

Cómo citar este documento

González Salinas, Juana Fernanda; Lillo Crespo, Manuel. Percepción acerca de las creencias y actitud de las mujeres que cursan climaterio y menopausia y su relación con la autoestima, conocimiento y calidad de vida. Un estudio cuantitativo y cualitativo en un grupo de mujeres residentes de Tampico, Tamaulipas, México. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0534.php>

UNIVERSIDAD DE ALICANTE. ESPAÑA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS, MEXICO

**PERCEPCION ACERCA DE LAS CREENCIAS Y ACTITUD DE LAS MUJERES QUE
CURSAN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA,
CONOCIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA.**

Un estudio cuantitativo y cualitativo en un grupo de mujeres residentes de
Tampico Tamaulipas, México.

**ASESOR:
DR MANUEL LILLO CRESPO**

**ALUMNA:
JUANA FERNANDA GONZÁLEZ SALINAS**

Introducción

Durante el pasado Siglo XX, la especie humana aumentó su expectativa de vida en un 50%, hasta el punto de considerarse que para el año 2080, ésta superará los 90 años en la mujer (Sánchez, y Lugones, et al., 2001)

Actualmente, alrededor del 10% de la población mundial está en el periodo posmenopáusico y cerca de 25 millones de mujeres en el mundo entran en este período cada año. El porcentaje de mujeres mayores de 50 años se incrementará en todas las regiones del mundo. Hoy, se considera que el 95% de las mujeres en los países desarrollados deben pasar por la etapa de climaterio y menopausia, aunque es claramente en Latinoamérica donde se observará el mayor crecimiento (Lugones, et al., 2001).

En nuestro país el climaterio se inicia en promedio a los 45 años y termina cerca de los 64, esta cifra fue relativamente baja en cuanto a los rangos de edad, pero numerosa en relación al deterioro que perciben las mujeres en su calidad de vida, la cual podría estar determinada por sus conocimientos, calidad de vida, autoestima, actitud y creencias; en relación con esta etapa.

Actualmente en México existe un interés creciente por los problemas de salud vinculados con el climaterio y la postmenopausia. Ello obedece al conocimiento de las posibilidades de prevenir la morbilidad y mortalidad asociadas en los riesgos de enfermedades crónicas degenerativas, por mencionar algunas, la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares (Dalye, et al., 1992 y Olazábal, et al., 1999).

Lo anterior ha significado que la mujer ha agregado un tercio de vida, más allá de su ciclo de fertilidad, contribuyendo a la amplitud sociodemográfica de la menopausia (Salazar y Paravic, 2005). El incremento del período de vida en la tercera edad está acompañado de una pérdida en la calidad de vida, debido al desarrollo de deficiencias y enfermedades crónicas, algunas de las cuales se encuentran asociadas con los cambios hormonales y el climaterio, mismos que han generado en los últimos años a nivel mundial diversas líneas de investigación. En estos estudios, la incorporación de un enfoque psicosocial se ha desarrollado muy lentamente, aunque ha ido incrementándose en los últimos 15 años (Hunter, 1994 y Sherwin, 1998).

El climaterio es un período que se extiende desde la madurez hasta la senectud; es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la que desaparecen las menstruaciones, que se caracteriza por cambios físicos, vasomotores, psicosociales y sexuales. Durante este período de maduración, la mujer experimenta signos y síntomas que corresponden a las fases de: premenopausia, menopausia y posmenopausia (Silva, Pérez, Medina et al., 2001).

Suele ubicarse a partir de los 45 años y finaliza hacia los 65 años; edad que marca el comienzo de la senectud; son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos; que caracterizan la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la mujer y los cambios que se producen son esencialmente neuroendocrinos (García y Maestre, 2003).

Los cambios experimentados en el climaterio afectan las actividades diarias, y los papeles que representa la mujer ante la sociedad donde convive, pudiendo afectar negativamente su calidad de vida (Entorno, 2002). La respuesta adaptativa de la mujer varía de una a otra, en algunas de ellas se observan acentuaciones más severas de los cambios y de la tolerancia de los mismos (Scasso y Machin, 2000).

Específicamente en el ámbito del climaterio, las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse desde la perspectiva de Calidad de Vida. No basta con identificar la presencia de bochornos u otros síntomas, sino que interesa la perspectiva subjetiva de la mujer quien dirá si ve afectado o no su bienestar por esa molestia. Interesa conocer también si los cambios psíquicos afectan su capacidad de relacionarse con las personas. Las creencias acerca de las consecuencias del climaterio en la vida de las mujeres incluyen factores: fisiológicos, sociales y psicológicos. También llamada "Edad mediana", que corresponde a mujeres entre 45 y 59 años de edad, grupo humano al que va dirigida la atención del grupo de climaterio (Research, 1981).

La dinámica social actual del climaterio y la menopausia hace que el cuidado de enfermería se convierta en un desafío permanente, ya que debe considerar los valores, creencias, y prácticas de las mujeres, y las características de su cultura. Al mismo tiempo, la enfermera debe manifestar respeto por las diferencias de la mujer al ofrecer sus cuidados e intervenciones (Álvarez, 2002).

Se debe promover la prevención de enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte en la mujer mayor (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004). La información y la generación de conciencia en las mujeres, permitirán la aplicación de medidas acordes y oportunas que favorezcan la optimización farmacológica y la manera de enfrentar los problemas de tipo cardiovascular y arteriosclerosis.

La Menopausia es el "cese permanente de la menstruación", se debe a la pérdida de la función folicular ovárica y el diagnóstico se hace en forma retrospectiva después de un período de amenorrea. Es una consecuencia inevitable de la edad. El evento fisiológico más notable es la deprivación de estradiol y el aumento de los niveles de la hormona estimulante del folículo; es un evento que se produce durante el climaterio y se define como la etapa de amenorrea, secundaria al fallo ovárico, por doce meses ininterrumpidos (Horley y Lavery, 1995). La mujer debe estar consciente que la menopausia es un cambio en su vida como lo fue la infancia a la adolescencia y de ésta a la edad adulta y su actitud deberá estar encaminada a la obtención de información científica y actualizada que le permita transitar esta etapa con el mínimo de riesgo y adecuada calidad de vida (Amescua, 2002). En ocasiones es sinónimo de deterioro, puede ser una pausa para reflexionar sobre el quehacer como mujeres y como madres, constituye una transición social, a veces difícil y dolorosa, pero también de apertura y oportunidades en distintos ámbitos.

Con el incremento de la edad, después de la menopausia, se presenta un aumento en los desórdenes del tracto urinario bajo, que suelen manifestarse a través de cuadros repetidos de infección urinaria, urgencia urinaria e incontinencia debida a inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga. La disminución del grosor epitelial de la mucosa vaginal suele expresarse como una disminución en la lubricación coital, con sensación de resequedad vaginal que puede acompañarse de prurito genital, flujo, cambios hacia la alcalinidad del medio vaginal, aparición de petequias, infecciones y hemorragias vaginales (Kopernik y Shoham, 2004).

Los estilos de vida saludables incluyen conductas para la salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal de cada persona según Pullencen (2001). Son formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas áreas de funcionamiento del campo vital de una persona,

satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.

Justificación del estudio

En Tamaulipas la población fue de 467 149 mujeres entre 35 y 69 años en el año 2005, y en Tampico fue de 224 897 mujeres entre 15 y 65 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática [INEGI], 2005), estas cifras sugieren que una población numerosa esta cursando por esta etapa, sumado a que en el estado no se han localizado estudios asociados al climaterio y menopausia.

Por consiguiente, se considera necesario explicar el climaterio y la menopausia, desde una perspectiva que contribuya a mejorar los estilos de vida saludables y predecir su comportamiento en la salud durante éstas etapas; así como analizar las creencias de las mujeres, ya que se relacionan con la percepción que éstas tienen acerca de su cuerpo, su estilo de vida y su consecuente exposición a riesgos (Chávez A, Andrade P, y Rivera R, 2002). Se considera la perspectiva que refiere que este grupo presenta una serie de especificidades, relacionadas con los cambios biológicos y sociales que pueden traducirse en determinadas alteraciones de salud y bienestar, las cuales demandan atención y estudio (Lugones et al., 2001)

Objetivo general

Analizar las “Creencias y actitud de las mujeres que cursan climaterio y menopausia y su relación con la autoestima, conocimiento y calidad de vida”

Objetivos específicos

a) A través del estudio **cuantitativo**; identificar si las creencias (acerca de las consecuencias sociales, psicológicas y fisiológicas) y la actitud de las mujeres hacia la menopausia y el climaterio, tienen relación con la autoestima, el conocimiento y calidad de vida en esta etapa.

b) Identificar las variables sociodemográficas de las mujeres del estudio

c) Identificar las creencias, actitudes, autoestima, conocimiento y calidad de vida de las mujeres en relación al climaterio.

d) Por medio del estudio **cualitativo**; identificar la relación entre creencias,

actitud, autoestima, conocimiento y calidad de vida de las mujeres que cursan climaterio y menopausia.

Hipótesis conceptuales

Las creencias que tienen las mujeres influyen en la autoestima de la mujer que cursa climaterio o menopausia.

La actitud y los conocimientos tienen relación con calidad de vida de las mujeres que cursan el climaterio.

Definiciones de términos y / o Definiciones operacionales

Creencias hacia el climaterio son la información, la inferencia y la experiencia de una persona sobre los efectos del climaterio en la salud de la mujer (Chávez, et al., 2002 y Fishbein y Ajzen., 1975).

Actitud puede formarse a partir de un sistema de creencias que acompañan a una conducta, o bien como un estado interno que ejerce influencia sobre la elección de la acción hacia alguna clase de cosas, personas o eventos. Es un concepto psicológico que designa algo dentro del individuo y que no se puede ver, tiene características que lo distinguen de otros referentes a estados internos del individuo.

La actitud de la mujer ante el climaterio se hace evidente al identificar su acuerdo o desacuerdo hacia la etapa del climaterio a partir de hechos comunes que se manifiestan, en la sexualidad, reproducción, la etapa vital, enfermedad, la atracción, autoconfianza, los intereses vitales y aspectos psicológicos (Sherif y Sherif., 1978).

Autoestima: Lara et al., (1993) basados en la definición de Coopersmith et al., (1993), señalan que es la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Añaden que es una experiencia subjetiva que se trasmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta y establece que la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad; mientras que la alta estima se relaciona con individuos con vidas más activas, sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosos y mejor capacitados para tolerar el estrés interno o externo; son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutar de sus relaciones interpersonales y valorar su independencia.

La autoestima tiene gran influencia en la vida de las personas y en particular en la mujer con relación a su desempeño socialmente y su yo interno. Casamadrid., (1998) refiere que la autoestima refleja el valor personal, que se da la mujer, independientemente de la fase del crecimiento y desarrollo por la que se encuentre.

Conocimiento: en la mujer que cursa el climaterio, el conocimiento que tenga de esta etapa puede mostrarse a través del reconocimiento de expresiones o frases escritas que denotan los síntomas físicos, psicológicos e incluso con el significado social del mismo Gagné, (1977) considera importante aprender a organizar la información adquirida y transformarla en conocimiento; es la transformación que el individuo hace del material de su entorno, es así como identifica el conocimiento verbal (declarativo), que se tiene acerca de las cosas del mundo circundante y se cree que está representado en la memoria como una red interrelacionada de hechos en forma de proposiciones.

Calidad de vida es un concepto subjetivo que se ve modificado en función del contexto cultural en el que nos encontremos. Las dimensiones de salud relacionadas con la calidad de vida de acuerdo a Cella, son: a) bienestar físico se refiere a lo percibido y observado de la función o disfunción corporal, representa una combinación de los síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento y bienestar físico general percibido por la paciente; b) bienestar funcional, capacidad de ejecutar actividades relacionadas a las necesidades personales y al rol social, representan las funciones de la vida diaria (caminar, bañarse, vestirse); c) bienestar emocional, refleja un efecto positivo (bienestar) y uno negativo (malestar); d) bienestar social, incluye un rango social percibido, se refiere al mantenimiento de las actividades, al funcionamiento familiar y a la intimidad incluyendo la sexual, dichas dimensiones se centran y se reestructuran por dominios como el vasomotor, físico, psicosocial y sexual.

Al valorar la calidad de vida en el climaterio debe considerarse: la apreciación subjetiva de la mujer acerca de su afectación al bienestar con relación a la presencia o no de síntomas relativos al climaterio, así como la intensidad de los mismos, (Bullinger, et al., 1993); conocer los cambios psíquicos, su repercusión en la capacidad laboral y en las relaciones personales; y considerar los fenómenos que ocurren en las áreas física psicológica, sexual, social y familiar de la mujer.

Climaterio: periodo de la vida de la mujer que transcurre entre los 45 y 65 años, se manifiesta un poco antes de la última menstruación y continua varios años

después (Defey et al., 2000). Es una etapa que precede inmediatamente a la menopausia, cuando inician los síntomas endocrinos, biológicos y clínicos precursores de ésta y el primer año siguiente de la misma. Se clasifica en tres etapas: transición menopáusica o premenopáusica, período menstrual final o menopausia y perimenopausia. (Silva et al., 2001)

Menopausia: Interrupción de la fase ovárica o menstruación. Es el cambio en la magnitud de la producción de las hormonas tróficas de la hipófisis y las ováricas, cuyo resultado final es la pérdida de la capacidad para reproducirse.

Constituye una etapa en la vida de la mujer en la que predominan los cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales poniendo a prueba su capacidad para hacer los ajustes psicológicos y sociales necesarios para mantener un equilibrio emocional y continuar con su desarrollo (Silva y Reyes, 2000).

Estado de la Cuestión

Para la búsqueda de los estudios relacionados con el presente trabajo, se requirió consultar en los buscadores de Ebsco: Fuente Académica, MedicLatina, SocIndex, Academic Search Premier, Biomedical Reference Collection: Comprehensive. De ProQuest: Medical Library, Nursing Journals, Psychology Journals, Doyma. Ovid. MEDLINE: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Cuiden y Lilacs, Index de Enfermería (Granada), en donde se localizaron artículos indexados de las Revistas Chilenas, Cubanas, Colombianas y Mexicanas como son las de Salud Pública de climaterio y menopausia; la mayoría de los artículos fueron en español y en inglés, mismos que fueron traducidos.

Las palabras clave fueron "climaterio y menopausia", en otros casos: creencias, calidad de vida, actitud y conocimientos.

Aspectos culturales con relación al climaterio y la menopausia

Comelles (1993), los llama "síndromes delimitados culturalmente", ya que la mayoría de los trastornos observados no están totalmente definidos desde el punto de vista orgánico, sino que aparecen en contextos culturales específicos, y Diener, (1999), refiere que es necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. Los factores internos juegan un papel considerable, en especial las estructuras de la personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidos de una determinada manera.

La felicidad o bienestar de una persona, no está mecánicamente determinada por el hecho de llegar a una determinada edad de la vida en la cual ocurren cambios endocrinos. Son muchos los hechos acerca de la influencia de factores psicosociales en las manifestaciones del climaterio (Navarro, 2003; Lugones, 2001).

La intensidad emocional parece declinar con la edad, pero no así, la satisfacción con la vida (Moroczek, 1998), las personas reajustan sus metas a medida que envejecen (Ryff, 1991). La disminución de la satisfacción personal y la

devaluación en el contexto familiar en las mujeres climatéricas, al igual que en los ancianos, obedece sin duda, a aspectos socioculturales.

El componente cultural en el climaterio determina, el bienestar psicológico de las mujeres, según su contexto social y la representación cultural de la misma. (Chirkov et al., 2003, Suh 2002; Keyes, et al., 1982) hablan a favor de las influencias culturales sobre el bienestar de la mujer. Existen diferencias según entornos culturales específicos, tal es el caso de la cultura oriental que considera que la mujer se iguala socialmente al hombre al llegar a esta etapa de la vida. Los islámicos aceptan que al llegar esta etapa la mujer abandone el uso del velo y pueda participar en la vida pública. La mujer japonesa vive su climaterio como una etapa más de su vida y el envejecimiento como un hecho positivo, mediante el cual gana prestigio y autoestima.

Flint, (1981) encontró que en las mujeres indias de la casta de los Rajputs, muy pocas presentaban síntomas climatéricos; lo explica por el hecho de que en estos grupos sociales la mujer vive prácticamente confinada, sin mezclarse con los hombres, hasta su arribo al climaterio, a partir del cual le es permitido relacionarse con ellos. Cabello Carro (1995), señala que las mujeres Ulithi en Micronesia al llegar a la etapa del climaterio, están capacitadas y autorizadas a practicar la hechicería y la magia.

En las culturas Zulú y Árabe Palestina una mujer que deja de reglar pierde su valor biológico y por lo tanto su valor social (Burger y Boulet, 1991; Keep, 1981).

En la cultura japonesa los síntomas psicológicos, psicosomáticos o físicos indican debilidad y las mujeres ejercen un rígido control sobre ellos, atribuyéndolos a mujeres de clase social media que no tienen ninguna ocupación (Kufert, 1988)

Se deben evaluar no solo los fenómenos que ocurren en su condición física y psíquica, sino también los que se suceden a nivel de la familia en cada uno de los elementos que la constituyen, pues generan múltiples cambios, y a su vez comparten y participan en la dinámica familiar, con una importante repercusión en el ámbito sociocultural y económico (Lugones et al., 1997; Louro, 2001).

En las mujeres europeas y norteamericanas los síntomas de la perimenopausia que predominan son los bochornos, los sudores nocturnos y los síntomas psiquiátricos, en la cultura japonesa predominan la rigidez de hombros, cefalea y dolores articulares entre otros (Kaufert et al., 1988).

La primera vez que apareció la menstruación generó diversas reacciones, entre las mujeres; susto, sorpresa, incomodidad y miedo. Puede deberse al escaso conocimiento con que algunas mujeres llegaron a esta etapa ya que en los años 'cincuenta y sesentas, hablar sobre la sexualidad era tabú y aunque pocas recibieron la información correspondiente en sus hogares o escuelas, la relación existente entre sangrado y enfermedad (*no es normal, "me voy a morir"*) pudo haber influenciado negativamente en la percepción de esta experiencia (Dulanto et al., 2002).

Aspectos sexuales del climaterio y la menopausia

El comportamiento sexual, aunque no debe modificarse, sufre algunos cambios ocasionados por la presencia de sequedad vaginal, la presencia de prolapsos, la aparición de enfermedades crónicas así como por disfunciones en la relación con la pareja. Es frecuente observar la disminución de la libido, dispareunia y anorgasmia, en mujeres que hasta ese momento no tenían dificultades en el área sexual (Navarro, 1999).

Se considera a la menopausia como el "redespertar sexual", la segunda adolescencia la posibilidad de elegir, el patrón social conlleva para algunas personas una mayor libertad y por lo tanto un mayor disfrute de la vida sexual (Dulanto et al., 2002).

Creencias en relación al climaterio y la menopausia

Tradicionalmente, en la cultura occidental, la menopausia ha marcado el umbral de la vejez, tiempo de pérdida y crisis, pérdida de feminidad entendida como fertilidad, pérdida de atractivo personal y disminución del valor social.

En las últimas décadas gracias a la educación, a la incorporación de la mujer al trabajo y a la revolución sexual, en cuanto esto ha significado liberación y realización para la mujer, la aceptación de esta fase de la vida presenta elementos positivos (Echeverri y Bustamante, 2004)

Las mujeres que han enfrentado la menopausia como un proceso en el que prevalece la inseguridad, el miedo, la angustia, las preocupaciones por el futuro y por el estado de salud, entonces manifestarán depresión, tristeza, desánimo, falta de interés en lo cotidiano, aspectos todos ellos negativos. Sumado a las diversas experiencias la mujer puede percibir que la belleza física ha disminuido, que los hijos

están por terminar o han terminado su vida profesional y hacen su propia vida, su pareja probablemente se encuentre ocupada en actividades laborales de mayor jerarquía que le provocan tensiones y le consumen tiempo, que han dejado de estar actualizadas en su área profesional y por tanto esto dificulta su competencia profesional.

Muchas mujeres se desaniman al advertir estas características y llegan a *creer* que son poco aptas cuando se aproxima la menopausia *creyendo* que no tienen nada que aportar, consideran que ya es demasiado tarde para replantear nuevas metas e incluso se disponen a esperar un rápido deterioro físico, intelectual y emocional. Favorablemente la realidad esta en contra de esas falsas *creencias*.

En nuestra cultura mexicana como en muchas otras, existen mitos, estereotipos, interrogantes, tabúes y prejuicios alrededor del climaterio y menopausia, construidos socialmente; entre los que se encuentran: a) la vida sexual de las mujeres aparece con la menarca y desaparece con la menopausia, b) es una etapa negativa para las mujeres y generadora de múltiples dolencias, c) es el fin de la plenitud femenina, d) es una enfermedad que se cura con tratamiento médico, e) las mujeres en esta etapa tienen sus órganos reproductores atrofiados y esta es potencialmente letal para el cáncer, f) es la culminación de la madurez emocional, g) las mujeres en este periodo son eminentemente pasivas y afectivas, tanto en lo social como en lo personal, h) son viejitas, poco interesantes veteranas y fósiles, i) son viejas históricas, deprimidas, desérticas y menopausicas; obviamente los mitos son diferentes para cada mujer de acuerdo a su entorno social y a su vida particular y han llevado a la mujer de mediana edad a vivir esta etapa de la vida como una crisis cercana a la enfermedad, por lo que es importante eliminar estos mitos y estereotipos que denigran y minimizan a las mujeres en su proceso de menopausia (Charlton, 2003).

Las creencias se forman a partir de ideas que los individuos confirman o creen confirmar a través de experiencias sociales o personales, por lo que éstas se consideran una fuerza poderosa dentro de la conducta, ya que es sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que éste sea logrará convencerlo de que se puede realizar. Así también son compartidas culturalmente (Álvarez, 2002 y Guilbert, et al, 2000), las creencias sobre la salud relacionadas con el climaterio y menopausia tienen influencia en el comportamiento de la mujer. En este sentido es la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido,

lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa o siente y se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida.

Estar libre de creencias que pueden condicionar su forma de vida y adecuadamente informada es quizás el primer paso para prevenir problemas de salud y evitar trastornos que afecten a nivel íntimo o social. La idea que cada mujer tiene sobre la menopausia y el climaterio, condicionan la forma en que cada una vive “su climaterio y su menopausia” (Rodríguez, 2003).

Las prácticas y creencias positivas y negativas manejadas por las mujeres y producto de la socialización estructuran su personalidad, los valores y normas, son aspectos que reflejan como asumen su rol durante el climaterio y la menopausia y les permite consolidar su salud mental y orientar sus deseos hacia fines activos (Burín, 1998).

Culturalmente el climaterio brinda beneficios y las mujeres pueden esperar con agrado su aparición, pero para otras es un estigma algo que no debe nombrarse por la carga emocional negativa que conlleva el concepto, para la mujer como ser biopsicosocial, su comportamiento lo determinan factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan de manera estrecha. Uno de ellos es la autoestima que refleja el valor personal que se da la mujer, de manera independiente de la fase de crecimiento y desarrollo por la que pase (Casamadrid, 1998).

Es la etapa de crecimiento intelectual, laboral y de desarrollo espiritual con gran capacidad de cambio; es decir es el periodo apropiado para ser protagonista de su propia vida; estas características forman parte de un flujo y reflujo de la vida (Leroy, 1998). Es necesario reconstruir mitos y viejos roles y construir otros nuevos, para enfrentar la sexualidad en esta etapa de la vida siendo positivas, con dignidad, libertad y placer.

Estudios de Investigación relacionados con Creencias

Lock, (1986), refiere que en las mujeres japonesas, la menopausia se percibe como un proceso natural del ciclo de vida, en donde el cese de la menstruación como consecuencia de este fenómeno no recibe gran importancia. Beyene, (1986), describe que las mujeres mayas suelen asociar la menstruación con actividades restrictivas y

molestas. No representa para ellas crisis en la vida ni esperan tener problemas físicos ni psicológicos durante el climaterio.

Monterrosa et al., (1996), al estudiar el conocimiento y creencias de las mujeres de raza negra en Bolívar Colombia encontraron que tienen algún grado de conocimiento sobre la menopausia, algunas otras comunicaron obtenerlo a través de las amigas y otras en conversaciones familiares. En un porcentaje menor refirieron que la fuente de conocimiento es el médico, y que los medios masivos de comunicación son una fuente ínfima. A pesar que el nivel educativo es muy bajo definieron a la menopausia correctamente, no obstante no conocían la edad en la que se presenta y no sabían la causa de dicho evento, algunas creen que es una enfermedad, no saben si debe darse tratamiento en la menopausia, informaron creer que la menopausia disminuye la libido aunque la mayoría comunicaron seguir con actividad coital activa. No se presentaron barreras sociales o culturales.

Casamadrid, (1998), observó que en más de 70% de las mujeres mexicanas de su estudio, el climaterio despierta ideas y sentimientos desfavorables con diversa intensidad.

Arrivillaga et al., (2003) investigaron las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Los resultados muestran alta la presencia de creencias favorables con la salud, en todas las dimensiones excepto en el sueño. Se encontró incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida.

García et al., (2003); investigaron la percepción de la mujer sobre el climaterio en el área rural. Los resultados mostraron que la percepción de las mujeres acerca del climaterio se relaciona con la fase que cursa y encontraron correlación entre edad y la percepción que tiene del climaterio. La fuente de información sobre el climaterio fue por el personal del centro de salud; la percepción sobre el climaterio fue más alta en las mujeres en perimenopausia a diferencia de las que se encontraron que cursaban la menopausia y postmenopausia.

Actitudes en relación al climaterio y la menopausia

Hasta hace pocos años se han realizado estudios sobre la influencia de las actitudes en el climaterio (Jiménez, 1999). Lo que obedece al conocimiento de las posibilidades de prevenir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el incremento en los riesgos de osteoporosis y de enfermedad cardiovascular, así como consideraciones costo beneficio relacionadas con la atención de sus complicaciones (Cheung y Daly ., 2002; Olazábal, 1999) y la calidad de vida de las mujeres.

La actitud de la mujer ante el climaterio se hace evidente al identificar su acuerdo o desacuerdo hacia la etapa, a partir de hechos comunes como la sexualidad, la reproducción, la enfermedad, la autoconfianza, los intereses vitales y los aspectos psicológicos (Fishbein et al., 1980; Festinger, 1965; Krathwohl et al., 1964).

La actitud desfavorable que muestran las mujeres con relación al climaterio y menopausia se ve reforzada por los efectos opuestos que evocan en la mujer los conceptos menopausia y maternidad (Jiménez y Pérez., 1999).

Según resultados de diversas investigaciones, la conducta durante el climaterio reporta actitudes divergentes, a través del análisis de las acciones de los proveedores de salud (médicos, políticas de salud, compañías farmacéuticas) y del comportamiento de las mujeres. Los proveedores de salud en general plantean que no se requiere tratamiento, pues la forma en que la mujer expresa el Síndrome Climatérico depende más de su biografía, del contexto familiar y de otros factores culturales (Sommer et al., 1999; Navarro, 1996).

Las mujeres, desarrollan dos actitudes: unas adoptan la pasiva de "soportar" las manifestaciones clínicas sin buscar ayuda, es decir, sin demandar atención médica, bien por no tener síntomas o por desconocer la relación entre déficit estrogénico, aterosclerosis, depresión o cáncer, mientras que otras solicitan emplear THR para mejorar su calidad de vida (Sommer et al., 1999; Glez, 1998, Lugones et al., 1997; Navarro, 1996); en un contexto cultural donde se sobrevalora la reproducción y la juventud, la menopausia le quita a la mujer ambos atributos, la sola idea de cambio percibida negativamente, repercute emocionalmente y puede disminuir la capacidad de placer o afectar la respuesta sexual (Astolfi, 2000).

Según Casamadrid, (1986), las mujeres que tienen una postura favorable hacia el climaterio, tienden a padecer menos síntomas que las que adoptan una actitud desfavorable.

Estudios de Investigación Relacionados con la Actitud

Alvarado et al., (1990) refieren que los resultados de su estudio encontraron que la fatiga, irritabilidad y depresión tienen una asociación estadísticamente significativa.

Groeneveld et al., (1993) encontraron que las mujeres consideraban al climaterio como desventaja y lo percibían como precursor del deterioro físico o como causa de enfermedad, de cambios emocionales, bochornos, sudores, osteoporosis, baja de capacidad y de actividad, mal humor e irritabilidad. Ninguna de las participantes percibió cambios de la sexualidad como parte del deterioro físico. Los estudios muestran que la autoestima puede influir en su actitud ante el climaterio, ya que determinará las acciones futuras que elijan para su salud.

Du Chen, (1998) encontraron que las mujeres consideraban la menopausia como algo natural; la mayor fuente de información la contribuyeron las amigas y la información impresa (periódicos y revistas), mientras que la televisión y los libros no fueron fuentes importantes; indicaron, que conocer las fases del climaterio fue muy interesante para prepararse para los acontecimientos venideros. Delgado et al., (1998), encontraron que la actitud ante la menopausia no se relacionaba con el estado menopausico por el que cursaban las mujeres.

Jiménez y Pérez (1999) reportaron en su estudio que las mujeres mostraron una actitud positiva frente a la menopausia. Silva et al., (2000) reportaron una actitud desfavorable hacia el climatérico y conocimiento aceptable acerca de esta etapa.

Delgado et al., (2000), encontraron que las mujeres manifiestan sentimientos de alivio o neutros. Las variables que explican las actitudes son el sentimiento, la continuidad, la opinión, la utilización, la autonomía y la salud percibida.

Dulanto et al., (2002); acerca del Estereotipo Psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas, en cuanto a la actitud frente a la menopausia, manifestaron que no había tiempo para pensar en ello o que tenían ganas de huir. La sintomatología que ellas asociaron a la menopausia incluyó cambios de carácter, nostalgia, depresión, achaques, aburrimiento, insomnio, mareo, también fue asociada con enfermedades urinarias, cardíacas, circulatorias, de los huesos o derrames

cerebrales. Manifestaron que la menopausia afecta la familia a través de los cambios de carácter. Sobre la sexualidad algunas manifestaron que ya no les llamaba la atención; otras, que no alteraba la sexualidad y que lo hacían por obligación. Ellas tenían más necesidad de afecto, que de sexo por parte de su pareja y exigían mayor comprensión. Algunas manifestaron que no era necesario el tratamiento de la menopausia, bastaba con el autocontrol, mientras que otras dijeron que sí era necesario. Relacionado con la aceptación del tratamiento, si era necesario lo aceptaban, o si lo recetaba un médico. Incluso hubo una mujer que refirió que tomaría hormonas para retener a su pareja. Los resultados mostraron que las preguntas con bajo porcentaje de respuesta son las de conocimiento de ventajas y desventajas del tratamiento hormonal y la actitud ante la vida familiar durante la menopausia.

Echeverri y Bustamante (2004), refieren que las mujeres muestran una actitud de aceptación de los síntomas de la menopausia.

Puga Martínez (s/a) en su estudio las mujeres manifestaron “desanimo y sofocos”. Algunas relataron niveles medios de depresión, se encontraron diferencias entre grupos (premenopausia, menopausia, postmenopausia), tanto en sintomatología como en actitudes

Arnedillo et al., (s/a), mostraron que la falta de información sobre las medidas para prevenir las complicaciones de la menopausia, se manifiesta con actitudes positivas hacia esta etapa. Mayoritariamente las mujeres se consideran poco o mal informadas siendo la familia y amigos junto a los medios de comunicación la principal vía de información. Pocas mujeres han recibido información por parte del personal sanitario y por consiguiente referían que acudirían a su matrona para informarse sobre la menopausia.

Autoestima con relación al climaterio y la menopausia

Los cambios en la imagen corporal a cualquier edad afecta positivamente o negativamente a las mujeres y les provocan ansiedad. Los más importantes en las mujeres de las áreas urbanas en las sociedades occidentales ocurren durante su adolescencia y en los embarazos, en el climaterio y en la vejez, ellas deben conocerlos y comprenderlos con anticipación, aceptarlos y adaptarse a ellos, pues están en relación directa con su autoconcepto, autoimagen, autoestima y seguridad

personal. Lo anterior les evitará sentirse enfermas, devaluadas, sin vida sexual satisfactoria, inútiles y con temor de volverse innecesarias, asexuadas, envejecidas, que son los factores psicológicos que afectan a las mujeres durante el climaterio. Si no logran aceptarlos y adaptarse a ellos, tendrán consecuencias que afectarán diversas esferas de su personalidad y por consiguiente sus actitudes y su conducta, incluyendo la sexual.

Entre los factores psicológicos y socioculturales se encuentran las actitudes y conductas de su pareja y de otras mujeres, el divorcio la viudez, la ausencia de la pareja, la educación recibida referente a su sexualidad, la información con la que cuenta para afrontar y aceptar esta nueva fase de vida, su habilidad de adaptación, su seguridad personal y autoestima, la existencia y factibilidad de planes de vida presente y futura.

La autoestima procede de la comparación entre la concepción de sí mismo y la concepción del ideal, y cuanto mayor sea la congruencia entre ambos mayor será la autoestima (Stuart y Sundeen, 1987).

Estudios de Investigación relacionados con Autoestima

Casamadrid (1986), observó que en las mujeres mexicanas, el climaterio despierta ideas y sentimientos desfavorables con diversa intensidad.

Silvia et al., (2001) encontraron en mujeres de Monterrey Nuevo León México, una correlación entre autoestima y las manifestaciones fisiológicas, conductuales, cognitivas y afectivas del climaterio, e informaron que la población de su estudio; resultó con alta autoestima. La respuesta adaptativa solo se relaciono con la autoestima, predominando la respuesta cognitiva.

Pérez (2001) estudio el autoconcepto, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio en una población de Minatitlán Veracruz, México, las mujeres consideraron el climaterio como etapa de ventaja en una proporción mayor a quienes la consideraban como desventaja. Se encontró un efecto significativo de la autoestima sobre la actitud de las mujeres ante el climaterio tanto para desventajas como para ventajas.

Cárdenas (2002) encontró que las mujeres con sintomatología propia del climaterio, tienen una pobre opinión de su físico y estima personal, mientras que (Silva, et al., 2002) al estudiar violencia en la mujer en la etapa de climaterio encontraron que el maltrato psicológico, afecta negativamente su calidad de vida aunado a los cambios que esta viviendo propios del climaterio.

Pérez et al., (2002) investigaron: "La Información, Autoestima y Respuesta Adaptativa de la mujer en el Climaterio", la información sobre el climaterio mostró porcentaje similar para alta y baja; la autoestima también registró porcentajes similares entre alta y baja. La respuesta adaptativa que predominó fue la cognitiva. Se encontró correlación entre la información y la autoestima y entre ésta y la respuesta adaptativa.

Conocimiento con relación al climaterio y la menopausia

El conocimiento se puede usar para continuar el aprendizaje, para incorporarlo y predecir acontecimientos y conductas o bien sólo como vehículo del pensamiento. En la mujer que cursa el climaterio, el conocimiento que tenga de esta etapa puede mostrarse a través de expresiones o frases escritas que denotan los síntomas físicos, psicológicos e incluso con el significado social del mismo (Gagné, 1977)

Estudios relacionados al Conocimiento

En el estudio de Monterrosa et al., (1977), reportaron que las mujeres definen la menopausia como la segunda fase del climaterio lo cual es correcto. Echeverri, et al., (1987); en su estudio de conocimientos en una escala entre 0.0 y 5.0 los estudiantes obtuvieron un promedio de 2.85 + 0.85. Con relación a las actitudes, en lo concerniente a las relaciones sexuales de las mujeres climatéricas (placenteras o displacenteras), la mayoría, las considero placenteras.

Cobb (1990) reporto que las mujeres no sabían mucho acerca de lo que les estaba sucediendo. Saltman (1994) refiere que están confundidas y desinformadas sobre la menopausia con mucha frecuencia.

Mendiola Infante (2000) investigó el *conocimiento de mujeres profesionistas de salud, acerca del climaterio*. Los resultados mostraron que el grado de conocimiento sobre el climaterio fue regular, con un promedio de 73.9 y un índice de 62.9. En la

subescala de Desventajas hubo un mayor conocimiento (índice = 74.2).

Silvia et al., (2000) identificaron que las mujeres de su estudio tenían un conocimiento aceptable acerca de esta etapa.

García et al., (2000) encontraron que el nivel de conocimiento de la mujer sobre el climaterio es bajo o muy bajo. Los conocimientos se relacionaron con la edad, nivel de instrucción, tipo de menopausia y haber recibido información sobre el climaterio. El nivel de instrucción explica en mayor medida la variabilidad del nivel de conocimiento. La experiencia de la menopausia, o la utilización de los servicios sanitarios en relación a ésta no parecen influir en el conocimiento sobre la etapa climatérica y sus cuidados.

Vargas et al., (2000) describieron que 192 mujeres investigadas, presentaron conocimiento bajo y 176 conocimiento alto. Silva et al., (2000), encontraron que la mayoría tenían buen conocimiento, mientras que un porcentaje menor tenían conocimiento regular y un porcentaje mínimo, se determinó como malo. Se encontró correlación entre el conocimiento y la actitud de las mujeres en esta etapa

Silva et al., (2000) al identificar los conocimientos, reportaron que la media de conocimiento fue baja y que la mayoría consideraban que el climaterio era desagradable y que la mujer debería darse cuenta de que los cambios físicos durante esta etapa son naturales.

Vitelio et al., (2001); investigaron la experiencia de capacitación sobre climaterio y menopausia, en médicos familiares y ginecoobstetras; encontraron que el porcentaje de aciertos antes de la capacitación fue bajo para ambos grupos y posterior a la capacitación aumentó escasamente. Ambos grupos tuvieron ganancia cognoscitiva, pero sin diferencias en el nivel inicial y final de conocimientos.

Velasco et al., (2001) analizaron el nivel de conocimiento en climaterio y menopausia del personal médico; los resultados mostraron diferencia significativa en el porcentaje de aciertos de preevaluación de 63.3 y postevaluación de 79.3, los niveles menores de conocimiento se encontraron en el rubro de complicaciones; en tanto que los más elevados se reportaron en las definiciones de climaterio.

Taméz et al., (2002), con la finalidad de determinar los conocimientos y actitudes que asumen las mujeres ante el climaterio y si éstos tienen relación con los

factores sociodemográficos, reportaron que algunas mujeres tienen actitud desfavorable, y la mayoría conocimiento aceptable de la etapa que vive; las casadas registran una actitud desfavorable. La actitud de las mujeres que cursan menopausia fue desfavorable en un porcentaje alto, similar a las que se encuentran en la premenopausia y menor en las que están en posmenopáusia. La edad se asoció a la actitud, la ocupación se encuentra relacionada con el conocimiento y con la actitud de las mujeres ante el climaterio.

Dulanto et al., (2002); Utilizaron un método cualitativo de grupos focales y uno cuantitativo tipo encuesta, en mujeres peruanas. Los resultados cualitativos mostraron que la menopausia significó el cese de la fertilidad, asociado con mayor tranquilidad, liberación de carga domestica, incluso con una mejora social, mayor prestigio, experiencia y, estatus. Se percibió como natural, como una enfermedad o como una carga. La sintomatología que asociaron a la menopausia incluyó cambios de carácter, nostalgia, depresión, achaques, aburrimiento, insomnio, mareo. También fue asociada con enfermedades urinarias, cardiacas, de la circulación, de los huesos o derrames cerebrales, manifestaron que la menopausia afecta a la familia a través de los cambios de carácter. Sobre sexualidad algunas manifestaron que ya no les llamaba la atención; otras, que no alteraba la sexualidad y que lo hacían por obligación. Los resultados del estudio cuantitativo, muestran que fueron 18 señoras entre 32 y 74 años; de las que sólo 11 entraron al rango de 40 a 55, con promedio de 44.5 años ($DS=8.4$), constituyendo el total de la población. Las preguntas con bajo porcentaje de respuesta son las de conocimiento de ventajas y desventajas del tratamiento hormonal

Dulanto et al., (2002), con el propósito de establecer el conocimiento, las actitudes y expectativas de las mujeres con relación a la sintomatología asociada al climaterio; encontraron que las mujeres sí conocían sobre el climaterio, la menopausia fue considerada como un cambio natural, biológico y psicológico, que precedía a la vejez e iniciaba la infertilidad, motivo de alivio para unas y de frustración para otras; pero ninguna recibía tratamiento para esta etapa; lo que refleja un desconocimiento parcial acerca de la Terapia Hormonal de Reemplazo y se reporta una actitud predominantemente negativa, aunque con deseos de información fidedigna y accesible.

Oscoy, (2002), estudio el Conocimiento, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio. Los resultados muestran una medida de autoestima baja. La actitud de la mujer ante el climaterio esta relacionada con ésta; es decir que a mayor autoestima, mejor actitud.

Delgado, y cols (2003), investigaron las acciones de autocuidado y el conocimiento informado que poseen las mujeres en etapa de premenopausia. Los resultados mostraron que hubo un alto nivel de significancia al correlacionar el conocimiento informado con las acciones de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas

Rivas y Navarro, (2003), investigaron los factores relacionados con la demanda de atención médica para el climaterio, los resultados muestran que en un bajo porcentaje las mujeres refirieron síndrome climatérico molesto; en un porcentaje similar tuvieron conocimiento adecuado sobre climaterio y menopausia y solicitaron ayuda médica. Los factores relacionados fueron el nivel escolar de preuniversitarios, tener síntomas climatéricos muy molestos, conocimiento adecuado sobre climaterio / menopausia y estar en la etapa temprana de la posmenopáusicas. El conocimiento sobre climaterio/menopausia, era inadecuado en la mayoría de las mujeres; las que no demandaron atención refirieron que su conducta se debía a que no consideraban el climaterio como una enfermedad. Las mujeres con nivel preuniversitario solicitaron ayuda con mayor frecuencia que las que tenían otra escolarización, lo que significa que las que poseen conocimiento inadecuado, no solicitan frecuentemente la asistencia médica.

Pacheco y Salvador (2003), investigaron el conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre el climaterio y menopausia. Los resultados mostraron que un poco más de la mitad de las mujeres definió la edad crítica por ausencia de regla, y la otra mitad por presencia de síntomas, menos de la mitad no identificó la causa. Un porcentaje alto conoce los síntomas como el bochorno y los síntomas neuropsiquiátricos; en un porcentaje menor conocen que existe tratamiento, una minoría lo recibe, y el resto refiere estar dispuesta a recibirlo, la esta cifra disminuye a la mitad cuando se habla de tratamiento hormonal. Más de la mitad desea saber más sobre los beneficios de la TRH.

Llanos, (2004), investigaron los conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia. Las mujeres definieron la menopausia como un proceso natural, presentado actitudes de alivio y frustración mayoritariamente, con sintomatología prioritaria de cambios vasomotores. Las mujeres refirieron alteraciones en el estilo de vida por la sintomatología propia de la menopausia.

Vargas et al., (2004) a través de su investigación mostraron que más de la

mitad de las encuestadas presentaron conocimiento bajo y el resto conocimiento alto. Y demuestra que en su estudio las mujeres de 40 a 50 años de edad tienen bajo grado de conocimiento acerca del climaterio y menopausia.

Rodríguez et al.. (2004), investigaron, el conocimiento de las mujeres chilenas de los aspectos Físicos y psicológicos del climaterio. Los resultados refieren un poco más de la mitad no tiene conocimiento sobre el climaterio, en un porcentaje menor no conoce la TRH (terapia de reemplazo hormonal), y una minoría no puede distinguir síntomas físicos de los psíquicos.

Calidad de vida relacionada al climaterio y a la menopausia

Es un concepto subjetivo que se ve modificado en función del contexto cultural en el que la mujer se encuentra. Para valorar la calidad de vida en el climaterio se deben considerar los fenómenos que ocurren en el área física y en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer.

En la medición de calidad de vida en la mujer que cursa el climaterio, (Ortiz et al., 2002) incorporaron la percepción del paciente tal como sugiere Cella (1992), y lo hicieron en cuatro áreas; vasomotor, psicosocial, físico y sexual (cuestionario específico de la calidad de vida para la menopausia MENQUOL);

La calidad de vida se integra de dos componentes fundamentales; la subjetividad y la multidimensionalidad. La primera se refiere al hecho de que la calidad de vida puede entenderse solo desde la perspectiva del individuo; es decir si se le pregunta directamente acerca de sí misma Cella (1992). Se refiere a la valoración del paciente y a la satisfacción con su nivel de funcionamiento actual, comparado con lo que se percibe como posible ideal, el componente de subjetividad incorpora la toma de decisión individual; la multidimensionalidad surge, de una tradición de la medición psicométrica del estado de salud, e incluye un amplio rango de contenidos como el bienestar físico, funcional, emocional y social; asumiendo que con la suma de estas mediciones uno puede aproximarse a un índice de calidad de vida (Cella, 1992).

Estudios relacionados con Calidad de Vida

Blümel y Castello-Bronco, (1997) evaluaron el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida. Encontraron deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatéricas, cuando iniciaron las irregularidades menstruales en la premenopausia; en los dominios físico, vasomotor, psicosocial y sexual; el daño a la calidad de vida es previo a la menopausia. La disminución de la calidad de vida dependió de haber tenido o no la menopausia.

Conboy et al., (2000) mostraron que las mujeres de su estudio en el dominio vasomotor padecían de bochornos; en el físico, tenían dificultad para dormir y molestias gástricas; en el psicosocial, sufrían de depresión y pérdida de la memoria; en el sexual, manifestaban cambios en el deseo sexual.

Ortiz et al., (2002) evaluaron los cambios originados por el climaterio y la afectación en la calidad de vida en mujeres colombianas, las que cursaban menopausia de más de cinco años, tuvieron más acentuación en los cambios propios del climaterio y las manifestaciones físicas, por lo que se concluyen que se afecta su calidad de vida.

Ortiz et al., (2002) en su estudio sobre el deterioro de la calidad de vida durante el climaterio, aplicaron el cuestionario de Hilditch y Lewis (2002) encontraron que la calidad de vida se ve afectada por síntomas vasomotores, el puntaje aumenta en las premenopáusicas, en las posmenopáusicas, las manifestaciones físicas del climaterio aumentan, por trastornos psicosociales, en el aspecto sexual no se encontró deterioro. Estos estudios muestran que la calidad de vida de las mujeres no está en función de sus rasgos sociodemográficos. Lo que al parecer influye es la intensidad de los síntomas y fases del climaterio.

Chávez et al., (2002) con el propósito de identificar las consecuencias sociales, psicosociales y fisiológicas del climaterio, mostraron que en un porcentaje mínimo las mujeres acudieron a consulta por molestias relacionadas con el climaterio.

Dulanto et al., (2002); acerca del Estereotipo Psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas, los resultados mostraron que la reacción que tuvieron al aparecer la menarca, fue de sorpresa, o susto, algunas lo definieron como eliminación de lo malo o como desfogue sexual, otras como el inicio de la capacidad de concebir. La menopausia significó el cese de la fertilidad, asociado con mayor tranquilidad, liberación de carga doméstica; incluso con una mejora social, mayor

prestigio, experiencia, estatus. Se percibió como algo natural, como una enfermedad o como una carga.

Ortiz y cols (2003); estudiaron el Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio; demostraron que la calidad de vida se ve afectada por síntomas vasomotores, las manifestaciones físicas de climaterio se muestran en aumento La pérdida de calidad de vida por trastornos psicosociales predomina, en cambio, en los primeros años de la menopausia, no se encontró deterioro de la sexualidad con el climaterio.

Yanes y Chio, (2003), investigaron la Calidad de vida en mujeres climatéricas en el municipio Playa de Ciudad de la Habana. La mayoría de las pacientes se encontraba en la perimenopausia, recibieron tratamiento hormonal y necesitaron al menos dos meses de tratamiento para referir una notable mejoría de los síntomas iniciales. Una clave para sacar el mejor partido de esos años es formar las decisiones correctas en lo que atañe a su salud. Se considera muy útil la permanencia de la consulta para la orientación, manejo y seguimiento de la mujer en esta etapa de la vida.

Rodríguez M y López E (2003); investigaron la Calidad de vida y apoyo de pareja a mujeres en la etapa del climaterio; los síntomas que más predominaron fueron la irritabilidad y cambios en el deseo sexual. La media de los síntomas fue baja; para la variable apoyo de pareja, la media fue también baja y, para Calidad de Vida, se obtuvo una media relativamente alta. La correlación de Pearson mostró correlación entre calidad de vida y apoyo de pareja concluyéndose que a mayor apoyo de su pareja la calidad de vida de la mujer es mejor.

Capriles Lemus. (2004). Investigó la Calidad de vida en mujeres profesionistas que cursan el climaterio. Los resultados arrojaron mediante la prueba H de kruskal Wallis que la menopausia registra mayor alteración en síntomas e intensidad, las áreas vasomotora, psicosocial y la física; los índices de las áreas de MENQUOL (psicosocial, física y sexual no son diferentes según área profesional de las mujeres, no así en la vasomotora.

Satho y Ohashi, (2005) determinaron la calidad de vida (QOL) de la población de mujeres japonesas durante la transición menopáusica; los resultados muestran que

en un alto porcentaje las participantes en el grupo de premenopausia estaban dentro de síntomas leves, en tanto que la mitad de las peri y post menopáusicas se encontraban con síntomas medios, moderados o severos. En los grupos de peri y postmenopausia en todos los dominios hubo una correlación significativamente negativa entre el índice de Kupperman y WHOQOL-BREF en tanto que en perimenopausia esta relación se encontró en el dominio físico.

Salazar y Paravic K (2005). Investigaron el desempeño laboral y climaterio en Instituciones públicas. Los puntajes más altos se encontraron en los dominios físico y sexual, lo que indica un mayor deterioro de la Calidad de Vida en estos dominios.

Camino et al., (2006) identificaron el perfil socioeconómico y calidad de vida de mujeres de 40 a 60 años en una muestra de la Comarca Uribe Costa, (País Vasco), los resultados destacan que las mujeres estudiadas tenían hábitos de vida aceptables en general, pero percibían su salud más negativamente que en otras etapas de la vida y acudían con frecuencia a la consulta sanitaria

En el estudio GAZEL en Francia, en 286 mujeres; se encontró que de acuerdo a la edad la mujer menopáusica presentaba una peor calidad de vida que la premenopáusica, en aspectos como aislamiento social, dolor, sueño y falta de energía.

Marco Teórico

La utilización de teorías no garantiza el éxito de una intervención, sí proporciona toda una estructura sobre la que apoyar su planificación, ejecución y evaluación (Hochbaum, 1992).

Para muchos la utilización de teorías en promoción de salud puede parecer injustificada y difícil, pero no hay duda que suponen una herramienta valiosa en la identificación y entendimiento de los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud, y nos dicen cómo esos elementos concurren. Las teorías pueden ayudar a predecir y resolver situaciones novedosas, que nunca antes ha experimentado, porque identifican los factores que conllevan a situaciones particulares bajo condiciones específicas (Dónofrio, 1992).

La presente investigación se fundamentará en el Modelo de creencias en salud (Hochbaum, 1950) y en la Teoría de la acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1980).

El Modelo de creencias en salud [MCS, 1950] su intención es explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas (Poss, 2001).

La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad); mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar (Weiberger, 1981). Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad.

MCS (Health Belief Model), es una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo. Fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades (Hochbaum, 1958 y Rosenstock, 1960)

Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad (Kirscht, 1974), el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas (Becker, 1974), la práctica de autoexámenes exploratorios (Colman 1984):

En su origen, el MCS se basa en la teoría conductista del aprendizaje, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo - respuesta elemental y justificado por su inmediata consecuencia y en teoría cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa.

En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud. La hipótesis del MCS se basa en tres premisas: a) la creencia -o percepción- de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, b) la creencia -o percepción- de que uno es vulnerable a ese problema; c) la creencia -o percepción- de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

La concurrencia simultánea de los tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta (Rosenstock, 1988), que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni

el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento (Bandura 1986). Este modelo aplicará con la intención de promover la salud y bienestar de las mujeres durante el climaterio y menopausia a partir de la identificación de sus creencias al respecto de éstas etapas.

La Teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Modelo introducido por (Fishbein, 1975), y desarrollado y evaluado por (Fishbein y Ajzen, 1980). Su planteamiento es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez, de las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental.

El supuesto de la teoría es que los seres humanos somos seres racionales aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos; esta teoría se aplica en las mujeres que cursan el climaterio y la menopausia a partir de la evaluación que se haga de sus estilos de vida.

Metodología

Tipo de estudio:

En una primera etapa se realizó un estudio cuantitativo y en una segunda etapa un estudio cualitativo

Diseño del estudio para la investigación cuantitativa:

Para la investigación cuantitativa el diseño empleado fue descriptivo, correlacional, transversal (Pólit & Hungler, 1999), en una primera etapa; ya que se describieron y midieron los dominios de las variables de interés y se identificó la posibilidad de correlación entre variables.

Diseño de estudio para la investigación cualitativa:

Es un estudio descriptivo cualitativo; se emplea un método fenomenológico; que habla de la modificación de la conducta, de las actitudes, del sistema de creencias, de valores personales y sociales, de construcciones mentales y psicológicas sobre la salud y sobre las acciones individuales (Guba, 1989), con la intención de capturar el fenómeno de estudio de manera holística, entenderlo, comprenderlo dentro de su contexto o enfatizar la comprensión del significado humano adscrito a un grupo de circunstancias o fenómeno.

Población del estudio cuantitativo:

Se aplicó una prueba piloto en 30 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Población del estudio cualitativo:

Para el estudio cualitativo fueron aplicadas 6 entrevistas en mujeres con iguales características que para el estudio cuantitativo.

Criterios de inclusión

Mujeres de 35 a 61 años o más.

Que tengan más de 10 años de vivir en el estado de Tamaulipas,

Con y sin cirugías previas de aparato reproductor,

Que tomen o no terapia de reemplazo y que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Mujeres de menos de 35 años.

Que no deseen participar en la encuesta,

De menos de 10 años de vivir en el estado de Tamaulipas y

Que tengan discapacidad para responder adecuadamente.

Área Geográfica de estudio

Ambos estudios se realizaron en la ciudad de Tampico estado de Tamaulipas, México. Tampico se encuentra localizado sobre la Costa del Golfo de México, en la parte sureste del estado de Tamaulipas, colindado con el estado de Veracruz a través del Río Pánuco. Coordenadas: 22° 15´19" latitud norte 97° 52´07" longitud oeste. El clima predominante es de tipo subtropical, húmedo. La temperatura promedio es de 24°C con máxima de 37°C y mínima de 9°C.

La Zona Regional de Tampico está constituida por los municipios conurbados de Altamira y Madero además de ciudades vecinas de Valles, Ebanero y Tamuín en el Estado. de San Luís Potosí; Huejutla en el Estado de Hidalgo: Tantoyuca, Tempoal, Pánuco, Tuxpan, Cerro Azul, Naranjos y Pueblo Viejo en el Edo. de Veracruz y Mante, Aldama, González y Manuel en el Estado de Tamaulipas.

Procedimiento de recolección de datos para el estudio cuantitativo:

Con el consentimiento del tutor y la dirección del programa de doctorado, se procedió a la realización de entrevistas estructuradas, para lo cual se localizó físicamente a las mujeres, de acuerdo a su turno laboral. Se solicitó el consentimiento informado de las participantes, posteriormente se realizó cada una de las entrevistas.

Procedimiento de recolección de datos para el estudio cualitativo:

Se utilizó la entrevista estructurada, que contiene 25 ítems, al contactar a las participantes se procedió a explicar el propósito del estudio y lo relacionado con el consentimiento informado. Posteriormente se planeo una cita indicando el día y la hora en que se realizaría la entrevista con la investigadora en una de las oficinas de la institución educativa.

Instrumentos para el estudio cuantitativo:

Se aplicó una cédula sociodemográfica a las mujeres que incluyó edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos, escolaridad, nivel

socioeconómico y preguntas relacionadas con aspectos de su perfil ginecológico (Anexo A)

I. Para evaluar las creencias de las mujeres en la etapa del climaterio se empleó el cuestionario de (Chávez- Ayala et al., 2002), consta de 18 reactivos, que miden tres dimensiones social, psicológica y fisiológica; la social se divide en dos factores el primero se refiere a desventajas y que incluye siete reactivos 3.7.10.11.12.13 y 17 y el segundo de ventajas reactivos 2.4.9 y 14, el factor fisiológico que consta de cuatro reactivos: 1,8,6 y 15 y el factor psicológico que consta de tres reactivos 5, 8 y 16. Con escala tipo likert con cinco opciones se han obtenido las alphas por factores: factor social desventajas .76, factor social ventajas .83, factor fisiológico .65 y factor psicológico .71. (Anexo B)

II. Para medir la actitud de la mujer se aplicó la escala de (Delgado et al., 1998) que contiene 22 reactivos con siete subescalas: aspectos psicológicos reactivos 6,7,10,15,17 y 18, aspectos de enfermedad atracción reactivos 2,4,8 y 21; aspectos de la etapa vital, reactivos 1, 5, 12 y 20; reproducción, reactivos 11 y 14; sexualidad reactivos 3 y 9; intereses vital, interés reactivos 16 y 19 y autoconfianza 13 y 22. Nueve de los reactivos son de carácter positivo y trece son de carácter negativo. Incluye una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. (Anexo C)

III. Se utilizó la escala de autoestima de (Coopersmith, 1967), usada por (Lara et al., 1993) de la University of California at Davis en su versión adulta la cual consta de 25 reactivos directos e inversos, con respuesta dicotómica de sí o no. Los autores reportan un Alpha de .81 (Anexo D)

IV. Para medir el conocimiento ante climaterio se aplicó la escala de conocimiento sobre climaterio de (Silva Sánchez et al., 2000) que incluye 10 reactivos con un patrón de respuesta dicotómica de si o no; la confiabilidad previa de la escala se expreso con un alfa de Cronbach de .70 (Anexo E)

V: Para evaluar la Calidad de Vida se utilizó el Cuestionario específico de Calidad de Vida para la Menopausia MENQOL que de acuerdo a cada dominio incluye 29 reactivos, distribuidos en tres áreas: Vasomotor tres reactivos, psicosocial siete reactivos, físico dieciséis reactivos y sexual tres reactivos. Todos con respuesta dicotómica sí y no y seis opciones de 0 –6 para registrar la intensidad de cada

síntoma, donde 0 no molesta nada y 6 molesta mucho. Se obtuvo un puntaje promedio de cada área y global, donde a mayor valor menor es la calidad de vida. Este cuestionario al ser utilizado por (Blüme I - Cano y Blinfa, 2001) en mujeres chilenas solo obtuvieron un porcentaje promedio de cada área del cuestionario, no existe un puntaje global, se reportó un alpha de .70 mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach (Anexo F)

Técnica de entrevista semiestructurada, para el estudio cualitativo:

La investigadora desarrollo una guía de preguntas abiertas que exploró las siguientes variables de estudio: creencias, actitud, autoestima, conocimiento y calidad de vida. Para las entrevistas de cada participante se desarrollo un proceso de interacción que permitió obtener confianza y cooperación, que consistió en agradecer la aceptación a la entrevista e informar a la paciente en que consistiría su participación y que los datos que ella comentara además de ser confidenciales, exclusivamente se emplearían con fines de investigación, situación que facilito la obtención de datos. Las seis entrevistas fueron en su totalidad grabadas, transcritas y posteriormente analizadas. A cada participante se le solicito que describiera sus conocimientos, creencias y estilos de vida con relación al climaterio y menopausia. La duración de cada entrevista fue aproximadamente 30 a 40 minutos. El propósito de las entrevistas fue comprender y confirmar los datos colectados en cada una de ellas.

Consideraciones éticas

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), fue publicado el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social.

El reglamento señala que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para el desarrollo de la tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar la productividad, así también se considera que la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garantizan la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. La aplicación

de este Reglamento corresponde a la Secretaría y a todos los gobiernos de las entidades federativas.

El presente estudio se realizó conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987)

El artículo 2 de la Ley General de Salud señala que el derecho a la protección de la salud tiene entre otras la finalidad descrita en la fracción VII, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Respecto al artículo 13 se consideró el respeto a la dignidad humana, se protegió y protegerá la confidencialidad de los datos al no consignar los nombres de las mujeres encuestadas. Se buscó el momento oportuno para entrevistar a la mujer de manera que su participación no la incomodará, en sus actividades personales o profesionales.

Con relación al artículo 14, Fracciones V, VII Y VIII y el artículo 20, se contó con el consentimiento informado y por escrito de la mujer, para esto se le explicó previamente en qué consistía el estudio y en qué consistiría su participación

De acuerdo al Capítulo I, artículo 17 fracción 1, donde se abordará el tipo de riesgo que implica la investigación, este tipo de estudio se consideró sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención, sólo se aplicaron los cuestionarios y se cuestionó a las mujeres con respecto a su estilo de vida al cursar el climaterio y la menopausia; no se manipularon las variables físicas de las mujeres.

Análisis estadísticos para el estudio cuantitativo

Los métodos estadísticos utilizados fueron los siguientes:

- *Estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) para caracterizar a los participantes del estudio.*
- *Se invirtieron los reactivos de la escala de Autoestima y Actitud de negativos a positivos y se generaron índices tanto de éstas como de las escalas Conocimientos, Creencias y Calidad de Vida.*

- *Estimación del nivel de confiabilidad (alfa de Cronbach) de cada una de las 5 escalas, así como de las subescalas.*
- *Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para cada una de las escalas, así como de sus subescalas.*
- *Estimación del coeficiente de correlación de Conocimiento, Autoestima y Calidad de Vida con Actitud y sus subescalas.*
- *Estimación del coeficiente de correlación de Conocimiento, Autoestima y Calidad de Vida con Creencias y sus subescalas.*

Todos los análisis se realizaron usando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version13.

Análisis de datos para el estudio cualitativo

El análisis de cada entrevista, se realizó empleando el concepto etnográfico de Spradley (1980), el cuál incluye los dominios que también los considera como una categoría. Cada vez que se realizó una entrevista, se transcribía, se leía buscando categorías y relaciones semánticas.

Se encontraron cinco dominios generales: Conocimientos, Calidad de vida, Creencias, Actitud y Autoestima. Se utilizó el programa ATLAS Versión 4.0 para realizar la codificación de las entrevistas y posteriormente la agrupación en Dominios. Se contrastaron cada uno de los dominios de las entrevistas y se obtuvieron los indicadores de cada uno de ellos. Posteriormente se compararon los resultados con los obtenidos en la investigación cuantitativa.

Resultados del estudio cuantitativo

Niveles de confiabilidad:

En la Tabla 1 se presentan los coeficientes de Confiabilidad (alfa de Cronbach) para las escalas y subescalas. De acuerdo a lo reportado por estudios anteriores, los niveles de confiabilidad del presente estudio pueden considerarse en aceptables. Sólo la escala de **Autoestima** salió por debajo de lo esperado. También se observa que hubo valores muy bajos de confiabilidad para las subescalas: **Etapa Vital**, **Reproducción**, **Sexualidad** e **Intereses Vitales** de la escala **Actitud**, así como la subescala **Factor Fisiológico** de la escala **Creencias**; las subescala **Área Sexual** de la escala **Calidad de Vida**.

Tabla 1. Niveles de confiabilidad para las escalas y/o subescalas utilizadas en este estudio.

Escala / sub.-escala	Número de Reactivos	Alfa de Cronbach
Conocimiento	10	.70
Autoestima	25	.57
Actitud		
<i>Aspectos Psicológicos</i>	6	.82
<i>Enfermedad-Atracción</i>	4	.71
<i>Etapa Vital</i>	4	.40
<i>Reproducción</i>	2	.31
<i>Sexualidad</i>	2	.27
<i>Intereses Vitales</i>	2	.11
<i>Autoconfianza</i>	2	.61
Creencias		
Factor de Desventajas	7	.74
Factor de Ventajas	4	.71
Factor Fisiológico	4	.41
Factor Psicológico	3	.86
Calidad de Vida		
Área Vasomotora	3	.88
Área Psicosocial	7	.84
Área Física	16	.87
Área Sexual	3	.60

N=30

Datos Descriptivos

En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas, en porcentajes, de las mujeres participantes en el estudio. Ahí se puede apreciar que casi el 50% dijo tener una edad entre 45 y 54 años; 37% declararon esta casada; con dos o tres hijos; mientras que el 40% tiene un hijo; el 100% dijeron profesar la religión católica. Un poco más del 50% es asalariada, casi todas, 94%, con un nivel socioeconómico medio; un 7% no completó los estudios de primaria.

Es de notar que mientras el 70% declaró tener más de 1 año sin menstruar, el 90% dijo tener regulares sus ciclos menstruales y el 20% ha experimentado cambios en su ciclo menstrual. A más del 50% se le ha practicado alguna operación ginecológica y el 60% esta tomando algún tipo de medicamento, como antihipertensivos, hipoglicemiantes, y analgésicos entre otros.

El 60% dijo no padecer ninguna enfermedad y el resto comento tener algún

padecimiento entre los que refirieron: Diabetes, hipertensión, obesidad, Varices en Miembros Inferiores, Dislipidemias.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes en este estudio.

Edad	<i>fa</i>	<i>fr</i>	Número de hijos	<i>fa</i>	<i>fr</i>
35--44 años	6	20	Ninguno	3	10
45--54 años	14	47	Uno	12	40
55--60 años	9	30	Dos o tres	11	37
61 o más años	1	3	Cuatro o cinco	4	13
Estado civil	<i>fa</i>	<i>fr</i>	Escolaridad	<i>fa</i>	<i>fr</i>
Casada	11	37	Primaria completa	3	10
Soltera	10	33	Primaria inc.	2	7
Divorciada	4	13	Secundaria compl.	5	17
Viuda	3	10	Secundaria inc.	1	3
Unión Libre	2	7	Preparatoria completa	13	43
			Profesional	6	20%
Ocupación	<i>fa</i>	<i>fr</i>	Nivel Socioeconómico	<i>fa</i>	<i>fr</i>
Ama de casa	5	17	Bajo	1	3
Asalariada	16	53	Medio	28	94
Labora fuera de casa	5	17	Alto	1	3
Jubilada	4	13			
¿Tiene usted más de 1 año sin menstruar?	<i>fa</i>	<i>fr</i>	¿Son regulares sus ciclos menstruales?	<i>fa</i>	<i>fr</i>
Si	21	70	Si	27	90
No	9	30	No	3	10
¿En el último año ha presentado cambios en su ciclo menstrual?	<i>fa</i>	<i>fr</i>	¿Padece alguna enfermedad?	<i>fa</i>	<i>fr</i>
Si	6	20	Si	10	33
No	24	80	No	20	67
¿Se le ha efectuado alguna operación ginecológica?	<i>fa</i>	<i>fr</i>	¿Actualmente toma algún tipo de medicamento?	<i>fa</i>	<i>fr</i>
Si	16	53	Si	18	60
No	14	47	No	12	40

N = 30

En la Tabla 3, respecto a la escala de Conocimientos, se puede apreciar, que la media de las mujeres sobre los conocimientos del climaterio fue 84.00, con desviación estándar 18.49, mínimo y máximo de 50 y 100, respectivamente. También es de notar en la tabla 3, que la media más alta de todas las escalas fue la de Autoestima, en tanto la media más baja la presentó la escala de Creencias, y de las subescalas que la integran, las medias más altas correspondieron a los factores Ventajas y Psicológicos. Respecto a las subescalas de Actitud, se observa que la mayoría tuvieron medias superiores 70, excepto en Aspecto Psicológico y

Reproducción, con medias 57.78 y 60.55, respectivamente.

En la escala de Actitud, la media global fue de 70.51, con el índice más bajo, 57.78, para la subescala Aspecto Psicológico y la subescala Etapa Vital con el índice más alto, 81.11.

Para la escala Creencias, el índice promedio fue 37.64, con Desventajas como la subescala con la media más baja, 17.74 y Ventajas con la media más alta, 59.17.

Para la mayoría de las variables, la prueba de Kolmogorov-Smirnov reportó normalidad; excepto en la escala Conocimiento, en las subescalas Área Vasomotora y Área Sexual de Calidad de Vida; en las subescalas Sexualidad de Actitud y subescalas Factor Ventajas y Factor Psicológico de Creencias, para los cuales se calculará la correlación de Spearman en lugar de la correlación de Pearson.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad a las variables de estudio.

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desv. Est.</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>D</i>	<i>Valor-p</i>
Conocimiento	84.00	90.00	18.49	50.00	100.00	1.61	.01
Autoestima	86.93	88.00	8.59	64.00	100.00	1.03	.23
Calidad de Vida:							
<i>Área Vasomotora</i>	16.98	9.52	23.82	0	85.71	1.30	.06
<i>Área Psicosocial</i>	12.99	7.14	16.10	0	63.27	1.15	.14
<i>Área Física</i>	16.73	13.39	12.56	0	42.86	.84	.47
<i>Área Sexual</i>	7.78	2.38	12.03	0	47.62	1.51	.02
Actitud:	70.51	71.21	13.56	31.82	90.91	.84	.47
<i>Aspecto psicológico</i>	57.78	55.56	24.78	0	100.00	.63	.82
<i>Enfermedad/atracción</i>	78.05	83.33	22.90	8.33	100.00	1.04	.23
<i>Etapa vital</i>	81.11	83.33	19.07	33.33	100.00	1.17	.13
<i>Reproducción</i>	60.55	58.33	30.16	0	100.00	.94	.34
<i>Sexualidad</i>	77.22	83.33	25.70	16.67	100.00	1.34	.05
<i>Intereses vitales</i>	76.11	83.33	21.74	0	100.00	1.09	.19

Autoconfianza	70.00	66.67	28.84	0	100.00	1.03	.24
Creencias:	37.64	37.5	9.39	20.83	56.94	.56	.91
Desventajas	17.74	16.07	14.08	0	57.14	.86	.45
Ventajas	59.17	68.75	18.69	25.00	75.00	1.44	.03
Fisiológicos	36.25	37.5	15.25	0	75.00	.92	.37
Psicológicos	57.22	75.00	23.54	0	75.00	1.87	.01

Los porcentajes de respuesta al cuestionario sobre Conocimientos fluctuaron desde un 63% para indicar que se tiene dificultad para dormir, hasta 100% para señalar que durante el climaterio hay irritabilidad (Tabla 4).

Tabla 4

Respuestas de las mujeres a la escala de CONOCIMIENTOS sobre el climaterio.

Reactivos	SI	NO
	<i>fr</i>	<i>fr</i>
Durante el climaterio se sufren bochornos	97	3
Durante el climaterio hay dificultad para dormir	63	37
Durante el climaterio se padece de dolor de cabeza	97	3
Durante el climaterio aparece dolor en la espalda	87	13
Durante el climaterio aparece dolor en las articulaciones	77	23
Durante el climaterio se presenta irritabilidad	100	0
El climaterio abarca de los 35 a los 60 años	83	17
Existen medicamentos para tratar esta etapa	83	17
Durante esta etapa existen mas riesgos de contraer enfermedades	73	27
Enfermedades del corazón, infecciones de la vejiga, desgaste de los huesos son complicaciones que se pueden manifestar durante el climaterio.	80	20

Fuente: Cuestionario Conocimientos.

n=30

En lo referente a Autoestima, las respuestas estuvieron orientadas a proporcionar respuestas positivas (Tabla 5). Por ejemplo, nadie aceptó (0%) darse por vencida fácilmente; así como nadie tiene mala opinión de si misma. La media de autoestima fue alta, 86.93.

Tabla 5

Respuestas de las mujeres a la escala de AUTOESTIMA sobre el climaterio.

Reactivos	SI	NO
	<i>fr</i>	<i>fr</i>

El climaterio le afecta un poco	53	47
Le cuesta mucho trabajo hablar sobre el climaterio con otras personas	3	97
Si pudiera cambiaría muchas cosas de ella	30	70
Puede tomar una decisión fácilmente	97	3
Es una persona agradable con la mayoría de la gente	83	17
En su casa se enoja fácilmente	27	73
Le cuesta mucho trabajo aceptar el climaterio	3	97
Es muy conocida entre las personas de su edad	87	13
Su familia generalmente toma en cuenta sus sentimientos	93	7
Se da por vencida muy fácilmente	0	100
Su familia espera demasiado de usted	47	53
Es muy difícil ser usted misma	7	93
Su vida es muy complicada en esta etapa	3	97
Sus amigos casi siempre aceptan sus ideas	77	23
Tienen mala opinión de usted misma	0	100
Muchas veces le gustaría dejar su casa	7	93
Con frecuencia se siente a disgusto con lo que hace	3	97
Es menos guapa o bonita que la mayoría de la gente	0	100
Si tiene algo que decir generalmente lo dice	93	7
Su familia la comprende	100	0
La mayoría de la gente es mejor apreciada que usted	10	90
Siente que su familia la presiona	0	100
Con frecuencia se desanima en lo que hace	0	100
Muchas veces le gustaría ser otra persona	10	90
Se puede confiar muy poco en ella	13	87

Fuente: Cuestionario Autoestima.

n=30

Con respecto a las subescalas de Calidad de Vida se obtuvieron buenos índices promedios (7 a 17), donde las respuestas de las mujeres a las subescalas fueron de la siguiente manera (Tabla 6):

- En el área Vasomotora los síntomas más frecuentes son los *Bochornos* y *Más transpiración de lo normal*, 47% y 43%, respectivamente.
- En el área Psicosocial se presentan como síntomas preocupantes a la *Ansiedad*, la *Depresión* y la *Necesidad de estar sola* con 47%, 43% y 40%, respectivamente.
- En el área Física los síntomas más frecuentes que se presentan son el *Cansancio/agotamiento físico* (77%), *Falta de energía* (70%) y *Aumento de arrugas o manchas* con 67%. El síntoma menos molesto fue *Aumento del vello en la cara* con 17%.
- En el área Sexual las mujeres no manifestaron tener síntomas molestos.

Tabla 6.**Respuestas de las mujeres a la escala de CALIDAD DE VIDA sobre el climaterio.**

Reactivos	SI	NO
	<i>fa</i>	<i>fa</i>
Área Vasomotora		
Bochornos	46.7	53.3
<i>Transpiraciones nocturnas</i>	30.0	70.0
Más transpiración de lo normal	43.3	56.7
Área Psicosocial		
<i>Descontenta con su vida personal</i>	0.0	100.0
Ansiedad	46.7	53.3
<i>Pérdida de memoria</i>	33.3	66.7
<i>Menor actividad acostumbrada</i>	30.0	70.0
Depresión	43.3	56.7
<i>Impaciencia</i>	36.7	63.3
Necesidad de estar sola	40.0	60.0
Área Física		
<i>Flatulencia, gases y distensión abdominal</i>	43.3	56.7
<i>Dolores musculares y articulares</i>	60.0	40.0
Cansancio y/o agotamiento físico	76.7	23.3
<i>Insomnio</i>	36.7	63.3
<i>Cefalea</i>	50.0	50.0
<i>Debilidad</i>	50.0	50.0
<i>Menos resistencia física</i>	40.0	60.0
Falta de energía	70.0	30.0
<i>Piel reseca</i>	60.0	40.0
<i>Aumento de peso</i>	56.7	43.3
<i>Aumento de vello en la cara</i>	16.7	83.3
Aumento de arrugas o manchas	66.7	33.3
<i>Retención de líquidos</i>	30.0	70.0
<i>Lumbalgia</i>	23.3	76.7
<i>Poliuria</i>	36.7	63.3
<i>Incontinencia urinaria</i>	26.7	73.3
Área Sexual		
<i>Cambios en el deseo sexual</i>	26.7	73.3
<i>Resequedad vaginal</i>	36.7	63.3
<i>Se evitan las relaciones sexuales</i>	26.7	73.3

Fuente: Cuestionario Calidad de Vida

n=30

Con relación a la intensidad de los síntomas, en la Tabla 7 se puede apreciar que la mayor frecuencia de síntomas con intensidad 5 y 6, se presentan en el área Psicosocial y Vasomotora. En la primera predomina *Ansiedad*, y *Depresión*, mientras que en la segunda es *Bochornos*.

También en el área Física hay un síntoma con intensidad 5 y 6, *Falta de energía*.

Tabla 7

Signos y síntomas más intensos de las mujeres (subescalas de Calidad de Vida)

Reactivos	1	2	3	4	5	6
Área Vasomotora						
<i>Bochornos</i>	6.7	10.0	13.3	3.3	3.3	6.7
<i>Transpiraciones nocturnas</i>	10.0	3.3	6.7	3.3	0.0	6.7
<i>Más transpiración de lo normal</i>	16.7	10.0	6.7	3.3	3.3	3.3
Área Psicosocial						
<i>Descontenta con su vida personal</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad	10.0	10.0	6.7	10.0	10.0	0.0
<i>Pérdida de memoria</i>	16.7	10.0	3.3	3.3	0.0	0.0
<i>Menor actividad acostumbrada</i>	10.0	0.0	10.0	3.3	3.3	3.3
Depresión	3.3	13.3	10.0	3.3	6.7	3.3
<i>Impaciencia</i>	20.0	3.3	6.7	0.0	3.3	3.3
<i>Necesidad de estar sola</i>	13.3	10.0	6.7	0.0	3.3	3.3
Área Física						
<i>Flatulencia, gases y distensión abdominal</i>	3.3	16.7	13.3	6.7	3.3	0.0
<i>Dolores musculares y articulares</i>	16.7	13.3	13.3	13.3	3.3	0.0
<i>Cansancio y/o agotamiento físico</i>	30.0	10.0	16.7	6.7	3.3	3.3
<i>Insomnio</i>	6.7	13.3	10.0	6.7	0.0	0.0
<i>Cefalea</i>	16.7	13.3	13.3	6.7	0.0	0.0
<i>Debilidad</i>	16.7	3.3	16.7	6.7	3.3	3.3
<i>Menos resistencia física</i>	16.7	0.0	13.3	6.7	0.0	3.3
Falta de energía	23.3	13.3	16.7	6.7	6.7	3.3
<i>Piel reseca</i>	16.7	13.3	20.0	6.7	3.3	0.0
<i>Aumento de peso</i>	13.3	10.0	16.7	13.3	3.3	0.0
<i>Aumento de vello en la cara</i>	10.0	3.3	3.3	0.0	0.0	0.0
<i>Aumento de arrugas o manchas</i>	20.0	13.3	13.3	13.3	3.3	3.3
<i>Retención de líquidos</i>	16.7	3.3	10.0	0.0	0.0	0.0
<i>Lumbalgia</i>	6.7	3.3	10.0	0.0	0.0	0.0
<i>Poliuria</i>	16.7	0.0	10.0	6.7	3.3	0.0
<i>Incontinencia urinaria</i>	13.3	3.3	6.7	0.0	3.3	0.0
Área Sexual						
<i>Cambios en el deseo sexual</i>	13.3	3.3	10.0	0.0	0.0	0.0
<i>Resequedad vaginal</i>	23.3	6.7	0.0	3.3	0.0	0.0
<i>Se evitan las relaciones sexuales</i>	20.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario Calidad de Vida

n=30

En la escala de Actitud, las respuestas de las mujeres a la subescalas fueron de la siguiente manera (Tabla 8):

- En Aspectos Psicológicos las respuestas estuvieron orientadas a la opción Totalmente en desacuerdo, excepto en los reactivos “Muchas mujeres se vuelven depresivas e irritables durante el climaterio” y “El climaterio no produce

cambios importantes en la mayoría de las mujeres”.

- En Enfermedad-Atracción todas estuvieron en Total Desacuerdo con todos los reactivos.
- En la subescala Etapa Vital todas estuvieron en Total Acuerdo en todos los reactivos excepto en *La mujer empieza a sentirse vieja con el climaterio* donde la mayoría, el 50%, estuvo en Total Desacuerdo.
- En las subescalas Reproducción, Intereses Vitales y Autoconfianza la mayoría contestaron Totalmente de Acuerdo a todos los reactivos, con la excepción de que en Intereses Vitales más del 50% estuvo Totalmente en Desacuerdo en que *Muchas mujeres sienten pena cuando tienen su regla por última vez*.
- La mayoría está Totalmente en Desacuerdo a los dos reactivos de la subescala Sexualidad.

Tabla 8. Respuestas de las mujeres a las subescalas de ACTITUD sobre el climaterio.

Reactivos	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Subescala aspectos psicológicos				
*Con el climaterio es frecuente que una mujer tenga más problemas psicológicos	3.3	36.7	16.7	43.3
*Para las mujeres, el climaterio es un periodo desagradable	20.0	10.0	33.3	36.7
*En el climaterio, se siente con menos ganas de hacer cosas	20.0	20.0	30.0	30.0
*Muchas mujeres se vuelven depresivas e irritables durante el climaterio	26.7	36.7	16.7	20.0
*Muchas mujeres piensan que no son realmente mujeres durante el climaterio	3.3	13.3	33.3	50.0
El climaterio no produce cambios importantes en la mayoría de las mujeres	10.0	30.0	33.3	26.7
	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Subescala enfermedad-atracción				
*El climaterio debería verse como un problema médico	13.3	23.3	10.0	53.3
*Los maridos de las mujeres en etapa del climaterio las ven menos atractivas sexualmente	0.0	13.3	26.7	60.0
*Una mujer se siente menos atractiva en el climaterio	6.7	6.7	26.7	60.0
*El climaterio es una enfermedad	6.7	10.0	13.3	70.0
Subescala etapa vital				
El climaterio no es un problema, sino una etapa más del desarrollo de la mujer.	80.0	10.0	6.7	3.3
*La mujer empieza a sentirse vieja con el climaterio.	10.0	16.7	23.3	50.0
Las mujeres en el climaterio deben tener conciencia de que los cambios físicos son naturales.	86.7	6.7	0.0	6.7
Cómo se sienta durante el climaterio depende de ella misma.	60.0	20.0	0.0	20.0
Subescala reproducción				

Es estupendo que el embarazo sea menos posible en el climaterio.	33.3	16.7	26.7	23.3
La ausencia de reglas durante el climaterio es un alivio.	50.0	20.0	13.3	16.7
Subescala sexualidad				
*Una mujer se siente menos mujer después del climaterio.	10.0	10.0	3.3	76.7
*Durante el climaterio, las mujeres tienen menos necesidades sexuales.	6.7	20.0	23.3	50.0
Subescala intereses vitales				
Muchas mujeres con cosas interesantes en la vida apenas si notan el climaterio.	60.0	20.0	13.3	6.7
*Muchas mujeres sienten pena cuando tienen su regla por última vez.	3.3	23.3	20.0	53.3
Subescala autoconfianza				
En la etapa del climaterio, la mujer se vuelve más madura y tiene más confianza en sí misma.	36.7	33.3	10.0	20.0
El climaterio es el comienzo de una etapa más tranquila en la vida de las mujeres.	53.3	33.3	6.7	6.7

Fuente: Cuestionario Actitud.

n=30

*Respuestas negativas

En la tabla 9 se presentan las respuestas de las mujeres a las subescalas de Creencias, donde se puede observar lo siguiente:

- Para el factor de Desventajas, las mujeres estuvieron mayormente en Total Desacuerdo en todos los reactivos, aunque llama la atención el 30% que estuvo de acuerdo respecto a *Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio*.
- Tanto en el factor de Ventajas como en el Psicológico, las mujeres respondieron en mayor porcentaje a la opción Totalmente de Acuerdo en todos los reactivos.
- En el factor Fisiológico la mayoría de las mujeres estuvieron en Desacuerdo a todos los reactivos excepto a *El climaterio puede afectar al sistema cardiaco (corazón)*, donde el 40% manifestó estar Totalmente de Acuerdo

Tabla 9

Respuestas de las mujeres a las subescalas de CREENCIAS sobre el climaterio.

Reactivos	Totalmente de acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Factor de Desventajas				
Perder el atractivo físico es la principal causa de trastornos en el climaterio.	6.7	3.3	33.3	56.7
La feminidad de la mujer se pierde con la llegada del climaterio.	3.3	0.0	30.0	66.7
Los problemas familiares son mayores en el climaterio.	6.7	6.7	36.7	50.0
El no tener menstruaciones significa perder la juventud.	0.0	0.0	33.3	66.7
Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio.	30.0	3.3	30.0	36.7
Es ofensivo decirle a una mujer que está en climaterio.	10.0	3.3	33.3	53.3
Durante la etapa del climaterio la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales.	13.3	10.0	36.7	40.0
Factor Ventajas				
La idea de una mujer en la etapa del climaterio, se puede relacionar con la idea de una mujer sana y vital.	63.3	6.7	26.7	3.3
La mujer en la etapa del climaterio puede disfrutar plenamente de sus relaciones sexuales.	70.0	6.7	10.0	13.3
La mujer en la etapa del climaterio puede disfrutar de una relación plena con el hombre.	73.3	10.0	6.7	10.0
La etapa del climaterio representa más ventajas que desventajas.	63.3	16.7	13.3	6.7
Factor Fisiológico				
El climaterio puede afectar al sistema cardiaco	40.0	30.0	23.3	6.7
Debido al climaterio se afecta la capacidad de memoria de la mujer.	30.0	10.0	36.7	23.3
El climaterio es una de las causas de la enfermedad de Alzheimer.	6.7	16.7	36.7	40.0
El climaterio aumenta la presión arterial del cuerpo.	16.7	26.7	36.7	20.0
Factor Psicológico				
La mujer se vuelve muy irritable durante la etapa del climaterio.	63.3	10.0	16.7	10.0
La mujer en la etapa del climaterio padece frecuentes depresiones.	73.3	6.7	16.7	3.3
En el climaterio las mujeres se molestan fácilmente.	60.0	3.3	23.3	13.3

Fuente: Cuestionario Creencias.

n=30

Resultados de la Prueba de Normalidad y Análisis de los datos

En las Tablas 10, 11, 12, 13, 14, y 15 se muestran las correlaciones entre Conocimiento, Autoestima y Calidad de Vida con Actitud y Creencias, así como con las subescalas de estas últimas.

En general, Conocimiento no correlacionó con Actitud ni con Creencias, excepto con la subescala Enfermedad-Atracción de Actitud. Por lo que, no existe evidencia suficiente para aceptar la hipótesis “la actitud y creencias de la mujer ante el climaterio están relacionadas con el conocimiento que tiene de esta etapa”.

También para Autoestima no se encontró correlación estadísticamente significativa

con Actitud ni con Creencias, así como con las subescalas de éstas, por lo que la hipótesis “La actitud y creencias de la mujer ante el climaterio están relacionadas con su autoestima” no es aceptada.

Tabla 10. Correlación entre Conocimiento y subescalas que miden Actitud sobre el climaterio.

Conocimiento y	Correlación de Spearman	Valor p
Actitud	-.19	.32
<i>Aspectos Psicológicos</i>	-.11	.57
<i>Enfermedad-Atracción</i>	-.57	.01
<i>Etapa Vital</i>	-.18	.33
<i>Reproducción</i>	-.01*	.99
<i>Sexualidad</i>	-.17	.36
<i>Intereses Vitales.</i>	.14	.45
<i>Autoconfianza</i>	.27	.14

*Significativo al .05

Tabla 11

Correlación entre Conocimiento y subescalas de Creencias sobre el climaterio.

Conocimiento y	Correlación de Spearman	Valor p
Creencias	.08	.67
Factor de Desventajas	.10	.61
Factor de Ventajas	.05	.81
Factor Fisiológico	-.07	.73
Factor Psicológico	.01	.95

Tabla 12

Correlación entre Autoestima y subescalas que miden Actitud sobre el climaterio.

Autoestima y	Correlación de Spearman	Valor p
Actitud	.08	.68
<i>Aspectos Psicológicos</i>	.08	.66
<i>Enfermedad-Atracción</i>	-.26	.17
<i>Etapa Vital</i>	.04*	.85
<i>Reproducción</i>	.02*	.92

Sexualidad	-.13	.49
Intereses Vitales	.19	.31
Autoconfianza	.11	.55

*Significativo al .05

Tabla 13

Correlación entre Autoestima y subescalas que miden Creencias sobre el climaterio.

Autoestima y	Correlación de Pearson	Valor p
Creencias	-.21	.27
Factor de Desventajas	-.20	.29
Factor de Ventajas	.13	.49
Factor Fisiológico	-.15	.41
Factor Psicológico	-.25	.18

En el caso de Calidad de Vida, como se observa en la Tabla 14, para algunas subescalas si se encontró correlación estadísticamente significativa tanto con Actitud como Creencias. Específicamente, La subescala Área Vasomotora correlacionó con las subescalas de actitud: Etapa Vital y Sexualidad. La subescala Psicosocial no correlacionó con ninguna de las subescalas de actitud de tal manera que no se acepta la hipótesis “La actitud y creencias de la mujer ante el climaterio están relacionadas con su calidad de vida”.

Para las subescalas de actitud: Aspectos Psicológicos y Enfermedad-Atracción existe correlación significativa con Área Física y Área Sexual de Calidad de Vida.

Tabla 14

Correlación de subescalas de Calidad de Vida con subescalas de Actitud.

Subescala Área Vasomotora de Calidad de vida y	Correlación de Spearman	Valor p
Actitud		
Aspectos Psicológicos	-.326	.08
Enfermedad-Atracción	-.204	.28
Etapa Vital	-.441*	.01
Reproducción	-.043	.82
Sexualidad	-.446*	.01
Intereses Vitales	.055	.77
Autoconfianza	-.148	.44
Subescala Área Psicosocial de Calidad de vida y		
Actitud		
Aspectos Psicológicos	-.234	.21

Enfermedad-Atracción	-.114	.54
Etapa Vital	-.288	.12
Reproducción	.165	.38
Sexualidad	-.207	.27
Intereses Vitales	-.025	.89
Áutoconfianza	-.114	.55
Subescala Área Física de Calidad de vida y		
Actitud		
Aspectos Psicológicos	-.531*	<.01
Enfermedad-Atracción	-.417*	.02
Etapa Vital	-.299	.11
Reproducción	-.060	.75
Sexualidad	-.420*	.02
Intereses Vitales	-.212	.26
Áutoconfianza	-.049	.79
Subescala Área Sexual de Calidad de vida y		
Actitud		
Aspectos Psicológicos	-.501*	<.01
Enfermedad-Atracción	-.424*	.02
Etapa Vital	-.111	.56
Reproducción	.034	.86
Sexualidad	-.234	.21
Intereses Vitales	.042	.82
Áutoconfianza	-.064	.74

*Significativo al .0

También se puede apreciar en la Tabla 15 que la mayoría de las subescalas no correlacionaron significativamente, excepto Área Vasomotora con Factor Fisiológico, Área Física con Factor de Desventajas, Área Física con Factor Fisiológico y Factor Psicológico.

Tabla 15. Correlación de subescalas de Calidad de Vida con subescalas de Creencias.

Subescala Área Vasomotora de Calidad de vida y	Correlación de Spearman	Valor p
Creencias		
<i>Factor de Desventajas</i>	.156	.41
<i>Factor de Ventajas</i>	-.249	.18
<i>Factor Fisiológico</i>	.400*	.02
<i>Factor Psicológico</i>	.057	.76
Subescala Área Psicosocial de Calidad de vida y		
Creencias		

Factor de Desventajas	.221	.24
Factor de Ventajas	-.146	.44
Factor Fisiológico	.341	.06
Factor Psicológico	.236	.21
Subescala Área Física de Calidad de vida y Creencias		
Factor de Desventajas	.395*	.03
Factor de Ventajas	-.319	.08
Factor Fisiológico	.455*	.01
Factor Psicológico	.625*	<.01
Subescala Área Sexual de Calidad de vida y Creencias		
Factor de Desventajas	.123	.52
Factor de Ventajas	-.321	.08
Factor Fisiológico	.351	.06
Factor Psicológico	.248	.18

*Significativo al .05

Con el objeto de determinar si los datos demográficos presentaban diferencias estadísticas significativas respecto a las escalas estudiadas se aplicó la Prueba de Kruskal y Wallis, cuyos resultados se muestran en las Tablas 16 y 17. Se puede observar *diferencia significativa* de la **escolaridad** con respecto al Conocimiento, Autoestima y Calidad de Vida; de **ocupación** con Conocimientos, Autoestima, Actitud y Creencias; el resto de los datos demográficos no mostró diferencia estadísticamente significativa con las escalas del estudio.

Tabla 16.

Prueba de Kruskal y Wallis para datos demográficos respecto a las variables de estudio Conocimientos, Autoestima y Calidad de vida.

Datos demográficos	Conocimientos			Autoestima			Calidad de vida		
	K-W	gl	p	K-W	gl	P	K-W	gl	p
Edad	4.06	2	.131	2.39	2	.302	5.17	2	.075
Escolaridad	15.55	3	.001	10.29	3	.016	9.98	3	.019
Estado Civil	6.00	4	.199	9.26	4	.055	8.59	4	.072
Número de hijos	4.28	3	.232	6.27	3	.099	6.40	3	.094
Ocupación	9.54	3	.023	9.31	3	.025	5.10	3	.165

Tabla 17. Prueba de Kruskal y Wallis para características demográficas respecto a las variables de estudio Actitud y Creencias.

Datos demográficos	Actitud			Creencias		
	<i>K-W</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>K-W</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Edad	2.04	2	.360	.03	2	.986
Escolaridad	6.18	3	.103	5.91	3	.116
Estado Civil	7.34	4	.119	1.81	4	.771
Número de hijos	10.12	3	.018	.56	3	.904
Ocupación	8.78	3	.032	9.14	3	.027

Debido a que la medición de las variables *Padece alguna enfermedad*, *Se le ha efectuado alguna operación ginecológica* y *Actualmente toma algún medicamento*, fue binaria (si o no) se aplicó la prueba de Mann-Whitney para saber si se asociaban a las escalas del estudio, encontrando que solo Calidad de Vida se asociaba significativamente con las tres características, según se aprecia en la Tabla 18.

Tabla 18. Prueba de U de Mann-Whitney para algunas características de las mujeres con las variables de estudio.

Escala	Padece Enfermedad		Está Operada		Toma Medicamento	
	<i>U</i>	<i>Valor-p</i>	<i>U</i>	<i>Valor-p</i>	<i>U</i>	<i>Valor-p</i>
Conocimientos	96.5	.872	110.0	.931	92.0	.478
Autoestima	68.5	.159	101.5	.657	102.0	.796
Calidad de Vida	50.0	.028	54.5	.017	51.0	.016
Actitud	91.0	.691	86.5	.287	67.0	.081
Creencias	78.0	.332	90.0	.359	85.5	.340

También se buscó determinar si existen diferencias estadísticas significativas entre las diversas etapas del climaterio (perimenopausia, menopausia y postmenopausia) respecto a los conocimientos, autoestima, calidad de vida, creencias y actitudes, se realizaron pruebas de Kruskal-Wallis, cuyos resultados se muestran en la Tabla 19 y donde puede apreciarse que la única diferencia estadística significativa fue en la subescala Área Física de Calidad de Vida.

Tabla 19

Prueba de Kruskal y Wallis para Etapa del climaterio respecto a las variables de estudio Conocimientos, Autoestima, Calidad de vida, Actitud y Creencias.

Datos demográficos	K-W	gl	p
Conocimiento			
Índice de la escala	.653	2	.72
Autoestima			
Índice de la escala	.210	2	.90
Calidad de Vida			
Índice de la sub-escala de Área Vasomotora	1.671	2	.43
Índice de la sub-escala de Área Psicosocial	.259	2	.88
Índice de la sub-escala de Área Física	7.515	2	.02*
Índice de la sub-escala de Área Sexual	1.146	2	.56
Actitud			
Índice de la escala	.410	2	.82
Índice de la sub-escala de Aspectos Psicológicos	.417	2	.81
Índice de la sub-escala de Enfermedad-Atracción	1.115	2	.57
Índice de la sub-escala de Etapa Vital	1.230	2	.54
Índice de la sub-escala de Reproducción	.065	2	.97
Índice de la sub-escala de Sexualidad	.023	2	.99
Índice de la sub-escala de Intereses Vitales	1.398	2	.49
Índice de la sub-escala de Autoconfianza	.380	2	.83
Creencias			
Índice de la escala	2.326	2	.31
Índice de la sub-escala de Desventajas	2.772	2	.25
Índice de la sub-escala de Ventajas	.426	2	.81
Índice de la sub-escala de Fisiológico	1.872	2	.39
Índice de la sub-escala de Psicológico	1.105	2	.57

*Significativo al .05

Perimenopausia	8	85.00	90.00	19.27	87.00	88.00	8.49
Menopausia	7	90.00	90.00	14.14	88.57	92.00	6.70
Postmenopausia	15	80.67	90.00	20.17	86.13	88.00	9.78

N=30

En actitud las medias más altas se dieron en las mujeres de 35 a 44 años; y en las mujeres casadas; mientras que en Creencias la media más alta se encontró en mujeres mayores de 60 años; y en las viudas.

En ocupación y actitud, la media más alta correspondió a las mujeres que trabajan fuera de la casa; y en creencias la media más alta correspondió a las amas de casa.

Tabla 21. Datos demográficos y variables Actitud y Creencias.

		Actitud			Creencias		
<i>Edad</i>	N	X	Mdn	DE	X	Mdn	DE
35-44 años	6	76.77	77.27	5.72	37.96	39.58	11.06
45—54 años	14	67.10	71.21	17.50	37.60	37.50	10.56
55—60 años	9	72.39	71.21	9.39	37.19	37.50	7.82
>60 años	1	63.64	63.64	.	40.28	40.28	.
Estado Civil							
Casada	11	77.13	72.73	9.25	35.35	37.50	8.77
Soltera	10	70.00	77.27	17.97	38.19	38.19	12.50
Viuda	3	61.62	60.61	1.75	40.74	41.67	6.99
Unión libre	2	67.42	67.42	5.36	42.36	42.36	2.95
Divorciada	4	61.74	62.12	12.70	37.85	36.81	6.93
		Actitud			Creencias		
<i>Ocupación</i>	N	X	Mdn	DE	X	Mdn	DE
ama de casa	5	67.88	71.21	5.40	42.22	41.67	2.11
Asalariada	16	67.05	71.21	15.11	39.67	38.19	9.53
labora fuera de casa	5	84.85	83.33	6.34	26.39	22.22	7.15
Jubilada	4	69.70	64.39	11.13	37.85	35.42	7.55
Escolaridad							
Primaria	5	66.36	63.64	5.29	39.17	40.28	4.44
Secundaria	6	63.38	71.21	16.13	45.14	47.22	9.53
Preparatoria	13	76.81	78.79	11.55	34.94	37.50	9.75
Profesional	6	67.42	64.39	16.45	34.72	34.72	8.83
Enfermedad							
Si	10	71.06	68.18	10.39	39.44	40.97	7.75

No	20	70.23	71.97	15.14	36.74	37.50	10.18
Esta operada							
Si	16	67.99	71.21	15.11	38.80	40.97	9.55
No	14	73.38	72.73	11.40	36.31	37.50	9.39
Etapa							
Perimenopausia	8	68.18	71.21	19.72	42.19	41.67	11.08
Menopausia	7	74.03	72.73	10.59	33.93	29.17	12.10
Postmenopausia	15	70.10	71.21	11.35	36.94	37.50	6.27

n=30

Tabla 22. Datos demográficos y subescalas de Calidad de Vida.

Variable		AV				AP				AF				AS			
<i>Edad</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	
35-44 años	6	3.17	.00	7.78	3.74	2.04	4.55	12.65	11.61	11.06	1.59	.00	3.89				
45—54 años	14	27.55	19.05	27.21	11.95	11.22	11.48	13.78	10.71	10.90	9.86	.00	16.12				
55—60 años	9	10.58	.00	20.59	15.19	6.12	18.03	21.33	16.07	13.31	8.47	9.52	7.45				
Estado Civil																	
Casada	11	9.09	.00	13.38	8.53	4.08	12.41	13.47	11.61	10.54	5.63	.00	7.92				
Soltera	10	14.29	4.76	26.27	6.12	2.04	8.28	10.00	9.38	9.48	2.86	.00	4.02				
Viuda	3	41.27	42.86	21.47	36.05	40.82	13.89	35.71	38.39	8.79	19.05	9.52	16.50				
Unión libre	2	21.43	21.43	16.84	38.78	38.78	34.63	28.13	28.13	18.31	4.76	4.76	6.73				
Divorciada	4	25.00	9.52	38.37	12.24	13.27	7.26	22.54	21.88	6.41	19.05	14.29	23.33				
Ocupación																	
ama de casa	5	15.24	14.29	12.33	33.06	36.73	24.03	26.25	25.00	13.28	3.81	.00	5.22				
Asalariada	16	16.37	9.52	22.33	9.06	7.14	8.26	13.11	11.61	8.68	11.61	7.14	15.16				
labora fuera de casa	5	4.76	.00	8.25	2.86	.00	6.39	8.75	3.57	13.13	.95	.00	2.13				
Jubilada	4	36.90	30.95	43.71	16.33	12.24	20.00	29.24	30.36	12.19	5.95	7.14	4.56				
Escolaridad																	
Primaria	5	24.76	19.05	24.14	33.88	40.82	24.26	32.50	38.39	11.96	5.71	9.52	5.22				
Secundaria	6	19.84	14.29	16.88	20.41	20.41	10.41	16.22	14.73	7.85	11.90	4.76	15.87				
Preparatoria	13	6.23	.00	9.79	3.61	.00	4.80	8.93	8.04	8.59	2.93	.00	4.97				
Profesional	6	30.95	9.52	41.27	8.50	4.08	10.68	20.98	23.66	11.56	15.87	7.14	18.48				
Enfermedad																	

Si	10	17.14	11.90	20.48	23.27	19.39	20.82	22.32	20.98	15.24	10.48	9.52	12.05
No	20	16.90	4.76	25.83	7.86	4.08	10.35	13.93	11.61	10.30	6.43	.00	12.09
Variable		AV			AP			AF			AS		
Esta operada	N	X	Mdn	DE	X	Mdn	DE	X	Mdn	DE	X	Mdn	DE
Si	16	20.24	14.29	23.75	19.64	16.33	18.46	21.32	17.41	12.77	11.90	7.14	14.75
No	14	13.27	.00	24.22	5.39	2.04	8.26	11.48	9.38	10.41	3.06	.00	5.15
Etapa													
Perimenopausia	8	11.31	11.90	6.70	10.71	7.14	12.94	10.16	9.38	7.93	5.95	2.38	8.35
Menopausia	7	27.89	28.57	31.64	10.20	4.08	11.60	11.61	6.25	12.50	6.80	.00	14.25
Postmenopausia	15	14.92	.00	25.32	15.51	8.16	19.54	22.62	18.75	12.39	9.21	4.76	13.16

X = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación Estándar.

N=30

Resultados del estudio cualitativo

Las características de la población son las siguientes: De las 6 mujeres a quien se realizaron las entrevistas, 2 se encuentran en el rango de edad de 46 a 47 años y 4 en el rango de 54 a 60 años.; su nivel de estudios de 1 participante es de licenciatura y 5 de maestría; y su nivel socioeconómico es considerado como medio en el total de las participantes.

Las respuestas a las entrevistas se describen en 5 dominios, cada uno con sus temas respectivos tabla 1.

Tabla 1. Dominios del climaterio y menopausia.

<p>1.Creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ presencia de diversas enfermedades, problemas familiares, ✓ depresión por saber que ya no son fértiles, ✓ alteraciones de la sexualidad ✓ y de la dinámica familiar, ✓ creencias positivas y negativas. 	<p>2.Actitud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ interacción con otras personas, ✓ los cambios ✓ y expresiones positivas o negativas, ✓ sintomatología
<p>3.Autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ sentimientos de pérdida, ✓ aceptación y ✓ adaptación y ✓ baja autoestima 	<p>4.Conocimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ alteraciones físicas, ✓ fuente de conocimiento, ✓ lo que saben acerca de las etapas ✓ y alimentación
<p>5. Calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ repercusiones físicas, ✓ síntomas que ha cursado, ✓ enfermedades que padece, ✓ hábitos alimenticios, ✓ su vida cotidiana y ✓ su sexualidad. 	

Dominio 1.Creencias: construido por siete aspectos: presencia de diversas enfermedades, problemas familiares, depresión por saber que ya no son fértiles, alteraciones de la sexualidad y de la dinámica familiar, creencias positivas y negativas.

“...Existen mayores riesgos de padecer cualquier enfermedad; como por ejemplo las del corazón, las alteraciones de memoria y la presencia de enfermedad de Alzheimer...”

“...Se alteran los nervios y los problemas familiares son mayores durante el climaterio...”

Así también tres mujeres comentaron acerca de la creencia popular al respecto de la causa de la presencia de depresión.

“...Las mujeres en climaterio o menopausia, -sobre todo aquellas que perdieron uno o dos hijos-, se sienten deprimidas, porque ya no van a poder tener hijos, ya no es tiempo...”

Hubo también comentarios de cinco mujeres relacionados con las creencias populares acerca de la **sexualidad**

“...Los maridos dicen que como ya no tienen la “regla” ya no sirven como mujeres, porque son menos atractivas...”

“...Algunas amigas dicen que al pasar esta etapa ... ellas no funcionan y sufren, y esto tiene relación con la autoestima, que no se “refuerza” desde chicas...”

“...Yo se que las mujeres que viven en comunidades o municipios dicen que la que pasa por el climaterio o menopausia “ya se seco o esta seca” y esto causa que los esposos o sus parejas las abandonen porque ya no se pueden embarazar y entonces ellos buscan otras mujeres con la intención de seguir procreado para demostrar que siguen siendo “machos o sea hombres...”

“...Otras mujeres se sienten retraídas ya no se sienten satisfechas con el esposo que tienen; todo es porque no tienen otras actividades ya que nomás están en la casa y pues creo que nomás se sumergen en eso y no piensan en otras cosas Además la pareja pierde interés en las relaciones sexuales...”

Las mujeres que trabajan mencionan:

“...Es una realización plena para la mujer porque deja de preocuparse de embarazarse y se pueden tener “mejores relaciones (sexuales) sin complicación...”

“...Se puede tener una relación plena con el hombre...”

Una mujer refiere creencias con respecto a la vejez:

“...al perder la menstruación se pierde la juventud...”

Tres de las entrevistadas mencionan:

“...es ofensivo e incomodo decirle a una mujer que esta en climaterio o menopausia...”

Relacionado con **creencias a favor**, dos de las mujeres entrevistadas manifestaron:

“...es una etapa que la vida de las mujeres y por lo tanto tenemos que pasarla como normal...”

Dominio 2. Actitud se incluyen seis aspectos: la interacción con otras personas, los cambios y expresiones positivas o negativas, sintomatología y actividad laboral.

Relacionado con **actitudes positivas**:

“...Aunque no puedo menstruar, física y emocionalmente me siento plena es positiva la menopausia, ya no tengo preocupaciones por embarazarme inesperadamente...”

“...tenemos que estar sensibilizadas de que va a ver cambios y que van a ser normales

yo lo quiero tomar como algo natural...pues en la medida en que no dejo que me afecte mucho...”

“...al principio cuando empecé la menopausia, me sentí un poco inquieta...pero ya después cuando fui dándome cuenta de lo que es me sentí muy bien ...la acepte y lo tome como parte de mi vida...”

“...al llegar la menopausia seguí mi vida sin que sintiera mucha alteración una cambia, ya...ya... no es como antes y pues una se va modificando un poco, sobre todo porque ya no es lo mismo que antes, sí sigo siendo ágil, por eso me cuido.

Relacionado con **actitudes negativas**:

“...una persona que no tiene otra cosa en que pensar más que en el hogar, sólo está pensando en los cambios que esta sufriendo y por tanto la pasa mal , pero cuando una tiene, un trabajo fuera de casa, pues no le da tiempo de pensar en los cambios que esta pasando

hay trastornos en cuanto a las condiciones de la persona, se muestran nerviosas, ansiosas, angustiadas con la sensación de haber perdido algo...”

“...primero fue la disminución de la menstruación y después me llegó la angustia, la

ansiedad y me sentía que era menos atractiva que antes...”

“...yo tenía los bochornos excesivos y deje de hacer mis cosas de la casa y también deje mi trabajo...”

“...Los cambios los he sobrellevado de manera natural, ya que considero que es una etapa muy normal y esto tiene que pasar, sin medicamentos, sin otros métodos...”

“...lo que más me ha afectado es que de repente me molestaba mucho, o sea de cualquier cosa me enojaba...”

“...cualquier cosa que pasa en mi vida y con los míos me molesta, estoy de mal humor siempre...”

“...tengo cambios de emoción, es decir en algunos momentos estoy triste y me dan ganas de llorar y me pongo muy inquieta y luego ya estoy estable...”

Cinco de las mujeres entrevistadas con respecto a **cursar estas etapas**, la **sintomatología propia y la relación con su trabajo** refirieron:

“...cuando una tiene un trabajo fuera de casa y otras cosas en que pensar...no le da tiempo de pensar en los cambios y entonces una no tiene repercusiones,... yo no los tome en cuenta, no hubo molestias gracias a mi actividad laboral...”

“...mí trabajo no dejo que me diera cuenta, y me paso desapercibido el climaterio...”

Con respecto a la actitud de las mujeres relacionada con su sexualidad:

“...algunas mujeres sienten que ya no sirven como mujeres, que ya no son mujeres y yo creo que es por toda la sintomatología que presentan...”

“...al tener relaciones sexuales por sequedad de la vagina me pongo cremas o aceites especiales y soluciono mi problema y luego...ya no me preocupo más...”

“...disfruto muchísimo mi situación sexual, ya que la vivo de manera positiva...”

Dominio 3 Autoestima. Los temas que emergen de este dominio son: sentimientos de pérdida, aceptación, adaptación y autoestima baja.

Al iniciar la menopausia tres de las mujeres refieren:

“...me sentí que había perdido algo muy importante de mi persona.....me sentí como si hubiera perdido a un ser muy querido....parecía como si estuviera de duelo...pero conforme pasaba la menopausia me di cuenta que estaba en un error lo acepte, reconociendo que hay otras cosas mucho más importantes que la menstruación o la matriz...”

En cuando a la aceptación o adaptación a estas etapas una mujer manifestó:

“...me fue difícil aceptar mi nueva vida porque la mentalidad de mi esposo, no esta

adecuada a apoyarme y entenderme, sobre todo porque yo pensaba que esto era la única causa de los conflictos con mi pareja...”

Otra de las entrevistadas mencionó

“...Tenía una autoestima baja y con ello inseguridad, miedo, temor a no poder continuar con mi vida y veía el futuro muy incierto, pensaba que los cambios me podían afectar laboralmente, me sentía muy sola y desprotegida, sentía que el mundo se me perdía, me sentía desconectada sobre todo cuando me daba cuenta de que las cosas que hacía años atrás con rapidez y agilidad, ahora no me resultaban igual...”

Dominio 4. Conocimientos, se incluyen: alteraciones físicas, ¿cómo adquirieron el conocimiento?, lo que conocen acerca de las etapas y la alimentación.

En relación al climaterio la mayoría de las mujeres refieren:

“...Es la preparación para llegar a la menopausia, son los cambios que avisan que vas a dejar de menstruar...”

Y de la menopausia:

“...es la ausencia total de la menstruación....es una cosa muy natural ya que viene por naturaleza propia del organismo, de ser mujer..... ¡Es una etapa de crecimiento pues me permite valorar lo que he hecho en la vida, es una etapa de las más hermosas por las que pasa la mujer!...”

Con respecto a ¿cómo adquirieron los conocimientos acerca de esta etapa? contestan:.....

“...de libros, del periódico, pero sobre todo de Internet, de revistas y de programas educativos...”

En las entrevistas dos de las mujeres revelan que a decir de sus madres...

“...al llegar al climaterio y a la menopausia desconocían los síntomas propios de estas etapas...”

Y acerca de ¿que saben acerca de estas etapas?, tres mujeres refieren:

“...la mujer deja de producir estrógenos, se vuelve más susceptible a los infartos al miocardio, tiene problemas circulatorios pero si son sedentarias y no hacen ningún ejercicio tienen mayor riesgo, los cambios en el climaterio y menopausia son endocrinos...”

“...Conozco que existen tratamientos para pasarla mejor, como los tratamientos

hormonales, psicológicos y cuando es necesarios se emplean tratamientos psiquiátricos, pero lo más importante es mantenerse activas, ¡trabajando! y hacer ejercicio para evitar que se desencadenen enfermedades indeseables.

En cuanto al conocimiento relacionado con la alimentación refieren

“...Que debe ser baja en carbohidratos, grasas y controlar la ingesta de proteínas, se debe consumir poca sal y abundantes líquidos además no se deben comer cítricos...”

“...Es recomendable agregar a la dieta camote y soya, pues son ricos en estrógenos naturales...”

Dominio 5. Calidad de Vida, fue construida de repercusiones físicas, síntomas que ha cursado, enfermedades que padecen, hábitos alimenticios, su vida cotidiana y su sexualidad.

En cuanto a la calidad de vida tres mujeres refieren repercusiones físicas del climaterio y menopausia:

“...como consecuencia de la menopausia aumentó mi peso corporal, además apareció el insomnio, durante el día tengo sueño y durante las noches no puedo dormir, casi siempre lo padezco...”

“...ira, llanto, angustia, depresión, cansancio excesivo, dolor en las articulaciones y por consecuencia su vida familiar se ha visto alterada...”

“...hay presencia de molestias orgánicas y otras veces molestias psicológicas, en ocasiones mi vida la paso con depresión y bochornos y tengo cambios carácter pero esto último no me preocupa mucho siempre he sido muy enojona...”

De entre las enfermedades que han padecido al margen de la menopausia cuatro mujeres refieren ser hipertensas y controlarse con medicamentos

De la alimentación cuatro de las mujeres refieren la importancia de:

“...llevar una dieta basada en abundantes frutas, verduras, baja en grasas y agregar ejercicio, sin embargo ninguna de ellas integra en su alimentación esta recomendación...”

De su vida cotidiana exclusivamente dos de las entrevistadas comentan:

“...diariamente hago 30 min de ejercicio yhago acu aerobics...”

“...procuro no comer mucha grasa, al principio de la menopausia tome un tratamiento hormonal y de esta manera he tenido una mejor vida me siento controlada...”

Tres entrevistadas mencionan tener el hábito de:

“...comúnmente fumo de 4 a más cigarrillos diariamente...”

“...yo fumo más de 5 cigarrillos diariamente y ocasionalmente consumo bebidas alcohólicas...”

“...yo no tengo hábito, pues fumo 1 cigarrillo al mes...”

De la sexualidad, la mayoría comentó:

“...mi sexualidad es uno de los aspectos que más ha mejorado, es más plena y sin preocupaciones...”

Al respecto dos de las mujeres refieren:

“...Mi vida sexual ha disminuido en cuanto a la frecuencia pero en cuanto a disfrutar la relación es mejor....las modificaciones en mi sexualidad no son consecuencia de la menopausia sino porque mi esposo es diabético de años atrás y por tanto su padecimiento le afecta en cuanto su capacidad de erección...”

Discusión de la investigación cuantitativa

En relación a la consistencia interna de cada uno de los instrumentos el que corresponde a Autoestima salió por debajo de lo esperado .57, no coincidiendo con los Lara et al que en su versión original reportan un Alpha de .81; también se observa que hubo valores muy bajos de confiabilidad para las subescalas de la escala Actitud, específicamente: etapa vital, reproducción, sexualidad, intereses vitales y autoconfianza, dato que en su versión original (Delgado et al.,1998a) no lo reportaron a través de subescalas, obteniendo .87 para la escala general y .62 por (Cárdenas y Oscoy, 2002a); en relación a la subescala Factor Fisiológico de la escala Creencias, también se reporta con un alpha bajo .41, dato que coincide con lo reportado por (Chávez Ayala et al., 2002a) que en su versión original reportan una puntuación de .65; las subescala Área Sexual de la escala Calidad de Vida también reporta un alpha bajo dato que en su versión original fue de .70 y en anteriores estudios de .95 para la escala general

Respecto a la escala de conocimientos la media en el climaterio fue alta; similar al estudio de (Velasco et al.,2001a) y (Cardenas y Oscoy, 2002b) en donde las mujeres conocían los síntomas del climaterio; difieren de (Silva et al., 2000^a 2000b) y de (Vargas et al., 2004), que reportaron una media baja y por consiguiente bajo conocimiento y con (Tamez et al., 2002) en donde en escaso porcentaje las mujeres

tienen conocimiento aceptable acerca de esta etapa y de (Rodríguez, Lorden., 2004) que refieren que la mayoría de las mujeres encuestadas no tienen conocimiento sobre esta

La Escala de Autoestima la media fue de alta, similar a (Casamadrid, 1998), a diferencia de (Silva et al., 2000c) que fue baja.

Nadie acepto darse por vencida fácilmente; así como nadie tiene mala opinión de si misma a diferencia de (Cárdenas y Oscoy 2002c), que menciona que las mujeres con presencia de síntomas propios del climaterio tienen una pobre opinión de su físico y estima personal.

En lo referente a calidad de vida en el área vasomotora los síntomas *más frecuentes* fueron los bochornos y más transpiración de lo normal, aspecto que coincide con (Dulanto et al., 2002a) que refiere que *la sintomatología incluye* bochornos, insomnio, y enfermedades de vías urinarias, cardíacas y circulatorias y con (Salvador y Pacheco,1998) que refieren que la *mayoría de sus pacientes reconocían* los bochornos como sintomatología del climaterio, coincidiendo también con (Ortiz et al., 2002a); (Tejada & Fang Huerta, 2004); (Conboy et al., 2000) que en sus estudio la calidad de Vida se ve afectada por éstos síntomas. En el área psicosocial se presentan como síntomas preocupantes la ansiedad, la depresión y la necesidad de estar sola datos que coinciden con (Ortiz et al., 2002b); que refieren que en las posmenopáusicas las afectaciones van desde manifestaciones físicas a psicosociales.

En el área física los síntomas más frecuentes son el cansancio/agotamiento, falta de energía, aumento de arrugas o manchas coincidiendo con (Ortiz et al., 2002c) que refieren que quienes cursaban la menopausia solo mostraron mayor frecuencia en la presencia de manifestaciones físicas. En el área sexual las mujeres no manifestaron tener síntomas molestos coincidiendo con (Ortiz et al., 2002d) a diferencia de (Hilditch y Blûmel, 2002) que encontraron en su estudio que la sexualidad se deteriora significativamente en el climaterio.

En la escala de Actitud la media fue alta; para la subescala de aspecto psicológico baja y alta para la subescala etapa vital; coincidiendo con los resultados en ésta etapa con el estudio de (Silva, 2002d) a diferencia de la escala general y el aspecto psicológico donde se obtuvo una media baja.

En la subescala de psicológicos las respuestas estuvieron orientadas a la opción totalmente en desacuerdo, excepto en los reactivos "Muchas mujeres se

vuelven depresivas e irritables durante el climaterio y “el climaterio no produce cambios importantes en la mayoría de las mujeres”; a diferencia de (Delanoé, 2002) que refiere que las mujeres asocian muy poco la menopausia con problemas psicológicos

En la subescala Enfermedad -Atracción todas estuvieron en total desacuerdo con todos los reactivos, no coincidiendo con Jiménez et al., (1999a), que refieren que la actitud negativa fue manifestada por pérdida de la belleza.

En la subescala Etapa Vital todas estuvieron en total acuerdo en todos los reactivos excepto en la mujer empieza a sentirse vieja con el climaterio donde la mitad de las mujeres encuestadas estuvieron en total desacuerdo; coincidiendo con Jiménez et al., (1999b) en donde la actitud negativa se manifestó en relación a sentirse vieja, histérica y nerviosa y que en la mayoría de los casos el climaterio despierta en las mujeres sentimientos e ideas desfavorables con diversas intensidades.

En la subescala Reproducción, intereses vitales y autoconfianza la mayoría dieron respuestas de Totalmente de Acuerdo a todos los reactivos, datos que coinciden con Dulanto et al., (2002b) que refiere que en su estudio; el cese de la fertilidad asociado con mayor tranquilidad, significo liberación de carga doméstica. Incluso con una vida social, con mayor prestigio, experiencia y estatus.

A excepción de la subescala de intereses vitales la mitad de las encuestadas estuvo totalmente en desacuerdo en que muchas mujeres sienten pena cuando tienen su menstruación por última vez; coincidiendo con Llanos Tejada (2004); en donde las mujeres de su estudio revelaron sentirse frustradas por la pérdida de los periodos menstruales y con Pelcastre et al.,(2001) que afirma que cuando desaparece la menstruación las mujeres sienten haber perdido una parte de sí mismas de lo que “las define e identifica”, ya que esta alusión es un elemento decisivo del significado de ser mujer.

La mayoría esta totalmente en desacuerdo en los reactivos de sexualidad que refieren que una mujer se siente menos mujer después del climaterio y que durante el climaterio las mujeres tienen menos necesidades sexuales; a diferencia de (Jiménez et al.,1999), que refieren que la actitud negativa fue manifestada por pérdida de atractivo sexual y de (Dulanto et al.,2002c) que refieren que las mujeres de su estudio no referían tener necesidad de la sexualidad.

Para la escala de Creencias el índice promedio fue bajo; igual que la subescala de desventajas con la media más baja y la de ventajas con la media más alta.

Para el Factor de Desventajas las mujeres estuvieron mayormente en Total desacuerdo en todos los reactivos, aunque el 30% estuvo de acuerdo respecto a *Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio*

El factor de Ventajas como el psicológico las mujeres respondieron en mayor porcentaje a la opción totalmente de acuerdo con todos los reactivos

En el factor fisiológico las mujeres estuvieron en Desacuerdo a todos los reactivos a excepción de un menor porcentaje que *manifestó estar Totalmente de Acuerdo con que* .

el climaterio puede afectar al sistema cardiaco.

Discusión de la investigación cualitativa

Los resultados del presente estudio nos permiten identificar aspectos encontrados en otras investigaciones relacionadas en contextos similares; representan a seis mujeres residentes de Tampico Tamaulipas, México, profesionistas que en el momento del estudio cursaban una climaterio y cuatro menopausia natural y una menopausia quirúrgica.

Las expresiones en cuanto a creencias manifestadas por cuatro de las seis mujeres entrevistadas se relacionan con la presencia de un mayor riesgo de presentar diversas enfermedades; y alteraciones de la dinámica familiar.

De las creencias populares acerca de su sexualidad refieren que en algunos casos dejan de ser atractivas para su pareja; porque no son fértiles y porque les dicen que ya no sirven o funcionan como mujeres; motivo que ocasiona sufrimiento en las mujeres; aspectos relacionados con el estudio de Casamadrid, (1998b) en donde para las mujeres mexicanas el climaterio despierta ideas y sentimientos desfavorables de diversa intensidad. Sus creencias y actitudes se relacionan con la autoestima que no se fomentó desde pequeñas en el seno familiar; la actitud de la mujer esta relacionada con la autoestima, es decir que a mayor autoestima, mejor actitud.

En las comunidades se emplean los términos: ya se seco o están secas, para designar a las mujeres menopáusicas, una vez que han terminado su etapa reproductiva sus esposos buscan a otras mujeres, con la intención de seguir procreando, consecuentemente su rol de mujer se ve desvalorizado, ya que son abandonadas con todas las consecuencias familiares que esto trae consigo; de

acuerdo a la percepción de las mujeres estos aspectos, se relacionan con la fase que cursan (Garcia et al., 2003)

En un contexto cultural donde se sobrevalora la producción y la juventud, la menopausia le quita a la mujer ambos atributos, la idea de cambio percibida negativamente, repercute emocionalmente y puede disminuir la capacidad de placer o afectar la respuesta sexual (Astolfi, 2000). Las amas de casa y sin alguna otra actividad, no se sienten satisfechas con sus parejas, y refieren que sus esposos pierden interés en la vida sexual, consideran que la depresión se relaciona con la idea de que ya no son fértiles; cabe mencionar que las prácticas y creencias positivas y negativas manejadas por las mujeres y producto de la socialización estructuran su personalidad, los valores y normas, son aspectos que reflejan como asumen su rol durante estas etapas y les permite consolidar su salud mental y orientar sus deseos hacia fines activos (Burín,1998)

Sus creencias respecto a desventajas de la menopausia tienen relación con la edad, refieren que al no menstruar pierden juventud y entran en la vejez, y por consiguiente les resulta ofensivo que les llamen climatéricas o menopáusicas; para algunas mujeres el cursar estas etapas, es un estigma algo que no debe nombrarse por la carga emocional negativa que conlleva el concepto ya que para la mujer como ser social su comportamiento esta determinado por factores biológicos, psicológicas y sociales que interactúan de manera estrecha (Casamadrid 1998c); estos factores son desiguales de acuerdo a la cultura de cada mujer y a su contexto.

Según Casamadrid, (1986), las mujeres que tienen una postura favorable hacia el climaterio, tienden a padecer menos síntomas que las que no la tienen. En el presente estudio la mayoría de las mujeres que trabajan fuera de casa creen que es una etapa normal y tienen una actitud positiva por no tener que cuidarse de un embarazo no deseado, consideran que es de realización plena sexualmente y es importante que los cambios se perciban como normales, aceptarlos y adaptarlos a sus estilos de vida. Obviamente las creencias son diferentes para cada mujer de acuerdo a su entorno social y a su vida en particular y la han llevado a vivir esta etapa de la vida como cercana a la presencia de diversas enfermedades, por lo que es importante eliminar estos mitos y creencias que minimizan a las mujeres en su proceso de menopausia (Charlton, 2003)

Hasta hace pocos años se han realizado estudios sobre la influencia de las

actitudes en el climaterio (Jiménez, 1999), se considera la actitud de la mujer ante el climaterio al identificar su acuerdo o desacuerdo hacia la etapa, a partir de hechos comunes como la sexualidad, la reproducción, la enfermedad, la autoconfianza, los intereses vitales y los aspectos psicológicos (Fishbein et al., 1980; Festinger, 1965; Krathwohl et al., 1964): Las mujeres que solo trabajan en el hogar, manifiestan actitudes negativas; refieren que se sienten poco atractivas; una minoría de las mujeres laboralmente activas refieren la presencia de nerviosismo, ansiedad y labilidad emocional como tristeza, llanto fácil e inestabilidad de carácter así como diversas alteraciones físicas, que las pueden llevar a ausentarse de su vida laboral. Culturalmente el climaterio brinda beneficios y las mujeres pueden esperar con agrado su aparición (Casamadrid, 1998d)

De la actitud acerca de los cambios, dicen adaptarse a ellos naturalmente, y que no tendrían porque tratarlos con medicamentos ni con otros métodos, si aplican el *autocontrol* basadas en el conocimiento de saber por lo que están pasando, enfoque similar a las mujeres mayas, para quienes no representa crisis en la vida ni esperan tener problemas físicos, ni psicológicos (Beyene, 1986)

Las mujeres desarrollan dos actitudes, unas adoptan la pasiva de “soportar” manifestaciones sin buscar ayuda, ya sea por el desconocimiento de la relación entre déficit estrógeno, aterosclerosis, depresión o cáncer, mientras que otras solicitan emplear Terapia hormonal de reemplazo (Sommer, B et al., 1999; Glez, C., 1998, Lugones, B., y Cruz, O., et al 1997; Navarro, 1996). Refieren conocer que existen diversos tratamientos para las alteraciones ocasionadas que van desde tratamientos hormonales, nutricionales y cuando es necesario psicológicos o psiquiátricos y consideran que lo más importante es que la mujer se mantenga activa física y laboralmente.

Sommer, B et al., (1999) Navarro (1996) refieren que la forma como la mujer expresa el climaterio depende más de su biografía, del contexto familiar y de otros aspectos culturales. Acerca de la presencia de los síntomas, refirieron que su trabajo fuera de casa es una causa para ignorarlos y sentirse bien, en el estudio de Lock (1986) las mujeres de su estudio no conceden importancia a este fenómeno

Entre los factores psicológicos y socioculturales se encuentran las actitudes y conductas de la pareja y de otras mujeres, el divorcio, la viudez, la ausencia de la pareja, la educación recibida referente a su sexualidad, la información con la que

cuenta para afrontar y aceptar esa nueva fase de vida, la existencia y factibilidad de planes de vida presente y futura.

Echeverri, V., et al (1987) en lo concerniente a las relaciones sexuales de las mujeres climatéricas, la mayoría las consideró placenteras y en cuanto a la actitud sobre su sexualidad algunas mujeres aceptan la idea de que han dejado de servir como mujeres y otras manifiestan solucionar sus alteraciones vaginales con cremas locales y disfrutar su sexualidad de manera positiva y sin problemas, similar al estudio de Echeverri y Bustamante (2004), quienes refieren que las mujeres muestran una actitud de aceptación.

Los estudios muestran que la autoestima, puede influir en la actitud y determina las acciones futuras que las mujeres elijan para su salud. Se percibe una disminución de la autoestima de las mujeres al inicio del climaterio ya que conceden gran importancia a la pérdida de la menstruación y del útero y conforme evoluciona su vida la tendencia es reconocer que como valor existen otros aspectos más importantes dentro de la misma; lo que coincide con Cárdenas (2002) que en su estudio las mujeres con sintomatología propia, tienen una pobre opinión de su físico y estima personal. La autoestima es un factor determinante que refleja el valor personal que se da la mujer independientemente de la fase de crecimiento y desarrollo por la que pase (Casamadrid, 1998e). Los cambios en la imagen corporal de la mujer a cualquier edad, afecta positiva o negativamente a las mujeres y les provoca ansiedad

Afirman que la menopausia es causa importante de conflictos familiares o de pareja; aunado a la falta de comprensión de sus esposos; creencia que de acuerdo a (Guilbert, et al 2000; Álvarez, 2002), se forma a partir de ideas que los individuos confirman a través de experiencias sociales o personales, por lo que se consideran una fuerza poderosa dentro de la conducta.

Acerca de los conocimientos como antecedente comentan que sus madres al cursar la menopausia, carecían del conocimiento necesario para identificar los cambios que estaban viviendo; por lo que (Leroy, 1998a), menciona que es necesario reconstruir viejos roles y construir otros nuevos, para enfrentar la sexualidad siendo positivas, con dignidad, libertad y placer.

Durante las entrevistas muestran un conocimiento aceptable describiendo conceptos claros al identificar que el climaterio y menopausia son procesos naturales, y que les permiten reflexionar acerca de su vida, (Leroy, 1998b) refiere que es la etapa

de crecimiento intelectual, laboral y de desarrollo espiritual, con gran capacidad de cambio, es el periodo apropiado para ser protagonista de su propia vida, estas características forman parte del flujo y reflujo de la vida. Comentan que los síntomas son endocrinos como: la baja producción de estrógenos, la susceptibilidad emocional, la posibilidad de enfermedades intercurrentes de tipo cardiacas, metabólicas, neurológicas así como alteraciones vasculares periféricas y que el sedentarismo puede acelerar la presencia de éstas enfermedades.

La fuente de conocimientos ha sido de los diversos medios de comunicación tanto escrita como electrónica; contrario al estudio de Monterrosa et al.,(1996).

En cuanto a la alimentación reconocen que debe ser baja en carbohidratos, en grasas y regular las proteínas, así como la ingesta de cereales y alimentos ricos en soya y tubérculos como el camote, se debe consumir poca sal y abundantes líquidos y consideran que no deben consumir cítricos; sin embargo cabe mencionar que aunque la totalidad de las mujeres entrevistadas coinciden en cuanto a los comentarios sobre la alimentación ninguna de ellas integra en su dieta lo que recomiendan. En este estudio se encontró incongruencia entre conocimientos y prácticas nutricionales, a partir de que la prevención se debe iniciar a edad temprana, con base en el estilo de vida y la alimentación correcta, lo que significa tener una dieta adecuada completa, suficiente, inocua, equilibrada y variada (Gutierrez, 2004).

Groeneveld, et al., (1993) demostraron que las mujeres consideran el climaterio y menopausia como desventaja y los perciben como precursores del deterioro físico o como causa de enfermedad, de cambios emocionales, bochornos, sudores, osteoporosis, baja de capacidad y de actividad, las mujeres entrevistadas determinaron su calidad de vida por la presencia o ausencia de enfermedades como hipertensión arterial y dislipidemias y de aumento de peso corporal, insomnio, labilidad emocional, cansancio excesivo, dolores articulares y tendencia a deprimirse, consecuentemente alteraciones en su vida familiar, lo que determina una calidad de vida disminuida.

La calidad de vida se ve modificada en función del contexto cultural en el que la mujer se encuentra, para valorarla se deben considerar los fenómenos físicos, psicológicos, sexuales sociales y familiares de la mujer; se refiere a la valoración del individuo y a la satisfacción con su nivel de funcionamiento actual, comparado con lo que se percibe como ideal, (componente de subjetividad) que incorpora la toma de decisión individual, la medición psicométrica del estado de salud (multidimensionalidad) incluye el bienestar físico, funcional, emocional y social,

asumiendo que éstas mediciones aproximan al individuo a un índice de calidad de vida (Cella, 1992).

Escasamente incluyen ejercicio en su vida diaria, son fumadoras y ocasionalmente consumen bebidas alcohólicas. Contrario a los resultados de otros estudios refieren que su sexualidad es mejor a partir de la menopausia. Rodríguez, (2003) afirma que es la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido, lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa o siente y se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida.

Los cambios más importantes en las mujeres de las áreas urbanas, en las sociedades occidentales ocurren durante su adolescencia y embarazos, en el climaterio y en la vejez; ellas deben conocerlos y comprenderlos con anticipación, aceptarlos y adaptarse a ellos; ya que están en relación directa con su autoconcepto, autoimagen y seguridad personal.

Lo anterior les evitará sentirse devaluadas, enfermas, sin vida sexual satisfactoria, inútiles y con temor de volverse innecesarias, asexuadas, envejecidas. Si no logran aceptar los cambios y adaptarse a ellos; se afectarán esferas de su personalidad y por consiguiente sus actitudes y su conducta, incluyendo la sexual y su calidad de vida.

Conclusiones

Investigación cuantitativa

- Respecto a la relación de las variables de estudio Conocimiento, Autoestima, Calidad de vida, Actitud y Creencias, se concluye que sólo Calidad de Vida esta relacionada con la Actitud y Creencias de las mujeres ante el climaterio, de tal forma que mientras más es la calidad de vida mejor es la actitud de la mujer ante el climaterio.
- La escolaridad se relacionó estadísticamente con Conocimientos, Autoestima y Calidad de Vida, pero no con Actitud ni Creencias.
- La ocupación se relacionó estadísticamente con todas las escalas excepto con Calidad de Vida.
- El padecimiento de una enfermedad, estar tomando medicamentos y haber sido operada se asociaron estadísticamente con Calidad de vida.
- En general no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las etapas del climaterio (perimenopausia, menopausia, postmenopausia)

respecto a los conocimientos, autoestima, calidad de vida, actitudes y creencias.

- En general los niveles de confiabilidad fueron aceptables de acuerdo a lo reportado por estudios anteriores, excepto Autoestima que resultó con un alfa de Cronbach por debajo de lo esperado (.57 para este estudio y .81 de estudios previos).
- En las subescalas de actitud también se encontraron valores bajos de confiabilidad, particularmente en las subescalas Etapa Vital, Reproducción, Sexualidad e Intereses Vitales, así como en la subescala Factor Fisiológico de la escala de Creencias; las subescala Área Sexual de la escala Calidad de Vida.
- De las participantes en el momento del estudio la mayoría se encontraba en la postmenopausia, seguidas de las que cursaban perimenopausia y finalmente las menopáusicas.

Investigación cualitativa

- Las mujeres valoran la etapa del climaterio, como una barrera que habrá que superar, en su vida.
- Las desventajas del climaterio según las mujeres entrevistadas con respecto a la salud es la coincidencia con enfermedades metabólicas, que repercutirán en su dinámica familiar a través de conflictos con sus hijos o su pareja.
- Con respecto a las creencias populares sobre sexualidad, consideran que dejan de ser atractivas para sus parejas, bajo el argumento masculino de que al haber dejado de ser fértiles, no sirven como mujer; motivo que los lleva a buscar a otras mujeres con la intención de tener otros hijos y reafirmarse como “hombres”; lo que ocasiona ideas y sentimientos desfavorables como sentirse devaluada, triste y en algunos casos deprimidas. Asocian la menopausia con la pérdida de la juventud, para entrar a la vejez.
- Consideran que sus creencias y la actitud que manifiestan durante estas etapas tienen relación con su baja autoestima, que no fue estimulada en la niñez.
- En las comunidades, se emplean términos despectivos al referirse a las mujeres que cursan la menopausia, sin embargo las mujeres que no viven en comunidades o áreas urbanas, se sienten ofendidas cuando les llaman climatéricas o menopáusicas.

- Las mujeres que sólo se dedican al hogar se encuentran insatisfechas en cuanto a la relación con sus parejas, no hay comunicación y además refieren que sus esposos han perdido interés en la sexualidad, existe en ellas, la tendencia a tener actitudes negativas.
- La actitud tiene relación con el entorno familiar, social y laboral, en que el que viven, independientemente de sus creencias, situación que repercute a favor o en contra de su autoestima.
- A diferencia de las creencias populares, las mujeres que trabajan fuera de casa, consideran que son etapas normales y que los cambios que ocurran hay que aceptarlos y adaptarlos a su estilo de vida, generalmente tienen actitudes positivas y viven su sexualidad en forma plena.
- Saberse y sentirse activas laboralmente les permite ignorar algunos de los signos y síntomas; sin embargo cuando éstos llegan a acentuarse pueden ser la causa de ausentismo laboral más no de incapacidad física justificada por el médico ya que generalmente no acuden a solicitar tratamiento, no consideran la posibilidad de enfermedad, consideran importante el autocontrol, gracias al conocimiento y a la aceptación de estos trastornos.
- Cuando principian las alteraciones menstruales o la ausencia de menstruación, se sienten temerosas, inseguras y ocasionalmente frustradas, lo que disminuye su autoestima ya que la tendencia inicial es conceder gran importancia a su ciclo menstrual y al útero como órgano de la reproducción, pero conforme se adapta a los cambios su calidad de vida es mejor.
- Las mujeres que no son profesionistas viven con conocimientos producto de las experiencias y comentarios de otras mujeres. Actualmente las mujeres se encuentran mejor informadas acerca del tema a diferencia de sus madres que al llegar a este cambio de vida ignoraban lo que estaban pasando; saben que existe la Terapia Hormonal de reemplazo y alternativas en cuanto a los hábitos alimenticios en especial la ingesta de alimentos que contienen soya, y que de ser necesario se puede recurrir a tratamiento psicológico o psiquiátrico, y resaltan la importancia del ejercicio como actividad cotidiana. No existe coincidencia en cuanto a los conocimientos que tienen y sus prácticas alimenticias o de ejercicio.
- Evalúan su calidad de vida en relación a la presencia o ausencia de trastornos
- Como ventaja resaltan que su sexualidad mejoró a partir de la menopausia, ya que no tienen que cuidarse de embarazos inesperados.
- Ambos estudios se realizaron como un estudio piloto, sin que por ello se

pretenda generalizar los resultados y conclusiones.

Conclusiones Finales

- La calidad de vida desde el enfoque cuantitativo tiene relación con la actitud y creencias de las mujeres y se asocia con el padecer alguna enfermedad; mientras que el enfoque cualitativo la define desde una perspectiva de la mujer en la que se conjuntan el conocimiento acerca de las alteraciones físicas y la presencia o ausencia de éstas.
- Cuantitativamente las participantes, no muestran diferencias significativas en cuanto a las etapas del climaterio con ninguna de las variables de estudio; cualitativamente perciben esta etapa con desventajas como son la pérdida de la juventud y de la posibilidad de procreación y con ventajas en donde se resaltan aspectos positivos acerca de la sexualidad
- Las mujeres que solo trabajan en su casa, perciben mayores desventajas y cursan estas etapas con insatisfacción y actitudes negativas, sumadas a sus creencias desfavorables y en ocasiones a la ausencia de conocimiento, con repercusiones muy desfavorables en su autoestima.
- Contrariamente a las mujeres que además laboran fuera del hogar, que se manifiestan con actitudes positivas que les ayudan a superar estas etapas con aceptación y con una perspectiva de mejorar su calidad de vida a través de diferentes alternativas de tratamientos que van desde la hormonoterapia, la medicina alternativa, modificaciones en cuanto a los hábitos de alimentación y la práctica de ejercicio, enfatizando que ésta última es a la que en menor porcentaje se adhieren las mujeres a pesar de reconocer en ella grandes beneficios.
- La investigación cualitativa permitió obtener un conocimiento más amplio acerca del comportamiento de los diferentes dominios de estudio; a diferencia de la investigación cuantitativa que mostró el conocimiento de cada variable a partir de la construcción de cada una de las subescalas y de los ítems contenidos en cada instrumento de recolección de datos.

Líneas futuras de Investigación

Para el personal de enfermería

- Realizar investigación cualitativa en una población representativa del contexto tamaulipeco mexicano, con la intención de describir una postura

teórica o un modelo cultural (construido por el inconciente y lo trasmitido por otros y la experiencia personal, con entidades flexibles y maleables) de salud para mujeres climatéricas y menopáusicas.

- Diseñar instrumentos de recolección de información, con los indicadores que resulten de la investigación cualitativa, aplicables al contexto de mujeres mexicanas, previa validación de los mismos y aplicación a través de investigación cuantitativa.
- Implementar el Modelo multimodal o Triangulación según Denzin, (1978) con el propósito de profundizar en las variables de estudio.
- Posterior a la sugerencia anterior: diseñar programas de atención a las mujeres, que cursan climaterio o menopausia e incluirlos en la asignatura de Enfermería Materno Infantil, con la finalidad de formar profesionales de la disciplina capaces de informar y orientar a las mujeres y a la sociedad, para mejorar su Calidad de vida.
- Implementar programas educativos para orientar a las mujeres para cursar estas etapas con calidad de vida, con la finalidad de elevar su autoestima, cambiar sus actitudes y eliminar creencias desfavorables.
- Evaluar los programas antes y después de su implementación.
- Fomentar en la sociedad la orientación oportuna para aceptar y comprender los cambios en la mujer durante estas etapas.

Nota: Se propone el modelo cultural situando el concepto de patrón cultural (Colby, 1996) que parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modelo único Para entender las cosas y los eventos.

A las instituciones de Salud y al personal de enfermería y médico de la especialidad de Ginecología.

- Formar y capacitar a los profesionales como individuos capaces de Orientar la atención médica a tratar a la paciente como un ser holístico con necesidades propias durante este cambio de vida, sin que haya que atenderla como resultado de una enfermedad coexistente al climaterio o menopausia.
- Enfatizar la prevención y promoción de la salud de la mujer climatérica, en los centros laborales e instituciones de salud.

Referencias

Arrivillaga, Salazar y Correa., (2003). "Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios". Editora médica del Valle. Colombia Med 34 (4), pp.186-195.

Alvarado, G., Rivera, R., y Ontiveros, M. (1990) . "Características del síndrome climatérico en cuatro ciudades mexicanas". En Memorias XV Reunión anual de la Academia de Investigación Biología de la Reproducción. Mayo 30 a junio 2 Acapulco Guerrero; pp.17-34.

Álvarez, B. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: Análisis psicosocial*. México: Trillas; pp.14-16.

Arnedillo, S., Pozo, P., Zarazaga. (s.a) " Grado de información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio". Hospital materno infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Astolfi, E. (2000). "Sexualidad de la mujer en el climaterio". Conferencia dictada en el curso de actualización en el climaterio; pp.1-3.

Bandura, A.(1986). "Social foundations of thought and action". Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Becker, M H. (1974) "The health belief model and personal health behavior". Health Education Monograph 2 (número completo).

Beyene, Y. (1986). "Cultural significance and physiological manifestations of menopause". A biocultural analysis. Culture Medicine and Psychiatry: 10: pp.47-71.

Bloom, B., Solvia, T.,Ysseldyke, G. (1981). *Evaluación de la Educación Especial. México*. El Manual Moderno.

Blumel, J., Costelo, B., Binfa, L. et al. (2000) " Quality of live alter the menopausia a population study". Maturitas; 34: pp.17-23.

Burin, Mabel et al.,(1989) " Las mujeres y la violencia invisible". Edit Latinoamericana. Buenos Aires.

Cabello, C. (1995). "La mujer en torno a la menopausia en el arte y en la cultura indígena americana". *An Museo Americano*; 3.

Calnan, MW., and Moss S. (1984). "The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination". *J Health Soc Behavior*; 25: pp.198-210.

Camacho, R (2001). Una experiencia de capacitación sobre climaterio y menopausia entre médicos del IMSS. *Gaceta Médica Mexicana* (138) 2 pp.145-148.

Camino, A., Garcia, L., Fernandez, C. et.al (2006). "Perfil socioeconómico y calidad de vida de mujeres de 40 a 60 años en una muestra de la Comarca Uribe –Kosta". *Enf Comunitaria*.

Canto, C.T., Canto, C.P., Polanc, R L. (1998). "Encuestas síntomas del climaterio en áreas semirurales de Yucatán". *Revista de Investigación Clínica*, 50 (133): pp. 5.

Capriles Lemus (2004). La calidad de vida en mujeres profesionistas que cursan el climaterio. "prácticas de resumen de Tesis", salud de la mujer. Recuperado de www.red-Enfermeria-americalatina.org/.

Cárdenas, O. et al. (2002). "Conocimiento, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio" *Revista del Climaterio*, Noviembre – Diciembre 6 (31) pp. 2-16. Recuperado de [http. www. pubmed. com](http://www.pubmed.com)

Casamadrid, P J.1998. Aspectos psicológicos y psicosociales, en Carranza LS: Atención Integral del Climaterio. Ed Mc Graw Hill Interamericana. México. pp.153-162.

Casamadrid, J. (1986) *La mujer sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio*. Tesis de Maestría en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.

Casasa, G. P. (2004). "Influencia de las creencias en vejez, salud y enfermedad de adultos mayores en el uso de servicios de salud". Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. *Revista Universitaria*.

Cella, D. F. (1992). "Desarrollo y Validación de un instrumento de Calidad de vida". Recuperado de [http. www. insp. com. mx](http://www.insp.com.mx)

Charlton, L D (2003). "Climaterio y menopausia una mirada de género". Costa Rica, Ciencias sociales pp.01-102: 107-112, (III-IV).

Chávez, A., Andrade, P., y Rivera, L. (2002) .Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Pública*. D. F. México. 44: pp.385-391.

Chirkov , Ryan, R M., Kim, Y., et al. (2003). "Differetiating autonomy from individualism and independence: az self determination theory perspectiva on internalization of cultural orientations and well-being". *J Pearson SocPsychol*; 84(1): pp.97-109.

Cella, D. F. (1992). "Desarrollo y Validación de un instrumento de Calidad de vida". Recuperado de [http. www. insp. com. mx](http://www.insp.com.mx)

Cruz, O. Y., Lugones, B M., Quesada, L. (1997). "Climaterio: estrategia terapéutica integral". *Rev Cubana Med Gen Integr* 13(3): pp. 276-81.

Cobb, J. (1990)."Education of community and health care providers". En: Flint M, Kronenberg F, Utian W, editors. *Multidisciplinary perspectives on menopause*. New York: Academy of Science pp.221-7.

Colby, B.N. (1996) "Cognitive anthropology", en Levinson D. y Ember M (eds), *Encyclopedia of cultural anthropology*, vol I pp 209-215. Nueva York Henry Holt.

Comelles, J. (1993). *Enfermedad, cultura y Sociedad*. Madrid. Eudema.

Conboy, L O', Connell, E., y Damer. (2000). " Quality of life study" *Perimenopause /menopause*. Pubmed.

Delanoe, D (2002). "La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia". *Investigación en salud*, Abril/ vol IV, número 001,Universidad de Guadalajara.

Delgado. A., Sánchez, M., Galindo, I., et al (2000) "Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predoctoras". Centro de salud Almanjayar, Cartuja y Chana. Granada. *Unidad docente de Medicina de Familia y comunitaria* 27 (1) pp.3-11.

Delgado, Machuca Rodríguez Paz, (2003), Auto cuidado y Conocimiento que la mujer posee de la premenopausia (climaterio). RESPYN, Edición Especial No. 4 -2002, *Revista de Salud Publica y Nutrición* Monterrey, N. L., México, Noviembre.

Delgado. A., Sánchez, M., Galindo, I., et al (1998) "Escala de actitud hacia el climaterio" en *Revista del climaterio* 2002, Artículo original 6 (31): 2-16.

Denzin, N.K (1978) "The research act: A theoretical introduction to sociological methods" 2da Ed Nueva York: Mc Graw – Hill.

Diener, E., Suh, E M., Lucas, R E. et al (1999) "Subjective well-being: Three decades of progress *Psychol Bull*"; 125 (2) pp.276-302.

Dónofrio, O (1992) "Theory and the empowerment of health education practitioners. *Health Edu Q Fall*" 19 (3): pp.385-403.

Dueñas, J. (2002). "Climaterio y Calidad de Vida". Recuperado de <http://www.uniesp.com>. Accesado marzo 2004.

Díaz, L I., Alonso, G. R., y Bayarre, V.H. (2000) "Prevalencia de insatisfacción personal en mujeres de edad mediana" *Revista Cubana de Salud Pública*, 24 (2) pp.101-9.

Dulanto, R., Leey, J., Díaz, M.P., et al (2002a). "Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas". *Revista de Salud del Instituto de Gerontología*: pp.1-15.

Dulanto, Leey, Díaz, et al (2002b). "Segundo Estereotipo Psico-Socio-Cultural de la menopausia en mujeres peruanas": estudio piloto en San Juan de Lurigareho Lima. *Acta medica Peruana*: 19(4).

Du Chen, Y L., Voda, A. M., Kernoff, P (1998) "Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. *The Journal of the North American Society*" 5(1): pp.28-34.

Echeverri y Bustamante. (2004) "La mujer ante la menopausia: actitudes, información y decisiones terapéuticas". Universidad Complutense de Madrid. VII Congreso de la ADEH, Granada, Abril.

Echeverr, V.; Gil, T.; Penagos, V.; et al (1997–98) “La menopausia en el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia”. III Congreso Colombiano de Menopausia.

Entorno, L. (2002) “Climaterio y Calidad de Vida”. *Revista Panamericana de Salud*, 35 (1), pp.45-48.

Festinger.(1965) “La planificación en la enseñanza” En Gagné RM, Briggs LJ. Principios básicos para el aprendizaje para la instrucción. México Trillas.

Fishbein, M.(1980) “Información actitud y destrezas motoras”. En Gagné RM, Brigs L J. Principios básicos del aprendizaje para la instrucción. México Diana.

Fishbein M, Ajzen I, Belief. (1975) “Attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research”. Massachusetts: Addison-Wesley Company, pp.131-188.

Flint, M. (1981) “Investigaciones sobre la menopausia” Ginebra: OMS. Serie de informes técnicos No. 670.

Gagné, R M. (1977) “Principios básicos del aprendizaje para la instrucción” México Diciembre.

Gagné, R M y Briggs, L. J. (1980) “La planificación de la enseñanza sus principios” México. Trillas.

García, G., Aguilar, M., Brito, G et al (2003) “Percepción de la mujer sobre el climaterio en el área rural”. Edit Desarrollo Científico de Enfermería. Vol 11 No 4.Mayo.

García, P.; López, S., Toronjo, G. et al (2000) “Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres Andaluzas” Universidad de Huelva y Centro de Salud Molino de la Vega Huelva.

Groeneveld, F.P., Bareman, F.P., Berensten, R. et al (1993). Hoses AW “Relationships between attitude towards menopause, well-being and medical attention among women aged” 45-60 years. *Maturitas*; 17: pp.77-78.

González, C. O. (1998) "Terapias hormonales en el climaterio". En González C., Arteaga, U. E. Contreras, C. P, Eds. Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica: Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Climaterio; pp.352-72.

Guilbert, R. W.; Grau, A. J.; Romero, P.T. et al (2000) "Procesos Psicosociales en la Educación en Salud y en la Prevención del Cáncer". Cubana Med Gen Integr; 16 (2) pp. 186-193.

Gutiérrez Verónica (s/a), "Un Síntoma o Una Etapa" Cuadernos de El Climaterio Instituto Nacional de Perinatología Nutrición·Vol.24 Núm.4.

Hernández, L. (2004) "Climaterio y menopausia, un tercio de vida femenina" Diario línea de América del Sur. Boletines informativos on line

Hernández S, Fernández Collado, Baptista L (1997) Metodología de la Investigación. Edit McGraw –Hill.

Hilditch. J y Lewis (2002) "Comparación de los efectos de estradiol conjugado oral y estradiol transdérmico combinado con la progresión de la calidad de vida en la mujer postmenopausica" Pubmed.com

Hochbaum, G.M., Sorenson, J.R., Lorig, K (1992) "Theory in Health Education Practice" Health Edu; (3): pp.295-313.

Hochbaum, G.M.(1958) "Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study" Washington, DC: US Government Printing Office; PHS publicación nº 572.

Horley, K., Lavery,J.(1995) "Subjective well –being and age" Soc Indicat Res 34: pp.275-82.

Huerta, M.R., Mena, A., Malacara, J.M.(1995) "Symptoms at perimenopausal period: Its Association with totard sexuality, lyfe style, family function and FSH levels". Psychoneuroendocrinol 20: pp.135-148.

Hunter, M.S., Liao, K. (1994) "Intentions to use hormone replacement therapy in community of 45 years old women". Maturitas; 20: pp.13-23.

Instituto de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI] (2000). *Dirección General De Estadística*. Anuario Estadístico México.

Instituto de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI] (2005). *XII Censo de Población y Vivienda* Anuario Estadístico México.

Jiménez, L J.,y Pérez, S.G.(1999) "The attitude of the woman in menopause and its influence on the climacteric". *Ginecol Obstet Mex*; 67: pp.319-322.

Jiménez, L. J., Pérez, S. G.,(1999). Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, (67) pp.319-322.

Kaufert, P., Luck, M., Gilbert, P. (1988) "Cultural construction of the menopauseal syndrome" *The Japanese case*. *Maturitas* 10: pp.317-32.

Keyes. C.L., Shmotkin, D., Ryff, C.D. (s.a). "Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions". *J Person Soc I Psychol*. 82(6) pp.1007-22.

Kirscht, J.P. (1974) "The health belief model and illness behavior. *Health Education Monograph*"; 2: pp.387-408.

Krathwohl, D.R., Bloom, B.S., Masia, B.A (1964) "Taxonomy of educational objectives" *Handbook II: affective domain*. New York.Mc Kay.

Lara, C.M., Verdusco, M.A., Acevedo M. et al (1993) "Confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana" *Reista Latinoamericana de Psicología*; 25 (2): pp.247-55.

Leroy, Margaret (1993) "El placer femenino" .Buenos Aires. Editorial Paidós..

Ledésert B, Ringa V, Breárt G, (1995). "Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL" cohort, *Maturitas*; 20: pp.113-120.

Lock M. (1986) Ambiguities of again. "Japanese experience and perception of menopause". *Culture Medicine and Psychiatry*, 10: pp. 23-46.

Lobo R. A. (1994) "Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects" EUA: Raven press.

Lugones Botell M, Quintana Riverón TY, Cruz Oviedo Y (1997). Climaterio y menopausia. Importancia de su atención en el nivel primario. *Revista Cubana Medicina General Integral* ;13 (5): pp.494-503.

Lugones M, Valdéz S, Pérez J. (2001a) "Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio I" *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 27(1): pp.16-21.

Lugones M, Valdéz S, Pérez J. (2001b). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio II. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*; 27(1): pp.22-7.

Llanos Tejada Félix Konrad. (2004) "Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana" Centro de Salud La Ramada. *Rev Med Hered* 15: pp.24-29.

Mendiola Infante (2005) "Conocimiento de mujeres Profesionistas de la Salud acerca del climaterio". *Revista de Enfermería Basada en Evidencias. EVIDENTIA*, Septiembre 2 (6).

Monterrosa CA, Barrio AJ, y Bello TA (1977) "Conocimiento y creencias sobre menopausia en mujeres mayores de 40 años de edad, Departamento de. Ginecología y obstetricia" Facultad de Medicina Universidad de Cartagena. *Revista Colombiana de menopausia*.

Monterrosa C, Barrio A, y Bello T.(1996) " Conocimiento y creencias sobre menopausia en mujeres mayores de 40 años de edad" *Naturales de Palenque de San Basilio Bolivar Colombia. Revista de Ginecología y obstetricia*. Universidad de Cartagena.

Mroczek DK, Kolars CM (1998). "The effect of age on positive and negative affect": a developmental perspective on happiness. *J Person Soc Psychol*; 75:pp.1333-49.

Noguchi. Hideyo (1996) "Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicos del fallo ovárico" Universidad Autónoma de Yucatán.7: pp. 227 – 236.

Navarro Despaigne D, Duany Navarro A (1999) "Terapia hormonal de reemplazo". Nuestra experiencia. *Rev Cubana Endocrinol*; 7(2): pp.107-11.

Navarro Despaigne D. (2003) "*Climaterio y menopausia: De la teoría a la practica*". Conferencia. Instituto Nacional de Endocrinología, la Habana. Cuba.

Ortiz, N., Mariño, C., Méndez, B., Oiarde, N. & Blümel, M. (2002) "Deterioro de la calidad de Vida Durante el Climaterio" Recuperado de <http://www.educolom.com>

Pacheco J, Salvador J. (1998) "Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia". *Ginecología y Obstetricia*. Oct; 44(3): pp.157 –61.

Pelcastre- Villafuerte Blanca; Garrido- Latorre Francisco; De Leon Reyes Verónica (2001) Menopausia Representaciones Sociales y Prácticas. *Salud Pública Mex* 43: pp.408-414.

Pérez AH. (2001) "Autoconcepto, autoestima y actitud de la mujer". Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México.

Poss J.E. (2001) "Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action". *Adv Nurs Sci*, 23: pp.1-15.

Polit D Hungler B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la Salud*. Principios y métodos. México Mc Graw Hill. Interamericana.

Puga Martínez (s/a). *Variables psicosociales en la cima de la menopausia: Un estudio sobre actitudes ante el climaterio*. Tesis de psicología.

Pullen C, Noble S, Fiandt K (2001) "Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women". *Family and Community Health*; 24: pp.49-73.

Rivas Alpizar Elodia y Navarro Despaigne Daysi. (2003) Factores relacionados con la demanda de atención médica para el climaterio. *Revista de endocrinología*; 14 (3).

Rodríguez y López, (2003) "Calidad de apoyo de pareja a mujeres en la etapa de climaterio". Universidad Autónoma de Nuevo León, *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición* No 7.

Rodriguez, Lorden, Casalapro (2004) "Conocimiento de las mujeres chilenas de los

aspectos físicos y psicológicos del climaterio".IV Congreso Latinoamericano de climaterio y menopausia F/AS CYM,, III Congreso Chileno de climaterio.

Reig, F.A. , Cabrero, G.J., & Richardt, M.M (1996) "Comportamiento y salud en la vejez" *Revista Española de Geriatria y Gerontología* . 2 (1), pp.37-44.

Rodríguez J (1995) "Creencias sobre la vida y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios". *Revista Latinoamérica*. 22: pp.38-57.

Rodríguez M Beatriz (2003) El climaterio femenino del mito a una identidad. Salud Consultorios médicos. Recuperado en <http://www.saludconsultorios.com.ar/climaterio.htm>

Rosenstock IM.(1996) "What research in motivation suggests for public health" *A J Public Health*; 50:pp.295-301.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH (1988) "Social learning theory and the health belief model" *Health Edu Q*;15 (2):pp.175-183.

Ryff C.D. (1991). "Possible selves in adult hood and old age: a tale of shifting horizons". *Psychol. Aging*; 6:pp. 286-95.

Salazar M, & Paravic K (2005) "Desempeño laboral y climaterio en trabajadoras de Instituciones públicas". *Revista Médica Chilena* 133: pp.315-322.

Saltman D:In transition: A guide to menopause. En Fox Young S; Sheehan M; O'Connor V, Cragg C, Del Mar Ch (1999). "Conocimiento de las mujeres acerca de los cambios físicos y emocionales asociados a la menopausia" *Woman Healt* 29 (2) pp.24-36.

Sánchez R, Cuadras M (2001) "Menopausia y postmenopausia" En *Medicina de la Mujer*. Madrid: Harcourt; pp. 133-48.

Satoh T y Ohashi (2005) "Valoración de Calidad de vida (QOL) en población de mujeres sanas de edad intermedia en Japón". *Asociación Argentina para el estudio del Climaterio.Climateric* 8. pp.146-153.

Secretaría de Salud. Ley General de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones

Complementarias (1987). Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación en seres humanos, México: Porrúa.

Scasso,J & Machin,V (2000) “Los seis escalones del climaterio”. *Revista Integral para la mujer*, 3 (14), pp.90-115.

Sherif M. Sherif CW (1978) “La actitud como la categoría personal del individuo: el enfoque de implicación y juicio social de la actitud y del cambio de actitud”. En: Summers GF. *Medición de actitudes*, México: Trillas, 1978: pp.363-70.

Silva LD, Sánchez M, Tamez SF, Torres QN (2000). “Actitudes y conocimiento de las mujeres sobre el climaterio”. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México (en prensa).

Silva LD, Jiménez CF, Reyes RG, (2000) “Conocimiento y autocuidado durante el climaterio” Facultad de Enfermería, Universidad autónoma de Nuevo León, Monterrey, México, (en prensa).

Silva, D., Pérez, E; Medina, A & Molara,H: (2001) “Información Autoestima y Respuesta Adaptativa de la Mujer en el Climaterio” Tesis de maestría publicada, Facultad de Enfermería ,Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Sommer B, Avis N, Meyer P, Ory M, Madden T, Kagawa Singer M, et al (1999). Attitudes toward menopause and aging across ethnic /racial groups. *Psychosom Med* ;61(6): pp.868-75.

Sturat, G.y Sondeen, S .(1987) “Principles and Practice of Psychiatric Nursing” (3ª Ed) St.Louis; C:V, Mosby.

Spradley, J, (1979) *The ethnographic interview* Fortworth. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Spradley, J, (1980).*Participant Observation* Fortwort. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Suh EM (2002) “Culture, identity consistency and subjective well-being” *J Pearson Soc Psychol*; 83(6): pp.1378-91.

Tames,S.,Torrez, Q, Sánchez, M & Silva Luna (2002) Actitudes y Conocimientos de las Mujeres sobre el Climaterio. *Rev Salud Pública de México*.

Vargas Obregón, Gómez Soto, Garza Garza, y Alanis Niño (2004).“Conocimiento de las mujeres acerca del climaterio y menopausia”. Departamento de Medicina Familiar, Lugar de realización: Ed Especial No 4 Unidad de Medicina Familiar No. 32, Guadalupe, Nuevo León.

Vega Franco L (2002) “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud” reseña histórica. *Salud pública Mexicana* 44: pp.258-265.

Velasco, M., Ojeda, M., Navarrete, H.,Pozos, C y Camacho- Rodríguez (2001).Una experiencia de capacitación sobre climaterio y menopausia entre médicos del IMSS. *Gaceta Médica Mexicana* Vol. 138; No. 2.

Weinstein ND. (1988) “The precaution adoption process”. *Health Psychol*, 7: pp. 355-386.

Weinberger M, Greene JY, Mamlin J.J, et al (1981) “Health beliefs and smoking behavior” *Am J Public Health*; 71:pp.1253-1255.

Yanes Calderon Margeres y Chio Naranjo Ileana (2004) “Calidad de vida en la mujer de edad madura”. Municipio. Playa Ciudad de la Habana Cuba.