

**EFFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA DURANTE LA ETAPA DEL CLIMATERIO EN UNA MUESTRA DE
USUARIAS DE SERVIR S.A.**

SANDRA LILIANA LEÓN CARVAJAL



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

2008

**EFFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA DURANTE LA ETAPA DEL CLIMATERIO EN UNA MUESTRA DE
USUARIAS DE SERVIR S.A.**

SANDRA LILIANA LEÓN CARVAJAL

Trabajo de Grado:

En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar al título de Psicóloga

Directora:

Dra. Diana María Agudelo Vélez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

FLORIDABLANCA, _____

Dedicatoria

*A Dios por iluminar cada paso que doy,
por ayudarme a cumplir uno de mis mayores sueños,
por mostrarme cual era el mejor camino a seguir
y darme la fortaleza que cada día a día necesite
para culminar con este proyecto.*

*A mi mamá por su apoyo incondicional,
por la confianza que deposito en mí,
por su amor incondicional, su paciencia y sus consejos.*

*A mis abuelitos y a mi tía que me dieron la fuerza
para llegar al final.*

*A mi hermanita Ivonne que confió en mí desde el primer momento,
por estar junto a mí, por contagiarme de su alegría y cariño.*

*A mi novío, por su paciencia, por ayudarme a levantar cuando más
lo necesite, por su compañía a pesar de la distancia, por sus
palabras que hicieron más fácil los momentos difíciles y por hacerme
una mejor persona.*

*A mi asesora Diana Agudelo, por brindarme sus conocimientos,
por depositar en mí esa confianza y por su entrega.*

AGRADECIMIENTOS

A la doctora DÍana Agudelo, por abrirme las puertas y por la oportunidad que me brindó desde el comienzo, por su paciencia y dedicación, por enseñarme a ser una mejor persona e indudablemente una mejor profesional.

A la Jefe María Stella Campos Aldana, coordinadora de Promoción y Prevención, por depositar en mí la confianza, por su apoyo para culminar esta meta.

A la Jefe Luz Carime Martínez, Lina María Hernández y Mireya... Enfermeras Jefes de las distintas EPS, que me dieron la oportunidad de explotar mis conocimientos y habilidades como profesional y me permitieron el acercamiento a la población.

A quienes participaron de este proyecto porque sin ellas no hubiera sido posible este logro, por su dedicación y lo más importante su tiempo mis más sinceros agradecimientos.

A las personas que estuvieron junto a mí y me apoyaron durante esta etapa de mi vida. A la universidad por su formación académica y humana que me brindó a lo largo de estos años de vida universitaria.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	10
1. INTRODUCCIÓN	12
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. HIPOTESIS	16
5. OBJETIVOS	17
5.1. Objetivo General	17
5.2. Objetivos Específicos	17
6. REFERENTE CONCEPTUAL	17
6.1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	17
6.1.1. Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud	20
6.2. CLIMATERIO	22
6.3. CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DEL CLIMATERIO	26
6.4. APECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO	33
6.4.1. CLIMATERIO Y DEPRESIÓN	35
6.4.2. CLIMATERIO Y ANSIEDAD	39
6.4.3. CLIMATERIO Y SEXUALIDAD	43
6.4.4. CLIMATERIO E IRRITABILIDAD	48
7. MÉTODO	52
7.1 Tipo de Investigación	52
7.2 Diseño	52
7.3 Participantes	52

7.4 Muestra	52
7.5 Lugar	52
7.6 Instrumentos	52
7.7 Procedimiento	54
8. RESULTADOS	55
9. DISCUSIÓN	61
10. CONCLUSIONES	70
11. RECOMENDACIONES	71
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
13. ANEXOS	79

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos y comparación de medias entre grupo experimental y grupo control en el pretest en las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo.

Tabla 2. Estadísticos Descriptivos y comparación de medias entre grupo experimental pretest y grupo experimental posttest en las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo.

Tabla 3. Estadísticos Descriptivos y comparación de medias entre grupo experimental posttest y grupo control en las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de Intervención en Mujeres en Etapa de Climaterio.

Anexo 2. Cuadernillo de Aplicación de Pruebas.

EFFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA ETAPA DEL CLIMATERIO EN UNA MUESTRA DE USUARIAS DE SERVIR S.A.

RESUMEN

El climaterio representa el periodo desde la disminución hasta la pérdida total del rol estrogénico ovárico, esta etapa comprende aproximadamente de los 40 a los 60 años de edad, se caracteriza por un periodo de múltiples cambios como los roles personales, biológicos, psicológicos y sociales de la mujer. Con esta investigación se pretendió evaluar el efecto de la implementación de un protocolo de intervención psicológica durante la etapa del climaterio en 18 mujeres. Se trata de un estudio longitudinal, con un diseño cuasiexperimental con medida pretest postest y grupo control, a quienes se les aplicó una batería de instrumentos compuesta por el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de ansiedad Rasgo-Estado, el Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina y el Inventario de Ira Estado-Rasgo. Entre los resultados más importantes se encontró que: 1). las mujeres pertenecientes al grupo control experimentaron mayores niveles de depresión (22,4%). 2). Las mujeres con mayor puntuación en la escala de ansiedad estado fueron las del grupo experimental en el pretest (22,3%), mientras que en la escala de ansiedad rasgo las puntuaciones fueron iguales para los dos grupos (16,8%). 3). Para el Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina la mayor puntuación la obtuvo el grupo control (16,8%). 4). En cuanto a la ira, la subescala con mayor puntuación fue la expresión física con una puntuación del (100%) para el grupo control y el grupo experimental en el pretest. 5). Otra de las subescalas con mayor puntuación fue sentimiento de ira (94,4%) en el grupo experimental postest. De acuerdo con lo anterior se puede concluir que las mujeres del grupo control obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres que recibieron el protocolo, mostrando por lo tanto, mayores características de ansiedad, depresión e ira. Mientras que en el grupo experimental postest se observó que los altos puntajes en la mayoría de las escalas disminuyó después de recibir la intervención.

Palabras clave: Climaterio, Protocolo de Intervención, Depresión, Ansiedad, Satisfacción Sexual, Irritabilidad.

EFFECTS OF THE IMPLEMENTATION OF A PROTOCOL OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION DURING THE STAGE OF THE CLIMATERIC IN USUARIAS'S SAMPLE OF SERVIR S.A.

ABSTRACT

The climateric represents the period from the decrease up to the total loss of the role Ovaryc Oestrogenic, this stage understands approximately from 40 to 60 years of age, it is characterized by a period of multiple changes in the personal, biological, psychological and social roles of the woman. With this investigation, one tried to evaluate the effect of the implementation of a protocol of psychological intervention during the stage of the climaterio in 18 women. It is a question of a longitudinal study, with a quasiexperimental design with measure pretest posttest and group control, to whom the Questionnaire applied a battery of instruments composed by the Inventory of Beck's depression, the Inventory of anxiety, Index of Sexual Feminine Function and Anger Inventory.

Among the most important results there was that: 1). The women belonging to the score control experienced major levels of depression (22,4 %). 2). The women with major punctuation in the scale of anxiety been went (were) those of the experimental group in the pretest (22,3 %), whereas in the scale of anxiety, tearing the score was equal for both groups (16,8 %). 3). For the Questionnaire Index of Sexual Feminine Function the major score it obtained the group control (16,8 %). 4). As for the ire, the subscale with major score was the physical expression with a punctuation of (100 %) for the group control and the experimental group in the pretest. 5). Other one of the subscales with major score was a feeling ire (94,4 %) in the experimental group posttest. In agreement with the previous thing it is possible to conclude that the women to the group control obtained major score that the women who received the protocol, showing therefore, major characteristics of anxiety, depression and anger. Whereas in the experimental group posttest observed that the high scores in the majority of the scales it diminished after receiving the intervention.

Key words: Climateric, Protocol of Intervention, Depression, Anxiety, Sexual Satisfaction, Irritability

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida todas las mujeres van experimentando diversos cambios biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo. Entre ellos se encuentra el periodo del climaterio, proceso que constituye una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica que conlleva a la pérdida de la capacidad reproductiva y a un sinnúmero de cambios en las esferas personal, familiar, social y laboral. En este sentido, el progresivo aumento de la esperanza de vida ha motivado un creciente interés en todo el mundo sobre los aspectos relacionados con la calidad de vida, dentro de los cuales la prevención y la atención del climaterio desempeñan un papel de gran importancia. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emprendido en las últimas décadas campañas en favor de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para reducir los riesgos en esta etapa de la vida y de igual forma mejorar las condiciones de vida en la población femenina (Vélez, López, Triana, Idarraga, y Giraldo, 2008). Estas estrategias se dirigen a la realización de diferentes actividades en el ámbito médico y físico, que hacen que las mujeres mayores sean más saludables y proporcionen una mejora en la percepción de su salud, debido a los beneficios que dichas actividades ofrecen.

En la actualidad todavía existen muchos aspectos que se consideran tabúes relacionados con el climaterio y su signo más significativo la menopausia, generalmente las mujeres en etapa de climaterio presentan diferentes sentimientos en los que se mezclan en algunos casos la ansiedad, el temor por la nueva etapa a vivir y por otro lado la tranquilidad de haber cumplido todas las metas propuestas. Autores como Hidalgo (2005), mencionan que hoy en día el climaterio se trabaja desde una perspectiva multidisciplinar, con la finalidad de orientar y educar a la mujer en sus cuidados diarios satisfaciendo sus necesidades bio-psico-sociales, facilitándole el alivio de los signos y síntomas que aparecen en esta etapa, así como para prevenir o mejorar los problemas que se presentan en este periodo.

Es por esto que la presente investigación está direccionada por la pregunta ¿La Implementación de un Protocolo de Intervención Psicológica durante la etapa de climaterio en las mujeres tendrá efectos diferenciados con respecto a aquellas que no reciben el programa?, para esto se seleccionó un grupo de mujeres en etapa de climaterio que aceptaran voluntariamente participar de la investigación, para comprobar por medio de la aplicación de una batería de instrumentos: el estado de depresión, de ansiedad, el índice de satisfacción sexual y la ira;

posteriormente se realizó la implementación de un protocolo de intervención psicológica durante 13 sesiones y finalmente se aplicó nuevamente la batería de pruebas para evaluar el efecto de la implementación de dicho protocolo.

Consecutivamente se presentan los resultados teniendo en cuenta la prevalencia y correlación de los niveles de depresión, ansiedad, índice de satisfacción sexual e irritabilidad, datos que son analizados en la discusión a partir de la teoría con los hallazgos de otros autores. Finalmente se realizan algunas conclusiones y recomendaciones frente a estudios posteriores en la línea de favorecer la importancia de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en periodos tan importantes como lo es el climaterio.

2. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha observado un interés creciente en la atención a la salud por el conocimiento de los factores fisiológicos, psicológicos y culturales en las mujeres que se encuentran en el proceso hormonal denominado *climaterio*. Este proceso se ha tratado de vincular con los problemas de la salud humana y los factores derivados del comportamiento individual en cuanto a prevención, promoción y mantenimiento de la salud; de esta manera, han surgido diversas instituciones que se constituyen como un espacio favorable para las investigaciones en el área de la psicología de la salud, sus aplicaciones, la concepción biopsicosocial de la persona y su estado de salud (Schneider, 1992).

En el marco de la atención integral de la mujer en menopausia deben tenerse en cuenta diversas estrategias que de una u otra forma contribuyan a conservar o ayuden a restablecer su salud, sin embargo, esta fase de la vida se ha visto como un evento ligado a molestias, dificultades, se comienzan a generar temores frente a esta nueva situación y un sin número de preguntas como: ¿Qué será de mí cuando me encuentre en esa situación?, ¿Qué clase de cambios y molestias me esperan?, ¿Con qué rapidez se manifestará en mí?. Esto ha llevado a que muchas mujeres hayan terminado por aceptar este hecho, como el fin de todas las oportunidades personales y sociales (Monterrosa, 2005).

Todo esto, lleva a que se desarrollen sentimientos de tensión, preocupación, insatisfacción, infelicidad que resultan como los verdaderos síntomas que lleva consigo la menopausia. Un estudio realizado por Jeuregui y Martínez (1998, citados por Jiménez, 2004) en la Salud de Mujeres en Austria cuyo objetivo era analizar los síntomas físicos experimentados por la edad media en la etapa de la menopausia, determinó que los síntomas más comunes son los dolores de cabeza, dolor lumbar, coyunturas rígidas, cansancio, y la dificultad para dormir; la sudoración y los sofocos de calor fueron más comunes entre mujeres postmenopáusicas.

La atención en salud reproductiva tiene como componente esencial el desarrollo de estrategias preventivas para los problemas de salud relacionados con las actividades de reproducción humana y sexualidad. Sin embargo, en la etapa de transición del climaterio es de gran importancia para que la mujer pueda realizar un *stop* sobre sus hábitos, estilos de vida, enfermedades e identifique sus factores de riesgo, con el fin de proyectar y planear un mejor estilo de vida en la etapa en la que se encuentra y posteriormente para su adultez mayor

(Monterrosa, 2005). Este objetivo se logra en la medida en que la mujer pueda ir aceptando los cambios que está experimentando y que los profesionales de la salud puedan desarrollar habilidades de diagnóstico y tratamiento de manera que las mujeres asimilen este proceso como algo natural y no como algo unido a preocupaciones y dificultades.

La Universidad de Melbourne, Australia realizó un estudio en donde medía la relación entre el estado de transición menopáusica, los niveles hormonales y otras variables demográficas, en el año 2003, dicho estudio indicó que las mujeres participantes pudieron autoevaluar su progreso dentro de la transición menopáusica cómo la presencia de síntomas climatéricos se constituyó en el principal criterio para que se consideraran en premenopausia. Esto se logra en la medida en que las mujeres asimilen la “*menopausia*” de una forma positiva y se pueda favorecer la salud de sí misma y se verifique con facilidad la adaptación familiar.

Se ha descrito el climaterio como una etapa que se puede hacer rica en vivencias y experiencias, si la mujer adquiere conocimiento y dominio de los cambios que experimenta (Monterrosa, 2005), por esto, hay que ofrecerle a las mujeres en esta etapa de sus vidas todas las herramientas e información que se necesite con el fin de que pueda lograr y manejar todo lo que conduce a esta nueva fase.

Esta es una etapa que en el contexto emocional surge como una crisis, en la medida en que los recursos que se han empleado en etapas previas no bastan para afrontar y resolver las características de los eventos que se presentan, tales como jubilación, muerte de personas cercanas, salida de los hijos de la casa paterna o imposibilidad productiva, reencuentro con la vida de pareja, etc. De igual manera es una etapa que brinda la oportunidad de encontrar nuevas posibilidades, conservando aquello que resulta funcional, ajustando lo que no se adapta a esta nueva etapa y construyendo nuevos caminos acordes a las necesidades que ahora se plantea cada individuo.

Teniendo en cuenta los cambios que se presentan durante este periodo se observa la importancia de trabajar con estas mujeres ya que es de gran importancia un programa educativo orientado hacia la preparación de esta nueva etapa de sus vidas, el cual debe incluir los cambios tanto físicos como emocionales, cambios de la sexualidad, y elecciones de estilos de vida saludables, con el fin de que la mujer esté preparada para los cambios que se van a presentar.

Debido a esto, la menopausia es un tema incompleto en la atención a la salud de la mujer puesto que se observa como una fase complicada, es por esto que es necesario que las políticas orientadas a la salud tengan un abordaje más amplio en cuanto a síntomas y tratamientos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El climaterio representa uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer ya que es un hecho biológico y natural, sin embargo la privación estrogénica se asocia a signos y síntomas secundarios que se presentan en porcentajes elevados de la población femenina y que en algunos casos alteran su bienestar, presentando oleadas de calor, sudoración, trastornos del sueño, inestabilidad emocional, sequedad de piel, mucosas y genitales como resultado de la atrofia de los epitelios. Estos síntomas generan en algunas mujeres disminución de la autoestima y dificultades en la relación consigo mismo, con su pareja, la familia y su entorno social. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la depresión, la ansiedad, el índice de satisfacción sexual y la ira.

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea como pregunta de investigación: ¿La Implementación de un Protocolo de Intervención Psicológica durante la etapa de climaterio en las mujeres tendrá efectos diferenciados en las variables de ansiedad, depresión, satisfacción sexual e ira con respecto a aquellas que no reciben el programa?

4. HIPOTESIS

H.1 El Protocolo de intervención psicológica disminuirá los síntomas depresivos en las mujeres del grupo experimental.

H.0 El Protocolo de intervención psicológica no disminuirá los síntomas depresivos en las mujeres del grupo experimental.

H.2 El Protocolo de intervención psicológica disminuirá los niveles de ansiedad en las mujeres del grupo experimental.

H.0 El Protocolo de intervención psicológica no disminuirá los niveles de ansiedad en las mujeres del grupo experimental.

H.3 El Protocolo de intervención psicológica disminuirá la irritabilidad en las mujeres del grupo experimental.

H.0 El Protocolo de intervención psicológica no disminuirá la irritabilidad en las mujeres del grupo experimental.

H.4 El Protocolo de intervención psicológica aumentará el índice de satisfacción sexual en las mujeres del grupo experimental.

H.0 El Protocolo de intervención psicológica no aumentará el índice de satisfacción sexual en las mujeres del grupo experimental.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de la implementación del protocolo de intervención psicológica en un grupo de mujeres en la etapa del climaterio, usuarias de Servir S.A.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Diseñar un protocolo de intervención psicológica para un grupo de mujeres durante la etapa de climaterio.

Implementar el protocolo de intervención psicológica para mujeres durante la etapa de climaterio.

Evaluar el efecto del protocolo de intervención.

Comparar los resultados de la implementación del programa de intervención psicológica para un grupo de mujeres en la etapa del climaterio frente a un grupo de mujeres en la misma etapa que no participan del programa.

6. REFERENTE CONCEPTUAL

6.1 Psicología de la Salud

Una de las características más importantes de la psicología contemporánea viene dada por el hecho de ser una disciplina de aplicación social, por esto en los últimos años su interés se ha desplazado hacia diferentes vertientes. Desde esta perspectiva, una de las vertientes de aplicación de los conocimientos psicológicos que más auge está adquiriendo en los últimos tiempos, lo constituye el ámbito de la *salud*, debido a que los factores psicosociales y de comportamiento han ido generando protagonismo en la etiología y patogénesis de diferentes enfermedades físicas, en

el tratamiento de la enfermedad y en la promoción de estilos de vida saludables (Bakal, 1996). La Psicología de la salud constituye una disciplina aplicada que se nutre de una amplia gama de teorías y métodos, comprometida con los problemas del campo de la salud y el conocimiento del ser humano. Es así como la salud cobra un alto nivel de importancia en todas sus dimensiones, lo que permite establecer estrategias de modificación de conducta para resolver los diversos problemas de salud. La enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos, donde se encuentra que las emociones, los pensamientos, las conductas, los estilos de vida y el estrés junto con la existencia de factores sociales, influencias culturales, relaciones familiares, entre otros, interactúan para dar lugar a la enfermedad (Muñoz, 2005).

A mediados de los años setenta nace la psicología de la salud con el objetivo de dar respuestas y alternativas a inquietudes específicas del área de la salud, entre la promoción, el mantenimiento, la prevención, el tratamiento y los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad. Para Brannon y Feist (2000, citados por Trull, 2003) son numerosos los aspectos que intervienen en este campo, la identificación de factores de riesgo, el mejoramiento del sistema de atención de la salud y el moldeamiento de la opinión pública hacen que la esencia psicológica sea de gran importancia para la concepción de la *salud – enfermedad*, debido a las acciones que el ser humano realiza y de igual forma los estilos de vida que favorecen la aproximación de la persona a una salud óptima desarrollando estrategias, evaluación y tratamiento ante las distintas problemáticas que se presentan. De esta manera se han logrado desarrollos notables en la comprensión de la salud y la enfermedad, el impacto del estrés, el desarrollo de instrumentos para la medición de variables biopsicosociales, la adherencia terapéutica, el desarrollo de programas de intervención y el tratamiento psicoterapéutico, entre otros (Oblitas, 2004).

La psicología, más que cualquier ciencia natural, es una disciplina en permanente cambio. De esta manera la aparición de un nuevo paradigma en el que se integran las variables psicológicas, constituyen un espacio adecuado para que los psicólogos se aproximen al campo de la salud y asuman un papel muy importante en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Según Matarrazo (1980, citado por Oblitas, 2004), la psicología de la salud es una serie de aportes a nivel profesional, científico y educativo de la psicología, para la promoción de la salud, el tratamiento de la enfermedad, el progreso en

sistemas sanitarios y el planteamiento de nuevas políticas de salud, posicionando al psicólogo en la ejecución de nuevos roles. Así surge la importancia del concepto integral de salud, en los ámbitos *biológico, social y cultural*, que permiten abordar las necesidades y problemas de la salud en los individuos, familias o comunidades, con el objetivo de mantenerla o prevenirla.

Si se entiende la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad nace la necesidad de unir dentro de las ciencias de la salud los componentes psicológico, físico y emocional que faciliten la comprensión de los cambios que se originan en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad, que promueva el desarrollo de los estilos de vida saludables y mejore la calidad de vida de los individuos. De esta manera la psicología de la salud, estudia los factores cognitivos, comportamentales y emocionales asociados a la salud y a la enfermedad física de los seres humanos, integrando las diferentes disciplinas psicológicas y ayudando en el diseño y la aplicación de programas de intervención para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con el objetivo de comprender las diferentes respuestas de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad promoviendo una buena calidad de vida en el enfermo.

El reconocimiento de los factores psicológicos y sociales que influyen en las enfermedades y la salud es la base de una perspectiva influyente conocida como un modelo *biopsicosocial*, este modelo puede observarse como una integración de la perspectiva psicosocial y sociocultural que determina las actitudes y los comportamientos o estilos de vida que se han vinculado con la salud (Trull, 2003). Teniendo en cuenta que la salud es uno de los aspectos más importantes en la vida de los seres humanos ya que permite al hombre actuar como ser funcional para el mismo y para la sociedad, son muy pocas las personas que actúan con el fin de mantener una estabilidad tanto física como emocional. Sin embargo, los estilos de vida son los que marcan la salud y la sensación de bienestar, puesto que la salud ha llegado a asociarse con el bienestar positivo en lugar de tan sólo con la ausencia de enfermedad. Para Trull (2003), las variables cognitivas pueden influir en las decisiones acerca de adoptar comportamientos saludables o malsanos ya que estos tienen un gran impacto en la salud.

De acuerdo con lo anterior al incorporarse en el campo de la salud, el psicólogo se relaciona con los procesos cognitivos y conductuales que maneja la persona con relación a la salud, el afrontamiento de enfermedades crónicas y adhesión a tratamientos, que se enmarcan de acuerdo

con las características de cada paciente. En este marco lo que caracteriza a la psicología de la salud es su atención hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del cambio de conducta en direcciones de mejora de la salud.

6.1.1 Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud

La psicología ha tenido un crecimiento acelerado ante las nuevas concepciones de la salud y la aparición de enfermedades que requieren distintas intervenciones en el campo clínico; por lo tanto, la salud debe ser entendida no sólo desde la enfermedad; es necesario enmarcar todos sus elementos integrando comportamientos, hábitos saludables y mejorando las condiciones de vida. De esta manera los esfuerzos se encaminan al estudio de la conducta salud-enfermedad en interacción con otras personas, diagnósticos e intervenciones y así mismo las relaciones entre el profesional de la salud y el paciente se desarrollan y se mantienen por las influencias sociales y culturales que se derivan de la familia y la sociedad. Con las nuevas estrategias en salud, la psicología se viene reorientando, desde el tradicional tratamiento y psicodiagnóstico, hacia la prevención en todos los órdenes de la conducta y de acuerdo con las exigencias de la sociedad (Restrepo, 1996).

Durante los últimos años el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en la estrategia de la atención primaria, que vino a cambiar el objetivo de la atención en salud, trasladando la prioridad a la Promoción de la salud y a la Prevención de la enfermedad (Redondo, 2004). Tradicionalmente la evaluación del estado de salud se ha basado en la medición de parámetros objetivos obtenidos de la clínica y de métodos complementarios de diagnóstico, cuantificables, pero no siempre relacionados con la experiencia subjetiva y personal de la paciente respecto a su propio estado (González, 2003).

Según la OMS, la promoción de la salud se ha convertido en un elemento común para las personas que aceptan la necesidad de un cambio en el modo de vida y en los hábitos con la finalidad de mejorar su estado de salud; en este sentido, la promoción de la salud comienza con la adopción de estilos de vida que puedan permitir, mantener y alcanzar un mejor estado de bienestar. De esta forma, una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de las actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

De esta forma, las actividades de promoción y prevención se emplean como herramienta para la educación de la salud, entendida como un proceso de facilitación de experiencias, de aprendizaje deseables, por medio de los cuales la gente se percató de los problemas de la salud y se interesa activamente en ella, como un proceso de crecimiento del individuo, mediante el cual modifica su comportamiento o sus actitudes como resultado de las nuevas experiencias que ha tenido (Flórez, 2005). Según Domench (2005), la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son medidas diferentes del tratamiento de una enfermedad ya establecida, que ayudan a los individuos y las comunidades a mantener y mejorar su salud, esto implica que son acciones e intervenciones integrales con el fin de disfrutar de una vida saludable promoviendo una vida más productiva.

Dentro del marco legal la promoción y el mantenimiento de la salud están dirigidos esencialmente a incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y de la comunidad, permitiendo un estado saludable, un desarrollo humano y pleno disfrute de la prolongación de la vida en condiciones de respeto y convivencia. Según el Ministerio de la Protección Social la Ley 100 de 1993 fue concebida como un sistema destinado a regular el servicio público esencial de salud y a crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención, que permitan garantizar a todas las personas sus derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social, bajo el imperio del Estado Social de Derecho y con fundamento en los principios de la dignidad humana, de solidaridad y de prevalencia del interés general, así mismo fomenta la importancia de los factores psicosociales y comportamentales en la atención del proceso salud- enfermedad. Desde principios de la década de los años setenta, el Ministerio de Salud Pública identifica y prioriza al grupo poblacional de la mujer y el niño con el más alto grado de atención; de esta manera con el modelo del Sistema de Salud se busca lograr la cobertura universal de la población con servicios de calidad. En este sentido, se ve la importancia de la iniciación de programas de prevención y promoción de la salud de la mujer, puesto que su condición es central en el desarrollo humano y de la sociedad, por lo tanto este concepto de prevención, plantea la necesidad de una visión holística visualizándose como un momento propicio para realizar medicina preventiva.

En Colombia, el Ministerio de Protección Social postula que la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y

social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Por lo tanto, un buen estado de salud sexual reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (González, 2003).

En el campo de la promoción y la prevención el papel del psicólogo juega un rol muy importante ya que se enfoca a la modificación de factores de comportamiento implicados en respuestas psicológicas y fisiológicas. Al estudiar el comportamiento unido al contexto de la salud y de la enfermedad resulta indispensable comprender las percepciones cambiantes de la salud y la enfermedad a lo largo de todo el ciclo vital.

De esta manera, a lo largo de la vida, toda mujer va experimentando diversos cambios tanto biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo, como la menstruación, embarazo, parto, y finalmente el periodo del climaterio, los cuales ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales necesarios, que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo.

6.2 Climaterio

A través del tiempo la lucha por la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres ha ampliado la visión de la sociedad respecto al abordaje de la salud, la sexualidad y la vida en general a lo largo de todo su ciclo vital (Lewis, 2003). El climaterio viene del griego “*climater*” que significa escalera, es el período de transición paulatina del estado fértil al no reproductor (Carbone, 1999). Esta etapa comprende aproximadamente de los cuarenta a los sesenta años de edad, caracterizada por ser un periodo de cambios drásticos en los roles sociales de la mujer, tales como el papel de madre, el atractivo o el valor laboral asignado, entre otros, que se combinan con la preocupación ocasionada por los síntomas del climaterio (Peyton, 2007). La OMS define el climaterio como el periodo previo a la menopausia, cuando comienzan a producirse cambios y reajustes metabólicos, en prácticamente todos los órganos y sistemas de la mujer.

Según Copeland (2002), el climaterio es la fase de transición desde el estadio reproductivo de la vida al estadio no reproductivo de las mujeres, caracterizado por cambios ocasionados por la disminución de las funciones ováricas de producción hormonal, manifestándose clínicamente durante los dos a cinco años que rodean la menopausia. Actualmente el climaterio ha adquirido una connotación particular, en el cual cada mujer experimenta una determinada sintomatología dependiendo del ámbito familiar, cultural y social en el que se encuentra.

De lo anterior se desprende la necesidad de considerar el impacto de la menopausia en la calidad de vida en la mujer de mediana edad para ajustar las intervenciones preventivas o terapéuticas a aquellos aspectos con mayor probabilidad de repercutir positivamente. En esta etapa de la vida se ven reflejados los hábitos, estilos de vida, cambios biológicos y sociales que se traducen en algunos casos en determinadas alteraciones de la salud, las que pueden requerir de atención especializada, así como también de comprensión, tolerancia familiar y social.

La menopausia es el principio de una serie de cambios físicos y psíquicos que ocurren en la mujer, como resultado de las modificaciones endocrinas, asociados a los cambios en su medio familiar y social, por lo cual se puede considerar que es una época donde se presentan una serie de cambios. Según Martín y Osborne (1993, citado por Jiménez, 2004) este periodo está dividido en *Premenopausia*, *Menopausia* y *Postmenopausia*.

La *Premenopausia* es la parte del climaterio anterior a la perimenopausia, este periodo comprende de los cuarenta cinco a cincuenta años de edad aproximadamente; en estos ciclos existen desequilibrios en la producción de estrógenos y progesterona, ya que los primeros días después de la regla suele haber más estrógenos, para reducirse en los días próximos a la ovulación. Se caracteriza por irregularidad menstrual, pero se conserva la capacidad ovular, dentro de esta fase se ubica la perimenopausia (Arnedo, 2001). La *Perimenopáusia* es el periodo más cercano a la menopausia, caracterizado por cambios somáticos y de humor. Su inicio es marcado por los bochornos y los cambios en el patrón del sangrado; hay disminución de la fertilidad, insomnio y funciones sexuales. Un 75% de mujeres experimentan los bochornos y pueden comenzar cuando el periodo menstrual aún es regular o están empezando a fluctuar y son uno de los primeros indicios de que la menopausia se avecina. Afectan el área de la cara, el cuello, el tronco o todo el cuerpo. Con respecto a las manifestaciones orgánicas en el estudio de Mckinlay y Jefferys (1974), con una muestra de 638 mujeres inglesas en el grupo de 45–54 años,

75% manifestaron sentir bochornos asociados temporalmente a la interrupción de la menstruación.

Teniendo en cuenta que las expectativas de vida han aumentado cada vez son más las mujeres que deben enfrentarse a distintos cambios de roles y pérdidas significativas como lo es la capacidad reproductiva al llegar a la etapa de la *Menopausia*; ésta corresponde a un proceso paulatino que ocurre porque los ovarios responden con menor eficacia al estímulo de la Hormona Luteinizante (HL) y la Hormona Folículo Estimulante (FSH) secretadas por la hipófisis. Estas hormonas son secretadas al torrente sanguíneo, pero los ovarios no responden produciendo estrógeno y progesterona y la ovulación comienza a ser variable.

Según la OMS, la menopausia se refiere al cese permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica producción de óvulos y secreción de hormonas femeninas. Así mismo, la menopausia es un acontecimiento que marca el inicio de una etapa más de la vida de la mujer, teniendo en cuenta que es una condición fisiológica que viven las mujeres aproximadamente entre los cuarenta y ocho y cincuenta y dos años siendo la media alrededor de los cincuenta años de edad; es un periodo que no es experimentado de la misma manera por ellas, pues va a estar influenciada por muchas variables de tipo psicológico, biológico y sociocultural; sin embargo, la mayoría de mujeres siente temor en esta nueva etapa, ya que se observa como un primer anuncio al fenómeno de la vejez.

Un estudio realizado por Sievert y Huataniemi (2003), encontró que las mujeres que fuman tienen una menopausia más adelantada al igual que las mujeres de bajo nivel educativo; así mismo se encontró que la edad promedio de la menopausia es de cincuenta años. Según Stewart y Robinson (1997) las mujeres que fuman experimentan la menopausia 1.5 años antes que las mujeres que no fuman, esto se debe a que el fumar puede afectar el metabolismo de las hormonas reproductivas. El hábito de fumar no sólo afecta a las vías respiratorias sino a todos los órganos del cuerpo, desde la piel hasta los huesos. Interfiere en los procesos hormonales de la mujer y adelanta la menopausia. Así mismo otro estudio con 2.123 mujeres postmenopáusicas, entre cincuenta y nueve y sesenta y un años, participantes en el 'Oslo Health Study', además de los hábitos tabáquicos, se tuvo en cuenta la edad con la que tuvieron la menopausia así como el peso y la altura, el nivel sociocultural, el consumo de alcohol, café y las relaciones sociales. Tanto el tabaquismo activo como el pasivo fueron altos en la muestra estudiada. Un 24,2% eran usuarias

de tabaco; un 28,7% lo había sido y un 35,2% no eran consumidoras y se las agrupó como fumadoras pasivas. De todas ellas, alrededor de un 10% tuvo menopausia precoz (Sainz, 2007).

Vivir la menopausia positivamente y hacer de los cincuenta años un privilegio, se realiza en la medida en que la cultura asigne y reconozca un espacio a la mujer, la mujer autónoma y completa en sí. La menopausia es un fenómeno bio-socio-cultural, que condiciona su impacto en la calidad de vida de la mujer. Por lo tanto, es preciso añadir la percepción que la persona tiene de su sentido de bienestar general o de su capacidad para funcionar en la vida diaria. De lo anterior se desprende la necesidad de considerar el impacto de la menopausia en la calidad de vida en la mujer de mediana edad para ajustar las intervenciones preventivas o terapéuticas a aquellos aspectos con mayor probabilidad de repercutir positivamente. Según Sánchez (1996), la menopausia puede ser entendida como un reajuste general del equilibrio endocrino y que, como tal, forma parte de un proceso natural en la vida. De igual forma desde el punto de vista psicológico se puede entender también como un reajuste cognitivo a los cambios producidos en esta etapa del ciclo vital, marcados por los significados atribuidos por la mujer a su propia vida. Estos significados están influidos por aspectos sociales, culturales y son construidos interactivamente, teniendo en cuenta la interpretación personal de la experiencia vivida (Feixas, Lucero y Saúl, 2003).

La atención en salud durante el climaterio es crucial y debe mirarse por todos como un momento propicio para realizar medicina preventiva, así mismo es momento para desarrollar campañas y acciones para prevenir enfermedades y conservar la salud. Es un instante propicio para que la mujer haga una parada y mire reflexivamente los hábitos y estilos de vida adelantados, valore de forma crítica las enfermedades padecidas e identifique sus factores de riesgo, para así proyectar y planear una posterior vida saludable en los años de la adultez mayor, teniendo en cuenta la paulatina prolongación en la expectativa de vida, la cual en estos momentos para la mujer colombiana es ligeramente superior a los setenta y cinco años de edad (Monterrosa, 2005).

Es de gran importancia mencionar que la calidad de vida en el climaterio debe ser el centro articulador de todas las actividades ya que de esta manera las mujeres pueden vivir este periodo con mayores expectativas de vida. Según Monterrosa (2005) la calidad de vida es un concepto que incluye, la percepción general e individual de la salud, el bienestar físico y la satisfacción

psicológica y social, todo dentro de un contexto cultural y de valores, donde la mujer establece una relación directa con sus objetivos e intereses.

Se han identificado cambios a nivel físico y psicológico en la etapa del climaterio, actualmente este proceso se vive de formas diferentes, teniendo en cuenta el contexto y el rol social, además de los posibles cambios que se presentan en la mujer y ante los cuales se llegan a considerar diversos abordajes médicos, es indispensable revisar y desarrollar otras áreas que favorezcan el manejo integral de la mujer.

6.3 Cambios Físicos y Psicológicos Durante el Climaterio

Al acercarse a la segunda mitad de la vida en la mayoría de las mujeres ocurren modificaciones en el estilo de vida; el período de la menopausia se suele recibir con reacciones o sentimientos diferentes, algunas mujeres llegan a sentirse disminuidas por el hecho de haber perdido *algo* de su juventud, mientras que otras mujeres lo ven positivamente ya que desaparece el riesgo de embarazo y su último periodo menstrual. Ante los sentimientos desagradables las mujeres comienzan a pensar en una fase de transformación hacia una imagen, una salud y nuevos roles sociales distintos a los ya conocidos, la mujer experimenta temor y en muchos casos, responde con negación o conductas evasivas que pretenden inútilmente detener el tiempo (Peyton, 2007).

Para poder comprender toda la sintomatología que se la ha atribuido a la menopausia, se debe ver como un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer durante la etapa de la adultez madura. Igualmente la mujer debe ser observada en un contexto integral, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y familiares, ubicados dentro de la cultura a la cual pertenece (González, 1996). En algunos casos las mujeres pasan esta edad sin presentar síntomas o sin enterarse de que se producen ciertas transformaciones en órganos y sistemas como respuesta del organismo o sencillamente como mecanismos de adaptación ante este nuevo estado. Para González (1999) el 25% de las mujeres menopáusicas no refieren sintomatología, mientras que un 40% sufre un grado de molestias que dificultan su vida cotidiana, de esta manera una mujer en la etapa del climaterio saludable generalmente lleva una vida tranquila, con una actitud que permita disfrutar plenamente esta época que se hace rica en experiencias y potencialidades. En un estudio realizado por Jokinen y Rautava (2003, citados por Vega, Hernández, Leo, Escartin, Luengas, Guerrero, 2007), se reporta cómo los síntomas más

comunes, entre mujeres peri y postmenopáusicas, a los fenómenos vasomotores como sudoración y bochornos, alcanzando una frecuencia del 55% al 58%, alteraciones del sueño en un 52%, depresión en el 27% al 57%, y falta de deseo sexual en el 37%.

Cabe resaltar que diversas investigaciones han encontrado una relación entre el estrés más que todo con la aparición de sofocos, pues se encontró que éstos son más prevalentes durante tareas estresantes, ya que se relacionan con el desarrollo de algunas enfermedades físicas y al mismo tiempo experimentan una respuesta negativa.

El climaterio es una etapa donde se deben realizar ajustes psicológicos para mantener un equilibrio emocional debido a que hay situaciones de pérdida de características femeninas y prejuicios sociales hacia el climaterio; estos aspectos pueden actuar como desencadenantes de estrés, afectando la salud tanto física como psicológicamente. La mujer que entra en este período está influenciada por diversos factores como lo son la raza, la genética, el clima, la nutrición, la salud y los factores socioeconómicos, esto significa, que un gran porcentaje de mujeres “*trastorna*” su vida emocional, afectiva y sexual (Schneider, 1992). Según Palacios (1993), la sintomatología que presenta la mujer en esta etapa se debe a tres situaciones fundamentales: la disminución de la actividad ovárica, factores socio-culturales y factores psicológicos que dependen de la estructura del carácter.

Los cambios que se presentan en esta etapa por la disminución del nivel de estrógenos son numerosos, las alteraciones en la piel poco a poco comienzan a observarse por la aparición de las líneas de expresión y las arrugas, las cuales se generan por un adelgazamiento generalizado en la epidermis y en la dermis. La piel se encuentra con menor circulación sanguínea y un menor drenaje linfático, además comienza a aparecer la caída del cabello, así como la disminución en el vello púbico y de los brazos, pero de igual manera se va presentando un aumento del vello en el mentón y en el labio superior. Los senos empiezan a tornarse menos elásticos y pierden su redondez. En algunas mujeres se presenta un aumento de peso lo cual se debe a una alteración en la función de la tiroides, se incrementa el riesgo de la osteoporosis que también puede aumentar con el consumo de alcohol, cafeína y cigarrillo y además se producen cambios en los niveles del colesterol que puede llegar a aumentar el riesgo de enfermedades cardíacas en las mujeres.

La disminución del deseo sexual es otro síntoma asociado a la menopausia. Sin embargo, los resultados de ensayos clínicos concluyen que no existe relación entre ambos eventos. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales está más relacionada con la dispareunia

por la sequedad vaginal, la pérdida de la pareja ya sea por separación, divorcio o viudez y por la disminución de deseo en la pareja. A lo largo de este periodo la reducción en la producción de estrógenos hace que las paredes de la vagina sean más débiles, frágiles, delicadas y se reduce su humedad natural. Esto puede producir una sensación de tirantez o sequedad y repercutir en las relaciones sexuales, también son frecuentes las incontinencias urinarias, las infecciones vaginales y urinarias.

Frente al manejo de los síntomas físicos y psicológicos que se presentan en el climaterio la medicina ha propuesto la utilización de la terapia hormonal sustitutiva (THS), está ha sido considerada como una solución a los problemas de este periodo, este tipo de tratamiento debe ser individualizado y acompañado por una evaluación médica general y ginecológica. La mayoría de mujeres durante la menopausia son candidatas para recibir esta terapia, pues presentan una sintomatología amplia en la que se encuentra: trastornos vasomotores, insomnio, irritabilidad, atrofia de piel, resequedad de la piel y mucosas, disminución de la memoria, sintomatología genitourinaria, disfunción sexual y disminución del deseo sexual.

Con relación a los síntomas que se presentan a largo plazo en la etapa del climaterio se encuentran la hipertensión, la angina de pecho, los infartos, las enfermedades cerebrovasculares, la osteoporosis y en algunos casos alteraciones cognitivas y aumento de la enfermedad de alzheimer. En cuanto a los riesgos cardiovasculares existe una relación con factores como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad, el sedentarismo, la diabetes y la obesidad.

Los resultados del estudio de Ruiz y Bermejo (2003) pusieron de manifiesto que el 77,4% de las mujeres conocía la THS, el 66% decía conocer los beneficios de este tratamiento y refería los siguientes como los más frecuentes: disminución de sofocos 36,8%, beneficios óseos 31,1%, mejoría de los síntomas psíquicos 11% y sensación de mejoría general 13,7%. Casi la mitad de las mujeres 41,6% recibía esta información a través de los profesionales sanitarios; el 36,3%, a través de familiares y/o amigos, y en un 17,4%, a través de los medios de comunicación. El 35,8% dijo conocer que la THS podría conllevar riesgos para la salud: el cáncer (57,3%) y las enfermedades cardiovasculares 10,7% fueron las afecciones más nombradas. El 28,2% de las mujeres refirió haber obtenido esta información a través de los profesionales sanitarios; el 25,2%, de los medios de comunicación y el 31,5%, de familiares y/o amigos. Entre las mujeres a las que no se prescribe THS, los familiares y/o amigos y los medios de comunicación son la principal fuente de información 86,9%. Con mayor frecuencia, las mujeres a las que se ha prescrito

tratamiento identifican un beneficio óseo 39,7% y de mejora de los síntomas psíquicos 13,2%, mientras que el beneficio más frecuentemente identificado entre las mujeres a las que no se prescribe esta terapia es la disminución de los sofocos 41,8%. El 57,3% de las mujeres a las que se prescribe este tratamiento refiere conocer sus riesgos, frente al 28,2% de las mujeres a las que no se les prescribe.

Las culturas imprimen características esenciales que hacen que las mujeres de distintas épocas y diferentes partes del mundo, vivan en forma distinta esta etapa que da una impronta particular al envejecimiento, y aunque existen cambios universales, cada mujer la transita de una manera especial, que depende, sobre todo, de sus características personales, de los logros que ha alcanzado y del entorno psicosocial en que vive. Por lo tanto la sintomatología del climaterio parece estar relacionada con las diferencias culturales, es decir, en las culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia y se encuentra integrada dentro de su estatus social, apenas refiere sintomatología relacionada con el climaterio, mientras que en los países más desarrollados, donde la belleza y la juventud son valorados por la sociedad, la mujer madura atraviesa el período climatérico con muchas más dificultades y con una sintomatología más intensa. Un estudio realizado en la ciudad de México con veinte mujeres entre 45 y 65 años indica que las mujeres realizan representaciones sociales que se construyen alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento, estas mujeres presentan una actitud pasiva hacia el evento menopáusico, reflejando en sus explicaciones con relación a la menopausia el punto de vista de sus médicos, ya que la información que proporcionan es asumida por las mujeres como única y verdadera (Gutiérrez, Larroy y León, 2004).

Un número variable de mujeres vive este periodo con cierta ansiedad, preocupación, pesimismo y dificultad para llevar a cabo la vida a nivel familiar, profesional y social (Arnedo, 2001); otras lo observan como un proceso de adaptación que de una u otra manera ha despertado gran variedad de interrogantes con respecto al impacto de la salud. De esta manera, algunas mujeres al llegar al climaterio comienzan a perder confianza en sí mismas, se altera su conducta sexual, padecen cambios emocionales e insomnio.

Dentro de los cambios psicológicos la ansiedad, la depresión, el estrés y el insomnio son los más comunes. En muchos casos, estos síntomas se presentan por periodos de tiempos largos en los que pueden llegar a manifestarse con dolores de cabeza, irritabilidad, nerviosismo, aumento

de la presión arterial, desmayos, mareos y fatiga. En esta situación intervienen factores emocionales como pérdida de la sensación de feminidad, la jubilación y el síndrome del nido vacío, pues muchos de estos síntomas psicológicos y los problemas resultantes se han atribuido a los cambios ambientales y a las presiones sociales (Aguirre, Muñoz, Muñoz, Rozo, 1982). Todos estos trastornos de la esfera psíquica interfieren con la vida emocional, afectiva y social de la mujer, aumentando los problemas de pareja, que requieren de particular atención. Es indudable que en este aspecto en particular, es primordial la actitud comprensiva del compañero y los miembros del entorno familiar, para aliviar parte del sufrimiento emocional de las mujeres.

En la actualidad se señala que las manifestaciones emocionales, en cada estado, se vinculan de manera estrecha con los componentes biológicos, estilo de vida, antecedentes personales, estilo de relaciones interpersonales y conformación de la estructura de personalidad. Según Trull (2003), el apoyo social no sólo se refiere a la cantidad de relaciones sociales, sino también a la calidad de esas relaciones. La idea básica es que los lazos interpersonales en realidad puedan promover la salud. Aíslan a las personas del daño cuando encuentran estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad o al tipo de situación al que se ven enfrentados y ayudan a las personas a cumplir y mantener sus regímenes de tratamiento. El apoyo social es, en muchas formas, una especie de asistencia para el afrontamiento, varios estudios demuestran que los mejores resultados de salud se relacionan en forma positiva con el apoyo social.

Las relaciones entre apoyo social, estrés y salud pueden depender de diversos factores, incluyendo raza, género y cultura. Para autores como Campero, Castro y Hernández (1997), el apoyo social tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios.

Un estudio realizado por Quiroz, Calderón y Valero (2005), consistió en evaluar la contribución relativa del estrés y apoyo social, en el contexto de la hipótesis de efectos principales, en la etapa del climaterio. La muestra fue de 93 mujeres divididas en dos grupos. El primero fue de 50 participantes en etapa de climaterio y el segundo de 43 mujeres adultas jóvenes no climatéricas. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Greene que mide síntomas en el climaterio, la Escala de Estrés Cotidiano y la Escala de Apoyo Social, todos ellos con altos niveles de fiabilidad. Los resultados mostraron que existe un efecto principal de interacción entre el estrés y apoyo social sobre los síntomas climatéricos. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social

diferirán, en la misma medida en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés. Otras investigaciones reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental.

En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud (Campero, Castro y Hernández, 1997).

Morales (2002) realizó un estudio para conocer los síntomas referidos con mayor frecuencia por las mujeres en etapa de climaterio. Con los resultados obtenidos diseñaron y aplicaron una encuesta para registrar las manifestaciones, frecuencia y gravedad de los síntomas descritos por las pacientes. El cuestionario se aplicó en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología de México y se detectaron 35 síntomas, como bochornos, sudoración nocturna, cefalea, parestesias, calambres, mareos o zumbido de oídos, palpitaciones, irritabilidad, tristeza, apatía, insomnio, cansancio-adinamia, sentimiento de minusvalía, labilidad emocional, crisis de llanto, depresión, desadaptación a su ambiente, reducción de la libido, dolor de espalda baja, dolores musculares, aparición de vello facial, piel seca, sequedad vaginal, incontinencia urinaria, sangrado genital, dolores articulares, trastornos gastrointestinales, dolor en los huesos y la columna vertebral, disminución o aumento de peso, entre otros. Los síntomas más frecuentes fueron: tristeza, piel seca, irritabilidad, cansancio, dolor articular, depresión, insomnio, bochornos, llanto y dolor muscular; de los cuales, seis correspondieron a alteraciones psicológicas en más del 50% de los casos (149 pacientes). Entre éstos, 81% de las mujeres manifestaron tristeza, 70.47% irritabilidad, 70.47% cansancio, 61.74% depresión, 61.74% insomnio y 58.39% llanto, los cuales se relacionaron, quizás, con la crisis de maduración, característica en las mujeres en etapa del climaterio.

La salud emocional de la mujer climatérica podrá evaluarse a partir de su capacidad para enfrentar esta nueva etapa por la que atraviesan y de su posibilidad para adaptarse a los cambios que se van presentando, en este sentido una forma de tratamiento de las alteraciones o los trastornos emocionales es modificar o eliminar los síntomas que alteran los patrones de

comportamiento y debilitan las funciones psíquicas de los pacientes, todo esto para favorecer los recursos adaptativos relacionados con su bienestar (Aldana, Gaviño, Gómez y Morales, 2007).

Según Peyton (2007), durante esta etapa la mujer deberá realizar cambios o ajustes en las siguientes áreas o facetas de su vida, con el fin de que las mujeres puedan avanzar hacia una madurez plena e integral:

Relación consigo misma: Redefinición de los componentes de la autoestima, la autopercepción y la autoimagen para enfocarse más en valores y cualidades afectivas, intelectuales, creativas y productivas por encima del aspecto físico basado en un ideal de la belleza de la juventud. En esta etapa, es frecuente que aquella mujer que tuvo que suspender alguna actividad intelectual o creativa durante la juventud por asumir el rol de madre, esposa, trabajadora de tiempo completo, decida retomarlos como un estímulo para la nueva fase de vida.

Relación con la pareja: Establecimiento de nuevas reglas negociadas para la relación en una fase de madurez, en la cual ambos miembros de la pareja tendrán nuevos roles y se perseguirán objetivos distintos de la fase anterior. También es una etapa para actualizar e incentivar la vida sexual en pareja.

Relación con los hijos: Redefinición del rol de madre para adaptarse a hijos adolescentes o ya jóvenes que requieren de menos cuidados, además de ser cada día más independientes.

Relación con el ámbito laboral: Etapa usualmente más productiva por contar con más experiencia y tiempo, si se vivió el rol de madre de manera intensiva durante la fase de vida anterior, pero también puede experimentarse en ella una sensación de inseguridad debida, por un lado, a la presión ejercida por las nuevas generaciones y por la otra, al estrés y a la sensación de inseguridad que ocasionan los síntomas neuropsicológicos del climaterio cuando se ignora su origen, duración y posibilidad de tratamiento.

Relación con la comunidad y el ámbito social en general: Este período se caracteriza, al igual que la adolescencia, por un interés renovado en la amistad femenina, aun en aquellas mujeres poco sociables en las etapas anteriores. La mujer busca a quien sabe que la comprende por estar pasando una etapa similar y por ello es usual que frecuente más a grupos de mujeres en edades similares. Por otro lado, si el rol principal que ha tenido ha sido el de madre y ama de casa, como mecanismo para evitar la sensación conocida como el “nido vacío”, algunas mujeres comenzarán a involucrarse más en trabajos comunitarios voluntarios, o bien, se ofrecerán como cuidadoras de niños pequeños de familiares, amistades o vecinas.

6.4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO

El progresivo aumento de la esperanza de vida en la mujer ha dado lugar a un creciente interés en todo el mundo sobre los aspectos relacionados con la calidad y los estilos de vida, dentro de los cuales la prevención y la atención en la etapa del climaterio y de la menopausia desempeñan un papel de gran importancia. La atención de la mujer se centra en un modelo holístico y basado en el concepto de salud de la OMS, que se caracteriza por una visión amplia biológica y psicosocial de los procesos que ocurren durante la transición climatórica. Por lo tanto es indispensable conocer cuál es la información sobre esta nueva etapa de la vida de las mujeres con el objetivo de ofrecer una atención integral en la calidad de vida enfocada a superar y a incrementar los factores protectores de la calidad de vida, las debilidades e inquietudes que se detecten en las mujeres climatóricas (Carmi, Espinosa, Gómez, López, y Sepúlveda, 2007).

En las diferentes sociedades y culturas el significado del climaterio está relacionado con los conceptos de sexualidad, feminidad, fecundidad, y maternidad. En la actualidad existen estereotipos sociales y culturales procedentes del modelo biomédico que proporcionan a esta etapa una visión negativa y patológica, puesto que se asocia con la pérdida y el envejecimiento. Sin embargo, en otras culturas la mujer en esta etapa es reclasificada en positivo, puesto que se neutralizan tabúes relacionados con la menstruación, adquiriendo prestigio y reconocimiento social. Esto va a condicionar que la mujer tenga una experiencia positiva o negativa en este periodo en función de ese entorno, puesto que la cultura va a repercutir en la respuesta individual de cada mujer (Ribera, 2003).

El climaterio es entendido como un período de transición entre el final de la vida reproductiva y la vejez, ya que este enmarca una serie de eventos que en un principio se consideraron fisiológicos pero a medida del tiempo se ha iniciado una carrera por conocer las consecuencias en la calidad de vida de las mujeres. Durante este periodo la función reproductiva disminuye gradualmente hasta perderse, sin embargo no marca el final de la vida, pues es un evento de tipo totalmente fisiológico y natural, que desafortunadamente ha sido utilizado por décadas como herramienta para marginar a la mujer, haciendo que muchas hayan terminado por aceptar esto como un hecho, considerando este instante como el fin de todas las oportunidades tanto personales como sociales (Monterrosa, 2005).

Según Santoro (1998), en este período las alteraciones menstruales son sólo un componente, al cual se agregan los aspectos psicológicos, sociales y culturales que presentan una amplia

variabilidad teniendo en cuenta el período histórico, el ambiente sociocultural, entre otros. El tratamiento adecuado de la mujer en esta etapa de la vida puede tener un impacto significativo sobre su calidad de vida personal como en la salud pública. Algunos de los factores que pueden afectar la salud de la mujer en el período climatérico, pueden estar relacionados con los eventos de la vida reproductiva o detectarse en relación con los mismos. El climaterio debe ser asumido como un período de cambio dentro del ciclo vital de la mujer, no como una enfermedad, que refleja importantes sucesos vividos, como por ejemplo la carga física del trabajo laboral y doméstico, los eventos de la vida reproductiva, la calidad de la alimentación, el ejercicio y la disponibilidad de adecuados servicios de salud, entre otros. Su manejo requiere de un enfoque integral y multidisciplinario que permita dar respuesta a las necesidades que en los distintos ámbitos de la vida, presenta la mujer.

Los síntomas del climaterio incluyen un grupo de manifestaciones que van más allá de los bochornos u oleadas de calor, se pueden experimentar molestias cardiovasculares como la taquicardia, dolores articulares, trastornos del sueño y alteraciones de índole psicológica con presencia de estado de ánimo depresivo, irritabilidad y ansiedad. Las mujeres en periodo de climaterio presentan mayor prevalencia de problemas sexuales y sequedad vaginal. La deficiencia progresiva del nivel de estrógenos que caracteriza esta etapa y la disminución de esta hormona en la postmenopausia, se asocia a la presencia de los síntomas diversos ya señalados, los cuales impactan negativamente la calidad de vida de estas mujeres (Monterrosa, 2005). Este periodo se caracteriza por pérdida de la secreción cíclica de los estrógenos con un mayor desgaste orgánico, existiendo múltiples cambios, que determinan una nueva condición para la mujer. Dentro de los cambios que se presentan se encuentran el aumento de peso corporal, alteración de la postura, modificación de la apariencia corporal, disminución de actividad física, síndromes dolorosos musculo-esqueléticos, osteoporosis, alteraciones cardiovasculares, obesidad y síntomas vasomotores. Dentro de los síntomas psicológicos y emocionales los que más predominan son el insomnio, la irritabilidad, el nerviosismo, el estrés, la depresión, los cambios de apetito y de peso corporal, el sueño, la fatiga, los sentimientos de culpa y la toma de decisiones. A pesar de que la tendencia es atribuir todos los cambios que se presentan en la etapa adulta, el hecho de que algunas mujeres no muestren los diferentes síntomas mencionados anteriormente, es muestra de la relación entre lo biológico y lo ambiental, lo cual incluye causas en tres esferas: psicológica, social y cultural.

6.4.1. Climaterio y Depresión

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos psicológicos más registrados dentro de diferentes ámbitos, llegando a convertirse en un grave problema de salud pública. De acuerdo con las proyecciones hechas por la OMS, se considera que para el año 2020, la depresión junto con la enfermedad isquémica cardíaca serán las dos primeras causas de carga de enfermedad en el mundo. Todo esto originó que el Ministerio de la Protección Social declarara la salud mental como una de las prioridades, con lo cual se esperan políticas de salud efectivas que aseguren paralelamente, el acceso a los servicios con una cobertura adecuada en salud mental (Restrepo, 1996). Autores como Gómez, Bohórquez, Gil y Pérez (2005, citados por Lucumí y Quiroga, 2007), exponen la depresión como un problema de salud pública, el cual representará en los próximos años el principal problema de salud en los países en vías de desarrollo. Actualmente la depresión, es un término usado por la mayoría de personas, debido a que está relacionado con el estado de tristeza. Cabe resaltar que el ser humano experimenta diversos sentimientos como alegría, tristeza, rabia, temor, entre otros considerados estados normales que carecen de criterios patológicos, pero en el momento en que estos estados emocionales sean persistentes y desadaptativos se consideran como anormales.

Según el DSM-IV, la depresión se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y la pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades durante un periodo mínimo de dos semanas, además de presentar cambios en el apetito, en el peso corporal, el sueño, la actividad psicomotora, la disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, concentrarse, para tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. La depresión ha sido denominada como la tendencia a violar los impulsos instintivos básicos, a bloquear las necesidades fisiológicas, en este sentido, estas inclinaciones se ven acompañadas de pensamientos y sentimientos derrotistas y un continuo contraste de la autoimagen, generando un efecto negativo en las relaciones y una desvalorización de la personalidad (Calderón, 1986, citados por Lucumí y Quiroga, 2007). Según Buena-Casal y Sierra (2001, citados por Casadiegos y Sánchez, 2006), la depresión como estado de ánimo hace referencia a la relación de un acontecimiento psicosocial negativo, como expresión de malestar o insatisfacción general. Además son sentimientos transitorios que afectan de manera moderada la capacidad funcional habitual.

La depresión es considerada como uno de los cuadros clínicos más complejos en su sintomatología, pues su manifestación varía de una persona a otra y de un episodio a otro. Teniendo en cuenta la diversidad de los síntomas y sus múltiples combinaciones, diferentes autores los han clasificado de la siguiente manera: *síntomas afectivos*, donde una de las principales características es la presencia de tristeza, según la cual los pacientes manifiestan sentirse abatidos e invadidos por un profundo sentimiento de inutilidad e insignificancia consigo mismo. El llanto se manifiesta con facilidad aún en ausencia de una situación específica que lo provoque. La mayoría de personas depresivas presentan además un estado de ánimo ansioso, acompañado de culpa, vergüenza, irritabilidad y nerviosismo. *Síntomas conductuales*, los cuales muestran una disminución en las actividades cotidianas, producto de la reducción de la energía, pérdida del interés o de su capacidad para sentir placer. Por último los *síntomas cognitivos* se manifiestan en dificultad en la concentración y para toma de decisiones, así como reducción en la memoria y en la capacidad para pensar (Correa y Gaviria, 2003, citados por Lucumi y Quiroga, 2007).

La OMS señala que en la actual organización social hay causas suficientes para el exceso de casos de depresión y ansiedad documentados en las mujeres. En un estudio realizado por el Ministerio de Salud, con apoyo del Banco Mundial de Chile, se constata que en relación a los años de vida perdidos por discapacidad, los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar en las mujeres, después de las anomalías congénitas. En los años de vida perdidos por discapacidad, la principal causa son las patologías neuropsiquiátricas; en la mujer, la primera causa específica son los trastornos depresivos (Santoro, 1998).

En la mujer se han encontrado dos picos de incidencia en las alteraciones del estado de ánimo; el primero se presenta en la pubertad y se caracteriza únicamente por sintomatología psicológica y el segundo, se presenta en la menopausia que se caracteriza por la combinación de la sintomatología psicológica y la somática: manifestaciones psicológicas y físicas durante el climaterio (Laurents y Ferrá, 1996). Normalmente los estados de ánimo depresivos, el abatimiento y el desaliento tienen su origen en causas externas. Las mujeres entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años de edad se ven envueltas en una serie de situaciones que de una u otra manera hacen que sean desconocidas llegando a sentir preocupación y miedo al enfrentarse a la soledad, el hecho de que los hijos salgan de la casa, los cambios profesionales, de pareja y en algunos casos enfermedades (Schneider, 1991).

Un estudio realizado por Artiles, Manzano y Navarro (1997), en el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro de la ciudad de la Habana, Cuba, consistió en medir la asociación entre factores sociales y síntomas relacionados con el área socioconductual, se pudo observar que la doble jornada, la recarga individual de las tareas domésticas y la inadecuada dinámica familiar incrementaron en más de dos veces el riesgo de presentar depresión. La satisfacción personal y la autoestima como expresiones de estado de bienestar de la mujer, mostraron asociación con disfunciones de las dinámicas familiares y de pareja, incrementando el riesgo de su disminución casi en cinco veces para la primera y cuatro para la segunda (Siseles y Gutiérrez, 2008).

El climaterio constituye una etapa más de la vida en donde la mujer tiene que realizar ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional, ya que este se ve perturbado por situaciones como la pérdida de características femeninas altamente valoradas por la sociedad, crisis familiares y de perjuicios sociales hacia el climaterio; dichos acontecimientos que se presentan en la adultez media y que junto con la menopausia pueden actuar como desencadenantes de estrés, afectando la salud física y psicológica. Según Ballinger, et al (1985) y Mckinlay et al (1987, citados por Cervantes, 2001), la depresión en la mujer climatérica va a depender de los cambios psicológicos y socioculturales y la manera como los percibe y vive dependiendo de la cultura a la que pertenezca. Muchas veces las mujeres presentan una serie de cambios los cuales incluyen el sentimiento de pérdida de la femineidad, la incapacidad reproductora, la pérdida o jubilación del empleo, la mala calidad de su vida marital, la pérdida del padre o la madre en la infancia y los sucesos relacionados con la reproducción y la función sexual.

Los estrógenos, desempeñan un papel muy importante en la depresión que se presenta durante la menopausia, ya que los receptores de estrógenos tienen una íntima relación en el estado de ánimo (Cervantes, 2001). En estudios epidemiológicos recientes se ha descrito la prevalencia de la depresión durante la menopausia, con una frecuencia considerable, del más del 22%, asociada con los antecedentes de trastornos depresivos premenstruales y en mujeres entre los cuarenta y cincuenta y ocho años se ha confirmado la presencia asociada de síndromes depresivos en mujeres con trastornos endocrinológicos confirmados (Bravo, Gutiérrez, Lara y Meléndez, 2002).

Para autores como Boullosa, Márquez, Mato, Pérez y Vieitez (2000), la historia previa de depresión aumenta entre cuatro y nueve veces el riesgo de padecer depresión, tanto en la

perimenopausia como en la menopausia; la relación es mayor cuando la depresión estuvo asociada a cambios hormonales como depresión premenstrual o post-parto y la depresión asociada al uso de anticonceptivos orales. Además, la menopausia precoz es también considerada como un factor que incrementa el riesgo de patología depresiva. Harlow (1995, citado por Boullosa, Illa, Márquez, Mato, Pérez y Vieitez, 2000), efectuó un estudio en mujeres con menopausia natural clasificándolas según la edad de menopausia, entre cuarenta y cuarenta y seis años y tomando como grupo control a las mayores de 47 años. Encontró una asociación de depresión tratada médicamente con menopausia temprana más importante en las menores de 40 años y en mujeres que tenían antecedentes de depresiones que requirieron más de tres años de tratamiento. Calle (2000, citado por Lucumí y Quiroga, 2007), menciona que aproximadamente el 70% de los pacientes con un primer episodio depresivo recaen; hay evidencia que el primer episodio se asocia con agentes estresantes psicosociales mayores y que los episodios depresivos subsiguientes ya no los requieren.

Generalmente, la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. Los factores psicosociales como el estrés de la separación o de la viudez, las expectativas frente a la menopausia, los niveles bajos de educación y la asociación de enfermedades físicas se encuentran relacionados con depresión durante la menopausia (Boullosa, Márquez, Mato, Pérez y Vieitez, 2000). Un estudio realizado por Bosworth, et al, (2001), consistió en evaluar si las mayores tasas de síntomas depresivos estaban asociadas con la menopausia, síntomas climatéricos y el uso de la terapia de reemplazo hormonal. Se tomaron 581 mujeres en edades entre los 45 a 54 años de edad, que fueron entrevistadas por teléfono, entre Octubre de 1998 y Febrero de 1999. Para clasificar el estado de menopausia se utilizaron cuatro categorías, la primera: ninguna indicación de la menopausia, la segunda: cerca de la menopausia, la tercera: ha comenzado la menopausia y la cuarta: ha concluido la menopausia. Los resultados arrojaron falta de actividad física, insuficiencia de ingresos, uso de estrógenos y presencia de síntomas climatéricos como dificultad para dormir, cambios de humor y problemas de memoria. De igual manera se llegó a la conclusión de que la menopausia se asocia con tasas más elevadas de síntomas depresivos ya que el 28,9% informó un alto nivel de estos síntomas (Bosworth, et al 2001).

Otro estudio cuyo objetivo era comparar la relación entre los síntomas vasomotores como sofocos y sudores nocturnos y la depresión en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas se llevó a cabo con mujeres entre 40 y 60 años de edad que buscan atención primaria. Se observó que el 14,9% de 141 mujeres perimenopáusicas, el 13,9% de 151 mujeres postmenopáusicas y el 7,6% de 184 mujeres premenopáusicas de mayor edad presentaron algún grado de depresión. En cuanto a los síntomas vasomotores se informó que el 53,9% de las mujeres perimenopáusicas, el 43,7% de las mujeres postmenopáusicas y el 20,7% de las mujeres premenopáusicas mayores presentan algún síntoma, sin embargo las mujeres perimenopáusicas con síntomas vasomotores fueron 4,39% y presentaron más probabilidad de depresión. Este estudio llegó a la conclusión que los sofocos y los sudores nocturnos están asociados a la depresión en mujeres perimenopáusicas (Joffe, et al, 2002).

Las alteraciones del estado de ánimo son una queja frecuente de las mujeres que se encuentran en la transición a la menopausia y disminuye en la postmenopausia temprana, entre las más importantes y frecuentes se encuentran: estado de ánimo depresivo, cambios de humor, angustia, ansiedad, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, etc. En este sentido, la capacidad de controlar los eventos de la vida y la proyección del futuro como elaboración de planes y proyectos, hace a las personas competentes para controlar los eventos que le acontecen, capaces de desarrollar estrategias afectivas de afrontamiento (Veenhoven, 1995, citado por García y Gonzales, 2007).

Según Laurents y Ferra (1996), la depresión en el climaterio está sustentada por varios factores; entre ellos el hormonal, ya que éste ha demostrado una gran participación en la depresión climatérica dependiendo de las concentraciones reproductivas o no reproductivas. En segundo lugar los factores psicosocioculturales como un factor predisponente hacen que la menopausia sea vista de acuerdo a las creencias de cada sociedad y de esta manera las mujeres enfrentan esta etapa con actitudes y expectativas positivas o negativas.

6.4.2. Climaterio y Ansiedad

Se considera la ansiedad como una de las emociones básicas, su función principal está relacionada con la adaptación frente a situaciones de tensión, peligro o amenaza tanto actual como futura. El término de ansiedad se deriva de la raíz indogermánica ANGH, que significa

estrechez y constricción y también malestar o apuro. Algunos autores definen la ansiedad como el temor anticipado de un peligro futuro cuyo origen es desconocido (Jadresic y Correa, 2005).

La ansiedad puede definirse como una respuesta emocional, los síntomas físicos que se pueden presentar son tensión muscular, fatiga, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, alteraciones en el sueño, palpitaciones, sensación de desmayo y taquicardia. Posee tres componentes fundamentales que incluyen aspectos cognitivos también denominados como verbal cognitivo, este componente está relacionado con la propia experiencia interna, incluye tensión, percepciones, evaluación perceptiva de los estímulos y estados relacionados con la ansiedad; a esta pertenecen la alarma, el miedo, el pánico, la preocupación, la inquietud y las obsesiones. El componente fisiológico somático, hace referencia a ciertas modificaciones que se producen a nivel biológico, los cambios fisiológicos más característicos consisten en el incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que pueden ser reflejados en cambios internos o externos, algunos pertenecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias y el componente motor que suele implicar conductas de carácter desadaptativo envolviendo variables como la expresión facial, movimientos y posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de evitación y escape. Sin embargo, la sola afirmación de tener miedo a algo o de preocuparse por acontecimientos futuros, no es suficiente para diagnosticar ansiedad sino se acompaña de un estado emocional definido con cuadro sintomático de tensión motora o excitación simpática (Lazarus, 1986).

En un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Pensilvania, con una población de 430 mujeres, se midió la ansiedad a través de pruebas psicológicas al comienzo y al final del estudio, relacionado con los bochornos. Estas mujeres al inicio del estudio continuaban con periodos menstruales irregulares, al final del estudio el 32% de las mujeres estaban en las primeras etapas de la menopausia mientras que el 20% se encontraban en las últimas etapas. Los resultados arrojaron que el 48% de las que están en las primeras etapas y el 63% de las personas en las últimas etapas informaron bochornos. Las mujeres con ansiedad moderada se enfrentan a un riesgo tres veces mayor de sufrir bochornos que las mujeres con un nivel normal de ansiedad, mientras que las mujeres con un alto nivel de ansiedad tienen un riesgo cinco veces mayor.

La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o internos al sujeto, pensamientos, ideas, imágenes. En este sentido, Belloch (1995) postula que la ansiedad no

siempre varía en proporción directa al peligro real de la situación, puede producirse de forma irracional, esto ante situaciones de escaso peligro objetivo o bien que carece de peligro real.

Para Castell y Sheier (1961), la ansiedad puede ser comprendida como una característica de personalidad, definiéndola como un rasgo o característica de personalidad que hace propensas a las personas a reaccionar de forma aprensiva, o como un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo.

Spielberger (1975), define la ansiedad como estado y como rasgo. La *Ansiedad – estado* es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y a través del tiempo. Por su parte la *Ansiedad – rasgo* se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en cuanto a la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas y en la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad; por lo tanto los rasgos de la ansiedad pueden ser considerados como el reflejo de las diferencias individuales en cuanto a frecuencia e intensidad con las que los estados de la ansiedad se han manifestado en el pasado y en cuanto a la probabilidad de tales estados sean experimentados en el futuro (Calva, Carmona y Meléndez, 2001).

Los cambios que se generan en el ciclo vital de la mujer principalmente generan estrés, pero en algunas mujeres este se sobrepasa llegando a convertirse en excesivo y de esta manera hacen que afecte los distintos cambios que se presentan en la etapa del climaterio. La ansiedad de la mujer climatérica puede ser subclínica e interferir en diferentes escenarios de la vida afectando el desempeño de su rutina cotidiana. Los niveles de ansiedad pueden no ser suficientes, dentro de la semiología psiquiátrica, para constituir diagnóstico de patología ansiosa; sin embargo algunas mujeres reconocen que producen un malestar significativo, lo cual debe movilizar a la búsqueda de un tratamiento orientado a disminuir la presencia de dichos síntomas (Forero, 2003). Por lo cual, la ansiedad es considerada como un factor de riesgo muy especial cuando se torna crónica, puesto que va a influir en el estado emocional del individuo en la forma como intérprete y afronte las distintas situaciones problemáticas.

Aranzábal, Cobos, Asenjo, Arigo, Segura, y Gil, (2001), realizaron un estudio en un centro de Salud urbano, en el Centro de Salud Virgen del Mar, en Almería. Las mujeres elegidas para el

estudio fueron 200, con edades comprendidas entre 45 y 55 años y que acudieron al centro de salud por cualquier motivo de consulta durante el mes de enero de 2000. Se les realizaron tres encuestas personales: el test de Golberg, que es un cuestionario autoadministrado que evalúa psicopatología leve de ansiedad y depresión, el cuestionario STAI, cuestionario de Ansiedad-Estado (AE), Ansiedad-Rasgo (AR) comprende escalas separadas de autoevaluación que mide dos conceptos independientes de ansiedad. La tercera encuesta recoge sintomatología asociada a la menopausia. Asimismo se recogieron las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas y si padecían alguna enfermedad. Un 51,6% presentaban algún tipo de enfermedad, fundamentalmente reumatológica, seguida de patología psiquiátrica. Habían presentado síntomas durante la menopausia un 62,1%; sobre todo insomnio, seguido de irritabilidad, cefaleas y estado depresivo. En cuanto a la prueba de ansiedad un 50% presentaron algunos síntomas y de igual manera se encontró una asociación entre el cuestionario de Golberg y el STAI presentando algún tipo de sintomatología durante la menopausia.

Las mujeres climatéricas presentan manifestaciones de ansiedad, con cambios sensibles en su funcionamiento tales como tendencia al comportamiento conflictivo, nerviosismo, alteraciones del sueño, dificultades en la concentración, sentimiento de inseguridad, preocupación por eventos que previamente no les causaban inquietud, aumento de la sensibilidad emocional, disminución de la tolerancia, entre otros, además de síntomas somáticos tales como suspiros, palpitaciones, temblor, sudoración, malestar gastrointestinal, sensación de hormigueo, rubor o escalofrío.

La etapa del climaterio es percibida como una situación en algunos casos estresante, ocasionando un porcentaje significativo de malestar sintomático, que incluye miedo, ansiedad, tensión, preocupación y que conduce a cambios emocionales, físicos, y sociales para las mujeres, su pareja y el resto de su familia. Por lo tanto un buen entorno familiar y social ayuda a las mujeres de una u otra manera a aliviar el estrés, algunos estudios sugieren que tener una buena red de apoyo ayuda de una manera u otra a que esta nueva etapa sea más llevadera y fácil en las mujeres climatéricas. De igual manera entran a jugar cambios como la edad de jubilación, síndrome del nido vacío, los cambios de rol al interior de la familia, la aparición de las enfermedades y la pérdida de relaciones interpersonales y de cambios de aspectos físicos.

Las mujeres que se han desempeñado en la vida laboral en actividades de diverso reconocimiento socioeconómico, y han visto en el trabajo un medio necesario para ganarse el sustento o un camino para desarrollarse en plenitud, suelen verse idénticamente igualadas frente a

la dificultad de enfrentar el retiro o la jubilación, este evento las obliga a reorganizar el tiempo disponible para poderlo invertir en un sinfín de actividades, las cuales antes no había podido o querido realizar. Llega la época en la vida cuando se disminuyen los niveles de estrés, causado hasta entonces por la necesidad de responder frente a múltiples y continuas exigencias. La jubilación debe ser, aunque no siempre lo parece, una oportunidad para concentrar renovados ánimos en el logro del bienestar personal. La llegada de la etapa del climaterio cambia el rol al interior de la familia, pues ya no es necesario ejercer con severidad el rol de educador y dictar rígidas reglas de formación, pues las normas ya están inculcadas en los hijos quienes han madurado con el paso de los años (Forero, 2005).

Muchas mujeres durante el transcurso de esta etapa de la vida, sufren pérdidas significativas tales como la muerte del cónyuge. En esta etapa suelen nacer los nietos, abriéndose la vida a una vivencia afectiva trascendental, cual es, experimentar y desarrollar el rol de abuela. Los anteriores y muchos otros aspectos de orden psico-social pueden ser asumidos por las mujeres climatéricas como ventajas o desventajas en sus vidas, lo cual varía según la cultura y las expectativas existentes respecto a esta etapa. En este sentido la asistencia brindada a las mujeres en edad del climaterio, permite convertir factores estresantes en nuevos facilitadores para mejorar su calidad de vida (Forero, 2005).

Es natural que las mujeres en esta nueva fase conozcan las probabilidades de cambio con respecto a su salud o nuevos roles; aunque ese proceso es incompleto, manifiestan ciertas preocupaciones. De igual forma cabe señalar que algunas mujeres consideran esta etapa como un alivio que las libera y van aceptando los cambios físicos como algo normal y natural; otras se preocupan por qué cosas o qué aspectos más positivos de su personalidad podrían cultivar, que nuevos conocimientos pueden adquirir, comienzan a retomar las cosas que les llaman la atención haciendo de esta nueva etapa algo tranquilo y muy natural.

6.4.3. Climaterio y Sexualidad

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, citado por Londoño, López, González, Monsalve, Urquijo, Álvarez, 2003). Un buen estado de SSR implica la

capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, citado por Londoño, López, González, Monsalve, Urquijo, Álvarez, 2003). De igual manera la OMS define la salud sexual o la sexualidad sana como la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, adaptándose a criterios de ética social y personal, por la integración de elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. La sexualidad se constituye como un elemento innato del ser humano y como un proceso individual influenciado por la diversidad de las pautas de crianza y erotismo, por lo tanto su función debe ser pasiva, de igual forma la sexualidad se compone de multitud de elementos que se transforman dependiendo de la cultura y el contexto donde está inmersa, Gonzales, Miyar y Gonzales (2002, citados por Sáenz y Triana, 2007).

La sexualidad a través del tiempo ha sido pensada como tabú, siendo un tema controvertido ante la sociedad, que la concibe como prohibida e incluso en ciertas personas puede llegar a generar dilemas éticos y religiosos. Dentro de las dimensiones de la sexualidad se encuentran: la dimensión *biológica* que hace referencia a elementos biológicos y genéticos dados por los fecundadores y que enmarcan las características sexuales, la dimensión *psicosocial* en la cual se integran los factores psicológicos y sociales, donde las conductas son dadas por pautas culturales y procesos internos; la dimensión *conductual* donde los componentes biológicos y psicosociales dan respuesta a los comportamientos y la razón de los mismos ante la sexualidad; la dimensión *clínica* enmarca los procedimientos en relación con los trastornos sexuales, buscando la solución de los mismos y por último, la dimensión *cultural* que se refiere a las actitudes transmitidas por

medio del contexto donde el individuo se relaciona, dentro de esta intervienen las creencias y valores divulgados de generación en generación (Masters, Johnson, y Kolodny, 1995, citados por Sáenz y Triana, 2007).

La sexualidad es una capacidad inherente a la persona que se adecua a su momento evolutivo y a sus circunstancias específicas. Está ligada a la necesidad de amar y ser amado y la de sentir placer y hacer sentir placer. Y ni para amar ni para sentir hay límite de edad. Es cierto que durante el periodo del cambio corporal, hormonal y psicológico que supone la menopausia se pueden manifestar síntomas que inciden directamente en la apetencia de entrar en el juego sexual. Según la Asociación Argentina para el estudio del climaterio la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades. Durante el climaterio, la respuesta sexual de la mujer puede verse afectada por una serie de factores, desde los cambios fisiológicos propios de esta etapa y el estado de salud física hasta factores culturales, el estado psíquico, la relación con la pareja, la vida sexual previa, la autoestima y la imagen corporal.

Según las características de cada mujer, algunos de estos factores llegarán a tener más o menos influencia en alguna de las fases de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo o más raramente sobre las tres (Astolfi, 2008). Algunos estudios epidemiológicos tratan de arrojar luz sobre esto. En una encuesta llevada a cabo en 2001 con mujeres australianas con edades comprendidas en 45 y 55 años para conocer si había cambios en el interés sexual durante los 12 meses anteriores, se encontró que la mayoría de la mujeres (62%) no reportó cambios en su interés sexual, mientras el 31% reportó un decrecimiento (Sala y Gonzales, 2005).

Otro estudio realizado en Dinamarca, dirigido a conocer la naturaleza de la vivencia del deseo sexual durante el climaterio y a intentar identificar predictores de frecuencia y cambios del deseo sexual en una cohorte de 474 mujeres nacidas en 1936 que fueron entrevistadas a los 40, 45 y 51 años, el 70% no había experimentado cambio en su deseo sexual durante el período estudiado. La frecuencia y cambio en el deseo sexual experimentado por las mujeres de 51 años no se relacionó con la ocurrencia de la menopausia. La frecuencia del deseo sexual se relacionó altamente con la percepción que tenía de su salud anterior y presente, con la disponibilidad de pareja y con el status social. La anticipación de declinación del deseo sexual a consecuencia de la menopausia realmente predijo un decrecimiento (Sala y Gonzales, 2005).

Al hablar de los cambios fisiológicos, se indica que estos pueden deberse a diversos factores. Por un lado, la disminución de los estrógenos determina una disminución en el volumen y velocidad de producción de la lubricación vaginal, que sumado a la paulatina pérdida de elasticidad y atrofia, disminuye la capacidad de la vagina de tolerar penetraciones profundas o prolongadas y puede generar desde dispareunia hasta un vaginismo, generando una disfunción en la fase de excitación. La mujer se siente confundida por la discrepancia entre sus sentimientos de excitación sexual y la respuesta vaginal escasa y tardía y su compañero está igualmente confundido y reacciona como si la sequedad fuera una señal de rechazo o que no puede excitar a su pareja y se autoculpa (Astolfi, 2008). De igual manera cuando la concentración de estrógenos disminuye se produce progresivamente una atrofia tisular a nivel vaginal, vulvar, uretral y del trígono vesical. Esta condición aumenta la posibilidad de traumatismos, infecciones y dolor durante el coito, disminuyendo el placer sexual. Esta disfunción sexual determina una marcada disminución, hasta incluso la abolición del interés por el sexo.

Existen varios factores mecánicos resultantes del desajuste endocrino que ocasiona a veces dolor durante el coito en esta etapa; los síntomas de dispareunia (dolor en la penetración) y de disuria (malestar al orinar) se deben por lo general a los cambios físicos que se presentan en esta edad, en este sentido, al intenso adelgazamiento de la mucosa vaginal y a la reducción de la capacidad de distensión de la vagina. La sexualidad de la mujer sufre ciertos cambios con la edad. Además de lo mencionado anteriormente, la disminución de la congestión genital en general determina una disminución de la plataforma orgásmica, de la coloración de los labios mayores y menores, menos cambios a nivel del clítoris, menor erección de los pezones así como disminución del tamaño del útero y de la intensidad de sus contracciones durante el orgasmo (Astolfi, 2008).

En la menopausia y después de ella, además de los posibles cambios físicos que se pueden operar en la mujer y ante los cuales se llegan a considerar diversos abordajes médicos, es indispensable revisar y desarrollar otras áreas que favorezcan el manejo integral de las mujeres. En la madurez y la vejez se van dando paulatinos cambios que llevan a una disminución en la respuesta sexual y a la necesidad de acomodación personal y de pareja. Muchas veces, la inhibición del deseo puede relacionarse directamente con la disminución de los estrógenos, lo que además implica un enlentecimiento general de la respuesta sexual, así como también con la inhibición, la vergüenza y la culpa por desear a esa edad. Pero no todas las mujeres experimentan

un descenso del apetito sexual; las que en los años anteriores han alcanzado un buen nivel de satisfacción probablemente no advertirán ningún cambio en el placer o el deseo, mientras que otras referirán un aumento al sentirse liberadas de la posibilidad de un embarazo y/o disponer de mayor intimidad tras la partida de los hijos.

Un estudio realizado por Lugones, Valdez y Pérez (1995), en la Habana, Cuba, consistió en aplicar un cuestionario anónimo donde se recogieron las siguientes variables: edad, estado conyugal, edad de aparición de la menopausia, algunas características de la sexualidad y de las relaciones conyugales y familiares y principales síntomas psicológicos. Se concluyó que la mayoría de las pacientes tenían pareja estable, hubo incidencia de síntomas síquicos, predominó la ansiedad, la depresión y la irritabilidad, así como las alteraciones en la esfera sexual fundamentalmente en las postmenopáusicas. En relación con algunas de las características de la sexualidad se observó que predominó la evitación de las relaciones sexuales en mujeres postmenopáusicas con un 84,6%, con diferencias significativas en relación con las perimenopáusicas con un 40,6%, la disminución del deseo sexual con un 75,0% en mujeres postmenopáusicas y 59,6% perimenopáusicas, el dolor a la penetración y la insatisfacción fueron otros de los síntomas más frecuentes, y se encontraron alteraciones en las relaciones familiares dadas principalmente por la falta de comunicación y las discusiones en ambos grupos (Lugones, Valdés y Pérez, 1999).

En un estudio realizado por Cawood y Bancroft (1996), con un grupo de 141 mujeres, con el objetivo de investigar los factores determinantes de la sexualidad y el bienestar en la muestra, se encontró que ninguno de los parámetros hormonales predijo significativamente las medidas de la sexualidad; los aspectos más importantes fueron relación sexual, actitudes sexuales y las medidas de bienestar. Cabe resaltar que la actitud sexual de la mujer dependerá, por un lado, de la calidad de la relación de pareja y de cómo fue su vida sexual anteriormente y, por otro, de cómo su pareja reaccione ante los cambios de ella y la manera en que encare su propia vida sexual, ya que suele coincidir con su propio climaterio y puede llegar a sufrir él mismo alguna disfunción sexual. En definitiva, si la mujer acepta su sexualidad después de la menopausia, conoce los cambios propios y de su compañero y está preparada para adaptarse a los mismos (y siempre que no haya causas médicas o medicamentosas de disfunción sexual), puede aprender a disfrutar de otra manera, tal vez de encuentros más largos pero no por ello menos gratificantes o placenteros. Para

esto es fundamental el rol del profesional de la salud en cuanto al asesoramiento y la educación sexual de la mujer y la pareja (Astolfi, 2008).

Hallstrom (2004, citado por Urey, 2004) ha estudiado la actividad sexual de 800 mujeres de 38, 46, 50 y 54 años y entre ellas 181 eran menopáusicas. Las mujeres de 38 años, servían de testigo y las otras estaban repartidas en 4 grupos en relación a la Menopausia: Pre-menopausia, Perimenopausia, Menopausia reciente y Menopausia tardía. Mientras más se avanzaba en el proceso menopáusico, más se encontraba una disminución del interés por la sexualidad y una disminución en la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales. A los 54 años, 52% de las mujeres tenían un débil o nulo interés por la sexualidad contra 20% de las mujeres de 38 años.

Keep y Kellerhals (2004, citados por Urey, 2004), constataron con 448 mujeres Suizas que la menopausia lleva a una disminución de la frecuencia y de la calidad de las relaciones sexuales. En Bolonia, Bottigliani y De Aloysio (2004, citados por Urey, 2004), han comprobado las diferencias entre las mujeres menopáusicas y las que no son menopáusicas, el 79% de las menopáusicas señalan una disminución del interés por la sexualidad; por otro lado ellos verificaron relaciones menos placenteras y los orgasmos menos frecuentes. Globalmente se puede decir que en la menopausia y en los años que siguen, una mayoría de las mujeres informa modificaciones de la sexualidad: menos frecuentes los coitos, disminución del placer, del deseo y aumentan las dispareunias.

En resumen, el llegar a la etapa del climaterio no significa acabar con la vida sexual, es buscar la plenitud, sentirse satisfecha y contenta con los altibajos de la vida, es seguir desarrollando la sexualidad, vivir con calidad de vida, es estar muy activa y participar dentro de todo el contexto de desenvolvimiento social y cultural, aceptando las condiciones orgánicas que supone esta fase, pero buscando alternativas que ayuden y faciliten la vivencia de una sexualidad satisfactoria.

6.4.4. Climaterio e Irritabilidad

Desde el nacimiento el organismo experimenta múltiples cambios que van acondicionando para cada etapa de la vida. Las consecuencias psicológicas son muy comunes, pudiendo producirse alteraciones en el estado de ánimo y cambios de humor. El climaterio es un proceso donde la mujer experimenta múltiples sentimientos, por lo que las crisis de edad suelen acarrear una mayor inseguridad. Por lo tanto los cambios que se presentan en la etapa del climaterio

pueden causar en algunas mujeres una visión negativa en cuanto a la experiencia de esta fase, convirtiéndola en un suceso estresante (Gutiérrez, Larroy y León, 2004). Sin embargo son numerosos los factores que pueden llegar a obstaculizar la estabilidad emocional de una persona siendo un poco más visible en la etapa del climaterio, en este sentido los cambios de humor se dan en la esfera física y psicológica, los cuales están relacionados con el estrés diario, el exceso de trabajo y fatiga.

Los síntomas como la irritabilidad, la depresión, la ira y la ansiedad son manifestaciones que frecuentemente inician en el periodo de la menopausia. Esto se puede comprender por la disminución en los niveles sanguíneos de estrógenos determina la alteración del sistema neuroendocrino que regula la función cerebral humor y comportamiento. Las hormonas, el estrógeno y la progesterona tienen un efecto sobre el estado mental, produciendo los cambios de humor. Desde el punto de vista endocrinológico la serotonina está relacionada con el humor, cuando no se encuentra regulada aparecen los *cambios de humor*. Deutsh (1949, citado por Doan, 1987) menciona que la progesterona y los estrógenos afectan directamente al metabolismo de las catecolaminas, grupo de agentes químicos que juegan un papel importante en la mediatización de las emociones, especialmente en la depresión y en la euforia.

El climaterio es una etapa en donde la mujer debe realizar ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional, ya que hay situaciones de pérdida de características femeninas y prejuicios sociales hacia el climaterio, estos aspectos pueden actuar como desencadenantes de estrés, afectando la salud tanto física como psicológica (Carranza, 1998).

Este conjunto de variables puede explicar porque algunas mujeres reaccionan ante la menopausia con mayor inestabilidad emocional que otras, en este sentido para Sánchez y Romeo (1996), los síntomas psicológicos no están asociados a la menopausia sino las características de índole personal y social que son previas a esta etapa del ciclo vital en las mujeres.

La hostilidad es considerada como una variable compleja, definiéndose como una actitud negativa hacia los demás; autores como Palmero, Diez, Diago, Moreno y Oblitas (2007), mencionan tres manifestaciones para el concepto de hostilidad, a nivel cognitivo, afectivo y conductual, en las que se plasman las creencias negativas sobre las demás personas, estados emocionales como la ira, el enfado y el disgusto y agresiones verbales o físicas. Por lo tanto el término de hostilidad puede definirse como una disposición cognitiva, el componente de ira

puede ser descrito como una reacción emocional y el componente de agresión puede ser entendido como una conducta o una acción (León, Paso, Marfil y Vila, 2004).

Las mujeres en esta etapa se vuelven más irritables, sensibles, con mayor tendencia al llanto y cambios de ánimo debido a los cambios hormonales y a los cambios físicos, económicos y crisis familiares que van presentando a lo largo de esta nueva etapa. Desde el inicio de la perimenopausia, es frecuente que la mujer se enfrente a situaciones estresantes adicionales, como el trato con hijos adolescentes, sentimientos de pérdida, como el tener que asumir la incapacidad de tener hijos, sentirse menos bella y de igual manera ver como poco a poco entra en la etapa de la vejez. Para González (1996), estos cambios que se observan a nivel emocional y psicológico responden más que nada al patrón de vida que la mujer ha llevado previo a su menopausia, de igual manera la depresión puede ser el resultado de factores que tienen que ver con una falta personal de un rol significativo en su medio y a una baja autoestima más que a cambios hormonales.

Para autores como Damaso y Ortigosa (2000), estos aspectos tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica de la vida que amenaza su ajuste, imagen y autoconcepto, y sobre todo la actitud hacia el climaterio, las mujeres con personalidad ansiosa y con baja autoestima o depresivas, presentan con mayor frecuencia sintomatología climatérica que las autoafirmativas o con mayor autocontrol.

Desde que se estudia el estrés, se ha relacionado con el trascurso vital, sin embargo para el autor Vidal (1993), implica una transacción del organismo con su entorno, caracterizándose por una descompensación entre las demandas que el ambiente plantea y los recursos disponibles para hacer frente a tales demandas. Este término se emplea para hacer referencia a una amplia gama de experiencias como por ejemplo nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares (Oblitas, 2004).

En principio, el estrés se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. De esta manera el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). El grado de estrés que la mujer experimenta depende de numerosos factores entre los cuales se encuentran: el tipo de síntomas, su cantidad, frecuencia, duración e intensidad, la existencia de otros sucesos de tensión en el seno de la familia el trabajo, o la vida social, la

habilidad para buscar consejo o asistencia médica, la opinión de la menopausia, los cambios de pareja y las pérdidas sociales o laborales.

Existen varias perspectivas que conceptualizan el estrés desde diferentes puntos de vista, estas perspectivas son ambiental, psicológica y biológica. La perspectiva *ambiental* le da mayor énfasis a los eventos estresantes de vida que se relacionan con el desarrollo de enfermedades físicas. La perspectiva *psicológica* le da mayor énfasis a cómo las personas perciben y evalúan las experiencias vividas y la perspectiva *biológica* se centra en la activación de los sistemas fisiológicos que responden a las exigencias físicas y psicológicas (Santos, Bernal y Bonilla, 1998).

En un estudio realizado por Punyahotra et al., (1997, citados por Sunsern, 2002) los resultados mostraron que los niveles de estrógenos se asocian con un aumento en los índices de estrés psicosocial. Dennerstein (1996 citado por Sunsern, 2002) encontró que los factores asociados con el estado de ánimo negativo incluyen el estrés social y familiar y las actitudes negativas hacia la menopausia. Así mismo el papel del ejercicio en el estrés tiene múltiples ventajas, atenúa las respuestas fisiológicas originadas por el estrés, y mejora la sintomatología psíquica acompañante.

Hay varias explicaciones de por qué el ejercicio aeróbico puede reducir el estrés, este puede servir como estrategia de afrontamiento, lo que produce la percepción positiva de competencia física y mejora la percepción del cuerpo, y los sentimientos de comodidad.

El ejercicio también puede producir una elevación inmediata del ánimo, uno relacionado con elementos fisiológicos y psicológicos que pueden ser especialmente útiles en aquellas mujeres postmenopáusicas que son propensas al estrés. La elevación de ánimo, a su vez, probablemente tiene un efecto favorable sobre la percepción de salud (Sunsern, 2002).

Los cambios de temperamento en una mujer pueden ser muy impredecibles, no sólo para ella, sino también para su familia. De esta manera para hacer frente a los cambios de humor de manera eficaz, es importante comprender sus causas y factores.

Los anteriores elementos sirven como soporte para estimar la importancia de implementar programas dirigidos a mejorar los aspectos psicológicos asociados con el climaterio que contribuyan a disminuir los efectos adversos de la vivencia de un periodo normal en la vida de una mujer apuntando a un mejoramiento en su satisfacción vital y de su salud en general.

7. MÉTODO

7.1 Tipo de Investigación

La investigación realizada es de tipo longitudinal, con el cual se busca medir la muestra antes y después de la aplicación del protocolo de intervención en mujeres en etapa de climaterio.

7.2. Diseño

Se implementó el diseño correspondiente a un estudio cuasiexperimental con medida *pretest posttest y grupo control*.

7.3. Participantes

Se trabajó con mujeres en etapa de climaterio vinculadas a la Institución Prestadora de Servicios de Salud SERVIR S.A de Humanavivir y Solsalud.

7.4. Muestra

La muestra seleccionada para el presente proyecto se conformó por 36 mujeres, la cual se dividió en dos grupos: 18 mujeres pertenecieron al grupo experimental y participaron en la implementación del protocolo de intervención en mujeres en etapa de climaterio, se encontraban en etapas de premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia y el grupo control se conformó por 18 mujeres las cuales no participaron del protocolo de intervención. El rango de edad osciló ente los 40 y los 59 años de edad para ambos grupos, con una media de edad de 49 años.

7.5. Lugar

Institución Prestadora de Servicios de Salud SERVIR S.A. vinculadas a las EPS de Humanavivir y Solsalud.

7.6 Instrumentos

1. Inventario de Depresión de Beck (BDI II) en el presente proyecto se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vásquez (2003). Este instrumento de autoinforme es una de las pruebas más utilizadas en el ámbito clínico para valorar la existencia o severidad de síntomas depresivos.

Los 21 reactivos que conforman este instrumento evalúan síntomas a nivel cognitivo, motor, afectivo y somático. Cada ítem puede puntuar de 0 a 3 de acuerdo a la respuesta dada por el

paciente. Los niveles de severidad corresponden a la sumatoria de los 21 ítems: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave (>29) puntos.

El coeficiente alfa de la prueba es de 0,89, lo cual indica un nivel de consistencia interna más elevado en comparación con el BDI-I. Los ítems del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSMIV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (Sanz, Navarro y Vásquez, 2003).

2. *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)* de *Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970)*, contiene 20 reactivos en escala tipo Likert y la valoración de sus puntajes va de 1-4 (nada-mucho). El valor mínimo en la puntuación es 20 y máximo 80. Esta escala de ansiedad estado se utilizó para aplicar a la muestra y de esta manera, se exploraron los niveles de ansiedad con el fin de conocerlos, evaluarlos y modificarlos a partir del programa.

Los datos de validación del STAI respaldan su utilización como instrumento de medida. En la validación española desarrollada por Bermúdez (1978) se indican valores de consistencia interna para muestras tanto normales como clínicas, similares a las obtenidas en los estudios originales y que oscilan entre 0,82 y 0,92, al igual que los valores test- retest, entre 0,70 y 0,80. En la misma línea, los índices de la validez convergente y discriminante obtenidos en la adaptación española corroboran las adecuadas propiedades psicométricas de la prueba (Bermúdez, Iglesias, Sandín, Urraca.)

3. *Cuestionario índice de Función Sexual Femenina (IFSF)* el cual mide la satisfacción sexual de las mujeres, consta de 19 preguntas y basado en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Blumel, Binfa, Cataldo y Carrasco, 2004), la consistencia interna de la prueba es de 0,70, lo cual muestra sus adecuadas propiedades psicométricas.

4. *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)* de *Spielberger Charles (2001)*, permite evaluar las distintas facetas de la ira, consta de un total de 44 ítems distribuidos en tres partes con instrucciones específicas y que corresponden a las medidas de estado, rasgo y expresión de ira. *Estado*: la primera parte corresponde a esta escala, compuesta de 10 ítems (del 1 al 10).

El sujeto debe responder a cada ítem en una escala de 4 puntos, reflejando cómo se siente en ese momento (1. No en absoluto; 2. Algo; 3. Moderadamente; 4. Mucho). *Rasgo*: la segunda parte da lugar a una escala y dos subescalas: la escala de Rasgo y las subescalas de Temperamento y Reacción de ira. Está compuesta por 10 ítems (del 11 al 20) a los que el sujeto debe contestar en

una escala de 4 puntos (1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. A menudo; 4. Casi siempre) debiendo responder a los ítems en función de cómo se siente normalmente. *Expresión* a partir de los ítems de esta última parte se obtienen cuatro escalas: Ira interna, Ira externa, Control de ira y Expresión de ira. Está compuesta por 24 ítems (del 21 al 44) que reflejan sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada. El sujeto debe puntuar cada ítem según una escala de 4 puntos (1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. A menudo; 4. Casi siempre). Los ítems reflejan cómo reacciona o se comporta cuando está enfadado o enfurecido.

Para estudiar la fiabilidad y la consistencia interna del STAXI-2 se llevaron a cabo dos estudios. En primer lugar se hicieron pruebas de correlación test-retest con intervalo temporal de dos meses. Y en segundo lugar, para estudiar su consistencia interna, se calculó el coeficiente alpha de Croanbach. Los resultados del primer estudio indican que el STAXI-2 es una prueba fiable, con una correlación test-retest de 0,71 en la escala de rasgo de ira. Los valores en las escalas de expresión son algo más bajos, 0.59 y 0.61 (Tobal, Morales, Vindel, Spielberger, 2001).

Los resultados encontrados en las escalas y subescala del STAXI-2 con el coeficiente alpha de Croanbach, indican una buena consistencia interna, con valor de 0,89 en la escala de Estado de ira, o de 0,82 en la escala de Rasgo de ira (Tobal, Morales, Vindel, Spielberger, 2001).

7.7. Procedimiento.

1. Selección de la muestra de estudio: *Conformación del grupo control y experimental:* las mujeres pertenecientes al grupo experimental fueron seleccionadas a partir de la convocatoria que se realizó en las EPS de Humanavivir y Solsalud. Las mujeres fueron informadas del trabajo que se estaba realizando en cuanto al programa de intervención psicológica y teniendo en cuenta su consentimiento se llevó a cabo la evaluación (Ver Anexo 1). Las mujeres pertenecientes al grupo control fueron seleccionadas de dos maneras: algunas con la base de datos pertenecientes a las diferentes EPS y otras al azar después de la consulta médica, siempre y cuando cumplieran la condición de encontrarse en la etapa del climaterio.

2. Implementación del protocolo de intervención en mujeres en la etapa del Climaterio: Fue realizado mediante 13 sesiones, esta intervención se realizó semanalmente, con una duración de aproximadamente hora y media; allí se abordaron temas relacionados con la etapa del Climaterio, la menopausia, cambios físicos y psicológicos, sexualidad y estrés entre otros (Ver Anexo 2). Iniciado el protocolo de Intervención se aplicó la batería de pruebas. De igual forma los

instrumentos fueron aplicados nuevamente al finalizar el protocolo, con el fin de comparar los resultados.

3. Recolección y análisis de la información de los datos obtenidos: Los datos se analizaron mediante el SPSS versión 11.0., realizando pruebas estadísticas básicas, desde descriptivas hasta comparación de medias mediante t de student y Anova de un factor.

4. Elaboración y presentación de informe: Mediante convocatoria telefónica se citó a las mujeres participantes para recibir los resultados de la intervención. Además se entregó copia del informe en la IPS SERVIR S.A.

8. RESULTADOS

El siguiente apartado describe los resultados del análisis de la información recolectada acerca de la implementación de un protocolo de intervención psicológica durante la etapa del climaterio en una muestra de usuarias de SERVIR S.A.

Inicialmente se realizó un análisis de las características demográficas de la muestra con la que se trabajó. Posteriormente se presentan los resultados de cada una de las pruebas utilizadas: Inventario de Depresión de Beck (BDI II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), tanto en el pretest como en el postest.

Los resultados se muestran tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

La muestra estuvo compuesta por un total de 36 mujeres divididas en dos grupos: grupo experimental y grupo control, cada uno con 18 mujeres. Para el *grupo experimental* la media de edad fue de 49 años con una desviación típica de 3.6 y un rango entre 44 y 57 años de edad. La EPS a la que pertenecen las mujeres de la muestra corresponde a Humanavivir (50%) y Solsalud (50%). En cuanto al estado civil la mayor prevalencia es de las casadas con un 50%, en unión libre 22.2% y solteras con un 16.7%. El 94.4% tiene hijos. Al observar el nivel de escolaridad, se puede observar que el 38.9% tiene estudios primarios y secundarios, seguidos del 16.7% de estudios universitarios. Al analizar la profesión de las mujeres en etapa de climaterio se puede observar que la mayoría son amas de casa (44.4%), el 16.7% son modistas y el 11.1% son trabajadoras independientes.

Por su parte, el *grupo control* estuvo conformado por 18 mujeres, con una media de edad de 49.5 años y una desviación típica de 5.4 con un rango entre 40 y 59 años de edad, la EPS de donde proviene la mayoría de las mujeres es de Humanavivir con un 61.1% seguida de Solsalud con un 38.9%. En cuanto al estado civil se encuentra que son en su mayoría casadas con un 83.3%, y solteras con un 16.7%. El 89.9% tiene hijos. Al observar el nivel de escolaridad, se puede observar que el 38.9% tiene estudios secundarios, el 22.2% estudios primarios y de post grado, respectivamente seguidos del 16.7% en estudios universitarios. Al analizar la profesión de las mujeres en etapa de climaterio se puede observar claramente que la mayoría son amas de casa (50%), el 16.7% son enfermeras y el 11.1% son docentes.

En la tabla 1 se observan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas. Así como la comparación de medias entre grupo experimental pretest y grupo control. Adicionalmente se observa el porcentaje de altos puntajes obtenidos en las pruebas los cuales fueron calculados a partir de la media de cada grupo más una desviación típica.

En relación con las medias obtenidas se puede observar que el grupo experimental pretest obtuvo puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas evaluadas, siendo mayores las medias en el BDI-II, STAI-R y en las subescalas de reacción de ira, la escala de rasgo de ira, expresión externa y expresión interna de la ira y el índice de expresión de ira. Por su parte, el grupo control obtuvo mayor puntuación en la subescala control interno de la ira. No obstante, la única diferencia estadísticamente significativa $t(34) = 218, p < 0,05$, se observó en la subescala reacción de ira, que como ya se indicó fue mayor en el grupo experimental pretest.

Por su parte, en la columna en que se presentan los porcentajes de altos puntajes obtenidos por los grupos entendidos como puntuaciones clínicas, en todas las pruebas excepto en el IFSF donde a mayor puntuación menor dificultad; se observa que para el caso del grupo experimental pretest los puntajes más altos se obtuvieron en las escalas de STAI-E, reacción de ira, expresión externa de ira, expresión interna de ira y control externo de la ira. Mientras que el grupo control obtuvo un mayor porcentaje de altos puntajes en las escalas BDI-II, IFSF, estado de ira, temperamento de ira e índice de expresión de la ira. En las demás escalas y subescalas los porcentajes de altos puntajes fueron similares entre los grupos.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos y comparación de medias entre grupo experimental y grupo control en el pretest en las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>% Altos puntajes</i>	<i>T</i>
BDI – II	Grupo Experimental	19.22	13.17	16.7%	1.48
	Grupo Control	12.72	13.02	22.4%	
STAI -E	Grupo Experimental	30.88	9.90	22.3%	-0.04
	Grupo Control	31.00	10.70	16.8%	
STAI –R	Grupo Experimental	37.22	11.25	16.8%	1.54
	Grupo Control	30.83	13.40	16.8%	
IFSF	Grupo Experimental	75.64	6.12	11.2%	0.80
	Grupo Control	74.13	3.79	16.8%	
Sentimiento de ira	Grupo Experimental	5.17	0.38	16.7%	-1.11
	Grupo Control	5.44	0.98	22.2%	
Expresión Física	Grupo Experimental	5.06	0.23	100.0%	0.00
	Grupo Control	5.06	0.23	100.0%	
Expresión Verbal	Grupo Experimental	5.28	0.95	11.2%	0.43
	Grupo Control	5.17	0.51	11.2%	
Estado de Ira	Grupo Experimental	15.50	1.42	5.6%	-0.34
	Grupo Control	15.67	1.45	11.2%	
Temperamento de ira	Grupo Experimental	8.39	4.13	16.8%	0.75
	Grupo Control	7.50	2.81	22.3%	
Reacción de ira	Grupo Experimental	13.44*	4.68	33.4%	2.18
	Grupo Control	10.28	3.99	16.8%	
Rasgo de Ira	Grupo Experimental	21.83	7.45	16.8%	1.78
	Grupo Control	17.78	6.13	16.8%	
Expresión Externa de Ira	Grupo Experimental	10.83	3.05	27.9%	1.32
	Grupo Control	9.50	2.99	16.8%	
Expresión Interna de ira	Grupo Experimental	12.56	2.93	27.9%	0.96
	Grupo Control	11.50	3.56	22.3%	
Control Externo de la ira	Grupo Experimental	18.94	4.94	38.9%	0.03
	Grupo Control	18.89	4.99	22.2%	
Control Interno de la ira	Grupo Experimental	15.89	5.72	22.2%	-0.74
	Grupo Control	17.33	5.93	22.3%	
Índice de Expresión de la ira	Grupo Experimental	24.56	12.20	16.8%	0.91
	Grupo Control	20.78	12.65	22.3%	

* p<0,05

Por su parte en la tabla 2 se observan los estadísticos descriptivos, la comparación de medias y los porcentajes de altos puntajes para el grupo experimental pretest y postest. Los resultados permiten observar que con respecto a las medias, se encuentra una disminución en la mayoría de escalas y subescalas, aunque no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, entre las dos aplicaciones. Sin embargo en las escalas BDI-II, STAI-E, STAI-R y en las subescalas expresión verbal, temperamento de ira, reacción de ira, rasgo de ira, expresión externa de la ira, expresión interna de la ira e índice de expresión de la ira, son mayores para el grupo experimental pretest. En cuanto al IFSF se encontró un incremento en la media en el postest, lo cual indica una mejoría en cuanto a la percepción de las mujeres frente a su satisfacción sexual.

Por su parte, con relación a los altos puntuadores se encuentra que hubo una disminución de estos en la mayoría de las escalas y subescalas como era de esperarse. No obstante, en las subescalas sentimiento de ira, expresión física, expresión verbal, reacción de ira, expresión externa de la ira, expresión interna de la ira, control externo de la ira e índice de expresión de la ira, se evidenció por el contrario, un aumento de los altos puntajes.

Para el caso de IFSF se encontró que el grupo experimental postest obtuvo una puntuación más baja con relación al pretest, lo cual indica que en este grupo hay una disminución en la satisfacción sexual de las mujeres.

La tabla 3 muestra la comparación de medias, desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas y de igual manera se observa el porcentaje de altos puntajes para el grupo experimental postest y el grupo control.

Para la escala de BDI-II la media es mayor para el grupo experimental postest mientras que para los altos puntuadores el porcentaje mayor lo obtuvo el grupo control; en el STRAI-E tanto en la media como en los altos puntuadores el mayor puntaje fue para el grupo control y en el STAI-R los altos puntuadores se mantienen estables. Para la escala de IFSF la media más alta es para el grupo postest, en los alto puntuadores el porcentaje más alto lo obtuvo el grupo control.

En cuanto al estado de ira hay una disminución de la media en el grupo experimental postest y el porcentaje de altos puntajes es para el grupo control. Para el rasgo de ira la media aumentó en el grupo experimental postest, mientras que los alto puntuadores se mantuvieron estables como era de esperarse. Para las subescalas de expresión de ira los alto puntuadores se mantuvieron estables y en las medias las puntuaciones fueron similares; en el control externo de la ira la media se mantuvo y en los alto puntuadores disminuyo con relación al grupo control.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos y comparación de medias entre grupo experimental pretest y postest en las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>% Altos puntajes</i>	<i>T</i>
BDI – II	Grupo Experimental Pretest	19.22	13.17	16.7%	1,42
	Grupo Experimental Postest	13.61	10.20	16.8%	
STAI -E	Grupo Experimental Pretest	30.88	9.90	22.3%	1.21
	Grupo Experimental Postest	27.11	8.44	11.2%	
STAI –R	Grupo Experimental Pretest	37.22	11.25	16.8%	1,07
	Grupo Experimental Postest	32.72	13.75	16.8%	
IFSF	Grupo Experimental Pretest	75.64	6.12	11.2%	-0.44
	Grupo Experimental Postest	76.86	8.32	5.6%	
Sentimiento de ira	Grupo Experimental Pretest	5.17	0.38	16.7%	0,40
	Grupo Experimental Postest	5.12	0.33	94,4%	
Expresión Física	Grupo Experimental Pretest	5.06	0.23	100,0%	-0,44
	Grupo Experimental Postest	5.11	0.47	5.6%	
Expresión Verbal	Grupo Experimental Pretest	5.28	0.95	11.2%	0,39
	Grupo Experimental Postest	5.17	0.70	5.6%	
Estado de ira	Grupo Experimental Pretest	15.50	1.42	5.6%	0.19
	Grupo Experimental Postest	15.41	1.22	5.6%	
Temperamento de ira	Grupo Experimental Pretest	8.39	4.13	16.8%	0,42
	Grupo Experimental Postest	7.89	2.74	16.7%	
Reacción de Ira	Grupo Experimental Pretest	13.44	4.68	33.4%	0,80
	Grupo Experimental Postest	12.22	4.46	16.7%	
Rasgo de Ira	Grupo Experimental Pretest	21.83	7.45	16.8%	0,74
	Grupo Experimental Postest	20.11	6.44	16.8%	
Expresión Externa de la ira	Grupo Experimental Pretest	10.83	3.05	27.9%	1,60
	Grupo Experimental Postest	9.39	2.27	16.7%	
Expresión Interna de la ira	Grupo Experimental Pretest	12.56	2.93	27.9%	1,84
	Grupo Experimental Postest	11.00	2.05	22.3%	
Control Externo de la ira	Grupo Experimental Pretest	18.94	4.94	38.9%	0,07
	Grupo Experimental Postest	18.83	4.20	27.8%	
Control Interno de la ira	Grupo Experimental Pretest	15.89	5.72	22.2%	-1,43
	Grupo Experimental Postest	18.50	5.15	22.2%	
Índice de Expresión de la ira	Grupo Experimental Pretest	24.56	12.20	16.8%	1,47
	Grupo Experimental Postest	19.06	10.15	22.3%	

Tabla 3: Estadísticos descriptivos y comparación de medias entre grupo experimental posttest y grupo control en las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI II), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI), Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>% Altos puntajes</i>	<i>T</i>
BDI – II	Grupo Experimental Posttest	13.61	10.20	16.8%	0,22
	Grupo Control	12.72	13.02	22.4%	
STAI -E	Grupo Experimental Posttest	27.11	8.44	11.2%	-1,21
	Grupo Control	31.00	10.70	16.8%	
STAI –R	Grupo Experimental Posttest	32.72	13.75	16.8%	0,41
	Grupo Control	30.83	13.40	16.8%	
IFSF	Grupo Experimental Posttest	76.86	8.32	5.6%	1,14
	Grupo Control	74.13	3.79	16.8%	
Sentimiento de ira	Grupo Experimental Posttest	5.12	0.33	94.4%	-1,30
	Grupo Control	5.44	0.98	22.2%	
Expresión Física	Grupo Experimental Posttest	5.11	0.47	5.6%	0,44
	Grupo Control	5.06	0.23	100.0%	
Expresión Verbal	Grupo Experimental Posttest	5.17	0.70	5.6%	0,00
	Grupo Control	5.17	0.51	11.2%	
Estado de ira	Grupo Experimental Posttest	15.41	1.22	5.6%	-0,55
	Grupo Control	15.67	1.45	11.2%	
Temperamento de ira	Grupo Experimental Posttest	7.89	2.74	16.7%	0,42
	Grupo Control	7.50	2.81	22.3%	
Reacción de Ira	Grupo Experimental Posttest	12.22	4.46	16.7%	1,37
	Grupo Control	10.28	3.99	16.8%	
Rasgo de Ira	Grupo Experimental Posttest	20.11	6.44	16.8%	1,11
	Grupo Control	17.78	6.13	16.8%	
Expresión Externa de la ira	Grupo Experimental Posttest	9.39	2.27	16.7%	-0,12
	Grupo Control	9.50	2.99	16.8%	
Expresión Interna de la ira	Grupo Experimental Posttest	11.00	2.05	22.3%	-0,51
	Grupo Control	11.50	3.56	22.3%	
Control Externo de la ira	Grupo Experimental Posttest	18.83	4.20	27.8%	-0,03
	Grupo Control	18.89	4.99	22.2%	
Control Interno de la ira	Grupo Experimental Posttest	18.50	5.15	22.2%	0,63
	Grupo Control	17.33	5.93	22.3%	
Índice de Expresión de la ira	Grupo Experimental Posttest	19.06	10.15	22.3%	-0,45
	Grupo Control	20.78	12.65	22.3%	

9. DISCUSION

El climaterio es una etapa muy importante en la vida de la mujer, es el periodo de transición que pone término a la capacidad reproductiva y tiene profundas implicaciones para la salud de la población femenina a largo, mediano y corto plazo (Khaw, 1992 citado por Vásquez, et al, 1996). Por lo tanto, es necesario reconocer la importancia que tiene la etapa del climaterio en la mujer para la verdadera comprensión de todos los procesos físicos, biológicos, emocionales y psicosociales.

Los hallazgos de la presente investigación son presentados teniendo en cuenta cuatro variables: Depresión, Ansiedad, Función Sexual Femenina e Ira. Cabe resaltar que la muestra con la que se trabajó permitió realizar un estudio comparativo y obtener resultados diferenciales que permiten tener una panorámica de los aspectos evaluados.

Los resultados del presente estudio indican que existe una tendencia en las personas en la etapa del climaterio a presentar síntomas de depresión; con relación a las medias obtenidas hubo una disminución de aproximadamente siete puntos entre el grupo experimental posttest y pretest lo cual indica que el protocolo de intervención disminuyó los síntomas depresivos que presentan las mujeres en esta etapa y con respecto al grupo control se observa que los alto puntuadores son mayores. No obstante, al recibir los puntajes de alto puntuadores, esto es, los puntajes que podrían considerarse clínicos, se observa que estos se mantuvieron similares en los grupos, lo que podría indicar que si bien se logra impactar en algunos síntomas depresivos, si se presentara un caso de depresión clínica es difícil pensar que el protocolo implementado logre mayores modificaciones allí, lo cual puede verse reflejado en la no disminución de los altos puntuadores en el posttest.

Los resultados de esta investigación confirman los hallazgos arrojados por el estudio de Lara, Bravo, Meléndez y Gutiérrez (2002), que indica que la prevalencia de depresión durante la menopausia, es con una frecuencia considerable mayor del 22%.

Algunas de las variables que explican la presencia de síntomas depresivos en el climaterio corresponden a la relación que se establece con los factores socioculturales y familiares debido a la importancia que estos tienen en el periodo al que las mujeres se enfrentan. Para autores como Ballinger, et al., 1985, Mckinlay et al., 1987, (citados por Cervantes, 2001), la etiología de la depresión en la mujer climatérica se basa en los cambios psicológicos y socioculturales por los

que atraviesa durante estos años, estos cambios incluyen el sentimiento de pérdida de la femineidad, cambios físicos, la pérdida o jubilación del empleo, entre otros. De igual manera esto se ve reflejado en el estudio realizado por Pérez, Sánchez e Hidalgo (1998), cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la mayor o menor severidad de sus síntomas no parecen apartarse de los patrones que caracterizan las otras formas de depresión, sino que la depresión durante la menopausia está asociada a factores como la menopausia quirúrgica, depresión previa (la variable más predictiva), estado de salud, problemas menstruales, estrés social o familiar y actitudes negativas hacia la menopausia.

Otro de los factores por los cuales se pueden explicar los síntomas depresivos en la etapa del climaterio son los procesos biológicos que se presentan en el organismo, en este sentido, esto se ve reflejado en el presente estudio cuando las mujeres a lo largo de las sesiones del protocolo manifiestan principalmente su preocupación por los cambios en su cuerpo, como el aumento de peso, la aparición de arrugas y algunas mencionaban su preocupación con la pareja al no sentirse igual de atractivas como hace años atrás.

Por otra parte, desde un abordaje teórico el climaterio es el inicio de una nueva etapa como mujer que incluye niveles de aceptación y cambios en todas las esferas de la persona, consideradas como un todo, en esta etapa las mujeres presentan sentimientos donde se mezclan la ansiedad, la impulsividad y la tristeza. Autores como Pérez, Sánchez e Hidalgo (1998), señalaron en su estudio la necesidad de educar a las mujeres de forma que encaren de manera más positiva los síntomas que aparecen en la etapa de la menopausia y de esta forma prevenir la aparición de sintomatología depresiva a las múltiples variantes que se relacionan con este proceso.

En resumen, los síntomas depresivos en el climaterio están relacionados con tres factores de gran importancia en esta etapa: los cambios físicos, psicológicos y socioculturales, los cuales influyen de una manera u otra en el desarrollo de esta etapa; pero así mismo se debe recalcar que aunque se presentan cambios, esta etapa no marca el final de la vida. Esta postura se complementa con lo mencionado por Monterrosa (2005), quien expresa que la menopausia es una etapa que se puede hacer rica en vivencias y en experiencias si la mujer adquiere el conocimiento y el dominio relacionado con los cambios que experimenta. La mujer puede seguir disfrutando de su cuerpo y de su espíritu en todas las dimensiones y con todas las proyecciones que desee.

Lo anterior demuestra la necesidad de implementar programas de intervención que favorezcan la salud de la mujer en la etapa del climaterio, ya que este tipo de situaciones se

caracterizan por generar en las personas sentimientos de desinterés y desmotivación, lo cual no permite que las mujeres tengan un desempeño personal adecuado. En relación con la hipótesis planteada se puede indicar que la intervención logra disminuir los síntomas de depresión en el grupo experimental aunque no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Por su parte, en relación con la ansiedad, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control, el grupo experimental y entre las aplicaciones pretest-postest, las medias de las puntuaciones disminuyeron notoriamente en ambas escalas. El grupo experimental pretest obtuvo un porcentaje de 22,3% de alto puntuadores (ansiedad alta) el cual se reduce en cerca de un 50% en el postest (11,2%) mostrando el efecto del programa.

En cambio, para la escala de ansiedad rasgo los puntajes se mantuvieron con un 16,8% en el pretest, postest y grupo control. Es importante hacer notar que era de esperarse que por tratarse de una intervención corta los efectos que se esperan lograr sean sobre estados de ansiedad y no sobre características de personalidad. Además si se considera que dentro de la literatura se indica que el climaterio es una etapa propicia para que aparezcan síntomas de ansiedad frente a los síntomas físicos asociados con este periodo, una intervención psicológica a este nivel logrará efectos sobre dichos síntomas de ansiedad al incrementar el conocimiento sobre la normalidad de este periodo y el nivel de autocontrol sobre las distintas situaciones presentes en la menopausia, pero difícilmente logrará impactar sobre rasgos de personalidad en cuanto a la propensión biológica y psicológica para responder a situaciones estresantes.

En línea con lo anterior, los resultados en relación con los niveles de ansiedad en la etapa del climaterio se pueden sustentar en la teoría de ansiedad estado rasgo de Spielberger (1972), quien considera el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio, o condición del organismo humano, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo; esta condición se caracteriza por ser subjetiva, lo que permite suponer que las personas en la etapa del climaterio, puntúan más alto en este aspecto debido a que hay una influencia de aspectos subjetivos relacionados con los cambios en todas las esferas en que se presentan, lo cual incrementa los niveles de ansiedad en dichas situaciones y lleva a percibir las como amenazantes, lo que podría explicar las puntuaciones altas en comparación con los puntajes de ansiedad rasgo.

Igualmente estos hallazgos corroboran lo encontrado por Forero (2003) según el cual las mujeres climatéricas presentan manifestaciones de ansiedad, con cambios sensibles en su funcionamiento tales como: aumento de irritabilidad, tendencia al comportamiento conflictivo, nerviosismo, alteraciones del sueño, dificultades en la concentración, sentimiento de inseguridad, preocupación por eventos que previamente no les causaban inquietud, aumento de la sensibilidad emocional, disminución de la tolerancia, entre otros, además de síntomas somáticos tales como suspiros, palpitaciones, temblor fino, sudoración, malestar gastrointestinal, sensación de hormigueo, rubor o escalofrío.

Otro estudio, con el cual es importante comparar los resultados encontrados en relación con la ansiedad es el realizado por Michel, Mahady, Veliz, Soejarto y Cáceres (2006, citados por Canto, 2006) en un pequeño grupo de mujeres mayas de Guatemala que a pesar de mostrar una actitud positiva hacia el fin de la menstruación, reportaron síntomas durante la transición a la menopausia principalmente ansiedad, depresión y bochornos.

De la misma manera García, Muñoz, Rozo y Salazar (1982) mencionan que la ansiedad se caracteriza por una sensación de aprehensión, inseguridad y miedo y se manifiesta por preocupación acerca de la edad o preocupación de la mujer acerca de sí misma, lo anterior apoya el planteamiento propuesto aquí a partir de la retroalimentación en las sesiones realizadas, la intervención de algunas mujeres expresaban “a veces me siento insegura, me preocupa mucho subir de peso, que me lleguen las arrugas o que me enferme”.

En relación con la hipótesis planteada es de indicar que el programa logró disminuir los niveles de ansiedad estado en el grupo experimental, con relación al pretest y al grupo control, no así en la escala de rasgo donde las puntuaciones se mantuvieron a través de la aplicación y con respecto al grupo control.

En cuanto al índice de satisfacción sexual, se encontró a pesar que no hubo diferencias estadísticamente significativas en los grupos, sí hubo un leve incremento en la media de la puntuaciones entre el grupo experimental pre y postest y entre el grupo experimental y el control. Sin embargo, al observar los altos puntuadores evaluados mediante la media más una desviación, se encuentra una disminución importante, mostrando una mayor distribución en la media, esto se puede fundamentar desde tres aspectos, el primero son los cambios físicos que se presentan durante esta etapa los cuales afectan de una u otra forma el encuentro sexual de la pareja, como segundo aspecto se puede mencionar que durante la realización del protocolo en la sesión 4: La

Sexualidad en la Menopausia, las mujeres mencionaban que en esta etapa las relaciones sexuales ya no son una prioridad pues no tienen un compañero y como tercer aspecto es importante mencionar que no sólo la mujer presenta cambios físicos en esta etapa sino que el hombre también los presenta, lo cual dificulta el encuentro con la pareja, lo anterior, se relaciona con lo planteado por Olmedo (2006), en cuanto a que la actitud sexual de la mujer dependerá, por un lado, de la calidad de la relación de pareja y de cómo fue su vida sexual anteriormente y por otro, de cómo su pareja reaccione ante los cambios propios y de su pareja y la manera en que encare su propia vida sexual, ya que suele coincidir con su propio climaterio y puede llegar a sufrir él mismo alguna disfunción sexual.

Desde otro punto de vista la respuesta sexual femenina, como parte de la sexualidad de la mujer durante el climaterio, debe ser estudiada y comprendida con un enfoque de género, pues ello influye de manera decisiva en ella. No obstante, la menopausia en sí misma no necesariamente es un momento de pérdida y desesperanza, al contrario puede llegar a ser una época de despertar sexual, pues las mujeres que no aceptaron o no pudieron utilizar los métodos anticonceptivos, liberadas ya del miedo al embarazo, pueden expresar mayor frecuencia y variación del coito (Olmedo, 2006).

Los anteriores datos contrastan de cierta manera con lo postulado por el mismo autor en términos de que si la mujer acepta su sexualidad después de la menopausia, conoce los cambios propios y de su compañero y está preparada para adaptarse a los mismos y siempre que no haya causas médicas o medicamentosas de disfunción sexual, puede aprender a disfrutar de otra manera, tal vez de encuentros más largos pero no por ello menos gratificantes o placenteros. En la misma línea, este autor encontró que la frecuencia del deseo sexual se vinculó, sobre todo, con la percepción de salud anterior y actual, con la disponibilidad de pareja y con la condición social. En su estudio Olmedo (2006), menciona que toda mujer en etapa del climaterio debe recibir información completa del momento que vive, las repercusiones fisiológicas y psicológicas de la menopausia, las opciones de tratamiento disponibles y las ventajas y riesgos que implican, para contribuir a quitar el estigma de la equiparación de este periodo con el fin de la vida sexual y para ofrecerle la posibilidad de elegir libremente entre las distintas opciones que se le ofrecen, las que se adapten mejor a sus necesidades y visión del problema. Asimismo, los resultados obtenidos en este estudio corroboran nuevamente la importancia de implementar programas para la etapa del climaterio. De acuerdo con lo anterior, en lo referente a la hipótesis planteada no puede indicarse

que el protocolo haya mejorado el índice de satisfacción sexual aunque sí se notó un leve incremento en las puntuaciones después de la intervención.

Con relación a la ira se puede indicar que en la mayoría de las escalas se observó una disminución en las medias sin que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación pretest y posttest; aunque sí con respecto al grupo control ya que en el pretest el grupo experimental puntuó más alto en la subescala reacción de ira; puntuación que se reduce en el posttest dejando de ser estadísticamente significativa.

Por su parte, al analizar las altas puntuaciones en ira se encuentra que en la mayoría de escalas y subescalas este porcentaje se reduce en el posttest lo cual estaría mostrando el impacto del protocolo. Es de indicar que igual a lo observado en el caso de la ansiedad rasgo, en ira rasgo los porcentajes de alto puntuadores permanecieron en el mismo nivel tras el posttest, lo cual obedece posiblemente a la misma razón que lo ocurrido en la ansiedad en términos de la poca utilidad del protocolo para impactar en características más estables de la personalidad, además del corto tiempo de aplicación.

Además es de resaltar el cambio en la subescala de expresión física de la ira, pues en el grupo experimental pretest puntuó un 100%, en la categoría de alto puntuadores este porcentaje fue 5,6%, observándose una notoria disminución en los altos puntuadores esto, evidencia que el protocolo ayudó a disminuir evidentemente la irritabilidad que se presenta en la etapa del climaterio, pues las subescalas mencionadas anteriormente son estados y por lo tanto las mujeres pueden tener un mejor autocontrol ante las distintas situaciones que se presenten. En este sentido, los puntajes hacen referencia a que la muestra del presente estudio disminuyó las tendencias intensas a expresar la ira físicamente ante personas u objetos que las rodean. De igual manera la expresión verbal también disminuyó en más de un 5%, lo cual nos indica que la población disminuyó tanto las actitudes físicas como las actitudes verbales ante una situación estresante. Por consiguiente la subescala de expresión externa de la ira también disminuyó en más del 10%, mostrando que las conductas agresivas sí disminuyeron después de la intervención realizada.

Otra subescala a destacar en el presente estudio es la expresión externa de la ira, en donde las mujeres expresan sus sentimientos de acuerdo a lo que sienten que a lo que piensan, esto de una u otra forma puede relacionarse con la cultura, es decir, en los últimos años algunos estudios comenzaron a mostrar cómo se manifiesta la mujer en esta etapa de su ciclo vital de acuerdo a la estructura y significado de las distintas culturas. Se concibe a la menopausia como un proceso,

una fase vital femenina de transición, entre la edad media de la vida y la vejez. En ella, las modificaciones adquieren sentido sólo acorde a un contexto social y cultural determinado, en un momento histórico dado (Bell, 1987., Kaufert, 1996, citados por Siseles, Pecci, Candal, Gutiérrez, 2006). Sin embargo, para algunas culturas, la menopausia confiere beneficios y las mujeres esperan con agrado su aparición; mientras que para otras es un estigma, algo que no se debe ni nombrar por la carga emocional negativa que implica. Por lo tanto, no sólo es importante identificar la presencia de alguno de los síntomas menopáusicos sino también identificar la apreciación subjetiva de la mujer, quien determinará si se ve afectada o no su calidad de vida.

Cabe resaltar que para las subescalas de expresión interna de la ira y control externo de la ira tanto en las medias como en las altas puntuaciones disminuyeron los valores, esto se debe a que las mujeres al final de la intervención aunque experimentan sentimientos de ira pudieron controlar las expresiones tratando de evitar algún tipo de manifestación hacia las personas u objetos que las rodee. En este sentido se comparte la teoría que menciona Spielberger (1985), la ira interna se refiere a la tendencia a suprimir los sentimientos de enfado y a veces también los pensamientos, que se experimentan, no expresándolos abiertamente, al sujeto le supone realizar un esfuerzo para que el enfado no sea observable y pueda repercutir internamente.

La subescala control interno de la ira para los grupos pretest, postest y control en los alto puntuadores los porcentajes se mantuvieron similares.

Teniendo en cuenta que la subescala reacción de ira, mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas, son numerosos los factores que pueden llegar a obstaculizar la estabilidad emocional de una persona siendo un poco más visible en la etapa del climaterio, en este sentido los cambios de humor se dan en la esfera física y psicológica, relacionados con el estrés diario, el exceso de trabajo y fatiga. De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que el programa logró disminuir los niveles de ira estado, aunque no los de rasgo, como conceptualmente era de esperarse.

Por otra parte, la etapa climatérica constituye un período de adaptabilidad y conocimiento en relación con los cambios en la vida de la mujer. En lo que concierne al significado de la menopausia las mujeres que participaron en la investigación mencionaron que es un proceso natural que conlleva cambios tanto físicos como psicológicos, lo cual se confirma con los hallazgos de Peyton (2007), el cual menciona que el climaterio es una época de cambios,

incluyendo síntomas vasomotores, siendo estos los síntomas primarios y síntomas secundarios a lo largo de esta etapa.

De igual manera se encontró que la muestra define este periodo como “un cambio que implica bochornos, preocupación, depresión y cambios en el cuerpo”. Estas características fueron dadas como definitoras debido a los síntomas físicos y emocionales que generalmente se presentan en el climaterio. Es importante destacar que algo que favorece la aparición de cuadros sintomáticos o limita al menos la posibilidad de vivir esta etapa como normal, es el enfrentar esta etapa con actitudes positivas (Carranza, 1998).

Muchas mujeres al llegar a esta etapa, producen diferentes sentimientos, entre ellos se encuentra el miedo a percibir que el tiempo por vivir es muy limitado, lo cual impone una revalidación de la vida, miedos como las arrugas en la piel, llegar a ser una persona amargada por la irritación, la vejez, la inactividad, la falta de comprensión por las demás personas y la soledad son los más comunes en la población que hizo parte del estudio, esto se logró observar al llevar a cabo la sesión 2: Cambios Físicos en la Menopausia. Por lo tanto se observa que las mujeres de mediana edad tienen un significado negativo de esta etapa, convirtiéndose en una etapa en la que prevalecen los prejuicios sociales, lo cual es confirmado por Pelcastre, Garrido y de León (2001), quienes hallaron que existe una representación social negativa de la menopausia y que esta gira en torno al envejecimiento, la fertilidad, el cuerpo y la sexualidad.

Durante esta etapa las mujeres pueden experimentar otros eventos que pueden ser considerados como estresores o causantes de cambios importantes en la vida personal, social y familiar como son los problemas de salud, el cuidado de los padres, problemas financieros, retiro laboral, cambio en la imagen corporal, redefinición de roles, enfermedad y/o muerte de familiares o amigos y síndrome de nido vacío, cambios que pueden desencadenar sentimientos de baja autoestima, desesperanza e incompetencia. Sin embargo, las mujeres que tienen objetivos definidos acordes a su nueva condición y que perciben la menopausia como un periodo de desarrollo personal no tienen por qué presentar sentimientos negativos (Asili, 2004, citado por Jiménez, 2004).

En cuanto a las actitudes, la descripción del grupo indica que algunas mujeres se perciben principalmente como no tan importantes, con menos atractivo y en algunos casos inseguras, esto comprueba la hipótesis de que las mujeres en edad adulta media tienen actitudes hacia la menopausia que indican sentirse poco importantes e inseguras, tal como lo señala Shore (1999),

lo que ha llevado a que las mujeres tengan miedo a la menopausia es la representación que le ha dado la sociedad a las mujeres menopáusicas como viejas y no atractivas lo cual impide que vivan esa experiencia como positiva. No obstante, al finalizar el protocolo algunas mujeres mencionaron este proceso como una experiencia nueva, en la que se puede disfrutar de la pareja y la familia plenamente y por ultimo mencionaba que es una etapa en la que hay que aceptar los cambios que se presentan para disfrutar de una vejez placentera.

Finalmente, es importante indicar que se presentaron diversas dificultades en torno al acceso a la muestra, ya que algunas de las personas que se encontraban en la base de datos de la institución habían cambiado de dirección, su trabajo no coincidía con el horario fijado para la intervención. Una segunda dificultad fue que después de realizar la convocatoria algunas mujeres no pudieron asistir a todas las sesiones planteadas en el protocolo por situaciones personales como enfermedades, control a citas médicas, visitas médicas o cuidado de algunos familiares; lo cual se ve reflejado en la muestra final del presente estudio debido a que no se pudo cumplir con la muestra inicial planteada. Otra dificultad es la cercanía con la que se realizó el postest después de terminar con la intervención, debido a que no se concluye si esto pueda afectar los resultados por la cercanía del recuerdo que puedan tener algunas mujeres pertenecientes al estudio.

Es de gran importancia indicar que de acuerdo con el objetivo del estudio, los datos permiten concluir, aunque con el cuidado señalado anteriormente, la influencia de factores psicológicos en mujeres climatéricas y la necesidad de implementar acompañamientos con el fin de obtener varios logros: en primer lugar la información de los cambios que se presentan en dicha etapa, pues como se mencionó anteriormente abarca todas las esferas de la persona, disminuir cualquier tipo de complicaciones que se presenten durante dicho periodo ayudando a la comprensión y lo más importante a la aceptación de dichos cambios que favorezcan la experiencia de esta nueva etapa disminuyendo las complicaciones que se presentan tanto física como psicológicamente.

10. CONCLUSIONES

Es de indicar que las conclusiones deben ser tomadas en el marco de las limitaciones señaladas anteriormente y de manera general se puede decir que:

Este estudio permite tener una panorámica general acerca de los aspectos psicológicos que se presentan en las mujeres en etapa de climaterio pertenecientes a la muestra.

Los resultados obtenidos validan estudios previos donde se indica que la depresión es el síntoma que más se presenta en las mujeres que atraviesan la etapa del climaterio.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación el protocolo de intervención ayudó a disminuir los niveles de depresión, ansiedad y la irritabilidad en la etapa del climaterio, validando así las hipótesis planteadas.

Se confirma la importancia de programas de intervención que brinden un adecuado apoyo emocional y que permitan disminuir los síntomas psicológicos que se presentan en el climaterio.

La mujer climatérica debe ser evaluada en un contexto integral teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Además, es de gran importancia seguir trabajando los aspectos de autoimagen, relación con los hijos y relación con la pareja.

El impacto de la menopausia sobre la sexualidad está influenciada por diversos factores lo cual hace difícil medir la eficacia del programa implementado en el presente estudio, requiriendo por lo tanto de mayor investigación al respecto.

La mayor preocupación en las mujeres de la muestra seleccionada son los cambios físicos que se presentan a lo largo de esta etapa.

11. RECOMENDACIONES

Para estudios posteriores sería interesante vincular las parejas de las mujeres pertenecientes al estudio con el fin de tener una mejor aceptación y conocimiento a esta nueva etapa.

Para próximos estudios se recomienda utilizar un número mayor de participantes con lo cual se corroborarían los resultados de dicha investigación y posteriormente nuevos descubrimientos.

Para la optimización del servicio a la salud de las distintas EPS se sugiere la vinculación de un psicólogo en el ámbito clínico con el fin de continuar realizando programas de promoción y prevención, con el objetivo primordial del trabajo por el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Con el fin de evaluar en el tiempo, la estabilidad de los resultados se recomienda que la evaluación posttest se realice en un periodo de tiempo superior al empleado en el presente estudio.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abscal, F & Palmero, E. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Aguirre, M., Muñoz, A., Muñoz, J., & Rozo, R. (1982). Actitudes de las Mujeres hacia la Menopausia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14, 397 – 401.
- Aldana, E., Gómez, M., Morales, F., & Gaviño, F. (2007). Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Revista de Ginecología Obstetricia*, 75, 268-276.
- Andino, A., & Vindel, A. (2001). *Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada*. Recuperado el 29 de Julio de http://www.ucm.es/info/masteran/pub/tag/Aplicac_tecnicas_cognitivo-conduct_en_un_caso_de_ansiedad_generaliz.PDF.
- Aranzábal, G., Cobos, B., Asenjo, E., Arigo, A., Segura, P., & Gil, J. (2001). *Ansiedad y Depresión en la perimenopausia*. Recuperado el 10 de Junio de <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud4/239-241.pdf>.
- Arnedo, E. (2001). *El Gran Libro de la Mujer*. Barcelona: Temas de hoy.
- Asenjo, E., Aranzábal, Arigo, A., O., Campoy, J., Cobos, B., & Segura, P. (2001). *Ansiedad y Depresión en la Perimenopausia*. Recuperado el 8 de Agosto de <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud4/239-241.pdf>.
- Astolfi, E. (2007). *Sexualidad de la mujer en el Climaterio*. Recuperado el 13 de Agosto de http://www.aapec.org/trab_cientificos/08.htm
- Bakal, D. (1996). *Psicología y Salud*. Bilbao: Desclee de Bouver.
- Bancroft, J., & Cawood, E. *Steroid Hormones, the Menopause, Sexuality and Well-being of Women*. Recuperado el 11 de Agosto de <http://pt.wkhealth.com/pt/re/pgme/abstract.00006826-199609000-00005.htm?jsessionid=Lq1GMyQbKpLw1K1WS3by08GJJknqIXSmQG52h4NGtyKb5n2QR9xL!-1124491571!181195628!8091!-1>
- Bastian, L., Bosworth, H., Kuchibhatla, M., Steffens, D., McBride, C., Skinner, C., y Rimer, B. (2001) *Depressive Symptoms, Menopausal Status, and Climacteric Symptoms in Women at Midlife*. Recuperado el 12 de Agosto de <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/63/4/603>.

- Belloch, A. (1995). *Manual de Psicopatología*. España: McGraw-Hill.
- Berek, J. (2004). *Ginecología de Novak*. Editorial McGraw Hill. Edición 13. México.
- Bermúdez,
- Branden, N. (1995) Los seis pilares de la autoestima. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Bocchino, S. (2005). Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Revista de Psiquiatría*, 70, 66-79.
- Botell, M. (2001). El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 206-208
- Borysenko, J (1998). *Mujeres el camino hacia la plenitud*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona.
- Bravo, M., Gutiérrez, E., Lara, H., & Meléndez, D. (2002). La depresión mayor y la menopausia. Un estudio controlado. *Revista de Psiquiatría*, 4, 35-38.
- Boullosa, O., Illa, G., Márquez, C., Mato, A., Pérez, S., y Vieitez, A. (2000) Depresión climatérica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*. 9, 134-154
- Calva, E., Carmona, F., & Meléndez, J. (2001). Ansiedad en el climaterio y su relación con síntomas somáticos. *Psicología Conductual*. 9, 195-201.
- Campero, L., Castro, R., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Salud Pública*. 31, 104-109.
- Campos, O., Urzua, E., & Castro, P. (1998). *Perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio.
- Canto, T. (2006). Los síntomas en la menopausia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14, 141-148.
- Carmi, C., Espinosa, V., Gómez, C., López, F., & Sepúlveda, S. (2007). Conocimiento que tienen sobre el Climaterio Mujeres entre 40-60 años Usuarías de Atención Primaria. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*. 72, 321-328.
- Carbone, A. (1999). *La menopausia*. Recuperado el 4 de Julio de <http://www.reflexologiaholistica.com/files/menopausia.pdf>.
- Carlson, K., Cohen, L., Joffe, H., Hall, J., Hennen, J., Soares, C., y Reilly, C. (2002) *Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care*. *Menopause*. 9, 392-398.
- Carranza, S. (1998). *Atención Integral del Climaterio*. México: McGraw Hill.

- Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2006). *Esquemas Maladaptativos Tempranos Relacionados con Ansiedad y Depresión*. Trabajo de Grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Floridablanca.
- Cervantes, T. (2001). Estandarización de la Escala de Beck para medir Trastornos Depresivos en Mujeres Menopáusicas de la Población Mexicana que acude al Centro Nacional de Rehabilitación – Ortopedia. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 13, 9–13.
- Cherry, S. (1999) *El Cuidado de la Salud Femenina*. México D.F: Pax México.
- Copeland (2002). *Ginecología*. Buenos Aires: Panamericana.
- Correa, E., García, D., Gómez, C., Herrera, W., Madero, J., Pabón, F., Peláez, B., Ruiz, W., Thomas, F., Tobar, J. (1992) *Primer Simposio Nacional de Menopausia*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Cuesta, J., López, J., Gonzales, A., Monsalve Luz., Urquijo, L., & Álvarez, V. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.
- Doan, H. (1987). *Lo que cada mujer debe saber sobre la Menopausia*. Bogotá: Editorial Círculo de Lectores.
- Domench, P. (2005). Políticas públicas saludables. Algunas estrategias que facilitan la relación estado y sociedad. Promoción de la salud y participación. Recuperado el 19 de septiembre de www.ag.org.ar/3congreso/Ponencias/Domench.doc.
- Doress, P y Siegal, D. (1993). *Envejeciendo Juntas*. Primera Edición. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Feixas, G., Lucero, C., & Saúl, L. (2003) Constructos Personales y Perfil Sintomático en la Etapa del Climaterio: Un Estudio Exploratorio. *Anuario de Psicología*. 34, 371 – 383.
- Flórez, L. (2005). *Elaboración e implementación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes*. Unidad de Investigaciones Departamento de Psicología Universidad Católica. Recuperado el 13 de Julio de www.psicologiacientifica.com.
- Forero, J. (2003). Trastorno de ansiedad en el climaterio. *Revista de menopausia*. 9, 329.
- García, A., Reyes, G., Pérez, M., Vila, J. (2004). Una revisión de algunos autoinformes para la medida del constructo Hostilidad, Ira, Agresión (HIA). *Revista Ansiedad y Estrés*, 10, 89-109.

- García, C., & Gonzales, M. (2007) Bienestar Psicológico y Cáncer de Mama. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. 25, 72 – 80.
- García, J., Muñoz, A., Rozo, R., & Salazar, M. (1982). Actitudes de las Mujeres hacia la Menopausia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14, 397-404.
- Gaviria, S., Luna, I., Correa, E. (2003). *Climaterio una visión Integradora*. Medellín: Editorial Marín Vieco Ltda.
- González, A. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá. Recuperado el 22 de Junio de http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/prevencion/POLITICA_SSR27.pdf.
- González, L. (1996). Aspectos Bio-psico-socio- familiares del climaterio. *Revista de Menopausia*. 2, 11-13.
- González, M. (1999). *Subjetividad y Ciclos Vitales de las Mujeres*. España: Siglo Veintiuno de España.
- Gonzales, M., y Sala, M. (1995) *Climaterio y Menopausia. II Parte. La Sexualidad en el Climaterio*. Revista de Sexología y Sociedad. 5, 17-19
- Gutiérrez, S., Larroy, V., & León, L. (2004). Tratamiento Cognitivo Conductual de la Sintomatología Asociada a la Menopausia. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. 22, 77 – 88.
- Hernández, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Santafé de Bogotá: Editorial Codice Ltda.
- Hidalgo, A. (2005). *Menopausia*. Recuperado el 25 de Septiembre de www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/Archivos/Apuntes/2005_2006/menopausia.doc - Iglesias,
- Jadresic, E., & Correa, E. (2005). *Psicopatología de la Mujer*. Buenos Aires: Editorial Mediterráneo.
- Jiménez, L. (2004). *Significado psicológico, actitudes hacia la menopausia y autoconcepto en mujeres en la etapa adulta media*. Trabajo de Grado, Universidad de las Américas Puebla, México.
- Jiménez, M. (1995) Menopausia educación para la salud. Ediciones Universidad de Navarra S.A. Pamplona, España.

- Joffe, H., Hall, J., Soares, C., Hennen, J., Caragh, J., Carlson, K., & Lee, S. (2002). Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause*, *9*, 392-398.
- Karp, D. (2005). Maduras y Felices. *Psicosomática del climaterio*. Recuperado el 18 de Septiembre de http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/cat_articulos_especializados.html.
- Lara, H., Bravo, L., Meléndez, J., & Gutiérrez, E. (2002). Depresión Mayor y Menopausia. Un Estudio Controlado. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, *35*, 138-143.
- Latorre, J. (1994) *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.
- Laurents, A. & Ferrá, K. (1996). Climaterio y Depresión. *Revista Salud Mental*, *19*, 49-56.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca S.A.
- Lewis, D. (2003). Climaterio y Menopausia, Una Mirada de Género. *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica. *6*, 107-112.
- Londoño, J., López, J., González, A., Monsalve, L., Urquijo, L., Álvarez, V. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 13 de Agosto de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf.
- Lucumí, L. & Santamaría, Y. (2007). *Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados*. Trabajo de Grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Floridablanca.
- Lugones, M., Valdés, S., & Pérez, J. (1995). Climaterio, Familia y Sexualidad. *Revista Cubana de Medicina*, *15*, 134-139.
- Manzano, B., Visbal, L., Navarro, D., Pérez, J., & Nodarse, A. (1998). Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *24*, 105-111.
- Monterrosa, A (2005). *Diez Reflexiones sobre Menopausia, Climaterio y Terapia Hormonal*. Bogotá.
- Muntane, M. (1994). *La Menopausia: cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla*. Barcelona: Icaria.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F: Thomson.
- Quevedo, I., Flores, M., & Castillo, M. (2005). Características reproductivas de las mujeres consultantes en servicios de urgencia general de la VIII Región. *Revista Médica de Chile*, *133*, 929-934.
- Pacheco, J. (1994). Climaterio y Menopausia. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, *40*, 6-25

- Palacios, S. (1993). *Climaterio y Menopausia*. Madrid: Mirpial.
- Pelcastre, B., Garrido, F & de León, V. (2001). Menopausia: Representaciones Sociales y Practicas. *Revista de Salud Publica*, 43, 408-414.
- Pérez, J., Sánchez, C., Hidalgo, M. (1998). Menopausia y Depresión. *Revista Psiquiatría Pública*, 10, 249-250.
- Peyton, D. (2007). La Atención de los Síntomas Psicológicos Durante el Climaterio Femenino. *Revista avances en Psicología Latinoamericana*. 25, 44-50.
- Pros, J. (1979) Problemas de la Menopausia. Editorial Sintesis S.A. Barcelona, España.
- Redondo, P. (2004). *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. Recuperado el 22 de Junio de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>.
- Restrepo, L. (1996). *El Desarrollo de los Conceptos Psicológicos*. Bogotá: Limusa Noriega.
- Ribera, L. (2003). Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia. Recuperado el 30 de Agosto de http://www.ub.es/antropo/doctorat/Tesines/2003/Frances_Lidia.PDF.
- Ruiz, I., & Bermejo, M. (200). Conocimientos de las Mujeres Menopáusicas Respecto a la Terapia Hormonal Sustitutiva. *Gaceta Sanitaria*, 38, 32-37.
- Sainz, M. (2007). El consumo de tabaco en la edad adulta adelanta la menopausia. Recuperado el 12 de Agosto de http://www.muchoxvivir.org/docs/repositorio/carpeta3/tabaco_y_menopausia.pdf
- Sala, M., & Gonzales, M. (1995). Climaterio y Menopausia. II parte. La Sexualidad en el climaterio. *Revista de Sexología y Sociedad*, 5, 17-19.
- Sánchez, J (1996). *Menopausia y Salud*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Sandín,
- Santoro, R (1998). *El climaterio como Problema de Salud Pública. La visión del ministerio de salud*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Climaterio.
- Schneider, S. (1992). *Menopausia. La otra fertilidad. Métodos naturales en el tratamiento de los trastornos de la menopausia*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Simón, A (1999) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Siseles, N. & Gutiérrez, P. (2008). *El climaterio en Latinoamérica: Estado Actual y Tendencias Futuras*. Recuperado el 20 de Julio de www.aapec.org/trab_cientificos/28.htm - 54k.
- Trull, T. (2003). *Psicología Clínica*. Buenos Aires: Thomson.

Urey, Rubén. (2004). *Sexualidad y Menopausia*. Recuperado el 28 de Agosto de http://www.galenored.com/bolivia/reportajes/sexualidad_y_menopausia.htm.

Urraca,

Vázquez, E., Garrido, F., Macgregor, C., Tamayo, J., López, L., Parra, S., & Santibáñez, G. (1996). Reproducibilidad de un cuestionario para el estudio del climaterio. *Revista de Salud Pública*, 38, 363-370.

Vega, G., Hernández, A., Leo, G., Vega, J., Escartin, M., Luengas, J., & Guadalupe, M. (2007). Incidencia y Factores Relacionados con el Síndrome Climatérico en una Población de Mujeres Mexicanas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72, 314-320.

Vélez, R., López, C., Triana, H., Idarraga, M & Giraldo, F. (2008). *Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica*. [Http: //www.apunts.org/cgi bin/wdbcgi.exe/apunts/mrevista.fulltext?/mrevista.fulltext?pidet=13117425](http://www.apunts.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/apunts/mrevista.fulltext?/mrevista.fulltext?pidet=13117425).

Vidal, J (1993) *Estrés y Psicopatología*. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.

13. ANEXOS

Anexo 1: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con documento de identidad No. _____, por medio de la presente acepto participar en un proyecto sobre la etapa del climaterio en una muestra de usuarias de *SERVIR S.A*. He sido informada por la Ps. Sandra León de los objetivos del estudio y sé que la información entregada es confidencial. Asimismo sé que soy libre de retirarme en cualquier momento.

Autorizo para que los resultados sean publicados siempre y cuando se preserve mi identidad.

Firma:

INSTRUCCIONES GENERALES

La Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, está desarrollando un estudio sobre aspectos psicológicos relacionados con el climaterio. Para tal fin su colaboración es muy valiosa.

Le rogamos total sinceridad a la hora de contestar y concentración mientras responde cada una de las pruebas.

Asegúrese de que no deje nada de lo que se le pide sin responder. Sin estos datos su colaboración sería en vano.

A continuación se le van a presentar una serie de cuestionarios. Su tarea consistirá en rellenar cada uno de estos, en el orden en el que aparecen y sin retroceder a revisar sus respuestas. Cada uno de los cuestionarios que se le presentan tiene sus propias instrucciones. Léalas detenidamente y haga lo que se le indica.

Si tiene algún tipo de pregunta, hágala saber por favor.

No olvide leer antes de nada las instrucciones que se le muestran. Gracias nuevamente por su colaboración.

CUESTIONARIO Nº 1

FECHA: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____ PROFESION: _____ ESTUDIOS: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cual de las siguientes afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido *durante las dos últimas semanas incluyendo el día de hoy*. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señale también. *Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

<p>1.</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2.</p> <p>0 No estoy desanimado con mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3.</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4.</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas que tengo como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5.</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6.</p> <p>0 No me siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8.</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9.</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10.</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	--

Continúe en la página siguiente



<p>11.</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12.</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13.</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14.</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15.</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>16.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p>	<p>17.</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19.</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20.</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21.</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi Interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
<p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p>	
<p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	

CUESTIONARIO N° 2

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. EN GENERAL**, es decir, **en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente, tenga en cuenta que:

0 = CASI NUNCA; 1 = A VECES; 2 = A MENUDO; 3 = SIEMPRE.

1	Me siento bien	0	1	2	3*
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3*
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3*
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3*
11	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3*
14	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
15	Me siento melancólico	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3*
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

CUESTIONARIO N° 3

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, es decir, *en éste momento*. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = NADA; 1 = ALGO; 2 = BASTANTE; 3 = MUCHO.

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3*
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

CUESTIONARIO N° 4

INSTRUCCIONES

Por favor, conteste a las preguntas que aparecen a continuación según la siguiente escala. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente responda a cada ítem de la forma más precisa posible en relación al grado de satisfacción en la relación sexual con su pareja.

<i>1. Nunca</i>	<i>2. Muy pocas veces</i>	<i>3. Algunas veces</i>	<i>4. Casi siempre</i>	<i>5. Siempre</i>
-----------------	---------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------

1	Creo que mi pareja disfruta nuestra vida sexual	1	2	3	4	5
2	Mi vida sexual es muy excitante	1	2	3	4	5
3	El sexo es divertido para mi pareja y para mí	1	2	3	4	5
4	Creo que mi pareja se fija poco en mí salvo por el sexo que puedo dar	1	2	3	4	5
5	Creo que el sexo es algo sucio y repugnante	1	2	3	4	5
6	Mi vida sexual es monótona	1	2	3	4	5
7	Cuando tenemos sexo, es demasiado apresurado y terminamos muy rápido	1	2	3	4	5
8	Creo que a mi vida sexual le falta calidad	1	2	3	4	5
9	Mi pareja es sexualmente muy excitante	1	2	3	4	5
10	Disfruto de las técnicas sexuales que le gustan o utiliza mi pareja	1	2	3	4	5
11	Creo que mi pareja exige demasiado sexo de mi parte	1	2	3	4	5
12	Creo que el sexo es maravilloso	1	2	3	4	5
13	Mi pareja piensa demasiado en el sexo	1	2	3	4	5
14	Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja	1	2	3	4	5
15	Mi pareja es muy brusca o torpe cuando tenemos sexo	1	2	3	4	5
16	Mi pareja es maravillosa sexualmente	1	2	3	4	5
17	Creo que el sexo es una función normal de nuestra relación	1	2	3	4	5

18	Mi pareja no quiere sexo cuando yo lo deseo	1	2	3	4	5
19	Creo que nuestra vida sexual realmente aporta mucho a nuestra relación	1	2	3	4	5
20	Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo	1	2	3	4	5
21	Para mí es sencillo excitarme sexualmente con mi pareja	1	2	3	4	5
22	Creo que a mi pareja la complazco sexualmente	1	2	3	4	5
23	Mi pareja es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales	1	2	3	4	5
24	Mi pareja no me satisface sexualmente	1	2	3	4	5
25	Creo que mi vida sexual es aburrida	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO Nº 5

Parte 1

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración: A: No, en absoluto, B: Algo, C: Moderadamente, D: Mucho

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

ITEM	<i>No, en absoluto</i>	<i>Algo</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Mucho</i>
1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enojado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy agotado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir vulgaridades	A	B	C	D
7. Estoy disgustado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11. Quiero romper algo	A	B	C	D
12. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13. Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15. Me gustaría regañar a alguien	A	B	C	D

Parte 2

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: Casi Nunca B: Algunas veces, C: A menudo, D: Casi siempre

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
16. Me enojo rápidamente	A	B	C	D
17. Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18. Soy una persona que se exalta fácilmente	A	B	C	D
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20. Tiendo a perder el control	A	B	C	D
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23. Me enfurezco con facilidad	A	B	C	D
24. Me enojo si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25. Me enojo cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

Parte 3

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

CUANDO ME ENOJO O ME ENFUREZCO

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como tirar las puertas	A	B	C	D
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo brutalidades	A	B	C	D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Rehuyó enfrentarme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo tranquilo para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, YA HA FINALIZADO, LE
AGRADECEMOS SU ESFUERZO Y COLABORACION.

Anexo 2: Protocolo de Intervención



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO

Uno de los temas de mayor discusión y análisis, abordados por diferentes puntos de vista a través de toda la historia, gira alrededor del tema de la mujer. En este sentido, en las últimas décadas, la menopausia ha adquirido un gran interés multidisciplinario; debido a su relación con la evolución que la salud de la mujer experimenta con la edad. A lo largo del desarrollo, la mujer va presentando una serie de cambios y más aún cuando se llega a la etapa de la *menopausia* ya que produce un agotamiento folicular, provocando la desaparición de la ovulación y la falta de producción de estrógenos y progesterona. De igual manera simboliza un importante acontecimiento fisiológico, psicológico y cultural, que representa el final de la reproducción ovárica en el que poco a poco van cambiando los roles personales, familiares y sociales, vinculados con molestias, dificultades, dudas o sencillamente como un periodo de tranquilidad y nuevos estilos de vida por vivir.

Una gran variedad de emociones suelen vincularse con los cambios hormonales y corporales que son característicos de este periodo; sin embargo esta fase de la madurez femenina es asociada con la visión hacia la pérdida y la vejez. En este sentido la menopausia no es vista como un concepto estancado sino como un proceso que varía en función de los factores socioculturales que la determinan.

Cabe resaltar que el climaterio es una fase normal en todas las mujeres, pero de igual forma para algunas va ligada a un período inevitable de sufrimientos por los términos de *vejez y cambios*. En nuestra sociedad este proceso natural todavía está rodeado de mitos, miedos y temores que hacen que las mujeres vean esta etapa como el fin de todas las oportunidades en las esferas personales y sociales. Sin embargo la feminidad continúa con múltiples manifestaciones y

no se puede decir que una mujer por el hecho de que empieza esta nueva etapa del climaterio deja de ser mujer.

La atención en salud en el climaterio debe mirarse como un momento propicio para desarrollar campañas, acciones, prevenir enfermedades y conservar la salud. Con el fin de que la mujer haga un *stop* y mire reflexivamente los hábitos y estilos de vida, valore de forma crítica las enfermedades padecidas e identifique sus factores de riesgo, para así proyectar y planear una posterior vida saludable en los años de la adultez mayor, teniendo en cuenta la prolongación en la expectativa de vida (Monterrosa, 2005). Por lo tanto, este programa pretende ser un punto de apoyo e información mediante una consulta abierta al diálogo para mejorar el estado de salud de la mujer durante la etapa de vida del climaterio; llevándola a que sienta la necesidad que sea ella misma la que asuma la responsabilidad de su autocuidado para mejorar su calidad de vida.

La metodología consistirá en una serie de talleres, para ello se seguirá una dinámica en la que se fomentará la participación del grupo a través de la exposición de vivencias personales, así como de las actividades a realizar en cada sesión. Para conseguir las metas propuestas, se seguirá una metodología que pretende, a la vez proporcionar formación y ser un punto de reflexión para las mujeres participantes.

Se llevará a cabo una vez por semana, con una duración de dos horas aproximadamente. Para cada sesión se trabajará la actividad del termómetro, esta consiste en que al final de cada sesión se les entregarán unas fichas de colores en las cuales las participantes plasmarán como se sintieron durante las actividades trabajadas, esto con el fin de evaluar cada sesión realizada. El propósito es que de esta manera se generen alternativas y soluciones con las que el resto del grupo se enriquezca, llegando a tener una mejor actitud ante la etapa del climaterio; previniendo sus mayores complicaciones, mejorando el bienestar y la calidad de vida de la mujer, promoviendo hábitos saludables en relación con la alimentación y ejercicio físico y observando los diferentes problemas de salud que son frecuentes en esta época de la vida.

OBJETIVOS GENERALES

Informar a las asistentes al curso acerca de los cambios y los cuidados que se deben tener en la etapa del climaterio.

Ofrecer un espacio con el fin de que las asistentes puedan dar a conocer sus temores y dudas acerca de esta nueva etapa.

Disminuir los niveles de ansiedad y depresión que pueden llegar a tener las asistentes debido a la etapa por la que atraviesan.

Desarrollo en la etapa de la Menopausia.

Sesión No.1

La Menopausia, Una Etapa Natural En La Mujer.

Objetivo. Resolver interrogantes de las mujeres asistentes al curso, con respecto a la etapa de la Menopausia.

Conocer las etapas y el significado que comprende la fase del climaterio.

Actividad. A través de la exposición de un video se mostrarán algunas situaciones que comprenden la etapa del climaterio, con el fin de que las mujeres puedan resolver sus dudas acerca de la etapa por la que atraviesan. Posteriormente se explicarán claramente las fases que se dan y los cambios en el sistema reproductor femenino. Finalmente se llevará a cabo la visualización y explicación de carteles alusivos a la etapa del climaterio con el fin de que el grupo se integre y se realicen los respectivos comentarios acerca de estos.

La edad madura conlleva una serie de cambios notables a nivel físico, psicológico y social. Sin embargo la edad de aparición de la menopausia está influida por el estilo de vida, pero de igual forma será más tardía si los cuidados higiénicos son mejores y dependiendo del factor social que se tenga. La mayoría de mujeres sienten temor en esta etapa de la vida ya que es vista como un primer anuncio del fenómeno de la vejez, percibida como la pérdida de la idoneidad y capacidades (Campos, Urzua y Castro, 1998). De igual manera aparecen otro tipo de dificultades y alteraciones anatómicas que obligan al organismo a una *remodelación o readaptación* de todas las funciones. En este sentido, la menopausia, palabra derivada del griego que significa pausa mensual, es el término usado para describir este cambio en la capacidad reproductora; está precedida por un periodo de irregularidades menstruales y alteraciones en la cantidad y duración de la regla (Arnedo, 2001). Esta fase en la que hay una desaparición definitiva de la menstruación, se da entre los cuarenta y ocho y cincuenta años de edad aproximadamente; es un proceso gradual en el que los ovarios comienzan a producir menos hormonas y estas cantidades reducidas de hormonas hacen que los periodos menstruales se vuelvan irregulares y cesen completamente (Arnedo, 2001). Según Sheehy (1993, citado por Doan, 1987), la fase inicial

termina cuando la mujer pasa un año sin tener el periodo menstrual, a pesar de que los cambios pueden durar de cinco a siete años.

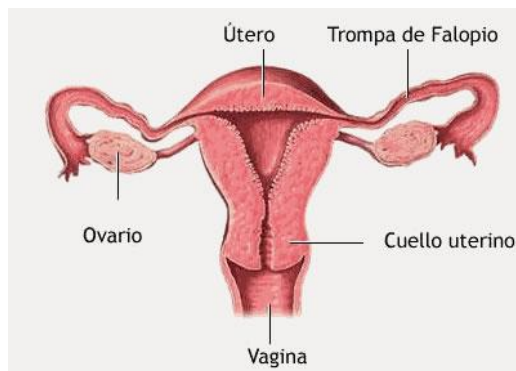
De igual forma se encuentran factores que pueden influir en una aparición *adelantada* de la menopausia, algunos de estos son: Actividad profesional insatisfactoria o agotadora (estrés), la doble carga de la atención del hogar, la familia y la profesión, el tabaco, una estatura por debajo de los 1.55 metros, un peso por debajo de los 60 kilos y un nivel de vida bajo (Schneider, 1992).

Cabe resaltar que se deben comprender los cambios que se producen en esta nueva etapa; por esto se comenzará dando una introducción acerca de los cambios en el ciclo menstrual:

Hormonas: Son sustancias químicas que actúan como “mensajeras”, envían y reciben información de diferentes órganos, son agentes de integración del organismo, pueden estimular ó pueden inhibir. Las hormonas son producidas por las glándulas de secreción interna, estas las vierten a la sangre y a través de ella llegan a todo el organismo. Sólo se necesitan pequeñas cantidades de hormonas para activar o desactivar la regulación de determinados sistemas.

Ovarios: Principales glándulas sexuales femeninas, son dos y tienen el tamaño de una almendra, ubicados a ambos lados del útero, se conectan con él, a través de las trompas de Falopio. Tienen una función doble, generar óvulos y elaborar dos clases de hormonas: estrógeno y progesterona. Se encuentran alojados en el interior de la pelvis; las mujeres nacen con alrededor de dos millones de óvulos en sus ovarios, después del nacimiento no se forman más. Sólo se utilizan 400 óvulos durante la vida reproductiva, por lo general uno (a veces dos) en cada ciclo menstrual.

Cuando se acerca la menopausia, el ovario pierde la habilidad de producir estrógenos, lo que provoca la cesación de la menstruación.



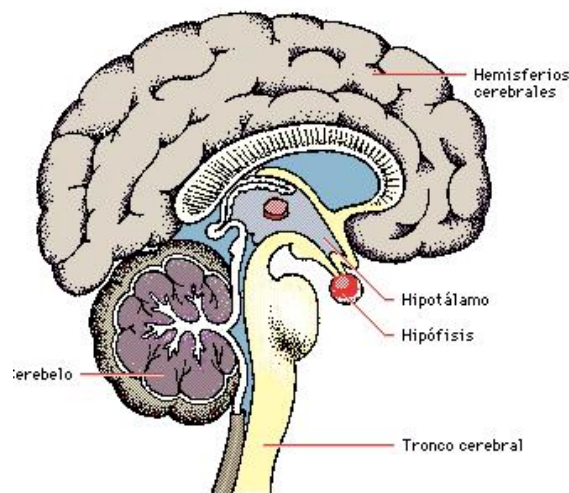
Tomado de <http://www.reproduccionasistida.org/wp-content/factor-tuboperitoneall.jpg>

Estrógenos: Son hormonas que influyen en el desarrollo de las características sexuales y la maduración de los órganos sexuales femeninos. Además cumplen un papel de gran importancia en la tensión de la piel, estabilizan y hacen los huesos más fuertes, vasos sanguíneos y protegen contra arteriosclerosis. Se produce principalmente en los ovarios desde la pubertad hasta la menopausia. Su función principal es proporcionar un ambiente en el útero para recibir al óvulo fecundado y promover un mejor embarazo.

Hormona: Sustancia producida por una glándula endocrina que viaja a través del torrente sanguíneo hasta otro órgano o tejido para controlar su función.

Progesterona: Influye en el desarrollo de las glándulas mamarias y prepara el útero para la implantación del óvulo. Aumenta sus niveles a partir del día 14 del ciclo menstrual e induce en el útero cambios imprescindibles para la implantación del óvulo que ha sido fecundado. También interviene durante el embarazo en la preparación de las mamas para la lactancia. Después de la menopausia se interrumpe la producción de progesterona.

Glándula hipófisis o pituitaria: Regula la mayor parte de los procesos biológicos del organismo, en su lóbulo anterior, recibe mensajes químicos enviados desde el hipotálamo (sistema nervioso) y segrega dos hormonas gonadotrópicas: la Folículo Estimulante (FSH) y la Luteinizante (LH).



Tomado de

<http://www.campusdeportivo.com/formaciondeportiva/cursos/cienciasbiologicas/fotos%20c%20biologicas/hipofisis.gif>

Hormona Folículo Estimulante (FSH): Producida en la hipófisis, regula la maduración de los ovocitos en la mujer.

Hormona Luteinizante (LH): Estimula la formación de hormonas ováricas (estrógenos y progesterona) tras la ovulación e induce la etapa de lactancia. De este modo un mecanismo de retroalimentación equilibra las cantidades de hormonas durante el ciclo menstrual.

Útero: Es un órgano en forma de pera, situado entre la vagina y las trompas de Falopio; está constituido por un músculo muy extensible y una cavidad que es cubierta por un tejido llamado endometrio.

Es importante resaltar que de los tres a cinco años antes de la última menstruación, los niveles hormonales comienzan a variar, disminuyendo pausadamente, y en ocasiones elevándose, causando periodos menstruales irregulares, a veces con aumento del flujo menstrual. Los periodos menstruales se acortan y a veces se alargan. Cuando se acerca la menopausia, hay una disminución de las hormonas sexuales, especialmente del estrógeno. Posteriormente se producen ciclos más largos, por lo que la producción de hormonas en los folículos es más débil y se requiere de más tiempo para obtener la ovulación.

Estas irregularidades van avanzando, hasta el punto de no haber ovulación; el ovario va produciendo cantidades cada vez más pequeñas de estrógenos e insuficiente para hacer crecer la mucosa uterina. Finalmente la producción hormonal se reduce más hasta que se produce la *menopausia*.

En el sentido anterior la menopausia se define como el cese permanente de la menstruación durante un año y tiene correlación fisiológica con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular (Berek, 2004).

Cabe resaltar que las fases mencionadas anteriormente tienen una duración variable, y pueden presentarse ovulaciones cuando la mujer ha alcanzado una edad avanzada, es decir, después que se presentan los retrasos menstruales se puede presentar un ciclo de menstruación (Muntané, 1994).

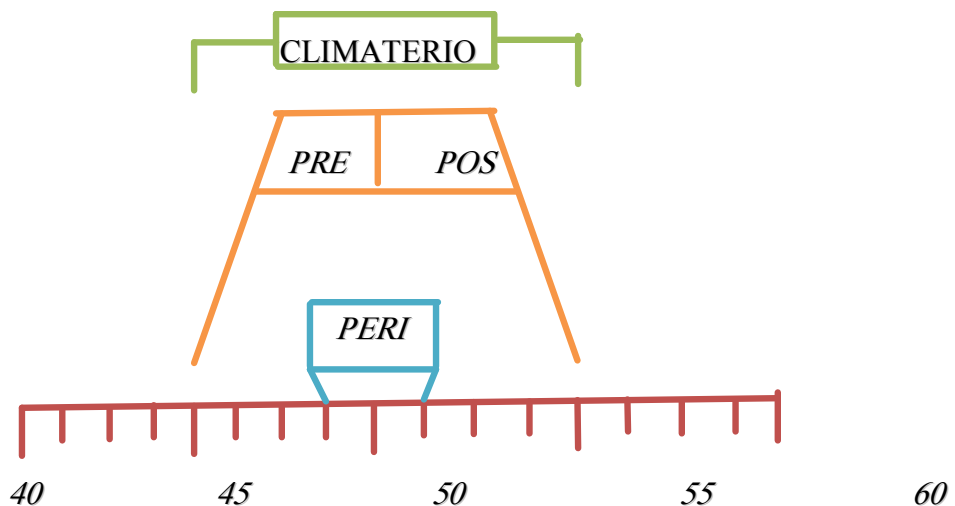
Tema: Etapas de la Menopausia.

Participantes: Las mujeres participantes del curso.

Instrumentos: Mesa Redonda.

Duración: 20 minutos.

Cronología del climaterio



Cabe resaltar que los cambios físicos relacionados con la menopausia continúan durante siete a diez años, por esta razón se utilizan diversos términos con el fin de describir las distintas fases de este proceso:

Premenopausia: Se refiere al período anterior al inicio de cualquier síntoma menopáusico, o a la descripción de los primeros tres meses durante los cuales el período menstrual comienza a ser irregular y de otros síntomas que comienzan a presentarse. Se da alrededor de los cuarenta y cinco a cincuenta años.

Menopausia: Se define como la fecha de la última menstruación, siempre y cuando sea por falla del ovario, por lo tanto, es un periodo breve y determinado. Se da alrededor de los cincuenta años. Los ovarios empiezan a producir hormonas en cantidades más bajas y estas cantidades son los que ocasionan periodos menstruales irregulares.

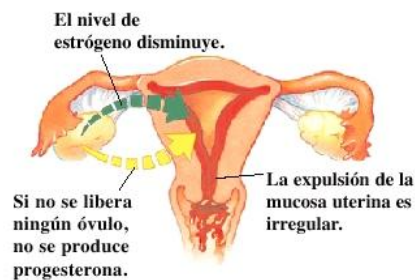
Menopausia Precoz: Se habla de este término cuando la menstruación desaparece antes de los cuarenta años por motivos biológicos naturales o por situaciones artificiales.

Menopausia Tardía: La función menstrual se prolonga a una edad superior a los cincuenta y cinco, esta situación se acompaña de mayor riesgo de padecer cáncer de endometrio o cáncer de mama.

Perimenopausia: Este período se describe de uno a dos años previos al último sangrado menstrual y un año posterior. Incluye el tiempo de transición hormonal transcurrido antes, durante y después de la menopausia. En ella aparecen tres elementos:

1. Síntomas físicos y emocionales.
2. Irregularidades menstruales
3. Elevación de los valores de FSH (*Hormona folículoestimulante*).

Es de gran importancia mencionar que muchas mujeres no presentan estos elementos, puede no haber síntomas o aparecer desde varios años atrás. Se da alrededor de los cuarenta y nueve a cincuenta y un años.



Tomado de <http://nih.kramesonline.com/spanish/HealthSheets/3,S,84990>

Postmenopausia: Período posterior a la menopausia. Se acompaña de un incremento importante en la incidencia de trastornos médicos relacionados con la edad, como por ejemplo osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Este proceso es de relativa quietud ovárica después de la menopausia. Se da alrededor de los cincuenta a los cincuenta y cinco años.



Tomado de <http://nih.kramesonline.com/spanish/HealthSheets/3,S,84990>

Climaterio: Término utilizado para reflejar una serie de cambios que se hacen presentes en la edad madura, pero con mayor frecuencia, comienza a declinar la producción hormonal, además se describe los síntomas que conlleva la menopausia y es un período de por lo menos diez años. (45 – 55 años).

Síndrome Premenstrual (SPM): Es cuando la mujer tiene una combinación intensa de síntomas físicos y psicológicos antes de la menstruación, estos síntomas pueden incluir depresión, irritabilidad, dolor de mamas y retención de líquidos. Estos síntomas se inician de 5 a 11 días antes del comienzo de la menstruación y generalmente desaparecen con el inicio de ésta o poco después. En la mayoría de las ocasiones, el síndrome premenstrual está indicando que existe un desequilibrio hormonal, que aún no se conoce bien, relacionado con las hormonas ováricas.

Menopausia artificial: Cuando se presenta la extirpación de las glándulas sexuales mediante una operación. Al quitar los ovarios recibe el nombre de ooforectomía. Si es retirado sólo el útero o matriz y no los ovarios, técnicamente deja de menstruar pero los ovarios siguen funcionando, por tanto los cambios aparecerán gradualmente en la medida en que los ovarios disminuyan su producción hormonal.

Sesión No. 2

Cambios Físicos Durante La Menopausia.

Objetivo. Informar a las mujeres sobre los cambios físicos que se dan con frecuencia y que se experimentan durante la etapa de la menopausia.

Reconocer los cambios físicos que cada participante ha manifestado hasta el momento.

Compartir las experiencias vividas de cada una para beneficio y enriquecimiento del grupo.

Actividad. En un pliego de papel bond cada mujer dibujará su silueta con ayuda de una compañera, posteriormente cada una escribirá sobre su silueta los cambios físicos que ha notado hasta el momento y finalmente se expondrán para compartirlos con el grupo.

Se escribirán cuales son los miedos que sienten en relación a esta nueva etapa de sus vidas. Esto con el fin de que empiecen a ver la menopausia como un proceso normal teniendo una mejor adaptación a esta nueva etapa.

Schneider (1992) menciona que el paso de la fase fértil a la fase estéril, es una época de cambio. Según la situación de partida, salud y fuerza de cada mujer, se superará esta fase de una manera más fácil o con algunas dificultades. En este sentido, se han atribuido muchos cambios físicos al estado de la menopausia por los médicos y las mujeres a lo largo de la historia, llegando a convertirse en un *diagnóstico* que abarca todas las esferas de la persona. Algunas mujeres que transitan la menopausia no tienen síntomas de ninguna naturaleza; pero la mayoría experimentan algunos, entre esos se pueden encontrar: adormecimiento y cosquilleo en las manos y los pies, palpitaciones del corazón, dolores de cabeza, mareos, desmayos, sensaciones de calor, entre otras.

Palacios y Menéndez (1989, citados por Jiménez, 1995) realizan una clasificación en cuanto a los síntomas del climaterio, los cuales pueden dividirse cronológicamente de la siguiente manera:



Los síntomas que se presentan deben tomarse como parte natural del proceso de madurez de la mujer, simultáneamente aparece la preocupación por sí mismas; pero de igual manera se debe adquirir un conocimiento suficiente para que la ayude a comprender sus propias reacciones y poder tener un mejor manejo de todo lo que conduce a esta nueva etapa de sus vidas.

Síntomas vasomotores

Para Jiménez (1995) la inestabilidad vasomotora va apareciendo poco a poco y aumenta a medida que disminuyen los estrógenos en la sangre. Estos síntomas van surgiendo en la etapa de la *premenopausia* y en algunas ocasiones permanecen tras el cese de la menstruación; dentro de estos síntomas los más típicos son los *sofocos y la sudoración*. Aunque también encontramos las palpitaciones, cefaleas, vértigos e hipertensión entre otros.

Sofocos: Este es uno de los síntomas frecuentemente asociado. Las mujeres lo perciben como una inesperada sensación de calor, especialmente en la cara, cuello y pecho, asociado con un enrojecimiento indeterminado de la piel, sobretodo de la cara, acompañado de sudores; esta sensación tiene un punto de origen y se extiende por el cuerpo. Según Doan (1987) durante los sofocos, la temperatura interna del cuerpo disminuye, la externa aumenta en los dedos de pies, manos y en las mejillas, así como incrementa el ritmo cardíaco. Asimismo el estrés, nerviosismo, las emociones y situaciones de conflicto desencadenan este síntoma; además puede intensificarse con el café o el alcohol y su frecuencia es variable, puede oscilar entre unos pocos episodios al mes o varios en el día. De igual manera pueden ser originados o reforzados por la agitación, por una sobrecarga emocional o física (Schneider, 1992).

Muntane (1994) plantea que las sofocaciones se producen por el descenso de estrógenos, y estos al caer provocan una serie de alteraciones a nivel del hipotálamo. De igual manera diferentes investigaciones demuestran que pueden o no ser apreciadas por las demás personas, en dado caso que llegue a ser visible será en forma de coloración rosácea en la cara y el cuello, el número de sofocos varían en el día, la forma de extenderse es también un hecho individual, pueden hacerlo hacia arriba, hacia abajo, en ambas direcciones o por todo el cuerpo, en algunas mujeres los sofocos se presentan durante la noche, estos reciben el nombre de *sudores nocturnos*, estos pueden acompañarse de transpiración e incluso interrumpir el sueño (Doan, 1987). Estos

episodios de calor pueden ocurrir como respuesta a comidas o bebidas demasiado calientes o consumo de alcohol.

Los sofocos varían en intensidad, estos pueden ser *leves, moderados o graves*:

- *Leves*: Sensación de calor con escasa o poca transpiración, habitualmente duran menos de un minuto y se producen a intervalos sin llegar a interrumpir las actividades que se están realizando, pueden ir acompañados de un ligero rubor y pueden producir sensación de hormigueo acompañados de un ligero rubor.
- *Moderados*: Producen transpiración visible en ciertas zonas del cuerpo, la duración oscila entre tres minutos, pueden incluir hormigueo, palpitaciones, escalofríos, inflamación de las extremidades y deseos de orinar y la interrupción de la actividad normal es escasa.
- *Graves*: El calor es intenso, la transpiración a menudo se produce en todo el cuerpo, su duración es mayor que en los leves y los moderados, en algunos casos pueden producir confusión y angustia, en otros, vértigo, escalofríos, sofocación, incapacidad para la concentración y dolores en el tórax.

Es así como Doan (1987), plantea que los sofocos son señales de que el sistema termorregulador corporal no funciona adecuadamente y que el hipotálamo (región del cerebro que regula la menstruación) es el encargado de controlar esta actividad.

Consejos prácticos para los sofocos

- Utilizar ropa ligera preferiblemente de algodón.
- Realizar una respiración profunda si se nota que el ritmo cardíaco se acelera.
- Evitar el consumo de alcohol, tabaco, té, café y otras bebidas calientes; estas se pueden reemplazar por bebidas frescas, como el agua (Díaz, 2005, citado por Doan, 1987).

Sudores: Muchas veces vienen asociados con los sofocos, pero de igual manera se presentan aislados. Se pueden localizar en cara y mano o generalizados por todo el cuerpo.

Parestesias: Se percibe una sensación de hormigueo, especialmente en miembros superiores y en extremidades, además se puede presentar un adormecimiento de los dedos, ocurre sobre todo en estado de reposo.

Palpitaciones: Sensación subjetiva de percibir el latido cardíaco más frecuente de lo normal. Son fruto de la ansiedad; estos pueden desaparecer con la relajación.

Cefaleas: Generalmente se presentan en forma de jaquecas o hemicránea (dolor que afecta la mitad de la cabeza), es importante mencionar que otras veces, se pueden producir ante situaciones de estrés, tensión emocional e ingesta de alcohol. Probablemente las cefaleas en esta etapa están producidas por síntomas relacionados con el ambiente social y psicológico que atraviesa la mujer durante esta etapa.

Vértigos: Su origen puede ser funcional como orgánico, cuando estos se presentan en forma leve tienen poca importancia, mientras que cuando son graves pueden atribuir casi siempre a procesos auditivos.

Modificaciones en la piel: Los cambios morfológicos se inician a los 30 años y con la menopausia estos se intensifican, sin embargo estas modificaciones están determinadas por tres factores: el paso de la edad, la falta de estrógenos y la exposición excesiva a los rayos solares. De igual manera la dermis también adelgaza, disminuye el colágeno, pierde agua y elasticidad y las glándulas sudoríparas disminuyen la secreción, sobre todo en axilas y pubis, el vello púbico tiende a disminuir y en ocasiones se aprecia la caída del cabello.

Neuralgias: Periódicamente durante la menopausia, algunas mujeres presentan dolores músculo-articular, caracterizado por molestias como rigidez articular, dolores localizados generalmente en la región cervical, hombros y rodillas.

Aparato genitourinario: Hay un adelgazamiento y disminución de las paredes vaginales, la vulva se atrofia y las paredes de la vejiga y la uretra se adelgazan.

Otros cambios que se presentan: Además de los síntomas mencionados, se encuentra que el vello comienza a ponerse más delgado, los senos comienzan a perder su elasticidad y su redondez, la piel conduce a la aparición de arrugas debido a la disminución de colágeno, así mismo en la menopausia son muy comunes las jaquecas como la migraña y dificultades para conciliar el sueño.

De igual manera las paredes vaginales se hacen más rígidas, las arterias y las venas que humedecen la vagina se estrechan y se produce un adelgazamiento de la mucosa (Cherry, 1999). Los labios mayores se aplanan debido a la disminución de la grasa y tienden a confundirse con los tejidos vecinos. Los labios menores también disminuyen de tamaño y el introito vaginal se estrecha.

Según Stewart y Robinson (1997, citado por Jiménez, 2004), mencionan que la inestabilidad vasomotora (bochornos), puede contribuir al insomnio, los sangrados menstruales irregulares, los

episodios de amenorrea, dolores de cabeza, la sensibilidad en los senos, el aumento de peso y del vello facial, el adelgazamiento de la piel, los mareos, palpitaciones, dolores en las articulaciones y músculos.

Tema: Que ha cambiado en mi cuerpo.

Participantes: Las mujeres.

Instrumentos: Papel bond y marcadores.

Duración: 30 minutos.

El climaterio ocurre normalmente como una etapa más de la vida, sin embargo las mujeres pueden incidir de forma positiva o negativa en la sintomatología de la misma y esto de una u otra manera se une a la adaptación que necesita la mujer a este cambio, sus expectativas, experiencias y vivencias. Igualmente esta fase trae innumerables cambios que podrían causar temor, tanto en el plano físico como en el emocional. Muchas mujeres descubren que es difícil lidiar con todos los cambios que van surgiendo en sus vidas y en sus cuerpos, mientras que otras sencillamente parecen adecuarse a ellos sin ninguna clase de problemas.

Sin embargo una de las principales preocupaciones que surgen durante este proceso es el concepto de la *imagen corporal*. Con frecuencia, la forma en la que la mujer perciba su cuerpo durante el transcurso del climaterio repercutirá directamente en cuán feliz se sentirá durante el mismo. En relación a los cambios que se presentan, la actitud de la mujer frente a su propio cuerpo y el aprecio que siente por sí misma, está estrechamente relacionado al ideal de belleza y a la idea que la sociedad tenga de la mujer. Ambos conceptos se han ido forjando a lo largo de la historia y por lo tanto hacen que resulte muy difícil descubrir y analizar los prejuicios que se tienen no solo frente a los demás, sino frente a sí mismas (Schneider, 1992). Así mismo, en este aspecto, algunas mujeres sencillamente pueden llegar a ocasionar una baja autoestima, dado el énfasis que pone hoy la sociedad en la delgadez de la mujer, convirtiendo la belleza en un ideal. Sin embargo cuando se llega a esta etapa, la pérdida de juventud va tomando peso en todas las mujeres.

La imagen corporal de cada mujer se ve reflejada en los malos hábitos como una alimentación inadecuada, nicotina, alcohol, estrés, exceso de trabajo y la falta de ejercicio. Pero es de gran

importancia que la mujer independientemente de los cambios que presentan, puedan seguir disfrutando de su cuerpo en todas las dimensiones y con todas las proyecciones que desee. En este sentido la feminidad es vista como dulzura, sencillez y delicadeza. Schneider (1992) menciona que el organismo humano tiene una capacidad extraordinaria para adaptarse a las nuevas exigencias. Utilizando estas posibilidades puede aumentarse la capacidad de rendimiento del cuerpo, actuando en contra del proceso de envejecimiento, independiente de la edad que se tenga. Por medio de la actividad *que ha cambiado en mi cuerpo*, se pretende potenciar la imagen corporal de cada una de las asistentes al curso, de manera que se tome conciencia en cuanto a los cambios que se han presentado y la aceptación ante estos.

Tema: Temores en la menopausia.

Participantes: Las mujeres.

Instrumentos: Una hoja de papel blanco.

Duración: 30 minutos.

A medida que esta etapa va comenzando, casi todas las mujeres se preocupan de los cambios tanto físicos como emocionales. Algunas son capaces de enfrentarse con sus preocupaciones poniéndolas en la perspectiva correcta, de este modo algunas mujeres disfrutaban este periodo llenándose de alegría a pesar de todo lo que acarrea. Otras no pueden dejar de preocuparse lo cual genera un estado de ansiedad que puede prolongarse durante todo el periodo. Sean cuales sean los miedos, la mejor forma de superarlos es que cada persona los admita y los afronte. Una vez que cada una haya revisado los temores que experimentan con ayuda del siguiente ejercicio, se espera que sean capaces de verlas en perspectiva y encararlas de manera más productiva.

En un momento de calma, siéntase en un lugar tranquilo, alejado de las otras personas que se encuentran alrededor suyo. Entonces cierre los ojos y pregúntese *¿Qué es lo que más le preocupa de esta nueva etapa de su vida?* Durante unos minutos deje que circule por su mente las respuestas, después abra los ojos y empiece a escribirlos. Escriba sus miedos con absoluta sinceridad, anotando todo lo que le pase por la cabeza, no tenga miedo. Cuando haya terminado lea todo lo que ha escrito, lea despacio y deja que cada miedo se registre en la mente, después vuelva a leer. Cada vez que se refiera a un miedo específico, trate de convertir la ansiedad en una

afirmación positiva. Por ejemplo, si teme que va a sufrir en esta etapa y que no va a ser la misma mujer, piensa: *no voy a sufrir y voy a ser la misma mujer que soy ahora*. Si teme entrar en una depresión y ser más irritable, piensa: *estoy en una nueva fase de mi vida y voy a disfrutarla al máximo*. Crea una afirmación en respuesta a cada uno de los temores. Después de haber expresado sus afirmaciones, escríbalas al respaldo de la hoja.

Por medio de esta actividad, se pretende que las mujeres puedan afrontar los temores; ya que la mejor forma de superarlos es que cada participante los admita y los afronte. Una vez que cada una haya revisado los diferentes temores que experimentan con ayuda del ejercicio anterior, se espera que sean capaces de verlas en perspectiva y encararlas de una manera más productiva.

Sesión No 3.

Cambios Psicológicos Durante La Menopausia.

Objetivo. Informar a las mujeres sobre los cambios psicológicos que se experimentan durante la etapa de la menopausia.

Actividad. Se utilizarán imágenes de expresiones faciales, con el fin de que las mujeres participantes identifiquen las distintas emociones en relación a esta etapa, posteriormente se explicarán todos los cambios a nivel psicológico que se dan en dicha etapa y finalmente se enfatizará el trabajo en la depresión y la ansiedad por medio de un taller reflexivo en el cual las participantes podrán exponer sus puntos de vista acerca de los cambios que están presentando en esta nueva etapa de sus vidas.

La menopausia, al igual que la pubertad y el embarazo, es un período de crisis durante el cual se producen cambios y desequilibrios psíquicos importantes. Las crisis, como se visualizan, son puntos importantes en la vida de una persona, que bajo condiciones favorables se convierten en pasos específicos de la maduración y desarrollo de los seres humanos que los preparan para enfrentar las metas y funciones de la fase vital siguiente. Estos síntomas son muy comunes en esta etapa, su presentación es precoz y a veces abren la sintomatología antes de la menopausia (Jiménez, 1995). En esta época de la vida es muy frecuente que haya una serie de cambios emocionales como *depresión, ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, insomnio, preocupación e inseguridad*. Esta situación se debe no solo a los cambios físicos que está experimentando el cuerpo sino que a su vez ocurren como respuesta al impacto de las expectativas culturales y

sociales que van actuando sobre la mujer, que en parte se van mezclando con sus percepciones y expectativas.

Dadas las características de la menopausia, puede considerarse que se produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, en cuanto a que esta requiere adaptarse a la nueva situación lo que puede desencadenar *malestar psicológico*; entendiéndose como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos (Schneider, 1992).

Según Orozco (1997, citado por Gonzales, 1999) es muy frecuente que los trastornos emocionales se expresen con síntomas orgánicos inespecíficos tales como desmayos, mareos, dolores, fatiga; se presentan en un grupo muy importante de mujeres con crisis de identidad, en donde las mujeres ven su vida sin un propósito claro. Las necesidades emocionales se hacen más complejas a medida que ambos, hijos y marido, se interesan en otros campos y surgen una serie de frustraciones.

A medida que se envejece, va apareciendo una tendencia a formular preguntas sobre el significado de la vida y la felicidad. Pero de igual manera se debe haber conseguido clarificar los valores y completar cualesquiera que sean los procesos de curación emocional necesarios para poder llevar una existencia productiva y feliz. Igualmente este periodo coincide con cambios familiares y en general una época de balances personales, familiares y profesionales.

Depresión: Estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, "se convierte en un estado patológico en virtud de su intensidad, penetración, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico" (Jiménez, 1995). Este síntoma se caracteriza por la aparición de tristeza persistente *todo* el día durante muchos días, pérdida de interés tanto en el trabajo como en las actividades de placer, humor irritable, cansancio, llanto, sentimiento de culpa, insomnio, ideas suicidas, dificultad para concentrarse, cambios afectivos, sensación de automenosprecio. Desde el punto de vista endocrinológico, pueden ser suficientes para desencadenar ciertos cambios emocionales; sin embargo estos no solo se ven afectados por si solos sino por otros factores, los que desencadenan las alteraciones en el estado de ánimo como: clase socioeconómica baja, en especial cuando se combina el trabajo fuera del hogar, escasa relación social e implicaciones familiares y laborales. Respecto a los factores individuales

y sociales que favorecen la depresión se encuentra el triple papel que han de jugar las mujeres hoy en día: ser amas de casa, cuidar de los hijos y trabajar fuera del hogar. La mayoría de mujeres climatéricas con depresión muestran falta de apetito, cefaleas, pérdida de peso y dolores generalizados (Jiménez, 1995). De igual forma, existen sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Debido a esto se observa que la menopausia es un momento en que las mujeres frecuentemente presentan depresión. Un estudio reportó que el 80% de las mujeres perimenopáusicas desarrollan alteraciones del carácter, aunque esto tiene sus razones de base hormonal, también es importantísimo considerar el aspecto anímico por el que pueden estar pasando. La depresión en la menopausia, afecta entre 20 a un 40% de las mujeres aproximadamente.

Hay muchas cosas que las mujeres pueden hacer por sí mismas para ayudar a aliviar estos síntomas, entre los cuales se encuentran salir de casa cada vez que tenga la oportunidad, reunirse con familiares, amigos, apartar tiempo para ejercicios aeróbicos moderados como caminar, trotar y practicar la natación, tener una comunicación abierta con su familia. Si estas sugerencias no ayudan a las mujeres, se debe hablar con el médico y este la remitirá con un profesional especializado. Las mujeres con depresión leve son referidas, por lo general, a un terapeuta para que discutan sus temores y preocupaciones. En algunos casos, a las mujeres con depresión moderada se les administra tratamiento de estrógeno. En casos de depresión grave, se indican, por lo general, agentes antidepresivo y/o ansiolítico (Muntane, 1994). Cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la mayor o menor severidad de sus síntomas no parecen apartarse de los patrones que caracterizan las otras formas de depresión. De hecho, la depresión durante la menopausia no está específicamente asociada con los cambios hormonales de la menopausia fisiológica, sino con otros factores como la menopausia quirúrgica, la depresión previa, el estado de salud, los problemas menstruales, el estrés social o familiar y las actitudes negativas hacia la menopausia. Entre ellos, se ha encontrado que la menopausia quirúrgica es la que se ha relacionado con mayor índice de depresión. No está claro si sólo se debe al déficit brusco hormonal, a la situación psicosocial o a la enfermedad que provocó la intervención. Algunos estudios han demostrado que las tensiones familiares y sociales, así como el pensamiento negativo asociado, parecen más implicados en la etiología de los trastornos depresivos relacionados a la menopausia que el cambio biológico-hormonal (Campos, Urzua, Castro, 1998).

Ansiedad: Estado de inquietud o zozobra de la persona y un sentimiento de ánimo desagradable, disgusto persistente e irritabilidad, acompañada de síntomas somáticos. Al igual que la depresión la ansiedad es muy común durante esta etapa de la vida; se puede señalar cualquier amenaza a la seguridad o al equilibrio del individuo. Según Jiménez (1995) plantea que la ansiedad potencia la sintomatología climatérica debido al componente del temor y angustia que acompaña frecuentemente a estas mujeres. Su función principal está relacionada con la adaptación frente a situaciones de tensión, peligro o amenaza. La ansiedad de la mujer climatérica puede interferir en diferentes escenarios de la vida afectando el desempeño de su rutina cotidiana; se pueden presentar manifestaciones de ansiedad, con cambios sensibles en su funcionamiento tales como: tendencia al comportamiento conflictivo, nerviosismo, alteraciones del sueño, dificultades en la concentración, sentimiento de inseguridad, preocupación por eventos que previamente no les causaban inquietud, aumento de la sensibilidad emocional, disminución de la tolerancia, entre otros, además de síntomas somáticos tales como suspiros, palpitaciones, temblor fino, sudoración, malestar gastrointestinal, sensación de hormigueo, rubor o escalofrío (Forero, 2005).

Para autores como Jadresic y Correa (2005) mencionan cuando las mujeres no reciben tratamiento durante la menopausia tienen un mayor riesgo de presentar molestias como síntomas vasomotores, trastornos del sueño, deterioro del estado anímico, fracturas y deterioro de la calidad de vida.

Nerviosismo: Usualmente va en compañía de la irritabilidad, este se manifiesta por excitabilidad e inquietud mental o física.

Irritabilidad: Estado emocional que se caracteriza por sensibilidad acentuada hacia los estímulos ambientales y sociales, provocando enojo o tristeza exagerada. Se asocia con el estrés, el nerviosismo, la excesiva carga de trabajo, el síndrome premenstrual, el insomnio, la ansiedad y la aparición de la menopausia. Así mismo se caracteriza por que la persona irritada puede llegar a comportarse agresivamente; este sentimiento en algunas ocasiones puede llegar a causar frustración.

Insomnio: Durante esta etapa, otra de las manifestaciones comunes son los trastornos del sueño, aunque afecta a hombres y a mujeres pero con mayor proporción en ellas; estos se

presentan en diferentes formas dificultad para dormirse, inquietud en el reposo con sueño ligero (Salvatierra, 1992, citado por Jiménez, 1995).

Otros cambios: Muchas mujeres a lo largo de esta etapa sufren diversos cambios como los mencionados anteriormente, pero así mismo se unen otro tipo de dificultades como las relaciones inestables, el divorcio, el cuidado de los hijos, cambios laborales, relaciones sociales y la imagen del cuerpo, hacen que comiencen a sentirse fuera de control, decepcionadas y es en este momento cuando sienten que todo se viene encima y de esta manera no saben cómo enfrentarse ante esta nueva fase del climaterio. Los cambios en la imagen corporal, las alteraciones hormonales, así como la combinación de factores ambientales y culturales, se reflejan inevitablemente en la vida psíquica de las mujeres en la etapa del climaterio.

Tema: Identificación de emociones

Participantes: Las mujeres.

Instrumentos: Imágenes

Duración: 30 minutos.

Las emociones son el centro de la vida mental y social de las personas, establecen las metas que no son prioritarias y nos organizan para llevar a cabo ciertas acciones concretas. Por lo tanto se define una emoción como un estado afectivo que se experimenta, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia (Thompson, 1990). La reacción de la mujer ante la presencia de la menopausia depende de la forma de aparición, su edad, estrato socio-cultural, nivel de desarrollo psico-sexual alcanzado, estructura psicológica, experiencias vivenciales, factores familiares, ambientales y su estado de salud física. La manera como la mujer afronte esta etapa y resuelva las crisis es de gran significación, porque indica cómo va a enfrentar la fase siguiente de su ciclo vital. Cuando la mujer madura elabora y asume los cambios psico-somáticos producidos por este desequilibrio emocional transitorio entra en una fase de gran adaptabilidad y aceptación.



Sesión No 4.

La Sexualidad En La Menopausia

Objetivo. Reconocer la sexualidad en el periodo del climaterio y sus cambios.

Identificar los mitos y/o creencias de la sexualidad en el periodo climatérico.

Actividad. Se leerá un caso clínico de una pareja en la etapa de la menopausia. Posteriormente entre las mismas asistentes al curso escribirán cuales son los mitos y/o creencias de la sexualidad que tienen durante este periodo. Se explicará los cambios en esta etapa y finalmente se comentará con el grupo los mitos que se escribieron y se realizará la socialización.

“La menopausia no equivale al fin de la vida sexual, al contrario, vivir plenamente la sexualidad mejora la calidad de vida en esta etapa”

El comportamiento sexual de la mujer se puede alterar después de la menopausia, debido a los cambios que ésta conlleva. El hecho de envejecer, con todos sus problemas y los cambios físicos y emocionales que lleva consigo, hace que sean más difícil descubrir los nuevos modelos de comportamiento y desarrollar la sensualidad; sin embargo no son muchas las mujeres que rompen con los modelos preestablecidos y acaban con las limitaciones en ámbitos vitales de la vida humana (Schneider, 1992).

Según Schneider en su libro *Menopausia la otra fertilidad* menciona que el aprender a valorarse como un ser sexual, buscar formas de vida y de amar, es una tarea importante para las mujeres que llegan a la etapa de la menopausia, debido a que la sensación de felicidad, la intensidad de la experiencia amorosa, la sensualidad y la alegría de disfrutar ayudan a crecer en todos los ámbitos.

En la esfera sexual se encuentran una serie de cambios físicos, los cuales afectan de una u otra forma el encuentro sexual en la pareja, entre ellos encontramos que la sequedad vaginal puede originar dispareunia (dolor al tener una relación sexual), en realidad cuando la mujer envejece y el nivel de hormonas disminuye, las contracciones uterinas del orgasmo pueden ser dolorosas durante y después del orgasmo; además se origina demora o retraso del orgasmo, disfunciones en la relación de pareja, en donde se van sumando condiciones que pueden llegar a impedir una relación sexual satisfactoria (Campos, Urzua y Castro, 1998). Los factores que se asocian a la actividad sexual dependen de la disponibilidad, el interés y la relación de la pareja; sin embargo también se relacionan los tabúes que tienen muchas mujeres acerca de la sexualidad en la menopausia, como la falta de autoestima, falta de interés sexual o el tipo de relación que se lleve.

De igual manera la respuesta sexual disminuye por razones *biológicas* ya que por los cambios fisiológicos y anatómicos se obtiene una respuesta menor. Se considera que hay una atrofia del epitelio de la vulva, disminuye el espesor y la sensibilidad; esto hace que las relaciones sean más difíciles y las mujeres ante los miedos y las distintas molestias que presentan tiendan a inhibirse. En este sentido, esta etapa no debe indicar el fin de la vida sexual, de hecho, puede suceder en algunos casos lo contrario, puede traer un nuevo grado de acercamiento y de compatibilidad sexual que en cierto modo puede llegar a unir y fortalecer la relación de la pareja. En esta nueva etapa, es muy común encontrar mujeres que se sienten más relajadas cuando no existe el peligro de un embarazo, de esta manera puede en algunos casos llegar a tener un aumento repentino del deseo sexual, por el hecho de ser liberadas de este temor y preocupación (Cherry, 1999).

Parece comúnmente aceptado, que la mujer en esta etapa atraviesa por situaciones diferentes experimentando cambios en su personalidad, cambios que muy a menudo se traducen por una labilidad emocional. Según Olmedo (2006), la disminución de la congestión genital, en general, establece la disminución de la plataforma orgásmica, de la coloración de los labios mayores y menores, menor erección de los pezones y del tamaño del útero. También determina cambios visibles en el cabello poniéndose más fino, frágil y opaco, la piel pierde brillo y elasticidad, los

músculos pierden tono, fuerza y volumen, las mamas tienden a caer y aplanarse, el depósito de grasa comienza a aumentar en el abdomen y en la cintura y suele haber aumento de peso por los cambios metabólicos; en esta situación muchas mujeres ven estos cambios como una pérdida del atractivo físico que produce indirectamente la inhibición del deseo sexual por sentir que no merece ser deseada.

Teniendo en cuenta los cambios biológicos que alteran la sexualidad, se encuentra que disminuyen las secreciones de las *glándulas de Bartolino*, estas, son las encargadas de producir la lubricación en la mujer. De igual manera con el paso de los años la capacidad de respuesta requiere más tiempo y la excitación es menos intensa. Después de la menopausia se precisa más tiempo para conseguir la lubricación vaginal, los orgasmos son más breves, las contracciones son menos intensas, la vagina va disminuyendo la capacidad de tolerar penetraciones profundas y prolongadas y la fase final de la estimulación también se acorta; estos cambios son normales y ocurren en la mayoría de mujeres.

Con respecto al periodo sexual, se diferencian cinco tipos básicos de disfunciones o alteraciones sexuales en el periodo de la menopausia:



Cuando hay una disminución en el interés sexual, algunas de las causas pueden ser: la calidad de relación y comunicación con su pareja, la calidad de vida sexual antes de la menopausia, grado de fatiga, aburrimiento sexual, estrés, depresión, uso de medicamentos antidepresivos, entre otros.

Asimismo es de gran importancia el conocimiento que la mujer tenga de su cuerpo, sus sensaciones y una adecuada comunicación con su pareja ya que esto va a favorecer y a posibilitar una relación sexual placentera, este desconocimiento hace que la mujer no busque orientación especializada sino que simplemente tome la decisión de soportar relaciones de "displacer" o busquen justificaciones para evitar o demorar la relación sexual (Campos, Urzua y Castro, 1998).

En si el climaterio es el final de la capacidad reproductiva más no de la vida sexual y erótica, es una etapa de la vida que se puede disfrutar con plenitud, gozando del amor y la pasión; pero aún así hay algunas mujeres que se sienten confundidas ya que sus sentimientos de excitación sexual y respuesta vaginal son escasas. En este momento es cuando entra a jugar su pareja o compañero ya que de igual manera puede empezar a sentir o reaccionar como si la sequedad fuera una señal de rechazo o sencillamente que no puede excitar a su pareja y puede llegar a la *autoculpa*.

En el proceso de la menopausia, la confirmación y anuncio de este, puede generar inseguridad frente a las posibles pérdidas y modificaciones que implica; en ese sentido, muchas mujeres coinciden con que sus hijos se independizan y comienzan a surgir sentimientos de inutilidad, frustración y pensamientos por el tiempo perdido, lo cual puede ser un factor que va a repercutir en la sexualidad. Por otro lado, hay otras mujeres que con estas situaciones pueden descubrir con su pareja una sexualidad más tranquila, llegándola a enriquecer y a disfrutar de otra manera haciéndola gratificante y placentera.

Así pues, se cree que la sexualidad genital solo se vive del coito, pero aquí también se requiere el deseo, el afecto y la comunicación por la pareja, ya que comienzan a surgir mayores deseos por *sentir* el cuerpo y obtener un mayor placer en dicho encuentro. El acercamiento es la ocasión que tiene la pareja de compartir un universo de nuevas sensaciones. De esta forma, se puede comenzar a explorar nuevamente caricias, juegos, besos, tocamientos y masajes, que en algún momento llegaron a ser expresiones placenteras sin necesidad de llegar a la penetración, sintiéndose serenos, tranquilos y se pueda vivir una unión más íntima.

Cabe resaltar que los problemas sexuales en la madurez a veces se producen porque la pareja de la mujer también tiene dificultades. La dificultad de lograr una erección es común en los hombres de más de 50 años, pero es importante que como pareja puedan hablar acerca de los cambios en su cuerpo, puede ser difícil tanto para el hombre como para la mujer hablar de los

problemas, en donde muchas veces lo enfrentan evitando las relaciones sexuales. Cuando esto ocurre, la mujer puede creer que es porque su pareja ya no la encuentra atractiva.

<p><i>Tema: Mitos sexuales</i></p> <p><i>Participantes: Las mujeres.</i></p> <p><i>Instrumentos: Mesa redonda, hoja de papel.</i></p> <p><i>Duración: 30 minutos.</i></p>

A lo largo de la historia se ha creado un clima de opinión que se extiende hasta nuestros días, persistiendo todavía muchos mitos, prejuicios, ideas falsas e irracionales acerca de la sexualidad, por lo tanto se pretende conocer cuáles son estos mitos con el fin de estimular una actitud positiva frente a la sexualidad femenina y en especial a lo largo de la etapa del climaterio. Doan (1987) menciona que en el tema de la menopausia, ha faltado información por la cual se ha considerado como un *tabú*, dando como resultado una aparición de numerosos mitos.

Así mismo la sexualidad ha sido pensada como un tabú, siendo un tema controvertido ante la sociedad, llegando a generar en algunas personas dilemas éticos y religiosos. Asimismo, debido a la inclusión de tabúes y percepciones erróneas hacia el cuerpo y su funcionalidad, algunos autores como González, Miyar y González (2002, citados por Doan, 1987), han estudiado acerca de dicho tema y arrojaron resultados como la mujer como figura reproductiva y romántica, sin derecho a sentir erotismo, por lo que su función debe ser pasiva.

Estos mitos cohiben la expresión de la sexualidad ya que la misma cultura ha implementado una formación retrograda, en la que para algunas mujeres es muy difícil expresar sus necesidades sexuales; convirtiéndola en un objeto de procreación, con una figura pasiva y sin derechos.

Sesión No 5.

Autoestima y Vínculos Familiares

Objetivo. Ofrecer un espacio que brinde la posibilidad de reflexionar sobre sí mismas.

Desarrollar una actitud positiva de sí mismas fomentando la autoestima y el autoconcepto.

Actividad. Cada asistente al curso identificará aspectos positivos y negativos de cada una escribiéndolos en una hoja, posteriormente se realizarán las siguientes preguntas ¿Qué cosas les costó más trabajo identificar, las positivas o las negativas?, ¿A qué creen que se deban tal

dificultad?, ¿Cómo creen que puedan aumentar las cosas positivas y disminuir las cosas negativas? Se reforzaran los términos de autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación, autorespeto y autoestima. Cada asistente al curso dibujará su imagen en una hoja con el fin de resaltar su autoimagen y autoconcepto. Posteriormente se trabajará el tema de vínculos familiares, para esta actividad se entrega a cada participante una cinta más o menos de un metro de largo y se les pide que unan las puntas de cada una de sus cintas con las de su compañera del lado, la idea es que se unan las cintas, cada uno las tenga en sus manos y estén en forma de círculo. Seguido a esto se les pide que se desplacen por el salón, sin soltar las cintas con el fin de que se enreden. Después se pregunta ¿Cómo se encuentran ahora?, ¿Se les ha presentado situaciones en la vida, tan enredadas como esta?, ¿Piensan que es fácil desenredarse?, ¿En las situaciones que viven a diario en sus hogares han logrado desenredarse y solucionar los problemas?, esto con el fin de que vean la importancia de la redes familiares. Después de estar desenredadas se le pregunta: ¿Para ustedes que representa la cinta?, ¿Saben ustedes que es una red? , Ahora, saben ¿Qué es una red de apoyo familiar? Finalmente se divide el grupo en dos y a cada grupo se le entrega una pregunta: ¿Que es una red de apoyo familiar?, ¿Por qué es importante una red de apoyo familiar?

El proceso del climaterio va más allá de los cambios que se presentan, es una etapa en que las mujeres tienen la oportunidad de explorar una nueva fase de sus vidas, de reflexionar con otras mujeres que atraviesan por esta misma situación, el hecho de dialogar y compartir permite pensar y crear nuevas alternativas con el fin de que se puedan generar cambios llegando a mejorar la calidad de vida. Dentro de esta fase es de gran importancia que las mujeres tengan una mayor conexión y aceptación del propio cuerpo. La imagen corporal en las mujeres climatéricas, se ve afectada por la autoestima que cada una tiene. Entendiendo autoestima como valoración de sí y se manifiesta en expresiones amorosas y de autoaceptación, provocando bienestar y satisfacción. La autoestima, como señala Branden (1995), es una necesidad humana fundamental, cuando es plenamente realizada, es la experiencia fundamental en el que se puede llevar una vida significativa llegando a cumplir las exigencias, en este sentido, la autoestima es la confianza en la capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. Sin embargo, la esencia de la autoestima es *confirmar en la propia mente y saber que se es merecedor de la felicidad*. De igual manera está basada en la conciencia que tiene el individuo sobre sus habilidades, virtudes, características personales y falencias que en últimas son las que conforman el concepto que se

tiene de sí mismo; de igual manera es un sentimiento que se expresa con hechos. Es importante que todos los seres humanos tengan una autoestima equilibrada, independiente del sexo, edad, cultura, trabajos y objetivos que se proponen a lo largo de la vida.

La *confianza* y la *seguridad* son las bases para edificar una correcta autoestima y por consiguiente la seguridad en sí mismo, es decir, es saber identificar las características positivas y negativas, necesidades y destrezas que cada ser humano va construyendo a lo largo de su vida. Una autoestima saludable se correlaciona con la creatividad, independencia, flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios, mientras que una autoestima baja se correlaciona con la rigidez, el miedo a lo nuevo y lo desconocido (Branden, 1995). Con respecto a lo anterior, se crea un conjunto de expectativas que tienden a generar acciones que se convierten en realidad por ejemplo cuando nos esforzamos por aprender o conseguir algo que se quiere. Todo esto lleva a concluir que la autoestima es una necesidad, ya que:



Eficacia personal: Confianza en el funcionamiento de la mente, capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de intereses y necesidades personales y confianza en sí mismo.

Respeto a uno mismo: Actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz, reafirmar los pensamientos, deseos y necesidades, sentimientos de alegría y satisfacción.

Autoconocimiento: Es conocerse a sí mismo, es identificar las características positivas y negativas, necesidades, habilidades; es identificar y entender los sentimientos generados por las propias actuaciones. Conocer por qué, cómo actúa y siente.

Autoconcepto: Hace referencia a una serie de creencias integradas sobre sí mismo, una vez identificadas estas características, la persona forma una idea de sí misma y actúa de acuerdo con ella.

Autoevaluación: Capacidad de valorar las cosas como buenas o como malas, si satisfacen, carecen de interés, hacen daño o son interesantes y enriquecedoras.

Autoaceptación: Consiste en reconocerse a sí mismo en forma realista, como sujeto de cualidades y limitaciones; esta permite reconocer que hay en cada una que se deba cambiar y aquello que se debe mantener.

Autorespeto: Comportarse de acuerdo a las necesidades y valores propios; es expresar sentimientos, emociones sin hacerse daño ni sentirse culpable. Es buscar lo que haga que la persona se sienta orgullosa.

Autoestima: Es el punto final de todos los anteriores, cuando se conoce, está consciente de los cambios, desarrolla sus capacidades, se acepta y se respeta es cuando se logra la autoestima.

Por otra parte llegada la etapa del climaterio, el rol al interior de la familia cambia. Ya no es necesario ejercer el rol de educador y dictar rígidas reglas de formación, pues las normas ya están inculcadas en los hijos quienes han madurado con el paso de los años. El nuevo rol al interior de la familia de la mujer en edad del climaterio, precisa de preparación y enorme capacidad de adaptación ya que muchas veces llegan nuevos integrantes a la familia (Forero, 2005).

La familia es el medio específico donde se genera, cuida y se desarrolla la vida, es de esta forma que se convierte en la institución donde poco a poco se van adquiriendo valores éticos y sociales que de una u otra manera van dando un sentido a la existencia humana. Por lo tanto la dinámica que genera entre los integrantes, va creando mecanismos con el fin de transformarse y adaptarse como persona y como grupo social. Hernández (1998) menciona que la familia se define como un sistema, en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tienes características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que

hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano.

Sin embargo, cada familia modifica y concreta sus creencias de acuerdo a su propia experiencia, que son los que con el tiempo van determinando la identidad como familia. Además las rutinas y los rituales reducen el impacto negativo de los cambios, en este sentido, se deben constituir fortalezas que favorecen la estabilidad familiar, logrando mantener ese *clima* y por ende satisfaciendo las necesidades emocionales de los integrantes de la familia.

El manejo de las relaciones afectivas comienza a evolucionar a medida que la persona va creciendo y va adquiriendo nuevas experiencias, el uso del lenguaje como medio de comunicación, socialización e interacción hacen que las relaciones afectivas y sociales formen un vínculo de entendimiento y compatibilidad entre los sujetos. Seguido a un noviazgo vienen todos aquellos momentos de pareja, que van a fortalecer la unión, por medio de la interacción y el conocer del otro; del compartir diferencias, espacios, logros, dificultades, y metas, es lo que lleva a que muchas parejas opten por la opción de buscar una común-unión, basada en la convivencia diaria, y la vida en pareja.

El matrimonio implica una separación de la familia de origen, a lo que se le ha denominado en la psicología familiar como el “destete”, la cual inicia con el establecimiento de límites entre la pareja y sus familias de origen, esto implica un trato o relación diferente ya que en muchos casos la familia de origen pretende interferir en la toma de decisiones, solución de problemas y estilos de vida de la nueva familia.

Por otra parte las relaciones familiares, en general son fuente de satisfacción, a pesar de que la familia actual no conviva, los lazos afectivos se conservan permitiendo una mayor autonomía de los miembros. En la familia es necesario analizar su organización, estabilidad económica y emocional, sus interrelaciones, afinidades, grado de respeto de cada uno de sus miembros, la solidaridad y apoyo que se brindan en las dificultades, o por el contrario los estados disfuncionales que obligan a la familia a establecer nuevos replanteamientos en los estados de crisis que en ocasiones generan un porcentaje alto de separaciones (Hernández, 1998).

Es necesario programar la segunda mitad de vida, ya que en este momento es cuando se deben tener nuevas opciones y posibilidades de realización personal. En el periodo del climaterio, surgen cambios importantes en relación con la mujer, entre ellos se encuentran la jubilación y la independización de los hijos.

El síndrome de nido vacío es el nombre dado a la situación caracterizada por la salida de los hijos del hogar, causado por el cambio de residencia, por razones académicas o laborales, el matrimonio o la búsqueda de independencia, en este momento es cuando la pareja puede tomarlo como una magnífica oportunidad para poner en marcha planes que antes no se pudieron realizar por los deberes, la presencia de los hijos, permitiendo salir de viaje, disfrutar de la sexualidad sin temor a indiscretas interrupciones, mientras que para otras mujeres o parejas puede ser tomado como una experiencia de abandono y soledad. El nido vacío puede dejar a los padres la sensación del deber cumplido para con sus hijos, quienes han dejado su hogar primario para formar el propio o han salido a buscar oportunidades esperanzados en un mañana mejor (Forero, 2005).

Según Botell (2001) menciona que hay disminución de la satisfacción personal con sentimientos de minusvalía y devaluación en el contexto familiar y hasta laboral, al acercarse la edad de la jubilación. Entre las expresiones psicoconductuales ocurre el tema que nos ocupa, o sea, el *nido vacío* que es uno de los eventos vitales de esta etapa. Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar está solo, que sus hijos crecieron e hicieron vida independiente y ella siente que ha perdido su papel protagónico socialmente; es decir, que hay pérdidas. Muchas veces se sienten solas, y están preocupadas por su futuro y el de la familia y muestran desinterés por el porvenir.

En cuanto a las políticas y leyes que regulan la jubilación, reflejan la idea de que las capacidades van disminuyendo con la edad, mientras que en este periodo el potencial y las capacidades siguen siendo las mismas; esto refleja que las personas mayores pueden seguir realizando aportaciones a su trabajo. Para muchas mujeres la palabra *jubilación* se refiere a la única y última oportunidad.

Las mujeres que se han desempeñado en la vida laboral en actividades de diverso reconocimiento socioeconómico, y han visto en el trabajo un medio necesario para ganarse el sustento o un camino para desarrollarse en plenitud, suelen verse idénticamente igualadas frente a la dificultad de enfrentar el retiro o la jubilación, este evento las obliga a reorganizar el tiempo disponible para poderlo invertir en numerosas actividades, las cuales antes no había podido o querido realizar (Forero, 2005).

En este momento puede ser que los niveles de estrés disminuyan, debido a que no tienen que hacer frente a las continuas exigencias, es por esto, que la jubilación puede llegar a ser una oportunidad para concentrar renovados ánimos en el logro del bienestar personal.

De la misma forma la jubilación marca una ruptura entre la obligación de deberes y la libertad individual pero de la misma manera se pueden marcar los propios intereses. Es una época de la vida en la cual es preciso no sólo adaptarse sino que activamente acoger un nuevo rol, desde donde se puedan explorar oportunidades que ampliarán la satisfacción y la calidad de vida.

Con esta sesión lo que se pretende es desarrollar las expresiones de autoconocimiento; *la autoestima*, cuya finalidad es la valoración, amor hacia el propio cuerpo y permite conocerse; *la autoimagen*, con el objetivo de que cada una de las participantes reconozca la partes de su cuerpo y sus sentimientos hacia ellos, y de esta manera tener un mejor conocimiento corporal y *el autoconcepto*, para orientar de una mejor forma a los cambios corporales y acerca de las creencias que se tienen a sí mismas.

Sesión No 6.

Estrés e irritabilidad, Situaciones Comunes en el Climaterio

Objetivo. Fomentar una visión positiva frente a esta etapa ya que las mujeres lo ven como una etapa de tensión y dificultades.

Crear un ambiente agradable ante el conocimiento del cuerpo por medio de relajaciones.

Aprender a reconocer las respuestas de estrés e irritabilidad presentes en la etapa del climaterio para implementar más eficaces.

Actividad. Con el fin de que las mujeres vean esta etapa como un proceso normal, se identificarán situaciones o escenas problemas identificando los pensamientos negativos; se explicarán los conceptos de estrés e irritabilidad. Posteriormente se hablará acerca de los factores de afrontamiento con el fin de que las participantes las puedan identificar reduciendo las tensiones que se presentan y de igual manera puedan llegar a afrontar las distintas situaciones. Así mismo se trabajará la importancia de la comunicación y finalmente se trabajará entrenamiento en relajación por visualización.

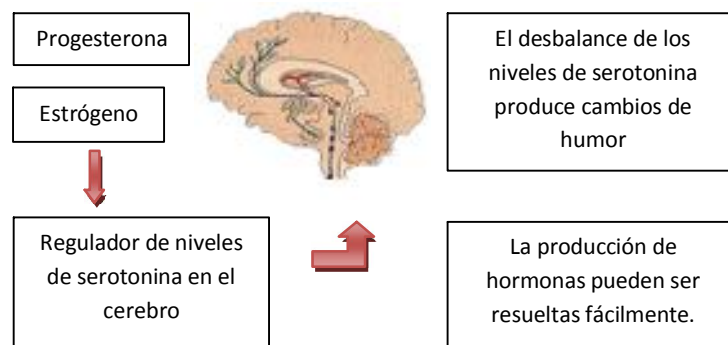
El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer donde se presentan múltiples cambios que pueden traer como consecuencia una disminución en el bienestar y la calidad de vida, los cuales pueden llegar a relacionarse con problemas físicos o psicológicos. Según González (1996) para comprender toda la sintomatología que se la ha atribuido a la menopausia, se debe ver como un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer,

durante la etapa de la adultez madura. Igualmente se observa desde un contexto integral, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos-psicológicos-sociales y familiares, ubicados dentro de la cultura a la cual pertenece.

Estos cambios pueden causar en algunas mujeres una visión negativa en cuanto a la experiencia de esta fase, convirtiéndola en un suceso estresante (Larroy, Gutiérrez y León, 2004). Sin embargo son numerosos los factores que pueden llegar a obstaculizar la estabilidad emocional de una persona siendo un poco más visible en la etapa del climaterio, en este sentido los cambios de humor se dan en la esfera física y psicológica, en donde están relacionados con el estrés diario, el exceso de trabajo y fatiga; en donde pueden llegar a desestabilizar el estado emocional.

Los síntomas como la irritabilidad, la depresión, la ira y la ansiedad son manifestaciones que frecuentemente inician en el periodo de la menopausia. Sin embargo la disminución en los niveles sanguíneos de estrógenos determina la alteración del sistema neuroendocrino que regula la función cerebral (humor y comportamiento).

Las hormonas, el estrógeno y la progesterona tienen un efecto sobre el estado mental, produciendo los cambios de humor. Desde el punto de vista endocrinológico la serotonina está relacionada con el humor, cuando no se encuentra regulada aparecen los *cambios de humor*. Deutsh (1949) menciona que la progesterona y los estrógenos afectan directamente al metabolismo de las catecolaminas, grupo de agentes químicos que juegan un papel importante en la mediatización de las emociones, especialmente en la depresión y en la euforia.



La hostilidad es considerada como una variable compleja, definiéndose como una actitud negativa hacia los demás; autores como Palmero, Diez, Diago, Moreno y Oblitas (2007),

mencionan tres manifestaciones para el concepto de hostilidad, a nivel cognitivo, afectivo y conductual, en las que se plasman las creencias negativas sobre las demás personas, estados emocionales como la ira, el enfado y el disgusto y agresiones verbales o físicas. Sin embargo las mujeres en esta etapa se vuelvan más irritables, sensibles, con mayor tendencia al llanto y cambios de ánimo debido a los cambios hormonales y a los cambios físicos, económicos y crisis familiares que van presentando a lo largo de esta nueva etapa.

Carranza (1998) menciona, que el climaterio es una etapa en donde la mujer debe realizar ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional, ya que hay situaciones de pérdida de características femeninas y prejuicios sociales hacia el climaterio, estos aspectos pueden actuar como desencadenantes de estrés, afectando la salud tanto física como psicológica. Este conjunto de variables puede explicar porque algunas mujeres reaccionan ante la menopausia con mayor inestabilidad emocional que otras, en este sentido para Sánchez (1996), los síntomas psicológicos no están asociados a la menopausia sino las características de índole personal y social son previas a esta etapa del ciclo vital en las mujeres.

Desde el inicio de la perimenopausia, es frecuente que la mujer se enfrente a situaciones estresantes adicionales, como el trato con hijos adolescentes, sentimientos de pérdida, como el tener que asumir la incapacidad de tener hijos, sentirse menos bella y de igual manera ver como poco a poco entra en la etapa de la vejez.

Para González (2005), estos cambios que se observan a nivel emocional y psicológico responden más que nada al patrón de vida que la mujer ha llevado previo a su menopausia, de igual manera la depresión puede ser el resultado de factores que tienen que ver con una falta personal de un rol significativo en su medio y a una baja autoestima más que a cambios hormonales.

Para autores como Damaso y Ortigosa (2000, citados por Copeland, 2002), estos aspectos tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica de la vida que amenaza su ajuste, imagen y autoconcepto, y sobre todo la actitud hacia el climaterio, las mujeres con personalidad ansiosa y con baja autoestima o depresivas, presentan con mayor frecuencia sintomatología climatérica que las autoafirmativas o con mayor autocontrol.

Desde que se estudia el estrés, se ha relacionado con el trascurso vital, sin embargo para el autor Vidal (1993), implica una transacción del organismo con su entorno, caracterizándose por una descompensación entre las demandas que el ambiente plantea y los recursos disponibles para

hacer frente a tales demandas. Este término se emplea para hacer referencia a una amplia gama de experiencias como por ejemplo nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares (Oblitas, 2004).

En principio, el estrés se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. De esta manera el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). El grado de estrés que la mujer experimenta depende de numerosos factores entre los cuales se encuentran:

- El tipo de síntomas, su cantidad, frecuencia, duración e intensidad.
- La existencia de otros sucesos de tensión en el seno de la familia el trabajo, o la vida social.
- La habilidad para buscar consejo o asistencia médica.
- La opinión de la menopausia.
- Si los síntomas que presentan le ocasionan problemas al dormir.
- Enfermedades crónicas.
- Cambios de pareja.
- Pérdidas sociales o laborales.

Consejos Prácticos

Es normal en las mujeres que se sientan tensas, pero lo más importante es establecer cuál es el grado de tensión. A continuación se darán algunas técnicas que pueden ayudar a combatir los niveles de estrés:

- Escuche música relajante.
- Dese un baño largo.
- Realice cualquier tipo de ejercicio.
- Acuda a sesiones de masajes.
- Siéntese en un lugar tranquilo y trate de pensar en algo que la relaje.
- Haga ejercicios de respiración

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas o mediatizadas por un proceso denominado *afrontamiento*, el que es considerado como un proceso dinámico, en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación. Para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento no es un estilo de personalidad constante sino que, por el contrario, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del problema y el subsecuente afrontamiento.

La personalidad de la mujer en la etapa del climaterio condicionará el afrontamiento a la misma y por ende, su bienestar. En general, el afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad. El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad.

En general se señala que la auto confianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital. Se puede, pues, considerar que la mujer climatérica que posea altos niveles de autoestima tendrá una mayor propensión al bienestar psicológico. Esta satisfacción está determinada por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros que, en relación a ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. Lo cual, unido al componente emocional que caracteriza la vida humana, determinará su bienestar, el cual construye, en estrecha vinculación con su entorno macro y micro social.

Sin embargo el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Cuando se dirige a la respuesta emocional, el estilo de afrontamiento se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación. Si se dirige a modificar la evaluación inicial de la situación, el estilo de afrontamiento tiende a reevaluar el problema (Londoño, López, Puerta, Posada, Arango, Acevedo, 2006, citado por Abscal y Palmero, 1999). Entre los recursos

de afrontamiento se incluye el autocontrol, el humor, el llanto, discutir y liberar la energía de una forma u otra.

En este sentido, se distinguen factores dirigidos a la resolución del problema como desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo y factores dirigidos a la emoción que influyen la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el autorreproche.

El afrontamiento sirve para dos funciones la primera para manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y la segunda para regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Este modo de afrontamiento es determinado por las condiciones personales y ambientales (Lazarus & Folkman, 1986).

***Tema:** Relajación por visualización.*

***Participantes:** Las mujeres.*

***Instrumentos:** Espacio tranquilo y amplio, música relajante.*

***Duración:** 20 - 30 minutos. 1 o 2 veces por semana.*

Colóquese en una posición cómoda, acostada en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarse...cierre los ojos y sienta la respiración, tranquila, en calma. Comience prestando atención a la respiración, observe cómo se produce... observe sin modificarla en absoluto, la respiración es tranquila...el rítmico vaivén del movimiento respiratorio transcurre lentamente...sin que intervenga para nada...la respiración...se vuelve por sí misma...lenta...apacible...tranquila. El cuerpo permanece inmóvil...tranquilo...dispuesto a descansar...relajándose. A partir de este instante comience a visualizar un jardín...en él hay rosas...jazmines...claveles y todo tipo de flores que difunden su fragancia en el ambiente, todo tiene un hermoso color verde...más aún puede ver todos los tipos de verde en este jardín primaveral...las diversas fragancias empapan y siente como el perfume embriaga en un estado de sosiego de calma y de paz...percibe la placidez del instante en medio de este jardín asombroso...escuche el canto de los pájaros...siente los infinitos aromas de este vergel... Por un

momento, inmóvil...respire la esencia de las flores más hermosas, el aroma que es un bálsamo para la respiración... tranquila...en calma...la respiración es tranquila...el rítmico vaivén del movimiento respiratorio transcurre lentamente...sin que intervenga para nada...la respiración...se vuelve por sí misma...lenta...apacible...tranquila.

Siente la respiración...escuche el sonido del viento al mecerse en las hojas de los arbustos...percibe el canto de los pájaros...contemple este maravilloso oasis de paz y disfrute con los más diversos colores de las rosas...blancas...rojas...amarillas, y con sus perfumes cálidos...dulces...fascinantes...la música de las esencias compone una balada embriagadora que empapa, parece que el cuerpo respira por la piel y todas las fragancias aportan energía, frescura, vitalidad...respiro y se siente revitalizado, llena de energía...la respiración es tranquila...el rítmico vaivén del movimiento respiratorio transcurre lentamente...sin que intervenga para nada...la respiración...se vuelve por sí misma...lenta...apacible...tranquila. Siente la respiración...escuche el sonido del viento al mecerse en las hojas de los arbustos...percibe el canto de los pájaros...contemple este maravilloso oasis de paz y disfruto con el aroma del jazmín...llega hasta mí esa esencia inconfundible...veo su flor blanca...pequeña...tan pequeña, sin embargo su perfume es tan sugerente que invoca estados interiores de paz...de alegría...hay algo de júbilo en el aroma del jazmín y esa satisfacción se impregna en mí cuando lo respiro...observo y siento...el jazmín...el jazmín...su aroma...me llena...calma...calma... Siente la respiración...escuche el sonido del viento al mecerse en las hojas de los arbustos...perciba el canto de los pájaros...contemple este maravilloso jardín, es un lugar de reposo...de paz y disfruto al contemplarlo. Tome conciencia del estado en calma... Me preparo para abandonar el ejercicio, poco a poco va tomando un sendero que va saliendo del jardín, de sus colores y de sus aromas.

Lentamente abandonamos el ejercicio...conservando todos los beneficios conscientes e inconscientes que me proporciona...contamos lentamente 1...2...3...abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos...tomo aire con más intensidad...realizando una respiración profunda...y abro los ojos...conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación (Tomado de www.ejerciciosderelajacion.com).

Sesión No 7.

Alimentación Un Estilo De Vida Saludable.

Objetivo. Informar a las mujeres participantes del curso sobre aquellos alimentos que benefician esta etapa por la que se encuentran y que de igual manera contribuyen al mejoramiento de estilos de vida saludables.

Actividad. Cada participante escribirá cuales son los alimentos que consume diariamente al comienzo de la sesión, esto con el fin de que las mujeres puedan notar si debe haber algún cambio en su alimentación, posteriormente se les explicará la importancia de tener una alimentación adecuada durante esta etapa. Se llevara a cabo la preparación de un plato saludable, esto para que las participantes vean la importancia de los cuidados en esta fase por la que atraviesan, para dicha actividad cada participante deberá llevar un alimento nutritivo. Esta sesión será acompañada por una nutricionista.

Alimentarse y nutrirse correctamente es algo esencial en todas las edades del ciclo vital, aunque cada etapa tiene unos requerimientos específicos, a estos requerimientos de energía, se une la necesidad de conseguir todos y cada uno de los nutrientes que deben cumplir una función determinada en nuestro organismo. Una nutrición correcta es necesaria para el mantenimiento de la calidad de vida y a su vez para lograr un estado saludable a cualquier edad. Por esta razón, comer bien consiste en absorber todos los nutrientes indispensables del organismo humano, para su integridad (Pros, 1979). La OMS (1987) define la promoción de la salud como *“el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”* (Oblitas, 2004).

El climaterio es una etapa en la cual, los hábitos alimenticios saludables pueden ayudar a prevenir algunos problemas que se presentan como prevención de enfermedades crónicas, diabetes, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y exceso de peso. Para Reynaga (2001) la salud psicológica o mental debe retomarse desde una concepción integral, como un proceso complejo y dinámico, ligado a factores biopsicosociales, económicos y culturales, acompañado de una sensación de bienestar general.

Por lo tanto el verdadero sentido de la promoción de la salud se trata de que ésta alcance un nivel óptimo, en esta etapa la alimentación obliga a las mujeres a efectuar cambios en su

alimentación para adaptarse a las necesidades fisiológicas y a incorporar alimentos que quizás hasta ese momento no valoraba tanto.

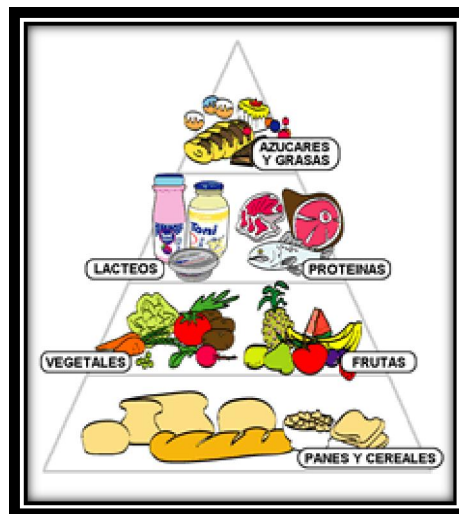
Una alimentación saludable es aquella que provee la energía suficiente para cubrir los gastos que genera el cuerpo, incorporando todos los nutrientes que son necesarios pero en proporciones adecuadas. Cuando hay aumento de peso, es porque hay una disminución de las necesidades energéticas ya que se tiende a perder masa muscular, a partir de los 40 años las necesidades metabólicas de energía de las mujeres disminuyen un 5 % cada diez años. Esto indica que la energía ingerida no es suficiente para compensar los gastos que el cuerpo tiene.

Cabe resaltar que a medida de la edad, para el cuerpo es más difícil fijar el calcio en los huesos. La fijación de calcio en los huesos también depende de la hormona sexual, los estrógenos, cuya presencia en el organismo disminuye después de la menopausia.

Alimentos Nutritivos

Proteínas: En esta etapa, se ocasiona un continuo desgaste de las proteínas, cuando el cuerpo no recibe diariamente las proteínas que necesita para la formación de los tejidos, busca en sus propios tejidos las proteínas que le faltan, produciéndose una desintegración de las proteínas orgánicas y pérdida de masa muscular. Puede cubrirse utilizando alimentos de origen vegetal como cereales, legumbres o combinados con la leche y los huevos.

La cantidad diaria de proteínas debería ser de *80 gramos al día*, de los cuales la mitad debe consistir en proteínas de origen animal como huevos y leche o con algunos productos de trigo integral y la otra mitad en proteínas vegetales como lentejas, arvejas, frijoles, semillas y nueces (Pros, 1979).



Lípidos: Se deben consumir en cantidad moderada, dando preferencia a los aceites insaturados como el aceite de girasol, maíz, soya. Su porción diaria no debe exceder *1 gramo por kilo de peso*.

Azúcares o glúcidos: Su ración debe ser moderada, al comienzo no debe exceder más de *5 gramos por kilo de peso*. Aquí entran las *pastas, pan, harinas y frutas*.

Sales Minerales: El calcio es indispensable para el mantenimiento de los huesos y es aportado por *la leche y quesos*.

Las verduras y frutas frescas: Son imprescindibles para una buena salud por su contenido en vitaminas, minerales y fibra. Son especialmente recomendables los cítricos, las fresas, el melón y el tomate por su aporte de vitamina C. Las verduras verdes y amarillas especialmente, la zanahoria y el melocotón son ricas en vitamina A por lo que ayudan a mantener en buen estado las mucosas y previenen el cáncer.

Alimentos ricos en ácidos grasos omega 3: Especialmente los aceites como el germen de trigo, algunas verduras espinacas, repollo, lechuga.

Los cereales: Además de una fuente fundamental de nutrientes son ricos en fibra por lo que deben ser parte fundamental de cualquier dieta y mucho más durante la menopausia.

Calcio: Entre las fuentes de calcio, se encuentran los productos lácteos, las verduras de hoja, las arvejas o guisantes, los frijoles, las lentejas secas y las nueces. La absorción eficiente de calcio no es posible sin vitamina D. Sin embargo, esta vitamina no se encuentra en grandes cantidades en muchos alimentos, y la mejor fuente de ella es la luz solar.

Líquidos. El agua es la mejor bebida y contribuye a una buena función renal y a evitar el estreñimiento. Se deben ingerir de 8 a 10 vasos de agua al día (Pros, 1979).

Consejos Prácticos

- Evite el exceso de grasas saturadas. Abundan en carnes, vísceras, charcutería, lácteos enteros, nata y mantequilla.

- Consuma 2 huevos a la semana.
- Incluya alimentos ricos en fibra (verduras, frutas, legumbre y cereales integrales).
- Limite la ingesta de alimentos azucarados, bebidas alcohólicas y de la sal.
- Beber de 2 a 3 litros de agua al día.
- Mantenga los horarios de comidas de un día para otro y sin saltarse ninguna.

- Distribuya la alimentación diaria en 3 comidas principales; si deja pasar demasiado tiempo entre ellas puede sufrir hipoglicemia (niveles de azúcar bajos), lo que se asocia a una mayor frecuencia de sofocos en el caso de la mujer en la menopausia, irritabilidad, cansancio, etc. Por lo tanto, adicione dos raciones intermedias que contengan frutas (Muntane, 1994).

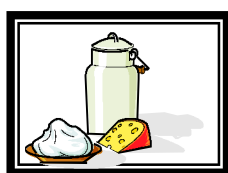
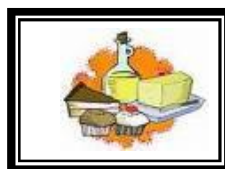
Recomendaciones para una mejor alimentación.

Desayuno: Es una de las comidas más importantes del día y debe incluir al menos un lácteo y cereales como: galletas, cereales, tostadas; fruta y una proteína, por ejemplo queso, jamón.

Almuerzo: La cantidad y tipo de alimentos a ingerir dependerá de las necesidades de energía de la persona. No obstante, conviene disminuir el consumo de productos de pastelería, ya que estos son productos que "llenan" pero que no nutren y tienen un alto contenido de azúcar. Se puede incluir arroz, pasta, sopas, ensaladas, verduras, papas, carnes o derivados como el pescado o huevo.

Postres: Lo mejor es incluir una fruta y alternar con productos lácteos sencillos (yogurt dietético, cuajada con bajo aporte calórico).

Cena: Es la comida más ligera del día. El tipo de alimentos que se ingieren en la cena influyen en la digestión y en la facilidad para conciliar el sueño (Pros, 1979).



FRUTAS: Naranjas, Peras, ciruelas, limón. Son ricas en vitaminas, minerales y fibra. La fruta fresca es la más nutritiva. No se recomienda comer más de cuatro piezas al día, ya que contiene azúcar.

Verduras y hortalizas: Acelgas, berenjenas, zanahorias, tomates. Contienen vitaminas y se deben comer diariamente. Cuanto más verde sea la verdura más vitaminas contiene. Mejor comerlas crudas o cocidas al vapor con poca agua. Además, aportan pocas calorías.

Cereales integrales, incluyendo el pan: Trigo, maíz, arroz, cebada. Aportan vitaminas B, minerales y fibra. También hidratos de carbono complejos más nutritivos que los hidratos de carbono simples, tales como azúcar, harinas refinadas o azúcar de la fruta.

Legumbres: Garbanzos, lentejas, soya. Son ricas en proteínas y fibra, también, aportan hierro. Se pueden tomar dos o tres veces a la semana. Cuando se cocinan añadiéndoles arroz, patatas o verduras, el aporte y la calidad de las proteínas mejora.

Proteínas: La carne, el pescado y los huevos son los alimentos ricos en proteínas. Se pueden tomar dos raciones al día. El pescado, sardina, y atún, se puede tomar 3 ó 4 veces a la semana, además, tiene la ventaja de no aumentar el colesterol.

Lácteos: La leche, el queso, el yogurt, son alimentos ricos en calcio. Es importante que se formen huesos fuertes antes de la menopausia.

En la postmenopausia, se recomienda 1.200 ó 1.500 miligramos de calcio al día.

Sustancias que no se deben consumir en la menopausia

Cigarrillo: Es frecuente que las fumadoras empiezan una menopausia más temprana, pueden tener más síntomas y además el cigarrillo afecta las glándulas suprarrenales y al sistema nervioso central originando tensión, pulso acelerado y agotamiento; estos son factores que llevan a la mujer a tener un sangrado irregular.

Caféina: El consumo excesivo de este puede producir una sensación de constante nerviosismo e hipersensibilidad a los estímulos; esta tensión puede promover trastornos en la producción de hormonas e irregularidades menstruales.

Alcohol: En grandes cantidades puede tener un efecto tóxico en numerosos sistemas orgánicos, afectando los ovarios, reduciendo la ovulación y la producción de hormonas con sangrados irregulares (Schneider, 1992).

Aspecto físico

Uno de los cambios más importantes en las mujeres maduras es su aspecto físico, el hecho de que cada mujer se vea bien, hará que se sienta bien, por lo tanto las mujeres en la etapa del climaterio deben preocuparse por su apariencia ya que esto aumentará la confianza y la autoestima. Pero también es de resaltar que la actitud ante esta nueva etapa es de gran importancia ya que de esta manera se puede encontrar una forma más fácil de tener una mejor calidad de vida, por lo tanto lo mejor es el ejercicio y una dieta sana. De igual manera la ropa de algodón es la más aconsejable ya que es cómoda y resulta más confortable.

La piel tiende a volverse más seca y a descamarse y se intensifica con el efecto de la calefacción y ambientes escasos de humedad relativa. El número de pelos por unidad de superficie descende, pero aumenta en la barbilla y labio superior, las glándulas sudoríparas, productoras del sudor, responden menos a los estímulos térmicos y funcionales lo que contribuye a la sequedad de la piel.

- Hidrate la piel por fuera y por dentro. Utilice una crema para todo el cuerpo, por lo menos una vez al día y beber mucha agua.
- Una adecuada alimentación ayuda a mantener la piel y el cabello saludable.
- Intente no exponerse demasiado tiempo al sol, y si lo hace no olvide emplear una crema con filtro solar.

Sesión No 8.

Ejercicio, Una Opción Para Ejercitarse Y Mejorar El Estilo De Vida

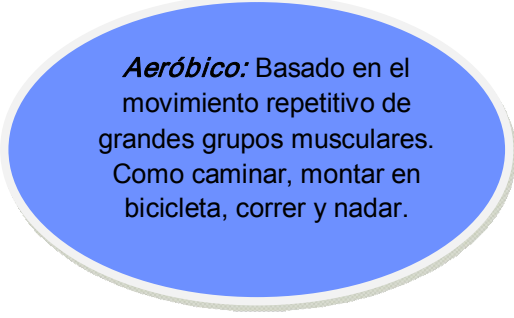
Objetivo. Conocer los diferentes tipos de ejercicios con el fin de que las mujeres participantes puedan mejorar su estilo de vida.

Actividad. En colchonetas las participantes del curso realizarán los diferentes ejercicios planteados.

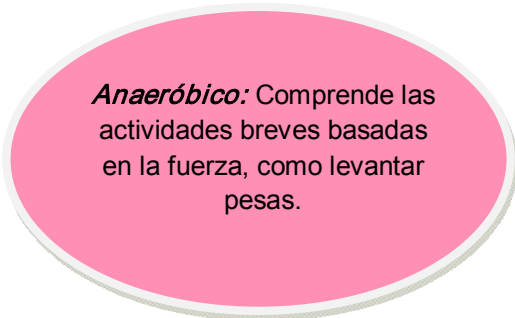
Con el paso del tiempo, las mujeres toman decisiones que pueden llegar a afectar su salud y su calidad de vida, una decisión puede ser la elección entre un estilo de vida sedentario y uno activo. La mujer que elige ser sedentaria ha elegido un camino, que en sí, es un factor de riesgo para enfermedades crónicas. En muchos aspectos, los efectos de la inactividad imitan a los efectos del envejecimiento y viceversa. La combinación entre el paso del tiempo y el sedentarismo, perjudican físicamente más a la mujer que al hombre. Cuando las mujeres entren en la etapa de la menopausia, generan la pérdida de masa ósea y aumentan el riesgo de fracturas y de mortalidad cardiovascular, crece la cantidad de tejido adiposo, el colesterol y los trastornos psicofísicos, entre otros.

Un gran porcentaje de los casos, se sufren a causa de la falta de actividad física, en esta situación la mejor forma de prevención y mejoramiento de la salud es tomar conciencia de la importancia de los buenos hábitos de vida tanto físicos como alimenticios. Los factores de riesgo que pueden vivir algunas mujeres en la etapa de la menopausia pueden estar asociados con la obesidad, la diabetes, el consumo de alcohol, la pérdida de la capacidad funcional del tejido muscular y la pérdida de fuerza, resistencia, agilidad, equilibrio y coordinación, variables que en buena condición son el reflejo de una buena salud cardiovascular, metabólica y ósteomuscular (Correa, et al 1992).

Una forma de entrenamiento para las mujeres climatéricas es el ejercicio, existen dos tipos fundamentales:



Aeróbico: Basado en el movimiento repetitivo de grandes grupos musculares. Como caminar, montar en bicicleta, correr y nadar.



Anaeróbico: Comprende las actividades breves basadas en la fuerza, como levantar pesas.

De esta forma el ejercicio moderado mejora la densidad ósea, tono muscular, ayuda a mantener un peso adecuado y de igual manera reduce los riesgos de caídas al mejorar el equilibrio, la coordinación y la fuerza muscular. La gimnasia puede intervenir muy eficazmente en la menopausia, se dice que las mujeres que empiezan su actividad física desde temprana edad, conservan su belleza y la elasticidad de su cuerpo y asegura una menopausia sin problemas, así como una postmenopausia llena de serenidad y optimismo (Pros, 1979).

Así mismo la salud es entendida como el bienestar físico, psicológico y social que abarca la esfera del comportamiento del ser humano. Autores como *Green y Green* (1979, citado por Pros, 1979) afirman que cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental emocional, consciente o inconsciente e inversamente.

En esta etapa, las mujeres deben tener en cuenta que el ejercicio adecuado y regular es una forma ideal de aumentar fuerza, dureza y flexibilidad muscular, así mismo se libera la tensión muscular, espasmos, tics y temblores; se va logrando una mejor utilización del oxígeno y previene los dolores de espalda, cuello, problemas de digestión, estreñimiento y ayuda a mejorar el estado emocional (Oblitas, 2004).

El cuerpo sufre grandes cambios, el ejercicio resulta más necesario en esta etapa, ya que ayuda a eliminar líquidos y se queman más calorías, lo que ayuda a evitar el sobrepeso. Pero la actividad física debe estar bien orientada y controlada, para que la mujer se sienta mejor física y psicológicamente. Se ha demostrado que el ejercicio *reduce el riesgo* de enfermedades cardiovasculares, de aumentar la cantidad de colesterol y ayuda a levantar el ánimo debido a que se liberan unas sustancias llamadas endorfinas, las cuales tienen por objetivo lo anterior y además ayudan a combatir el estrés.

De cualquier manera, los ejercicios más recomendados son los aeróbicos ya que tienen bajo impacto y representan menores riesgos de fracturas, al igual también se pueden realizar *ejercicios como caminar, trotar suave, gimnasia dirigida, tenis, bicicleta y la natación*. Lo que no se recomienda es que las mujeres en etapa de climaterio realicen ejercicios que requieran de sobre-esfuerzo, competitivos o de choque.

Tema: Ejercicios durante la menopausia.

Participantes: Las mujeres.

Instrumentos: Espacio tranquilo y amplio, música relajante y una pelota pequeña.

Duración: 20 minutos. 2 o 3 veces por semana.

Aprenda a conocer la respiración: Ponga atención a su respiración, siga el camino que recorre por el cuerpo. ¿En qué lugares la siente? Coloque la palma de la mano sobre la parte más baja de su cuerpo donde todavía pueda sentir la respiración. Déjela descansar allí hasta que perciba el subir y bajar de la respiración en la pared abdominal. Si le vienen imágenes a la cabeza, reténgalas en la memoria y recuérdelas después, pero no se ocupe en este momento de ellas. Relaje la boca, déjela abierta tranquilamente. Aspire por la nariz y espire por la boca. Haga una pausa después de espirar, esto tiene una doble finalidad descansar antes de realizar el esfuerzo devolver a aspirar y al mismo tiempo una fase vital del proceso de respiración.

Movimientos circulares con los pies: Apoye sobre ambas piernas la pelota y coloque esta bajo del pie derecho, empiece poco a poco a dar un masaje a la planta del pie con la pelota. Aplique el masaje a la parte inferior de todos los dedos de los pies y a toda la planta.

Acostada con las piernas flexionadas y las plantas de los pies apoyados. Eleve la pierna derecha flexionando la rodilla, formando ángulo recto entre muslo y pierna. Extensión completa de la pierna derecha, mantener unos segundos arriba y volver a la posición inicial. Repetir con la pierna izquierda. Hacerlo entre cinco y diez veces.

Otros ejercicios: Doble las rodillas y coloque los pies sobre el suelo, uno junto al otro, separados a una distancia aproximadamente igual a la anchura de las caderas, las rodillas también deben estar algo separadas. Intente relajarse de todas las tensiones, coloque la pelota bajo el coxis. Deje que su espalda descienda poco a poco.

En posición acostada, columna recta, piernas flexionadas y pies apoyados: flexiona la pierna derecha hacia el estomago, sujeta la rodilla con la mano derecha, extiende el muslo hacia fuera y luego la pierna. Volver a la posición inicial. Con ambas piernas repetir diez veces.

En posición de pié con las piernas algo separadas, con las manos en la cintura, realiza círculos con la siguiente indicación cadera derecha, glúteos, cadera izquierda y pelvis (Schneider, 1992).

Sesión No 9.

Enfermedades asociadas con la etapa de la Menopausia.

Objetivo. Informar a las mujeres pertenecientes al curso las diferentes enfermedades que se asocian a esta etapa de sus vidas.

Actividad. Sentadas en mesa redonda, las asistentes al curso socializarán aquellas ideas que tiene en cuanto a los cuidados que se deben tener en la etapa del climaterio.

La creciente importancia de las aplicaciones psicológicas y la concepción de la persona, su salud y enfermedad, constituyen bases de esta nueva disciplina, la *psicología de la salud*, para la OMS tiene como objetivo fundamental “la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación de la psicología científica, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud” (Latorre, 1994).

Todas las manifestaciones que se presentan a lo largo de la menopausia pueden llegar a alterar la calidad de vida de la mujer, entre las enfermedades más comunes encontramos la osteoporosis, la obesidad, la hipertensión y la atrofia urinaria.

Hipertensión: Es la elevación crónica de la tensión arterial, respondiendo a la presión que ejerce la sangre sobre las arterias. Además de la edad y la carga hereditaria, el aumento de la tensión arterial que tiene lugar tras la menopausia se debe fundamentalmente al déficit estrogénico. Existe una serie de factores contribuyentes en este periodo de la vida, como son: el exceso de peso, un deficiente aporte dietético de calcio y los posibles trastornos psicológicos asociados.

Obesidad: Exceso de peso corporal, aparece cuando el aporte calórico es superior a la energía consumida por la actividad física diaria, se considera una persona obesa cuando su peso real excede 10 kgrs. a su peso ideal. (Dunica y Apfelbaum, 1983, citados por Jiménez, 1995). Al llegar a esta etapa la mayoría de las mujeres aumentan de peso, sobre todo alrededor de la cintura y abdomen. Debido a las situaciones de ansiedad, nerviosismo e incluso aburrimiento, las mujeres se inclinan por alimentos de gran aporte calórico como lo son los dulces, pastas y frutos

secos, entre otros; por esta razón el régimen de vida y los hábitos alimenticios son fundamentales para controlar este proceso.

Osteoporosis: Consiste en la aceleración de la pérdida natural de materia ósea hasta alcanzar un nivel inferior al correspondiente al sexo y la edad de la persona, algunas mujeres que sufren de esta enfermedad se encorvan, pierden estatura y pueden desarrollar jorobas. La edad es uno de los factores que influye en la osteoporosis debido a los cambios producidos en nuestra química corporal, el alcohol debido a que su consumo hace disminuir la absorción del calcio produciendo un efecto negativo en la integridad del hueso.

La osteoporosis es un problema de origen multifactorial en el que interviene la pérdida de calcio en los huesos por efecto hormonal. Por eso es de gran importancia la existencia de hábitos previos de alimentación. La mujer que ha tenido un buen aporte de calcio en su infancia y juventud tendrá más masa ósea en la madurez y, por tanto, menor osteoporosis en el climaterio.

Atrofia genitourinaria: Los estrógenos afectan de manera muy directa a los órganos donde existen receptores específicos, por esto los órganos diana (*ovario, útero, vagina, vulva, suelo pelviano y la porción distal del aparato urinario*) van a sufrir alteraciones, estos síntomas están clasificados a mediano plazo. El *ovario* disminuye de tamaño y se atrofia, en el *útero* el cuello disminuye de tamaño y la secreción de moco cervical casi desaparece, cuando deja de estar influido por los estrógenos, el cuerpo uterino reduce sus dimensiones y sus paredes adelgazan. En la *vagina* la disminución del moco cervical ocasiona la falta de lubricación, en la mujer postmenopáusicas la mucosa vaginal se adelgaza, disminuye el glucógeno y con ello desaparecen los bacilos de Doederlein que mantienen el pH ácido en la vagina (Doan, 1987).

Sesión No 10.

Realidades acerca de los Tratamientos en la Menopausia.

Objetivo. Conocer los distintos tratamientos que existen para la menopausia.

Actividad. Se socializarán casos diferentes de mujeres que estén en algún tipo de tratamiento, posteriormente cada mujer asistente al curso dará su opinión. Sesión acompañada por una ginecóloga.

Durante el periodo del climaterio la poca cantidad de estrógenos lleva a la presencia de calores repentinos, oleadas de calor, sudoración, sequedad vaginal, dolor al momento del coito entre otros. Para tratar esos síntomas se indica el tratamiento con estrógenos. Por lo tanto resulta

conveniente que el médico cuente con los elementos de juicio que le permitan tomar una decisión junto con su paciente, acerca de una eventual terapia de suplementación hormonal.

Cabe resaltar que los síntomas que se presentan son a *corto, mediano y largo* plazo. Por esta razón la menopausia es un evento único en cada mujer, esta depende de muchos factores interactuantes y no sólo de los estados hormonales. La TRH es el tratamiento de los últimos años para la prevención de alteraciones y enfermedades asociadas al déficit estrogénico de la menopausia. En este sentido, antes de iniciar esta terapia, se recomienda una evaluación médica completa que incluya un examen físico y además una amplia discusión de modo que permita conocer los posibles riesgos y beneficios de seguirla. La vía de elección dependerá de los antecedentes médicos: si la paciente es *hipertensa* es preferible la vía transdérmica, para las pacientes que tengan alteraciones lipídicas como aumento del colesterol vía oral y problemas de atrofia vaginal vía vaginal (Gaviria, Luna y Correa, 2003).

La revisión de esta terapia debe ser anual. Se aconseja un control cada 3 – 4 meses de iniciar el tratamiento.

Ventajas de la terapia de sustitución hormonal

Sexualidad: Los estrógenos mejoran notoriamente los tejidos genitales, produciendo una revitalización en los tejidos. Con la TRH aumenta el colágeno y la proliferación de los vasos sanguíneos de las dermis.

Sistema cardiovascular: Los estrógenos pueden tener efectos opuestos por ejemplo el bloqueo de los canales de calcio. Esta no constituye una contraindicación para la TRH pero si es de gran importancia que deba ser controlada al inicio de la terapia.

Osteoporosis: Enfermedad sistémica del esqueleto, caracterizada por la baja masa ósea. La TRH debe darse por largos periodos de tiempo, pues estudios han demostrado que cuando se suspenden la densidad del hueso cae a los niveles del grupo de edad que nunca utilizo.

Contraindicaciones de la TRH

- Trombosis venosa.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Enfermedad hepática.
- Hemorragia uterina.
- Migraña.

Sesión No 11.

Como afrontar la Menopausia

Objetivo. Reconocer que la menopausia es una etapa común en las mujeres.

Actividad. Se llevará a cabo la actividad *qué quiero hacer, cómo me siento, cómo puedo vivir la menopausia sin que me produzca mucha tensión.* Cierre del curso.

En la etapa de la menopausia son múltiples los comentarios que se realizan, por ejemplo las mujeres de mediana edad que se alteran con facilidad y son volubles en su estado de ánimo, se les juzga de forma despectiva como “menopáusicas”, por desgracia, existe una desinformación general en la sociedad con respecto a este momento crucial de sus vidas. Pues suele ser un proceso difícil para quienes no se preparan con tiempo al recibir los cambios naturales en su organismo. Muchas mujeres se preguntan si las modificaciones en su cuerpo son normales y otras se confunden al tratar estos síntomas.

Por esto, la actitud positiva juega un papel muy importante:

- Preocúpese fundamentalmente del presente.
- Hay que aceptar la menopausia y afrontar el proceso que esta conlleva.
- Intentar ser paciente.
- Tomar el hecho con calma y dejar que la naturaleza siga su curso.
- Las mujeres que mantienen una actitud positiva ante la vida tomarán la menopausia como otra fase más de su ciclo vital.
- Su duración no es larga, por lo que es mejor aceptarla convenientemente. Algunas mujeres reaccionen de modo más positivo que otras.
- Es importante mantenerse activa e interesada por la vida.
- Aceptarla como una fase normal y sana de la vida.
- Infórmese sobre la menopausia, ya que a mayor preparación más fácil le resultará la experiencia.
- Tome conciencia de sus propias actitudes, ante ciertos aspectos importantes de la mujer menopáusica, como la imposibilidad de tener más hijos.

Tema: Cómo me siento
Participantes: Las mujeres.
Instrumentos: Espacio tranquilo y amplio y preguntas.
Duración: 20 minutos.

¿Qué quiero hacer?

- ¿Qué estoy haciendo ahora? ¿Estoy satisfecha con mi vida?
- ¿Quiero hacer algo nuevo?
- ¿Hay alguna cosa que haya querido hacer pero siempre la he pospuesto por falta de tiempo?
- ¿Me atrevería a hacer algo que deseo?

¿Cómo me siento?

- ¿Qué opinión tengo de mi misma?
- ¿Estoy preocupada por los cambios en mi aspecto físico? Si es así, ¿Cómo puedo combatir esta preocupación?
 - ¿Comparto mis sentimientos con los demás? Si no es así, ¿Me serviría de ayuda que lo hiciera?
 - ¿Con quién puedo compartir mis sentimientos?
 - ¿Sabe mi esposo y mis hijos como me siento? Si no es así, ¿Cuál es la mejor forma de decirlo?
- ¿Qué pienso del envejecimiento?
- ¿Cómo estoy viviendo la menopausia?

¿Cómo puedo vivir la menopausia sin que me produzca mucha tensión?

- ¿Entiendo lo que ocurre en la menopausia?
- ¿Dedico tiempo a mi misma?
- ¿Dispongo de algún apoyo?