaquismo
- Dietas ricas en grasa de origen animal

Ciclo menstrual

Desde el inicio de la pubertad y hasta la menopausia, el ovario funciona produciendo una serie de hormonas de forma cíclica, que actuando sobre diversos órganos, darán lugar al ciclo menstrual. Debido a estos ciclos, se produce la liberación mensual de un óvulo fecundable. Cuando no se produce la fecundación del óvulo, se produce mensualmente la menstruación, como consecuencia de la acción coordinada de las hormonas ováricas sobre el endometrio uterino.

La menstruación es un flujo sanguíneo que sobreviene aproximadamente una vez al mes en la mayoría de las mujeres comprendidas, poco más o menos, entre los 12 y 48 años. La menstruación es una fase normal del ciclo reproductor de la mujer, aún así, ha sido objeto de muchas tergiversaciones a nivel cultural.

Se ha considerado que el ciclo menstrual comienza el primer día del sangrado (día uno del ciclo) y terminaba el día antes de que recomenzara el ciclo. Este ciclo se compone de tres fases en un ciclo medio de 28 días:

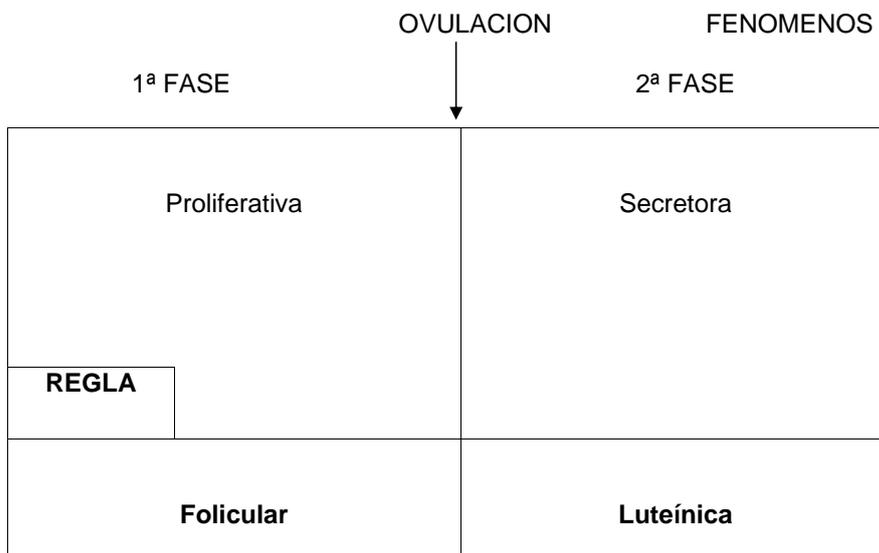
- **Fase folicular:** Los folículos (disposiciones ovales de células en torno a un óvulo joven) empiezan a madurar por la acción de la FSH (foliculoestimulante). Al inicio de esta fase, los niveles de estrógeno y progesterona son muy bajos y el útero expulsa la capa de tejido mucoso que reviste su cara interior, dando lugar a un período de tres a seis días de flujo menstrual. Este se compone de una pequeña cantidad de sangre mezclada con trocitos de endometrio.

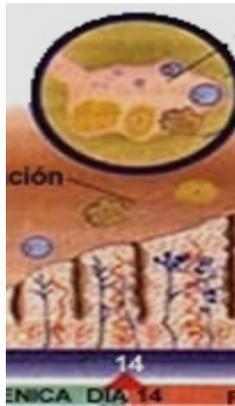
Mediada la fase folicular (entre los días 7 a 10 del ciclo) aumenta la producción de estrógenos de los ovarios, que se conjuga con la acción de la FSH y prepara para la ovulación al folículo en germinación. Los estrógenos hacen también que se regenere el endometrio (endometrio proliferativo) en virtud del crecimiento de las glándulas, tejido conjuntivo y vasos sanguíneos. Poco antes de la ovulación, el aporte de los estrógenos se incrementa significativamente, lo que repercute en el hipotálamo y lo fuerza a desencadenar la secreción de HL (Hormona leutinizante) y FSH que libera la hipófisis al cabo de uno o dos días.

- **Ovulación:** es la liberación de un óvulo desde un folículo de Graff, que acontece en la mayoría de los períodos de 28 días hacia el día 14º día del ciclo. La fase ovulatoria es la más corta del ciclo menstrual.
- **Fase luteínica:** Abarca el tiempo que sigue inmediatamente a la ovulación hasta el comienzo del siguiente período. Su nombre se debe al cuerpo lúteo, glándula hormonal que se forma a continuación de la ruptura del folículo de Graff y de la expulsión del óvulo. El cuerpo lúteo secreta

progesterona y estrógenos en abundancia, que alcanzan niveles muy altos en esta etapa. La progesterona facilita el desarrollo de los pequeños vasos sanguíneos en el endometrio regenerado y produce el enrollamiento de las glándulas endometriales, alteraciones que preparan al útero para recibir el huevo fecundado en caso de que haya embarazo.

A menos que el huevo sea fertilizado, el cuerpo lúteo degenera al cabo de diez a doce días después de la ovulación e interrumpe drásticamente la producción de su hormona. El siguiente flujo menstrual sobreviene al desprenderse el tejido mucoso que recubre el útero e iniciarse el proceso regenerativo del endometrio correspondiente al próximo ciclo. La menstruación es consecuencia de la cesación repentina de la estimulación hormonal.





Las principales fases del ciclo menstrual nominadas según los fenómenos producidos en el útero o en los ovarios.

Por otra parte, existen cambios anatómicos ostensibles y constatables en la anatomía del aparato genital femenino después de la menopausia, que podemos resumir en los siguientes:

- ❖ En la vulva la disminución de los estrógenos produce una atrofia de los labios menores y mayores, debido a la pérdida de grasa y elasticidad; éstos se aplanan y arrugan, sobre todo los labios menores. El vello pubiano se hace más escaso.
- ❖ La vagina se afecta intensamente por la privación de estrógenos. La superficie se aplanan y pierde su aspecto rugoso. La capa superficial del tejido celular se adelgaza y toma un aspecto rojizo debido a los capilares

superficiales que se rompen con relativa facilidad. Se acorta la longitud vaginal y el introito se estrecha por pérdida de elasticidad. Se produce una alteración del pH vaginal, lo que aumenta la incidencia de infección, así mismo, una disminución de la lubricación.

- ❖ En el útero se produce un adelgazamiento tanto del endometrio como del miometrio. Se vuelve pequeño, duro y menos vascularizado. Los ovarios y las trompas se reducen.
- ❖ El epitelio que recubre la uretra, trigonovesical y vejiga es estrogendependiente. Con la menopausia este tejido se adelgaza y pierde elasticidad, lo que es causa de una menor resistencia a las infecciones.
- ❖ Las mamas tienden a disminuir de tamaño. El descenso hormonal produce una atrofia progresiva de la mama, la piel se arruga y pierde elasticidad, los ligamentos ya no sujetan como antes. El tejido mamario se sustituye por tejido fibroso. Existen además otros factores, como el aumento o disminución del peso corporal, o el ejercicio físico, que pueden modificar el tamaño y forma de la mama. En una misma mujer también hay diferencias entre las dos mamas, generalmente la izquierda es mayor.

La biología femenina, a diferencia de la del varón, está marcada por dos hechos trascendentales y evidentes, que son la aparición de la regla y la desaparición de la misma. El cese de la regla pone de manifiesto la desaparición de la capacidad reproductiva, se trata pues de un momento biológicamente importante en la vida de la mujer que es necesario conocer

para eliminar tabúes que generan gran inquietud en muchas mujeres que están o atravesarán esta etapa de la vida.

Duración: 30 minutos.

4. Dinámica:

Cada participante se le entrega una hoja de papel con un dibujo sobre la anatomía del aparato genital femenino. Cada una marca la hoja con su nombre y la ubica al frente en la pared.

En la parte trasera del salón están dispuestos en una mesa varios papeles con las partes y órganos trabajados anteriormente y algunas de sus funciones (otros papeles estarán en blanco), además habrá colbón y lápices.

Cada participante debe escoger las características y funciones y pegarlas en su dibujo en el lugar que le corresponda. Sólo puede pegarse un papel al tiempo y se establecen 15 minutos para el concurso. Resulta ganador quien tenga el mayor número de características y aciertos.

Duración: 30 minutos.

5. Las facilitadoras explican sobre métodos anticonceptivos y su relación con la menopausia.

La menopausia es un período que puede durar desde 10 años antes a 10 años después de la desaparición de la regla. Durante la premenopausia, la ovulación se mantiene, y la posibilidad de la gestación existe. El tipo de anticoncepción y el miedo al embarazo son factores que pueden afectar a la sexualidad durante estos años.

Entre los 45 y 50 años, la mujer va a estar inmersa en una situación hormonal caracterizada por períodos de hiperestrogenia (motivo de que aumenten los trastornos del ciclo, la incidencia de miomas, el cáncer de mama y el de endometrio), que alternan con períodos de hipoestrogenia, responsables (junto con otros factores) de lo que se ha llamado sintomatología típica menopáusica. Además, son característicos en este momento los ciclos irregulares.

A pesar de que, en general, la fertilidad disminuye, el índice de fecundidad en mujeres de 49 a 59 años se sitúa en 22 (número de nacimientos/año por 100 mujeres sin contracepción).



Métodos anticonceptivos naturales

- Ventajas: no tienen contraindicaciones.
- Inconvenientes: no son fiables, dadas las frecuentes alteraciones del ritmo mensual.

Métodos de barrera

- Preservativos: no presentan ningún problema.
- Diafragmas: Tampoco dan problemas, salvo el requerir aprendizaje de uso.
No existentes en Colombia.

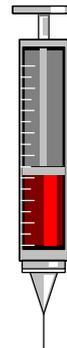
Métodos químicos

Tienen una seguridad aceptable, y además lubrican. Además, la utilización de métodos de barrera en estas edades puede estar dificultada por algunos casos:

- Porque aunque es un grupo de población más disciplinado, tiene menos capacidad para modificar conductas.



- Por alteraciones tróficas locales.
- Por cambios en la respuesta sexual.
- Por la aparición de disfunciones.



Se encuentran en diversas formas y con distintas fórmulas:

- Inhibidores enzimáticos (fenilbutazona).
- Betabloqueantes (propranolol).
- Esponjas (acción física + acción química con espermicida).
- Anillos liberadores de hormonas

Dispositivo intrauterino

Se retiran un año después de la última regla. Algunos autores recomiendan retirarlo a los seis meses, porque el estrechamiento (por atrofia) del canal endocervical puede dificultar la extracción.

- Ventajas: es un método seguro; tiene menor tasa de fallos en estas edades.
- Inconvenientes: son frecuentes las hemorragias por hiperplasia endometrial, que pueden inculparse al DIU. Es imprescindible un diagnóstico diferencial. A estas edades es frecuente la existencia de miomas; en ese caso, sólo es aceptable el DIU en ausencia de sintomatología y siempre que el mioma no deforme la cavidad uterina.

Duración: 30 minutos.

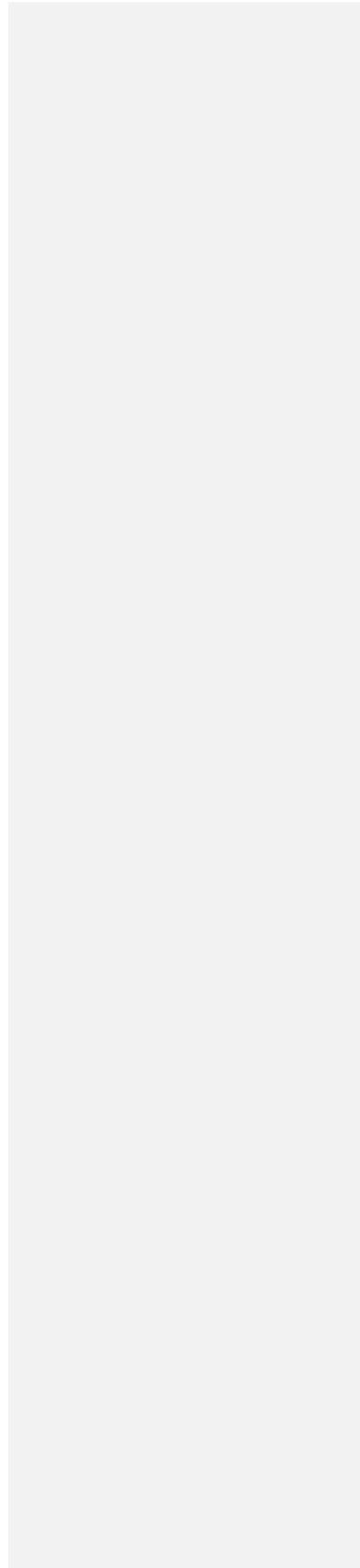
6. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Profesional de la salud: Médico.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.
- Borrador.
- Papelógrafo.
- Marcadores.
- Hojas de block.
- Pegante.
- Cinta scott.
- Tiras de papel con diferentes partes Y funciones de la anatomía del aparato genital femenino.

- Tiras de papel en blanco.



SESION No. 4

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA MENOPAUSIA

Objetivos:

1. Conocer y abordar el concepto de menopausia de una manera integral, en el cual no sólo esté presente el factor biológico, sino otros influyentes en su desarrollo.
2. Conocer cuáles son los factores (actitudinales) que influyen en el desarrollo de la menopausia.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión No. 4.

Duración: 5 minutos.

3. Dinámica: **EL BARCO DE PAPEL:** A las participantes se les da una hoja de papel y se les pide que hagan un barco. Posteriormente se explica que éste representa “la vida de cada uno” y el papel que desempeña en la sociedad como mujer, por lo tanto, deben narrar a los demás su secuencia vivencial; durante la narración se va desdoblado el barco hasta que quede sólo el papel arrugado. Como conclusión se pregunta qué significa para cada uno ese papel arrugado.

Duración: 30 minutos.

4. Debate de grupo: Las participantes narran diferentes experiencias sobre la menopausia, es decir, qué creen o creían (conceptos), qué habían escuchado

acerca de esta etapa, etc.; con el fin de conocer y fomentar actitudes positivas frente a la menopausia.

Duración: 30 minutos.

5. Las facilitadoras deben indagar el conocimiento que tiene cada participante sobre los diferentes aspectos (psicológicos: actitudes) que influyen en el desarrollo y estrategias de afrontamiento en la menopausia.

Duración: 20 minutos.

6. Explicación de las facilitadoras sobre los factores psicosociales de la menopausia: éstos en el medio ambiente en el que se desenvuelve la mujer (según su historia de aprendizaje) son determinantes en el momento de abordar la etapa de la menopausia.

- Cambios psicológicos (ansiedad, depresión, nerviosismo, pérdida de la memoria, cansancio, etc.).
- Familia (independización de los hijos, cuidado de familiares, etc.)
- ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA

La menopausia, así como las etapas de la adolescencia e infancia, está llena de cambios físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, con frecuencia se tiene la imagen de ser un período "**especialmente difícil**" pero que realmente corresponde a un conjunto de cambios predecibles y naturales.



Es común que todo "cambio", que "lo desconocido" y "lo diferente" despierte en nosotros algunos temores. Por esto, si Ud. reconoce los signos de la menopausia puede prepararse para ella descartando ideas equivocadas que frecuentemente se tienen sobre esta etapa.

Tenga cuidado de cometer los siguientes errores:

- Pensar que la menopausia convierte a la mujer en una persona irritable y malgeniada
- Pensar que la menopausia acaba el deseo o el interés por el sexo
- Pensar que a esa edad, las mujeres se vuelven histéricas, neuróticas o enloquecen
- Pensar que al llegar la menopausia las mujeres se vuelven deprimidas

Es sano empezar a llamar las cosas por su nombre:

La mujer que aprende a conocer su propio cuerpo y su mente comenzará a vivir esta fase como un proceso natural sin pensar que al llegar a la menopausia el mundo comienza a derrumbarse.

La mujer que aprende a conocerse comprenderá que la menopausia no es una enfermedad en la que se "**padece**" de una especie de destrucción física y anímica.



La mujer que aprende a conocer sus propios cambios en la menopausia hablará de esta etapa con optimismo y entusiasmo.

La mujer que aprende a conocerse comprende que la menopausia es un proceso gradual que ocurre a nivel biológico y psicológico junto a otras situaciones.

Por esto **¡TENGA CUIDADO!**

Muchas mujeres pueden confundir los síntomas que se presentan, con respuestas que tenemos normalmente frente a situaciones generadoras de stress.

Ud. debe identificar cuándo se trata de un factor físico y cuándo de un factor situacional; porque algunos síntomas coinciden con actitudes y respuestas a momentos de la vida.

Los más frecuentes suelen ser:

El divorcio:

La separación del vínculo o la unión de pareja



El "síndrome de nido vacío":

Cuando los hijos se van del hogar y la pareja se reencuentra - sola- por segunda vez.

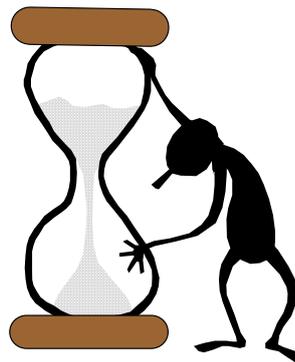


El agotamiento profesional:

Cansancio que resulta después de trabajos continuos durante muchos años

La jubilación o el retiro laboral:

Que viene acompañado con un período económicamente difícil.



La muerte de una persona cercana,

etc

Estos aspectos pueden generar stress y depresión que se materializan en síntomas físicos y emocionales como el agotamiento, la depresión, el insomnio, la irritabilidad, sentimientos de inutilidad, soledad, angustia o ansiedad entre otros.



Por esto **la mujer que se conoce** asume una actitud positiva que le permite asumir la menopausia de una manera tranquila y grata porque ella comienza a:

- Dedicar más tiempo a sus propios intereses
- Informarse sobre los cambios que le están sucediendo leyendo acerca del tema y consultando sus inquietudes a su médico de confianza
- No se automedica
- Dedicar más tiempo a su cuidado personal: llenándose de optimismo y de amor por lo que hace
- Alimentando bien su cuerpo y su mente. Recuerde que los alimentos, y el ejercicio contribuyen a su bienestar físico, y sus pensamientos, ideas, sentimientos y ocupaciones nutren y alimentan su salud mental.

La mujer que conoce los cambios por los que atraviesa durante la menopausia:

- No se aísla; busca compañía en otras personas porque sabe que les puede aportar o enseñar, y sabe que puede compartir con ellos hablando también de sus problemas o emociones negativas.
 - Cambia el licor, el cigarrillo y el café, por un buen libro, una rutina de ejercicio, yoga o relajación.
 - Se mantiene ocupada en alguna actividad productiva y atractiva para ella y los demás.
 - La mujer que aprende a conocerse en esta etapa, busca apoyo cuando lo necesita.
-
- Trabajo (carencia de un proyecto personal quizás no realizado anteriormente y que la mujer vive como demasiado tarde para emprenderlo).
 - Ambiente.
 - Concepciones sobre mujer y otros factores (temores al envejecimiento próximo y la pérdida de la juventud)
 - Sexualidad y pareja (dudas acerca de su sexualidad y la de su pareja que pueden ser causa de posibles distanciamientos).

Otro lenguaje para la menopausia

Hasta el momento muchas personas han utilizado un lenguaje peyorativo y rígido para referirse a algunos aspectos que suceden a raíz de la menopausia.

Algunas científicas e investigadoras proponen una nueva forma de referirse a este proceso en los siguientes factores:

➤ **Disminución gradual de estrógenos**

Frente a

Déficit de estrógenos

(¿déficit respecto a qué norma?)

➤ **Cambio de función en los ovarios, evolución de los ovarios, proceso ginecológico de los ovarios**

Frente a

Disfunción ovárica

(sólo debe hablarse de disfunción cuando hay anomalías)

➤ **Reajuste del equilibrio hormonal**

Frente a

Desequilibrio hormonal

➤ **Remodelación hormonal**

Frente a

Deficiencia hormonal

➤ **La menopausia, logro de la madurez**

Frente a

La menopausia, pérdida de la juventud

➤ **Cambios fisiológicos y psicológicos**

Frente a

Síntomas de la menopausia

➤ **Reducción del tamaño de la vagina**

Frente a

Atrofia vaginal

7. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Papel.
- Papelógrafo.
- Ayudas audiovisuales: Opacos o carteleras.
- Marcadores.
- Cinta.
- Borrador.
- Hojas de papel.

SESION No 5

... ¡CÓMO LLEGAR A UNA MENOPAUSIA FELIZ!

Primera parte: Ejercicio y Dieta.

¿CÓMO PUEDO AYUDAR A MANTENERME SANA?...

Objetivos:

1. Conocer qué alternativas existen para concebir la etapa de la menopausia de manera positiva.
2. Incrementar la importancia de los procesos de autocuidado como parte fundamental del desarrollo y mantenimiento de la salud.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión No. 5

Duración: 5 minutos.

3. Las facilitadoras aplican a cada participante la encuesta sobre hábitos de alimentación y ejercicios:

ENCUESTA

1. ¿Cuántas comidas hace al día?

- En casa No. _____
- En restaurante No. _____
- En el trabajo No. _____

2. ¿Come entre las comidas? SI ____ NO ____

3. ¿Cuál ha sido

- Su máximo peso alcanzado? _____ en kilos
- Su mínimo peso alcanzado? _____ en kilos

4. ¿Ha intentado alguna vez perder peso?

SI NO

- Con dieta _____
- Con ejercicio _____
- Con terapia de grupo _____
- Con medicamentos _____

¿Cuáles? _____

5. Describir un desayuno, comida, merienda y cena

SI NO

Correcto _____

6. ¿Consume diariamente una ración de carne o pescado? _____

7. ¿Consume menos de 3 huevos por semana? _____

8. ¿Consume una ración diaria de verduras? _____

9. ¿Utiliza frecuentemente los aceites vegetales frente a los de origen animal? _____

10. ¿Bebe usted como mínimo un litro diario de agua? _____

11. ¿Consume dulces, dos o más veces por semana? _____

12. ¿Consume una vez por semana los siguientes alimentos?

- Legumbres _____
- Patatas _____
- Arroz o pasta _____

13. ¿Consumes pocos alimentos enlatados? ___ ___

14. ¿Cuánto pan come diariamente? ___ gramos

___ Integral

___ Blanco

15. ¿Qué cantidad consumes al día de estos alimentos?

• Leche ___ No. de vasos

• Yogures ___ No.

• Queso ___ gramos

Total, gramos calcio ___

16. ¿Cuántas tazas de café/té toma al día?

Ninguna ___ Menos de dos al día ___ Más de dos al día ___

17. ¿Realiza ejercicio físico?

No ___ 1-3 horas semana ___ Más de 3 horas por semana ___

Duración: 20 minutos.

4. Las facilitadoras y la Nutricionista explican sobre las implicaciones de una dieta sana en el proceso de la menopausia.

DIETAS

¿QUE ES UNA DIETA?

Una dieta es el tipo, cantidad y calidad de alimento y bebida que consumimos.

¿QUE ES EL ALIMENTO?

El alimento es algo que nutre a nuestro cuerpo. Desde antes de nuestro nacimiento hasta antes de nuestra muerte la alimentación es un factor dominante y necesario en nuestra vida diaria para nuestra supervivencia. Los alimentos nos proporcionan energía para nuestra actividad diaria y para nuestras funciones vitales como lo son la respiración, la contracción del corazón, el mantenimiento de nuestra masa ósea y muscular, la regulación del movimiento de nuestros músculos, el mantenimiento de la masa de nuestros huesos, la función adecuada de nuestro sistema nervioso y así podríamos seguirnos con todos los órganos de nuestro cuerpo desde la piel hasta el uso de nuestras funciones intelectuales.



Pero el alimento es mucho más que un simple nutriente, ya que todos nosotros encontramos un placer en el comer. El alimento nos hace sentirnos contentos y seguros, nos sirve como un acto de convivencia con nuestros amigos, nos sirve para llevar a cabo un negocio, nos hace sentir más placenteras nuestras vacaciones y hasta el alimento tiene un símbolo de religiosidad (la cuaresma, no comer cerdo, no mezclar lácteos y carnes, no ingerir alimentos sólidos etc.).

TIPOS DE DIETA:

Para facilitar su entendimiento podemos dividirlo en 2 grupos:

- ◆ Dietas Terapeuticas
- ◆ Dietas No Terapeuticas
- ◆ Dietas Terapeuticas:
 - ◆ Obesidad
 - ◆ Bajos De Peso
 - ◆ Anorexia Y Bulimia
 - ◆ Hipertensión Arterial
 - ◆ Enfermedades Cardiacas
 - ◆ Enfermedades Renales
 - ◆ Cancer
 - ◆ Caries
 - ◆ Colitis
 - ◆ Gastritis
 - ◆ Colecistitis
 - ◆ Cirrosis
 - ◆ Diabetes

- ◆ Hipoglicemia
- ◆ Hiperlipidemias
- ◆ Anemias
- ◆ Intolerancia A Los Lacteos
- ◆ Alergias
- ◆ Dietas No Terapeuticas:
- ◆ Alimentación Materna Durante El Embarazo.
- ◆ Alimentación Materna Durante La Lactancia.
- ◆ Introducción De Nuevos Alimentos Al Bebe (Ablactación).
- ◆ Alimentación en el Preescolar.
- ◆ Alimentación en el Escolar.
- ◆ Alimentación en el Adolescente.
- ◆ Alimentación en el Adulto Joven.
- ◆ Alimentación en el Adulto Mayor.
- ◆ Alimentación en el Viejo.

Que Consideraciones Debemos Tener Para Planear Una Dieta:

DEL PACIENTE:

- ◆ Historia Clínica Completa con exámenes de laboratorio.
- ◆ Historia Alimentaria.
- ◆ Patrones socioculturales y religiosos.
- ◆ Tipo de trabajo y horario.
- ◆ Actividad física.

DE LA DIETA:

- ◆ Hábitos de alimentación.
- ◆ Facilidad de preparación.
- ◆ Costo de la alimentación.
- ◆ Que el alimento tenga un agradable sabor y aroma.
- ◆ Cumplir con las necesidades nutricionales del paciente:
 - ◆ Alimentación adecuada
 - ◆ Alimentación suficiente
 - ◆ Alimentación equilibrada
 - ◆ Alimentación completa
 - ◆ Alimentación nutritiva

La sana alimentación

Los buenos hábitos alimenticios, especialmente los relacionados con el consumo de calcio, deben adoptarse desde la infancia y la adolescencia. Cuando se dejan para la edad adulta se está contribuyendo aún más a aumentar los síntomas que se desencadenan en el climaterio, debido a que el metabolismo de calcio se ve afectado por la disminución en la producción y en los niveles de estrógenos, haciendo que esa vital sustancia se pierda con más rapidez de la que se reemplaza.

El calcio que necesita una mujer se obtiene con el consumo de derivados lácteos o con alimentos fortificados con calcio. Esta sustancia también puede encontrarse en la avena, las ostras, las sardinas, las coles, el repollo, los frijoles, la carne, la miel y la panela.

Aunque no existe una relación directa entre los cambios hormonales del climaterio y la obesidad, muchas mujeres refieren una gran coincidencia entre la aparición de esta etapa y un aumento considerable de peso, entre los 5 y 10 kg de peso. Esto es debido a los cambios anímicos y a la sensación de malestar que acompaña al climaterio, lo cual modifica sustancialmente las condiciones de vida y altera los hábitos alimenticios.

Para evitar dicha situación, es necesario establecer un control en la dieta en la que deben suprimirse o disminuirse los alimentos más ricos en calorías y ordenarse adecuadamente las horas de la toma de alimentos.

Duración: 40 minutos.

5. El instructor de ejercicio físico explica cuáles son los ejercicios y hábitos posturales más adecuados. Representa y enseña los principales ejercicios.

EJERCICIO FISICO

Los ejercicios que se ejecutan de pie son muy adecuados porque obligan a los músculos a trabajar contra la gravedad, con lo que aumenta la calcificación de los huesos. Hay que mover grandes masas musculares y basta con hacerlo 20 minutos al día, 3 días a la semana como mínimo.

El ejercicio debe ser continuado, sin esperar los beneficios al instante, ya que estos empiezan a notarse a las 10 semanas. Cada persona es diferente, por ello es necesario que un experto recomiende un plan de ejercicios individualizado.

¿Cómo adecuar un plan de ejercicios?

Debe tenerse en cuenta:

- Edad.
- Si ha practicado ejercicio antes.
- Si padece enfermedades que lo contraindiquen.
- El estado de salud actual.

Uno de los mejores deportes es el caminar, está al alcance de todos y se puede hacer en cualquier momento. El ritmo debe ser más rápido que el de paseo normal, con pasos largos y moviendo bien los brazos. Como mínimo se deben caminar 3 horas a la semana.

Hábitos posturales:

- Procure estar erguida, en una postura cómoda, sin inclinarse hacia delante ni hacia atrás.
- Siéntese con la espalda recta y bien apoyada en el respaldo. No se siente en el borde de la silla y apoyar bien los muslos. Los muslos y las pantorrillas deben formar un ángulo recto. Las plantas de los pies deben llegar bien al suelo, si le quedan colgando o sólo llega de “puntillas” debe utilizarse un posapiés.
- Cuando traslade bultos de un lugar a otro llévelos cerca del cuerpo.
- Cuando tenga que coger un paquete del suelo hágalo flexionando las rodillas y agáchese, manteniendo siempre la espalda recta.
- Para dormir correctamente, utilice una cama dura. Duerma boca arriba o de lado, nunca boca abajo. Utilice almohada fina o duerma sin almohada para evitar tener el cuello excesivamente flexionado. Duerma el número de horas suficiente y procure que no haga demasiado calor en el dormitorio.
- Cuando tenga dolor lumbar, procure hacer reposo tumbada en la cama boca arriba con la almohada debajo de las rodillas.

EJERCICIOS

Cómo sentarse bien

Inclínese hacia el frente de la silla, luego siéntese con el tronco derecho. Use sus brazos para apoyarse. Para levantarse haga el mismo proceso al revés. Repita este ejercicio 5 a 10 veces seguidas, 2 a 3 veces al día.



Cómo mejorar la postura

Párese con la cadera y los hombros contra la pared. Mantenga la cabeza hacia atrás colocando su quijada hacia adentro. Meta el estómago sin perder la postura. Coloque los pies varios centímetros de la pared. Dejando las rodillas separadas alineadas con los pies. Doble las rodillas y lentamente baje sin retirar el torso de la pared. Solo baje hasta donde se sienta seguro y capaz. Mantenga esta posición por 10 a 30 segundos, respirando normalmente (no retenga el aire) lentamente estire las rodillas hasta quedar otra vez en la posición normal. Repita este ejercicio 2 a 3 veces en el día.



Ejercicio para hombros

Este ejercicio trabaja los músculos romboide.



1. Párese o siéntese con una buena posición de columna o piernas el cual va a usar durante todo el ejercicio.

2. Ponga las manos en forma de una "w" con los hombros relajados más no jorobados.

3. Empuje los codos hacia atrás, hasta que los dos brazos estén juntos.

4. Sostenga contando 1-2-3, después suelte y vuelva a repetir.



1. Acuéstese boca abajo en el piso, levante despacio la cabeza. Repita.
2. Coloque sus brazos en el suelo y levante su torso apoyándose en sus codos. Repita.
3. Cuando ya haya mejorado, su terapeuta puede ponerlo a levantar el torso con los brazos extendidos.

Ejercicio de Equilibrio



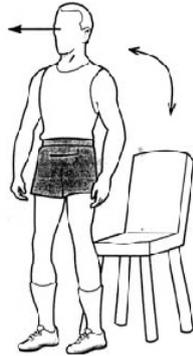
- 1) Póngase en cuatro con las rodillas y también las manos de 12 - 18 pulgadas aparte como una mesa.
- 2) Apriete los músculos del estómago. Mantenga los hombros hacia atrás y su espalda derecha.
- 3) Mantenga la quijada hacia dentro y la cabeza derecha.
- 4) Ahora levante cada brazo y manténgalos alzados de 3 - 10 segundos.
- 5) Devolver los brazos al piso y ahora alzar cada pierna no más de 6 pulgadas encima del piso. Mantener cada pierna alzada de 3-10 segundos.
- 6) Finalmente alzar la pierna contraria del brazo no más de 6 pulgadas encima del piso y mantenerlo así de 3-10 segundos. Estirarse hasta donde pueda. Repetir con otro pie y la otra mano opuesta.

Ejercicios de ojos para el equilibrio

1. Enfoque sus ojos en un punto determinado de 10-20 pies de usted mientras cambia de posición (sentarse y pararse) y mirar otra vez al punto determinado.

2. Repetir con los ojos cerrados.

3. Sentir la posición de su cuerpo mientras se mueve. Mantenga su peso sobre los pies, las rodillas aparte, el pecho hacia adelante y la espalda derecha.



Movimiento de medio círculo

Si usted ha experimentado fallas o problemas con su equilibrio, hable con su médico y pregúntele si puede hacer este ejercicio:

1. Pararse con los pies separados. Sosténgase del lavaplatos por seguridad, respire profundamente y relájese.
2. Inclínese hacia adelante sin



doblar las caderas sienta como 70%

de su peso está ahora en sus pies.

3. Volver a la posición normal. Esta

vez inclínese hacia la derecha4. Vuelva a la posición con la

sintiendo cómo cambia su peso que empezó. Ahora inclínese lentamente hacia la izquierda. Sienta cómo el 70% de su peso está en el lado izquierdo de los pies.



5. Ahora haga todo esto junto:

practique haciendo semicírculos de la izquierda hacia el centro y de la derecha y hacia la izquierda otra vez.

Empiece con semicírculos pequeños y gradualmente incremente los círculos hasta ver donde puede mover su cuerpo sin hacer ningún paso.

Duración: 30 minutos.

6. Participación del grupo sobre las experiencias, sentimientos y concepciones sobre la temática tratada en la sesión.

Duración: 20 minutos.

7. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Nutricionista.
- Instructor de ejercicios (especialista en ejercicios de este tipo).
- Papelógrafo.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.
- Marcadores.
- Borrador.
- Cinta scott.

SESION No. 6

... ¡CÓMO LLEGAR A UNA MENOPAUSIA FELIZ!

Segunda parte: Autoesquema y sexualidad en la mujer.

Objetivos:

1. Conocer sobre la respuesta sexual de la mujer y su relación con la menopausia.
2. Desarrollar un concepto positivo sobre la sexualidad como parte integral de la mujer.
3. Desarrollar un autoesquema positivo en cada una de las participantes del programa.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión No. 6.

Duración: 5 minutos.

3. Las facilitadoras explican sobre la sexualidad (concepciones, creencias, etc.) y la respuesta sexual en la mujer.

Respuesta sexual en la mujer:

Después de la década del 60 iniciaron verdaderos estudios de la respuesta sexual del ser humano. Estos arrojaron conclusiones de que la respuesta sexual se describía como un ciclo de cuatro fases: Excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las etapas se deben a diferentes niveles de excitación

sexual y a las respuestas características del individuo durante su desempeño sexual. Estas no siempre están claramente definidas y pueden experimentar variaciones de acuerdo a múltiples factores (físicos o psicológicos).

Durante la respuesta sexual se dan dos reacciones fisiológicas básicas:

1. **Vasoconstricción:** Aumento del volumen de la sangre concentrada en los tejidos corporales de los genitales y los senos de la mujer.
2. **Aumento de la tensión neuromuscular o miotonía:** Se refiere a una acumulación de energía en los nervios y músculos y acontece no sólo en la región genital, sino en todo el cuerpo.

Fases de la Respuesta Sexual:

1. Excitación: Se da a través de la estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. La primera señal de excitación en la mujer es la aparición de lubricación vaginal, que se inicia de 10 a 30 segundos después de empezar la estimulación sexual.

La lubricación sexual se da por la vasoconstricción de las paredes vaginales. Esta se presenta primero en forma de gotitas aisladas y acaban de humedecer la superficie interna de la vagina. La densidad, cantidad y olor de la lubricación varía de mujer a mujer, incluso en la misma persona de un tiempo a otro.

La lubricación facilita la inserción del pene e impide que la mujer sienta incomodidad o molestias durante el coito. Sin embargo, ésta no significa que la mujer esté siempre dispuesta para el acto sexual.

Otros cambios durante esta fase son:

- Los dos tercios interiores de la vagina se expanden.
- El cérvix y el útero son empujados hacia arriba.

- Los labios exteriores de la vagina se aplanan y se abren.
- Los labios interiores de la vagina se agrandan.
- El clítoris aumenta de tamaño (por acción de la vasoconstricción).
- Los pezones se tornan rígidos (por la contracción de pequeñas fibras musculares).

Es importante tener en cuenta que los cambios físicos dados en esta fase no son siempre constantes y crecientes ni para hombres ni para mujeres. Generalmente, una distracción física o psicológica puede ocasionar una disminución de la tensión sexual acumulada, lo cual no significa que deba abandonarse la actividad sexual en ese momento y creer que su respuesta no será igual a la deseada o esperada.

2. Meseta: Aumenta la tensión sexual y se intensifican altísimos niveles de excitación sexual lo que dispone el terreno para la siguiente etapa: el orgasmo. La duración de la meseta varía según cada persona.

Se origina en la mujer, debido a una intensa vasoconstricción en el tercio interior de la vagina, una hinchazón en los tejidos. Esta reacción es denominada **plataforma orgásmica** y estrecha en un 30 % o más la abertura de la vagina. Esta atenaza el pene al alcanzar la excitación de la fase terminal de meseta.

Los dos tercios interiores de la vagina se expanden un poco más y el útero se eleva. Frecuentemente en esta fase se produce la producción de lubricante vaginal disminuye. El clítoris se retrae contra el hueso púbico y junto con la vasoconstricción en los labios vaginales lo ocultan protegiendo su cabeza del contacto directo. De esta manera no se pierde la sensación clitorídea pues la

estimulación del monte de venus o de los labios se traducirá en sensaciones clitorídeas.

Por el aflujo de sangre los labios internos se agrandan doblando o triplicando su grosor y esto origina la separación de los labios mayores para facilitar aún más el acceso a la abertura vaginal. Por estas reacciones los labios menores experimentan vivas alteraciones de color lo cual precede, siempre, al orgasmo.

La areola mamaria se agranda, continúa la hinchazón y la erección del pezón es bastante apreciable. En la fase de excitación avanzada o en el inicio de la meseta se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojizas semejantes a las del sarampión (en el 50 a 75 % de las mujeres); éste rubor sexual se inicia debajo del esternón, en la zona superior del abdomen y luego se extiende rápidamente por los senos y la parte delantera del pecho (causado por el ritmo del aflujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel).

3. Orgasmo: Hasta mediados del siglo XX se creía que la mujer no era capaz de alcanzar un orgasmo, lo cual era el reflejo del prejuicio cultura hacia la mujer, quien era tomada como un sujeto (u objeto) pasivo.

El orgasmo, desde el punto de vista biológico, es la etapa más corta del ciclo, dura sólo unos segundos. En la mujer se dan contracciones simultáneas y rítmicas del útero, el tercio exterior de la vagina (plataforma orgásmica) y el esfínter anal. Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas (intervalos de 0,8 segundos); luego, las contracciones disminuyen su intensidad y duración y los intervalos son menores. Un orgasmo moderado puede contener 3, 4 o 5 contracciones, un intenso puede tener de 10 a 15.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, pues se contraen los músculos de numerosas regiones corporales y el rubor sexual alcanza su mayor intensidad y extensión. La mayor parte de las mujeres no eyaculan durante el orgasmo lo que desmiente la creencia de una pequeña eyaculación (los estudios no son definitivos).

La mujer tiene una aptitud multiorgásmica, es decir, tiene la posibilidad de alcanzar uno o más orgasmos sucesivos sin tener que estar por debajo de un nivel de meseta (depende esto de múltiples factores). Los orgasmos múltiples se dan con mayor frecuencia en el acto masturbatorio que en el coito.

4. Resolución: Las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de los tejidos, provocando la desaparición de la plataforma orgásmica. El útero retorna a su posición de reposo inactivo, desaparece la coloración de los labios, la vagina reduce su anchura y longitud, el clítoris vuelve a su tamaño y los tejidos de la areola se distienden antes que los propios pezones.

Durante la fase posterior al orgasmo, la estimulación del clítoris, los pezones o la vagina puede resultar molesta o irritante. Desaparece el rubor sexual y a veces hay sudoración abundante.

Si ha habido excitación intensa sin orgasmo, la resolución lleva un poco más de tiempo.

SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA

La menopausia marca la finalización de la capacidad reproductiva pero no de la sexualidad, éstas son dos cosas diferentes. La sexualidad es un fenómeno no sólo biológico sino también, psicosocial.

A nivel biológico, hay una disminución de estrógenos la cual produce sequedad vaginal y posteriormente atrofia de vagina y vulva que ocasionan dispareunia. Esto no afecta el deseo sexual. Ni la libido ni la capacidad orgásmica disminuyen si hay una salud general buena.

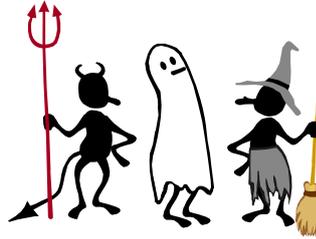
Los cambios en la curva de la respuesta sexual (HRS) son graduales. En la fase de excitación hay hipolubricación vaginal, al aumento de tamaño del clítoris es discreto así como la elevación del cuello y cuerpo uterinos. El rubor sexual aparece con menor frecuencia, la vasocongestión pélvica es menos intensa y en general, se requiere de mayor estimulación corporal y psicológica para percibir el orgasmo.

En la meseta no hay cambios grandes, en algunos casos la hipolubricación vaginal puede provocar dispareunia y, consecuentemente, el período refractario suele modificarse requiriendo más tiempo para desencadenarse otra respuesta sexual.

Durante la menopausia (incluso tiempo antes) se presenta una disminución de la vivencia sexual, el cual se atribuye más a factores psicoculturales que a factores fisiológicos. Por ejemplo, el creer que el fin único y justificable de un acto coital es el de la procreación; la vivencia sexual tiene como finalidad el disfrute y el placer del propio cuerpo y el de la pareja: por esto la vida sexual no debe desaparecer en la menopausia o después de ella.

La respuesta sexual durante la menopausia está relacionada directamente con la vida sexual previa y está determinada por factores como:

- Monotonía de las relaciones sexuales repetitivas.
- Preocupaciones de orden profesional o económico.
- Fatiga psicológica o física.
- Abuso de comida o alcohol.
- Enfermedades físicas o psicológicas (Tratamientos médicos).
- Temor al fracaso sexual.
- Inhibiciones culturales.
- Falta de información.



Si en la menopausia la mujer ve afectada su autoestima y su atractivo sexual, ve que no es capaz de tener hijos, si observa que sus órganos sexuales se atrofian, fácilmente puede caer en estados depresivos, disminuyendo, también, su actividad sexual y un deterioro de la sexual.

En otras ocasiones en la mujer puede existir un aumento de su líbido porque pierde el miedo a posibles embarazos y puede experimentar, por ende, con mayor placer la sexualidad.

SEXUALIDAD, SENSUALIDAD Y EROTISMO...

¡¡VÍVELO DANZANDO!!

En la menopausia la sexualidad se empieza a ver de forma diferente, pero, la sexualidad puede ser mucho más rica y extensa de lo que uno ha imaginado, poniéndolo en práctica se descubrirá que no es sólo con la pareja y si no con todos los que nos rodean (amigos, amigas, nietos, hijos, etc.).

La experiencia enriquece afectivamente, por medio de los sentidos y el propio cuerpo se puede expresar la sensualidad y compartirla con los demás.

La magia e intensidad de la vida es descubrir que la mujer es sensual, sexual y erótica, por el simple hecho de ser mujer y de igual forma la pareja también lo es y que la tarea desde hoy es compartir esto con él.

A continuación encontrará las instrucciones para el ritual que usted practicará en pareja o con las personas que desee.

Es importante que tenga presente los "materiales" que necesita para llevar a cabo este ritual:

La disposición para hacerlo

Encontrar el espacio propicio

Escoger la música que más le guste

Luz tenue y velas de colores

Literatura erótica

Su creatividad es indispensable, si quiere

modificar el ritual....hágalo!!!



La actividad que se hace es un "ritual de amor" en donde se tratará de hacer de la forma más mística posible y sin hablar con las palabras sino con el cuerpo.

Se utilizarán velas, narrativas eróticas, música sensual y suave; además de unas instrucciones específicas que serán dirigidas por las facilitadoras del aprendizaje.

Esta aclaración se les hará a las participantes antes de entrar al recinto donde se llevará a cabo el ritual.

LA NARRATIVA EROTICA es importante, para la apertura a lo sensual y erótico. Se sientan frente a frente en pareja y se miran fijamente a los ojos. Luego leen una historia erótica con el propósito de examinar e identificar nuestros mitos, tabús y marcos de creencias frente a la sexualidad.

Instrucciones I

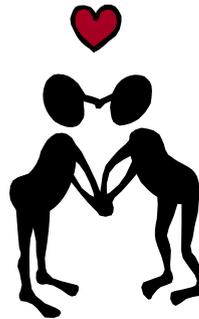
(ambientación música suave y relajante y las pausas se simbolizarán con los puntos suspensivos)

Retire los objetos que no le sirven y que no le permiten moverse en el espacio escogido. En este momento vamos a hacer UN PACTO DE AMOR.

"En este momento nuestro compromiso es con el amor y la sexualidad, este será sellado con el ritual del fuego...

Nos dispondremos a aprovechar este espacio... a gozar de él... fluir conmigo mismo mi corporeidad y junto con mi pareja...

Amor y sensualidad... sin pena... vergüenza... o miedo alguno...".



Quien esté de acuerdo con este pacto de amor encienda la vela poniendo en ella el SI, ME COMPROMETO y colóquela en la mesa...

Ahora nos dispondremos a bailar con libertad, reconozcamos el espacio, observemos el entorno, miremos a la gente, desplacémonos por todo el recinto, comience a relajar su cuerpo, reconózcalo, siéntalo, no deje de respirar profundamente... camine por donde quiera... escuche atentamente la música... déjese invadir por ella, que entre a través de todos sus sentidos... comience con movimientos lentos al ritmo de la música... este espacio es suyo... puede vivirlo y expresarlo como lo sienta y lo desee... (pausa de dos minutos).

Instrucciones II

(música más intensa y fuerte)



Ahora quiero que busquen y se encuentren con su pareja... mírenla fijamente... observen su cuello... evoque el pecho de su pareja... baje a su abdomen... recuerde la redondez de su ombligo... el calor de su piel... (pausa de un minuto). Siga bajando más... no deje de danzar... recuerde lo caliente de su vientre... lo voluptuoso de su sexo... no pare de danzar... (pausa de cuatro minutos).

**PERMITA QUE AFLOREN TODOS SUS SENTIMIENTOS
SENSUALES Y EROTICOS.**

Instrucciones III

(cambio a música lenta)

Deténgase lentamente... y acérquese poco a poco a su pareja... abrácela...sienta su cuerpo... surespiración... su olor... Recuerde que es la persona con la que eligió compartir su intimidad... su amor y su vida... No se suelten hasta que termine la música... aproveche para decirle a su pareja sin hablar cuánto la ama, la necesita y la desea... (en silencio), tómense de la mano y diríjase a tomar su vela y mírela fijamente.



Cierre

(nueva música)

Se dispone a los participantes en círculo y se procede a hablar de lo que sintieron y vivieron en el ritual.

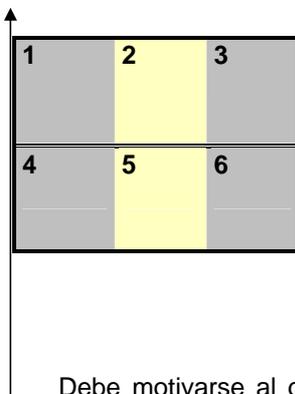
RECUERDE:

"Después de haber vivenciado y dialogado este ritual es probable que usted haya encontrado el compromiso de crear y recrear un espacio privado y personal para expresar toda nuestra dimensión sexual y humana.

Es así como la llama que observamos detenidamente, en sí misma contiene los tres elementos inherentes a cada ser como son la sensualidad - sexualidad, erotismo y amor. Los colores de la llama permiten percibir la intensidad de estos tres elementos que son imposibles de separar, como lo es separar de nosotros y de toda la actividad que hoy vivimos y sentimos, nuestra carga emocional, afectiva y erótica".

Duración: 40 minutos.

4. Dinámica: MI BANDERA PERSONAL: A cada participante se le hace entrega de una hoja de trabajo en donde se encuentra dibujada una bandera y colores.



Debe motivarse al grupo explicando la importancia de la bandera para un país o una institución y que explica algo sobre su historia misma. Se dan de 10 a 15 minutos para responder las preguntas dadas a continuación por medio de un dibujo, diseño o símbolo en el recuadro correspondiente en la bandera.

Preguntas:

- 1) ¿Cuál piensa que ha sido su máximo logro de su vida hasta ahora?
- 2) ¿Qué es lo que más le gusta de usted mismo?
- 3) ¿Cuál es su sueño y aspiración más alta?
- 4) ¿Qué le gustaría mejorar de usted mismo?
- 5) ¿Qué es lo que más valora en la vida?
- 6) ¿ Si muere hoy por qué le gustaría ser recordado?

Después de respondidas las preguntas las participantes deben conformar grupos máximo de cinco personas y entre ellos compartirán los dibujos y podrán hacer diferentes preguntas (10 minutos).

Finalmente, el grupo socializará la actividad teniendo en cuenta:

- ¿Cómo se sintió cada uno al contar a otros su historia y experiencias?
- ¿Habían pensado en esas cosas antes?
- ¿Qué aprendieron de sí mismos?
- ¿Descubrieron algo que desconocían?
- ¿A qué los lleva ese descubrimiento?

Duración: 30 minutos.

5. Las facilitadoras explican sobre el autoesquema (autoconcepto, autoimagen, autoeficacia y autoestima).

AUTOESQUEMA

A medida que nos desarrollamos como seres humanos, a través de las experiencias de aprendizaje, vamos construyendo una representación interna del mundo que nos rodea y también, ideas y conceptos sobre nosotros mismos

y la relación que establecemos con él. Las experiencias de contacto con diferentes persona y objetos del exterior, desarrollan una idea de cómo es el individuo en realidad. Los fracasos y los éxitos, los miedos e inseguridades, las sensaciones físicas, los placeres y disgustos, la manera de enfrentar los problemas, los castigos, etc.; todo confluye y se organiza en una imagen interna de lo que es cada individuo. Esta organización se conoce como el autoesquema que es el resultado de una historia previa, donde se ha ido gestando una idea o teoría sobre sí mismo.

Lo que el sujeto piensa y siente de sí mismo es aprendido y almacenado en forma de teorías que son los autoesquemas. Hay autoesquemas positivos y negativos. Los positivos llevan a una buena autoestima y seguridad, los negativos conducen al odio y temor. Si se tiene una visión negativa de sí mismo, no será capaz de expresarse afecto ni creará en sus habilidades y capacidades, conduciéndose a la autodestrucción.

En el autoesquema se entrelazan cuatro aspectos fundamentales que se fusionan en un todo indisoluble y conforman el núcleo principal de la autovaloración personal. Estos son:

- **Autoconcepto:** Se refiere a qué piensa el individuo de sí mismo.
- **Autoestima:** Qué tanto el individuo se quiere a sí mismo.
- **Autoimagen:** Que tanto se gusta el individuo a sí mismo.
- **Autoeficacia:** Qué tanta confianza se tiene el individuo a sí mismo.

Si uno de estos cuatro aspectos falla, el autoesquema también lo hará y se tornará inestable. Pese a que los autoesquemas negativos pueden destruirnos,

los humanos mostramos la tendencia a conservarlos y alimentarlos. Las personas depresivas, por ejemplo, muestran tendencia a confirmar lo malo. Si se consideran feas, descuidan su figura para corroborar así su fealdad; si piensan que son poco inteligentes fracasan en los exámenes; si se creen víctimas, juegan el papel de mártires o buscan el castigo; etc. Esta manera de confirmar la propicia autovaloración negativa, comportándose como si realmente fuera cierto, es muy común en nuestra sociedad. Hemos aprendido a hacerlo.

Como esté fundamentado el autoesquema influye, en este caso, en la percepción que tiene la mujer sobre sí misma y sobre su rol como tal. La persona que tiene un autoesquema positivo tendrá mayor facilidad para aceptar y adaptarse a los diferentes cambios de la vida, entre ellos el proceso de la menopausia.

¡LO MEJOR DE SER MUJER!

Cuando se llega a cierta etapa de la vida en la que el cuerpo sufre cambios físicos y orgánicos, algunas mujeres sienten que ya han cumplido con la familia, con los hijos, con su pareja y hasta consigo mismas. Si bien esto es verdad, y ya las actividades que se realizan no son las mismas que cuando se era más joven, sí se puede buscar la manera de hacer nuevas actividades que sean agradables y que permitan que la mujer se sienta nuevamente útil, trayendo esto satisfacciones personales.

Lo mejor que se puede hacer es buscar en cada una y en quienes la rodean recursos que la ayuden a estar bien como mujer. Un ejemplo de esto es: Tener más tiempo libre para cada una, reencontrarse con su pareja, poder mantener

relaciones sexuales sin temor a un embarazo y hacer todas aquellas cosas que cuando los hijos estaban pequeños no se podían realizar, (ir a un grupo de oración, visitar algunas amigas, ver televisión, dedicar mayor tiempo al cuidado y arreglo personal e incluso hacer deporte).

"La imagen que contemplamos en el espejo no es la única que hay, podemos vernos mejor de lo que somos".

Una forma de elevar la autoestima es por medio del arreglo personal, pues la imagen que se proyecta en el espejo es a su vez la que se refleja en los demás. En el cuerpo siempre van a existir partes que gustan y otras que no, sería más adecuado resaltar aquellas que consideren más agradables, para así cada una mantenerse y sentirse muy femenina, en una palabra **MUJER**.

Duración: 30 minutos.

7. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Papelógrafo.
- Marcadores.
- Copias de lectura: Aprendiendo a quererse a uno mismo.
- Hojas de block.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.
- Cinta scott.
- Colores.
- Copias. Mi bandera personal.

SESION No. 7

... ¡CÓMO LLEGAR A UNA MENOPAUSIA FELIZ!

Tercera parte: Familia, trabajo, tiempo libre y sociedad.

Objetivos:

1. Conocer concepciones y creencias en cuanto al papel de la mujer con relación a los diferentes factores psicosociales (familia, trabajo, tiempo libre y sociedad).
2. Modificar las concepciones y creencias encontradas en las participantes en cuanto al papel de la mujer con relación a los factores psicosociales.

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

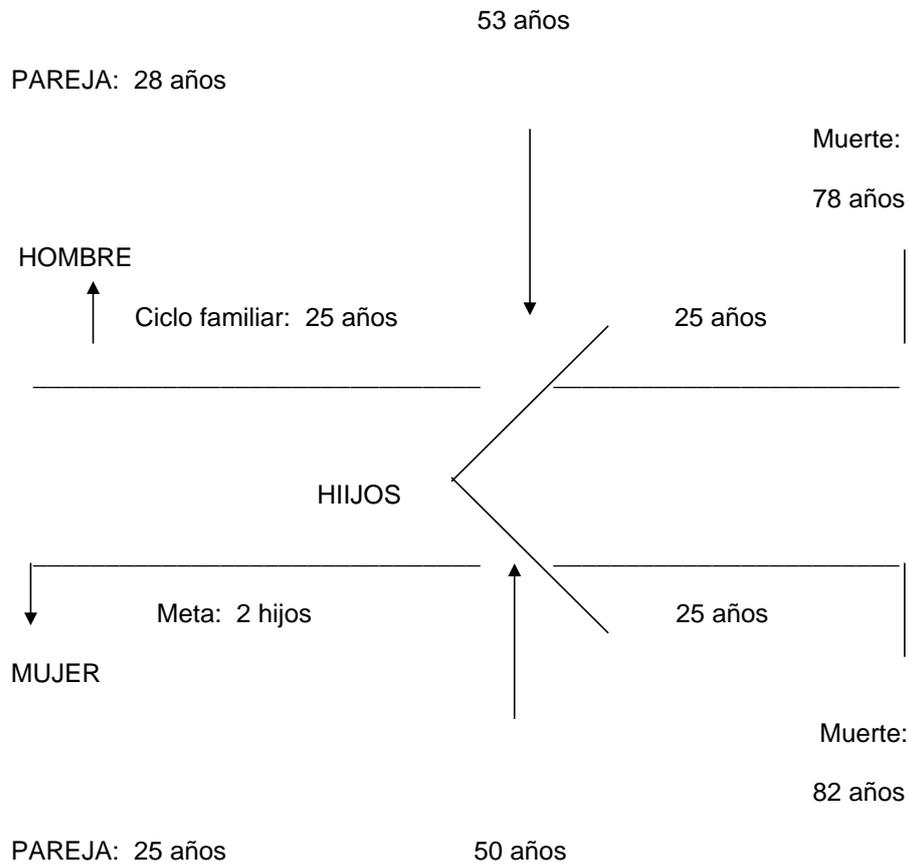
Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión No. 7.

Duración: 5 minutos.

3. Las facilitadoras explican sobre conceptos: familia, trabajo, sociedad y tiempo libre.

Por término medio la mujer decide vivir en pareja a los 25 años, y tiene hijos durante los primeros 7 años. Los hijos abandonan el hogar o permanecen en él con un grado de mayor autonomía a partir de los 25 años. Esto es, el momento en el que termina el ciclo familiar coincide con la llegada de la menopausia.



Ciclo familiar

La mujer se centra en esta edad, generalmente, en su familia; muchas veces las expectativas que ella tenía sobre sus hijos no se cumplen lo que genera el síndrome del nido vacío provocando sentimientos de inutilidad. Es necesario que la mujer tenga actividades que exijan compromiso para sentirse útil y con deseos de vivir.

En la menopausia, la pareja de la mujer, en la mayoría de los casos, ha alcanzado un grado muy alto en su escala profesional, por lo cual gran parte de

sus actividades está orientada hacia fuera; mientras que en la mujer cesa su papel de madre y centro del hogar y no hay otra actividad en la que se puede desempeñar.

Por otra parte, la mujer no ha podido dedicarse de lleno a la vida profesional y este punto de balance, se puede observar como una gran pérdida el haber estado más dedicada a las necesidades de otros. Es posible que ella desee incorporarse a la vida profesional, sintiendo que está desfasada y posiblemente encontrando la oposición de su familia para ello.

Las represiones a las que nos tiene acostumbradas nuestra sociedad, presentando las diferentes situaciones siempre como negativas (la menopausia es lo peor que le puede pasar a una mujer) y algunas veces no se reconoce que también tiene algo o mucho de positivo. En esto la sociedad nos ayuda a formar criterios de lo bueno o malo sobre la diversidad de situaciones por las que somos bombardeados por los medios de comunicación, que presentan su versión de la realidad.

No se puede hablar de pasos a seguir o recetas (primero esto, después aquello) para lograr la libertad, pues cada mujer interpreta la influencia de la sociedad y del medio ambiente de diferente manera y de acuerdo a su experiencia de vida, pero es de allí, **de cada mujer** en donde se encuentren los recursos que servirán para lograr la tan anhelada libertad y felicidad en una parte de la vida que no deja de ser difícil, como es la menopausia.

Muchas veces se cae en el error de creer que debemos pensar, sentir y querer lo que creemos que los demás suponen que debemos pensar, sentir

y querer para ser aceptadas como personas "normales" en la sociedad, olvidándonos de lo realmente importante: **YO**.

Para que no pase esto, se dan algunas instrucciones a continuación:

■ **No evadir la Realidad:**

Si la menopausia ha sido difícil de aceptar debemos reconocerlo, para poder afrontar nuestra realidad y así mismo buscar soluciones (médicas, sociales y psicológicas). No podemos seguir pensando en que la solución la tiene sólo el médico o la sociedad y lo único que puedo hacer es aceptar mi situación aunque esté inconforme con ella.

■ **Optar por la educación:**

El papel de la educación debe ser un papel liberador, donde se pongan en funcionamiento una serie de herramientas que activen el libre albedrío de la mujer como un mandato de Dios que quiere el bienestar y la felicidad a todo nivel. Mujeres que cumplen un papel de educadoras de sus hijos, familia y sociedad; pero que muchas veces olvida su propia educación en temas tan suyos como es la menopausia. El camino entonces será buscar espacios de expresión libres, que serán espacios de información, donde lo valioso no es tanto lo que se pueda aprender; sino la oportunidad para cambiar la concepción que tengo de mi realidad y comenzar a generar nuevas alternativas. Estos espacios pueden ser talleres, conferencias y reuniones impulsadas por los hospitales, etc.

■ **Motivación y Compromiso:**

Debemos saber y reconocer que yo y solo yo soy la responsable de mi vida y que mi compromiso conmigo misma será la luz que guiará mi motivación al camino de la felicidad y libertad. Mi participación activa en la sociedad, me llevarán a ubicar los recursos que puedo tomar de ella (instituciones, hospitales, centros de autoayuda personal, talleres, etc.) y descubrir los míos. Esto me ayudará a reconocermé y generar compromiso y motivación ante mi vida.

¡RECUERDE QUE...!

Nunca estaremos solas, aisladas de la realidad y de las circunstancias que nos rodean; entonces por qué no pensar en lograr una situación en donde desarrollemos nuestra libertad al lado de los demás en una constante interacción comunitaria que dignifique nuestro ser como mujeres y por ser así necesita de una realización del **YO MUJER**, pero no triste y solitaria; sino realizada en la perfecta comunión con el otro libremente.



Los roles sociales, en nuestro contexto, tienden a volverse rígidos. A la mujer, por ejemplo, se le exige belleza física con los parámetros de la juventud.

Tiempo libre:

Este es un concepto relativo y determinado por variables culturales características de los grupos sociales. La mujer en la edad media, suele tener mayor disponibilidad de tiempo libre y pueden aparecer diferentes sentimientos de injusticia, pesimismo, inutilidad, etc. Aún así, es una nueva oportunidad para dedicarse más a sí misma y sus necesidades, dependiendo de una historia previa de aprendizajes y experiencias.

Duración: 40 minutos.

4. Aplicación de los conceptos trabajados anteriormente, a través de la dinámica: ¿QUIÉN ES USTED?....

Este ejercicio tiene varias partes (usted, su familia, su trabajo, la otra persona, su estilo de vida, el significado de su vida).

Descríbase:

- ¿Qué clase de persona es usted?
- ¿Qué piensan los demás de usted?
- ¿Qué lo hace feliz?
- ¿Qué lo hace infeliz?
- ¿Qué es lo que más le decepciona de su vida en este momento?
- ¿Qué le preocupa?
- ¿Está satisfecho con su vida tal cual es?

Su familia:

- ¿Bajo qué principios familiares se formó?
- ¿Los aceptó o se rebeló?

- ¿Qué sentimientos tiene cuando recuerda su hogar?
- Hogar actual.

Su Trabajo:

- ¿Qué aprendió de él?
- ¿Cuál fue su primer éxito?
- ¿Qué significado tiene el trabajo para usted?
- ¿Cuáles son sus planes a corto, mediano y largo plazo en su trabajo?
- ¿Está feliz con su trabajo?

Su vida amorosa:

- ¿Qué significado tiene su relación de pareja?
- ¿Está satisfecho con su relación?
- ¿Considera que le falta algo?

¿Cuál es el significado de su vida?

Duración: 20 minutos.

5. Se entrega y explica el registro de tiempo libre.

Como se dijo anteriormente el manejo del tiempo libre depende de la historia previa de cada persona, por ello es necesario aprender a organizar nuestro tiempo de tal manera que nos permita desarrollarnos como seres integrales.

AREA	ACTIV	LUNE	MART	MIER.	JUEV.	VIER.	SAB.	DOM.	TOTAL
		S	.	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
		HORA	HORA						

Duración: 20 minutos.

6. Las participantes sacan sus propias conclusiones, con ayuda de las facilitadoras, y concepciones sobre los diferentes conceptos: familia, sociedad, trabajo y tiempo libre y el papel de la mujer en éstos.

Duración: 20 minutos:

7. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias.

Duración: 10 minutos.

Recursos:

- Papelógrafo.
- Cinta scott.
- Marcadores.
- Hojas de block.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.

SESION No. 8

ACTIVIDADES PREVENTIVAS PARA VIVIR UNA MENOPAUSIA FELIZ

CIERRE DEL PROGRAMA

Objetivos:

1. Conocer los diferentes tipos de actividades preventivas para vivir la menopausia de una manera positiva.
2. Evaluar los diferentes aspectos del programa y el impacto que tuvo éste en las participantes.
3. Cerrar el programa "Mujer y Menopausia".

Desarrollo de la Sesión:

1. Saludo.

Duración: 5 minutos.

2. Dar a conocer los objetivos de la sesión no. 8.

Duración: 5 minutos.

3. Las facilitadoras explican sobre las diferentes actividades preventivas.

En la última década se han desencadenado diferentes polémicas sobre las ventajas e inconvenientes de la terapia de sustitución de hormonal (TSH) en los años de la menopausia y posteriores. La TSH además de aliviar algunos síntomas de la menopausia, también cumple una función profiláctica o preventiva de la osteoporosis. Sin embargo, debido a la existencia de indicios de que la TSH aumenta el riesgo del cáncer de útero, y la sospecha no verificada pero probable de que puede incrementar el riesgo de cáncer de mama, es necesario llevar a cabo este tratamiento con gran cuidado y según indicaciones médicas.

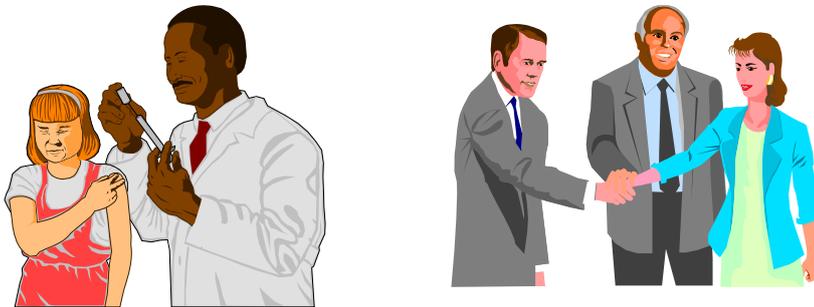
Los especialistas recomiendan que las aplicaciones de la TSH se hagan en dosis eficaces y reducidas y en un período de tiempo corto dentro de las

exigencias del tratamiento. Existen situaciones en las que no se debe prescribir la TSH, éstas son: a) existe una contraindicación formal y, b) cuando las mujeres, sin factores de riesgo, no desean medicalizarse a largo plazo.

Como ya lo hemos visto, la “sintomatología” menopáusica depende de cuatro puntos generales:

- Déficit hormonal secundario a la disminución de su producción ovárica.
- Factores socioculturales (ambiente).
- Factores psicológicos y carácter de cada mujer.
- Presencia o no de factores de riesgo y estado previo de los diferentes órganos sobre los que tiene repercusión la menopausia.

Los sofocos son la sintomatología más frecuente de la menopausia, la cual mejora con la aplicación de estrógenos y otras terapias hormonales.



La atención de la mujer, en cualquier etapa, debe hacerse integralmente por profesionales de la salud desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, incluyendo el concepto biopsicosociocultural.

El enfoque integral , incluye los siguientes aspectos;

1. Revisión conjunta con la mujer y su pareja si la tiene, de:

- Los conocimientos alrededor de la biología de los procesos que vive la mujer.
 - Actitudes personales y las percibidas de la cultura sobre cada proceso.
 - Revisión y análisis del grado de aceptación y efectos que procedentes del medio afectan la autoestima y las posibilidades del desarrollo en cada etapa.
2. Revisión del estilo de vida individual y sugerencias:
- Incluir el ejercicio ya que la vida sedentaria incrementa la pérdida de masa ósea, aumenta la obesidad y disminuye los niveles de HDL.
 - Disminuir o atenuar las condiciones dañinas: ingesta de alcohol, cigarrillo, excesos de grasa y azúcares.
3. Evaluación médica
4. Evaluación y control de los factores de riesgo:
- Estilos de vida.
 - Programa nutricional.
 - Actividad y ejercicio físico.
5. Mantener un adecuado control de las enfermedades que se padecen.
6. Realizar exámenes médicos básicos para conocer el estado de salud de la mujer.
7. Otros exámenes de solicitud especial (de acuerdo a la historia clínica personal).
8. Terapia no farmacológica:
- Atención nutricional.

- Actividad física.
 - Control de la exposición al sol.
9. Terapias multidisciplinarias: psicológica, familiar, recreativa, de relaciones sociales grupales.
10. En el caso de la mujer menopáusica, Terapias hormonales:
- La mujer debe recibir información amplia, en lenguajes al alcance de su entendimiento, sobre los riesgos y beneficios de las terapias.
 - Debe comprometerse con la decisión ya que el papel de los facilitadores se limita a contribuir con la información y selección de los factores de riesgo, para que la mujer tome su propia decisión.
 - Se necesitan profesionales permanentemente actualizados respecto al tema y dispuestos a responder a las inquietudes que presentan las mujeres, quienes cada vez están más actualizadas, por tener acceso a fuentes de información, como: periódicos, revistas, folletos de compañías farmacéuticas, sitios web e internet.
 - Identificar las necesidades personales y programar su seguimiento.

Duración: 30 minutos.

4. Evaluación final: Segunda aplicación de la prueba de actitudes.

Duración: 30 minutos.

5. Sondeo de opiniones a través de la dinámica: LA TELARAÑA: Las integrantes forman un círculo y la facilitadora se ubica en el centro de éste con un ovillo de lana; ella pronuncia el nombre de una participante y le expresa lo que ella aportó al programa, los logros obtenidos y los compromisos a asumir.

La participante nombrada recibe el ovillo de lana y debe buscar a otra persona para seguir con el procedimiento utilizado por la facilitadora. Esta actividad se realiza con todas las integrantes del grupo de tal manera que el ovillo de lana quede entrelazado.

Finalmente, la última persona que tiene el ovillo debe pasarlo a la participante anterior y expresar si sus expectativas se cumplieron, cómo se sintió al participar del taller y sus conclusiones. Se hace esto hasta que el ovillo quede desenvuelto totalmente.

Duración: 40 minutos.

6. Cierre de la sesión: Aportes y sugerencias. Agradecimiento a las participantes por su asistencia y colaboración. Se hace entrega de las memorias del taller.

Duración: 20 minutos.

Recursos:

- Papelógrafo.
- Cinta scott.
- Marcadores.
- Hojas de block.
- Copias evaluación del programa.
- Ayudas audiovisuales: Opacos y/o carteleras.
- Un ovillo de lana.

"Ser mujer va más allá de la función reproductiva.

**Ser mujer significa
vivir cada momento con plenitud y convencida de que todavía
queda mucho por hacer".**

ANEXO B.

PRUEBA DE ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA "MUJER Y MENOPAUSIA"

Nombre: _____

Fecha de aplicación: _____ Grupo: _____

Las siguientes frases describen diferentes actitudes y opiniones que tenemos casi todos los seres humanos frente a diversas situaciones. No existen contestaciones correctas o incorrectas porque cada persona tiene distintos puntos de vista. Conteste con sinceridad y sin detenerse a pensar demasiado en sus respuestas.

Cada afirmación tiene cinco opciones de respuesta, marque con una X el número de la opción que usted considere adecuada para cada frase.

OPCIONES DE RESPUESTA

- (1) TOTALMENTE EN DESACUERDO
- (2) EN DESACUERDO
- (3) INDIFERENTE
- (4) DE ACUERDO
- (5) TOTALMENTE DE ACUERDO

FRASES

1. LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS EXPERIMENTAN SUDORACION, SOFOCOS O ALTERACIONES EN EL SUEÑO.
 - () Totalmente en Desacuerdo
 - () En Desacuerdo
 - () Indiferente
 - () De Acuerdo
 - () Totalmente de Acuerdo
2. LAS MUJERES SUFREN CAMBIOS DRASTICOS CUANDO LLEGAN A LA MENOPAUSIA.
 - () Totalmente en Desacuerdo
 - () En Desacuerdo
 - () Indiferente
 - () De Acuerdo
 - () Totalmente de Acuerdo

3. LA MENOPAUSIA AFECTA NEGATIVAMENTE A TODAS LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
4. LA MENOPAUSIA GENERA INCOMODIDAD EN TODAS LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
5. DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS LA MUJER EXPERIMENTA CAMBIOS COMO LA SEQUEDAD VAGINAL Y DOLOR INTENSO AL TENER RELACIONES SEXUALES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
6. DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS LA MUJER TIENE UNA VIDA SEXUAL SATISFACTORIA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
7. LAS MUJERES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS EXPERIMENTAN CAMBIOS FISICOS QUE DIFICULTAN SU VIDA SEXUAL.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
8. LAS MUJERES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS NO PIERDEN SU FEMINIDAD.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
9. PARA LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS NO ES IMPORTANTE LLEVAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
10. LOS SOFOCOS SON SINTOMAS INCOMODOS DE LA MENOPAUSIA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo

11. LAS SUDORACIONES SON SINTOMAS MOLESTOS DE LA MENOPAUSIA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
12. LA OSTEOPOROSIS NO ES UNA ENFERMEDAD QUE ATACA A LAS MUJERES MENOPAUSICAS.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
13. LAS MUJERES MENORES DE 40 AÑOS DEBEN VISITAR AL GINECÓLOGO CON MENOR FRECUENCIA QUE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
14. LA MENOPAUSIA ES LA PERDIDA DE LA JUVENTUD EN LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
15. LA MUJER DEBE PREOCUPARSE POR SU EDAD Y POR LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ELLA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
16. AL LLEGAR A LA MENOPAUSIA LA MUJER SE VUELVE UNA PERSONA IRRITABLE Y MALGENIADA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
17. LAS MUJERES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS SE SIENTEN MAS IMPORTANTES O MAS UTILES QUE CUANDO ERAN JOVENES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
18. CUANDO LAS MUJERES LLEGAN A LOS 40 AÑOS CAMBIAN PERMANENTEMENTE DE ESTADOS DE ANIMO.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo

19. LA MUJER QUE LLEGA A LOS 40 AÑOS EMPIEZA A ENFRENTARSE A UNA VIDA COMPLICADA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
20. CUANDO UNA MUJER LLEGA A LOS 40 AÑOS DEJA DE SER ATRACTIVA Y DESEABLE PARA UN HOMBRE.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
21. LA MUJER DEBE TENER HIJOS DURANTE TODA SU VIDA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
22. LA MUJER QUE PUEDE TENER HIJOS ES CONSIDERADA UNA VERDADERA MUJER.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
23. DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS EL ACTO SEXUAL PARA LA MUJER SE TORNA INCOMODO Y DIFICIL.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
24. SI UNA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS YA NO PUEDE TENER HIJOS NO DEBE LLEVAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
25. LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS DEBEN REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS O EJERCICIOS.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
26. NO ES NECESARIO QUE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS VISITEN AL GINECOLOGO.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo

27. LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS NECESITAN LA COMPAÑÍA Y LA COMPRENSION DE SU PAREJA.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
28. LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS SUFREN CAMBIOS QUE DIFICULTAN SU VIDA PERSONAL.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
29. LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS SUFREN CAMBIOS QUE DIFICULTAN SU VIDA SOCIAL.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
30. LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS SUFREN CAMBIOS QUE DIFICULTAN SU VIDA AFECTIVA.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
31. LOS HIJOS SON EL MAYOR TESORO QUE PUEDE TENER UNA MUJER.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
32. LA MUJER ALCANZA LA FELICIDAD SI TIENE UN HOGAR CONFORMADO POR ESPOSO E HIJOS.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
33. LA ACTIVIDAD FISICA DEBE SER MAS INTENSA EN MUJERES JOVENES QUE EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo
34. LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS LLORAN CON MUCHA FACILIDAD.
- Totalmente en Desacuerdo
 - En Desacuerdo
 - Indiferente
 - De Acuerdo
 - Totalmente de Acuerdo

35. LA MENOPAUSIA HACE SENTIR INCOMODAS Y MOLESTAS A LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
36. LA MENOPAUSIA GENERA UN DESEQUILIBRIO BIOLOGICO EN LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
37. LA MENOPAUSIA VUELVE MAS SENSIBLES A LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
38. LA MENOPAUSIA GENERA TEMOR E INCERTIDUMBRE EN TODAS LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
39. TODAS LAS MUJERES DEBEN SOMETERSE A TERAPIAS HORMONALES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
40. LAS TERAPIAS HORMONALES PUEDEN GENERAR EFECTOS NEGATIVOS EN LAS MUJERES.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
41. LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS YA NO TIENE TIEMPO PARA RECREARSE O DIVERTIRSE.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo
42. LA VIDA SEXUAL PARA LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS YA NO ES SATISFACTORIA.
 Totalmente en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Indiferente
 De Acuerdo
 Totalmente de Acuerdo

PUNTAJE OBTENIDO: _____

ANEXO C.

PRUEBA PRESENTADA PARA LA VALIDACIÓN POR JUECES

PROGRAMA "MUJER Y MENOPAUSIA"

PRUEBA DE ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA.

La prueba presentada a continuación ha sido creada para medir las actitudes que presentan las mujeres frente al proceso de la menopausia.

Esta escala será aplicada a mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 40 años (pre - menopausia), como se aborda en el marco teórico, la menopausia es un proceso biológico, donde juegan un papel importante los factores psicosociales y una historia previa de aprendizaje en la manera como cada mujer percibe y enfrenta los procesos que en ella suceden.

La prueba de actitudes tiene como propósito medir las actitudes frente a la menopausia, antes y después, de la aplicación del programa de promoción de la salud "Mujer y Menopausia", creado también como parte del proyecto de Investigación.

Grupos de trabajo:

Grupo experimental: 20 mujeres.

2 mediciones:

Medición de actitudes antes y después de la aplicación del programa "Mujer y Menopausia"

Grupo Control: 20 mujeres.

2 mediciones:

Medición de actitudes, sin aplicación del programa de promoción de salud.

PROGRAMA
“MUJER Y MENOPAUSIA”

Nombre: _____

Las siguientes frases describen diferentes actitudes y opiniones que tenemos casi todos los seres humanos frente a diversas situaciones. No existen contestaciones correctas o incorrectas porque cada persona tiene distintos puntos de vista. Conteste con sinceridad y sin detenerse a pensar demasiado en sus respuestas.

Cada afirmación tiene cinco opciones de respuesta, marque con una X el número de la opción que usted considere adecuada para cada frase.

OPCIONES DE RESPUESTA

- (1) TOTALMENTE EN DESACUERDO
- (2) EN DESACUERDO
- (3) INDIFERENTE
- (4) DE ACUERDO
- (5) TOTALMENTE DE ACUERDO

INDICES

- INDICE DE PERTINENCIA: **(IP)** El ítem es importante para medir el atributo?.
SI EL ITEM ES PERTINENTE MARQUE 1; SINO LO ES, MARQUE 0
- INDICE DE RELEVANCIA: **(IR)** El ítem es necesario para medir el atributo?.
SI EL ITEM ES RELEVANTE MARQUE 1; SINO LO ES, MARQUE 0
- INDICE DE SUFICIENCIA: **(IS)** El ítem abarca el atributo medido?.
SI EL ITEM ES SUFICIENTE MARQUE 1; SINO LO ES, MARQUE 0

- INDICE DE REDACCIÓN: **(ID)** El ítem es entendido?

SI EL ITEM ESTA BIEN REDACTADO MARQUE 1; SINO LO ESTA, MARQUE

0

ITEMS	INDICES			
	IP	IR	IS	ID
1. NO DEBERIAN EXPERIMENTARSE LOS CAMBIOS (SUDORACION, SOFOCOS, ALTERACIONES EN EL SUEÑO) QUE PRESENTAN LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS.				
2. TODAS LAS MUJERES SUFREN CAMBIOS DRASTICOS CUANDO LLEGAN A LA MENOPAUSIA.				
3. LA MENOPAUSIA AFECTA NEGATIVAMENTE A TODAS LAS MUJERES.				
4. LA MENOPAUSIA GENERA INCOMODIDAD EN TODAS LAS MUJERES.				
5. DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS LA MUJER EXPERIMENTA CAMBIOS COMO LA SEQUEDAD VAGINAL Y DOLOR INTENSO AL TENER RELACIONES SEXUALES.				
6. DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS LA MUJER YA NO TIENE UNA VIDA SEXUAL SATISFACTORIA.				
7. LAS MUJERES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS EXPERIMENTAN CAMBIOS FISICOS QUE DIFICULTAN SU VIDA SEXUAL.				
8. LAS MUJERES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS EMPIEZAN A PERDER SU FEMINIDAD.				
9. PARA LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS NO ES IMPORTANTE LLEVAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.				
10. LA ACTIVIDAD FISICA O EJERCICIO DEBE SER MÁS INTENSA EN MUJERES JOVENES QUE EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.				
11. LAS DIETAS ALIMENTICIAS DEBEN SER REALIZADAS SOLO POR MUJERES MENORES DE 40 AÑOS.				
12. LOS SOFOCOS SON SINTOMAS INCOMODOS DE LA MENOPAUSIA.				
13. LAS SUDORACIONES SON SINTOMAS MOLESTOS DE LA MENOPAUSIA.				
14. LA OSTEOPOROSIS ES UNA ENFERMEDAD QUE ATACA A LAS MUJERES MENOPAUSICAS.				
15. LAS MUJERES MENORES DE 40 AÑOS DEBEN VISITAR AL GINECÓLOGO CON MAYOR FRECUENCIA QUE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.				

16.LA MENOPAUSIA ES LA PERDIDA DE LA JUVENTUD EN LAS MUJERES.				
17.SOLO EL HOMBRE DEBE TRABAJAR PARA MANTENER A SU ESPOSA E HIJOS.				
18.LA MUJER DEBE PREOCUPARSE EXAGERADAMENTE POR SU EDAD Y POR LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ELLA.				
19.AL LLEGAR A LA MENOPAUSIA LA MUJER SE VUELVE UNA PERSONA IRRITABLE Y MALGENIADA.				
20.LAS MUJERES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS SE SIENTEN MENOS IMPORTANTES O MENOS UTILES QUE CUANDO ERAN JOVENES.				
21.CUANDO LAS MUJERES LLEGAN A LOS 40 AÑOS CAMBIAN PERMANENTEMENTE DE ESTADOS DE ANIMO.				
22.LA MUJER QUE LLEGA A LOS 40 AÑOS EMPIEZA A ENFRENTARSE A UNA VIDA MAS COMPLICADA.				
23.LAS MADRES AFORTUNADAS SON LAS QUE VIVEN CON SUS HIJOS DURANTE TODA SU VIDA.				
24.CUANDO LOS HIJOS SE CASAN O SE VAN DEL HOGAR UNA MADRE SE QUEDA TRISTE Y SOLA.				
25.LA MUJER DEBE DEDICARSE EXCLUSIVAMENTE A LAS LABORES DE SU HOGAR				
26.LAS MUJERES QUE DEDICAN MAYOR TIEMPO A SU HOGAR SON MEJORES MADRES QUE AQUELLAS QUE SE DEDICAN A OTRAS LABORES.				
27.CUANDO UNA MUJER LLEGA A LOS 40 AÑOS DEJA DE SER ATRACTIVA Y DESEABLE PARA UN HOMBRE.				
28.LA MUJER DEBERIA TENER HIJOS DURANTE TODA SU VIDA, INCLUSO DESPUÉS DE LOS 40 O 50 AÑOS.				
29.LA MEJOR CUALIDAD DE UNA MUJER ES PODER SER MADRE.				
30.LA MUJER QUE PUEDE TENER HIJOS ES CONSIDERADA UNA VERDADERA MUJER.				
31.DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS EL ACTO SEXUAL PARA LA MUJER SE TORNA INCOMODO Y DIFICIL.				
32.SI UNA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS YA NO PUEDE TENER HIJOS NO DEBE LLEVAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.				
33.LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS YA NO DEBEN REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS O EJERCICIOS.				
34.NO ES NECESARIO QUE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS VISITEN AL GINECOLOGO.				
35.LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS NECESITAN EXCLUSIVAMENTE LA COMPAÑÍA Y LA COMPRESION DE SU PAREJA.				

36.LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS SUFREN CAMBIOS QUE DIFICULTAN SU VIDA PERSONAL.				
37.LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS SUFREN CAMBIOS QUE DIFICULTAN SU VIDA SOCIAL.				
38.LAS MUJERES AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS SUFREN CAMBIOS QUE DIFICULTAN SU VIDA AFECTIVA.				
39.LA MUJER AL LLEGAR A LOS 40 AÑOS DEBE ABANDONAR ACTIVIDADES LABORALES O ACTIVIDADES FUERA DE SU CASA.				
40.LA MAYOR FELICIDAD DE LA MUJER ES SU FAMILIA.				
41.LOS HIJOS SON EL MAYOR TESORO QUE PUEDE TENER UNA MUJER.				
42.LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS DEBE CUIDAR EXCLUSIVAMENTE A SUS HIJOS Y NIETOS.				
43.SI UNA MUJER TRABAJA FUERA DE SU CASA ESTA DESCUIDANDO EL BIENESTAR DE SU HOGAR.				
44.LA MUJER ALCANZA LA FELICIDAD SI TIENE UN HOGAR CONFORMADO POR ESPOSO E HIJOS.				
45.LAS DIETAS ALIMENTICIAS DEBEN SER REALIZADAS CON MAYOR FRECUENCIA POR MUJERES JOVENES QUE POR MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.				
46.LA ACTIVIDAD FISICA DEBE SER MAS INTENSA EN MUJERES JOVENES QUE EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.				
47.LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS LLORAN CON MUCHA FACILIDAD.				
48.LA MENOPAUSIA HACE SENTIR INCOMODAS Y MOLESTAS A LAS MUJERES.				
49.LA MENOPAUSIA GENERA UN DESEQUILIBRIO BIOLOGICO EN LAS MUJERES.				
50.LA MENOPAUSIA VUELVE MAS SENSIBLES A LAS MUJERES.				
51.LA MENOPAUSIA GENERA TEMOR E INCERTIDUMBRE EN TODAS LAS MUJERES.				
52.TODAS LAS MUJERES DEBEN SOMETERSE A RIGUROSAS TERAPIAS HORMONALES DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS.				
53.LAS TERAPIAS HORMONALES PUEDEN GENERAR EFECTOS NEGATIVOS EN LAS MUJERES.				
54.LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS YA NO TIENE TIEMPO PARA RECREARSE O DIVERTIRSE.				
55.LA VIDA SEXUAL PARA LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS YA NO ES SATISFACTORIA.				

EVALUACIÓN GLOBAL: El instrumento mide lo que busca medir?

SI _____ NO _____

SUGERENCIAS:

ANEXO D.

VALIDEZ DE LA PRUEBA DE ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA

Para este procedimiento, se realizó la validación por jueces, lo cual se hizo solicitando a cuatro personas, expertas en el área, que cumplan el papel de jueces y que evalúen si la prueba mide el atributo en forma clara. Se llevó a cabo una evaluación global y una evaluación por ítems, teniendo en cuenta cuatro aspectos: Pertinencia, relevancia, suficiencia y redacción (Anexo C).

La prueba presentada a los jueces estaba constituida por 55 ítems. Teniendo en cuenta las revisiones de cada uno en los diferentes índices la prueba final se redujo a 42 ítems, desechando aquellos que tenían porcentajes menores al 50%.

INDICES

INDICE DE PERTINENCIA: (IP) El ítem es importante para medir el atributo?.

si el ítem es pertinente marque 1; sino lo es, marque 0

INDICE DE RELEVANCIA: (IR) El ítem es necesario para medir el atributo?.

si el ítem es relevante marque 1; sino lo es, marque 0

INDICE DE SUFICIENCIA: (IS) El ítem abarca el atributo medido?.

si el ítem es suficiente marque 1; sino lo es, marque 0

INDICE DE REDACCIÓN: (ID) El ítem es entendido?

si el ítem esta bien redactado marque 1; sino lo está, marque 0

Los profesionales que colaboraron como jueces fueron: Dos psicólogos (Dra. Blanca Ritha Bernal y Dr. Fredy Hernán Villalobos) y dos médicos (Dr. Mauricio Caicedo, Fiscal Sociedad Colombiana de Menopausia y Dr. Edgar Burbano Martínez).

A continuación se relacionan los resultados de este proceso:

VALIDEZ POR JUECES PRUEBA DE ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA

Tabla 1. Índice de Pertinencia

Items	Porcentaje de Acuerdo
1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 27, 28, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55	100 %
3, 8, 10, 11, 13, 20, 30, 33, 41, 42, 53	75 %
15, 22, 34, 39, 44, 45	50 %
24, 25, 29, 40, 43	25 %
17, 23, 26	0 %

En la tabla anterior se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cuatro jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de Acuerdo entre el 75% y el 100%.

Tabla 2. Porcentaje de Acuerdos - Índice de Pertinencia.

Jueces	1	2	3	4	Promedio
Total de Acuerdos	45	40	45	40	42,5
Porcentajes	81,82 %	72,73 %	81,82 %	72,73 %	77,27 %

El porcentaje de acuerdos del Índice de Pertinencia es del 77, 27 %, es decir existe un promedio alto de porcentaje entre los jueces, en relación a la pertinencia de los ítems.

Tabla 3. Índice de Relevancia

Ítems	Porcentaje de Acuerdo
2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16, 19, 21, 27, 28, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55	100 %
1, 3, 8, 18, 20, 22, 34, 35, 41, 46	75 %
10, 11, 15, 24, 25, 30, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 52, 53	50 %
23, 26, 29	25 %
17	0 %

En la tabla 3, se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cuatro jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de Acuerdo entre el 50% y el 100%.

Tabla 4. Porcentaje de Acuerdos - Índice de Relevancia

Jueces	1	2	3	4	Promedio
Total de Acuerdos	46	31	44	48	42,25
Porcentajes	83,64 %	56,36 %	80,00 %	87,27 %	76,82 %

El porcentaje de acuerdos del Índice de Relevancia es del 76,82 %, es decir existe un promedio alto de porcentaje entre los jueces, con relación a la relevancia de los ítems.

Tabla 5. Índice de Suficiencia

Items	Porcentaje de Acuerdo
16, 18, 20, 21, 27, 31, 35, 36, 37, 38, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55	100 %
4, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 19, 22, 28, 32, 33, 34, 46, 54	67 %
1, 2, 3, 6, 8, 10, 14, 29, 30, 39, 41, 43, 44, 45, 47	33 %
11, 17, 23, 24, 25, 26, 40, 42	0 %

En la tabla 5, se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cuatro jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de Acuerdo entre el 33% y el 100%.

Tabla 6. Porcentaje de Acuerdos - Índice de Suficiencia.

Jueces	1	2	3	4	Promedio
Total de Acuerdos	27		30	39	32
Porcentajes	49,09 %		54,55 %	70,91 %	58,18 %

El porcentaje de acuerdos del Índice de Suficiencia es del 58, 18 %. El juez 2 se abstuvo de calificar este índice por ello el promedio de porcentajes se divide

en 3. Existe un promedio medio de porcentaje entre los jueces, con relación a la suficiencia de los ítems.

Tabla 7. Índice de Redacción

Ítems	Porcentaje de Acuerdo
16, 48, 49, 50, 51, 53, 55	100 %
4, 7, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 27, 31, 36, 37, 38, 43, 44, 46, 47, 52, 54	75 %
2, 3, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 17, 18, 25, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 40, 41	50 %
5, 11, 23, 24, 26, 33, 39, 42, 45	25 %
1,	0 %

En la tabla 7, se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cuatro jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de Acuerdo entre el 50% y el 100%.

Tabla 8. Porcentaje de Acuerdos - Índice de Redacción

Jueces	1	2	3	4	Promedio
Total de Acuerdos	26	51	13	42	33
Porcentajes	47,27 %	92,73 %	23,64 %	76,36 %	60,00 %

El porcentaje de acuerdos del Índice de Redacción es del 60 %, esto indica que el porcentaje de acuerdos entre los jueces es medio. Para aumentar este

resultado fue necesario cambiar el sentido a algunas preguntas que los jueces consideraron mal formuladas.

Tabla 9. Índice de Acuerdos por ítem

Jueces	1	2	3	4	Promedio
Total de Acuerdos por Items/Prueba	144	122	132	170	142
Porcentajes	65,45 %	73,94 %	60,00 %	77,27 %	69,17 %

El índice general de acuerdos por cada ítem es del 69,17 %, esto indica que los ítems en su mayoría son adecuados para medir el atributo deseado.

Tabla 10. Porcentajes de Acuerdos por Índices

INDICE	1	2	3	4	PROMEDIO
PERTINENCIA	81,82	72,73	81,82	72,73	77,27
RELEVANCIA	83,64	56,36	80,00	87,27	76,82
SUFICIENCIA	49,09	-	54,55	70,91	58,18
REDACCION	47,27	92,73	23,64	76,36	60,00
	65,45	73,94	60,00	76,82	68,07

El resultado general de acuerdos por índices es del 68,07%, de esta manera se indica que la prueba creada tiene una validez por jueces del 68,07 %, de acuerdo a los índices establecidos.

ANEXO E.

CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA DE ACTITUDES FRENTE A LA MENOPAUSIA

Coeficiente de Confiabilidad por Mitades (PAR - IMPAR). Para obtener la confiabilidad de la prueba se utilizó el método de confiabilidad por mitades, que determina la correlación de dos grupos (pares e impares).

Se aplicaron 30 instrumentos a los sujetos de este estudio. Esta cifra se eligió por ser un valor constante y suficiente para validar (prueba piloto) el instrumento analizado.

Coeficiente de Correlación de Pearson (producto - momento)

$r = 0.735$

El coeficiente de correlación obtenido de la prueba es 0.735, por lo tanto se manifiesta una correlación alta, lo que indica que la prueba es confiable.