

239



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE EDUCACION CONTINUA

0290342

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO
APOYO PSICOLÓGICO DURANTE EL
CLIMATERIO

T E S I S A

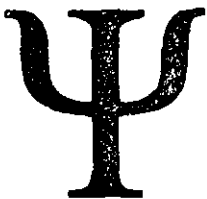
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ANA MARIA SERRANO NAVARRETE

DIRECTORA: MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA



MEXICO, D. F.

MARZO, 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*CON TODA MI GRATITUD AL SER
ESPECIAL QUE CON SU INFINITO
AMOR Y SABIDURÍA, ME GUIA POR
EL CAMINO DE LA VERDAD. . .*

. . . GRACIAS DIOS MIO.

RECONOCIMIENTOS

PARA LA MAESTRA ALMA MIREIA LOPEZ – ARCE CORIA

*CON AMOR Y ADMIRACIÓN PARA UNA MUJER EXTRAORDINARIA QUE AMA
AL SER HUMANO Y LO HACE SENTIR A TRAVES DE SU INTERES,
ENSEÑANZAS Y MOTIVACIÓN CONSTANTES.*

DRA. BERTA BLUM GRINBERG

LIC. LETICIA MARIA GUADALUPE BUSTOS DE LA TIJERA

DRA. MARIA ELENA JULIA CASAMADRID PEREZ

DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

*A SU LABOR COMO DOCENTES E INVESTIGADORES, GRACIAS POR
BRINDAR SU VALIOSO TIEMPO, APORTACIONES Y EXPERIENCIA PARA
ENRIQUECER ESTE TRABAJO.*

DEDICATORIAS

A MIS PADRES QUE CON SU EJEMPLO ME INCULCARON EL DESEO DE TRABAJAR PARA IR SIEMPRE ADELANTE Y ALCANZAR MIS OBJETIVOS.

A MIS HERMANOS : ALI, ARTURO, GABI, TOÑO Y LULU... A PESAR DEL TIEMPO Y LA DISTANCIA LOS QUIERO MUCHO

A MIS AMIGOS: NELLY, BETI, ADRIANA , LETI, LICHA, MARIO ALBERTO, RODOLFO, JULIO, VANIA, MARU, DANIEL Y OTROS CUYOS NOMBRES Y AMISTAD GUARDO EN EL CORAZON COMO UN ALICIENTE.

INDICE TEMATICO.

INTRODUCCION.

- I NIVELES DE ATENCION A LA SALUD: LA PREVENCION PRIMARIA.**
- II DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ADULTA.**
- III EL PROCESO DEL CLIMATERIO**
 - A) Aspectos biológicos.
 - B) Aspectos psicológicos y sociales.
- IV FACTORES DE RIESGO**
 - A) Físicos
 - B) Psicológicos y sociales
- V ANTECEDENTES CIENTIFICOS DE LA PSICOLOGIA APLICADA A LA PREVENCION DE LOS SINTOMAS PSICOLOGICOS ASOCIADOS CON EL CLIMATERIO.**

PROPUESTA DE TRABAJO.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Las intervenciones preventivas ofrecen el potencial para evitar el sufrimiento humano, así como para reducir los costos asociados con los tratamientos y la pérdida de la capacidad productiva; éstos necesitan ser los objetivos principales de las ciencias aplicadas al comportamiento humano. Sin embargo, los investigadores de la salud mental y los prestadores de estos servicios se están ocupando de la prevención desde hace un tiempo relativamente breve. El propósito de este trabajo es describir el papel que juega la educación para la salud como una herramienta para brindar apoyo psicológico durante el climaterio, etapa que se explica brevemente en la introducción.

El contenido del primer capítulo trata en detalle la estructura de los tres niveles de atención a la salud, para enfatizar la importancia de la labor preventiva del primer nivel.

El capítulo dos brinda un panorama del desarrollo de la personalidad adulta de acuerdo a los planteamientos de dos autores: Allport y Erickson.

El acercamiento al proceso del climaterio desde los aspectos biológico, psicológico y social se abarca en el capítulo tres.

El capítulo cuatro está relacionado con los factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales que interfieren con el proceso del climaterio.

En el capítulo cinco se hace referencia a las investigaciones, realizadas en los últimos tres años, con respecto a los antecedentes científicos de la psicología aplicada a la prevención de síntomas psicológicos en esta fase de la vida.

Finalmente como resultado de la información obtenida se formula una propuesta de trabajo, misma que se pone a consideración del lector en espera de que esta aportación sea de utilidad para los interesados en fomentar la cultura de prevención.

INTRODUCCION

El ciclo menstrual normalmente se presenta cada mes a partir de la menarca o primera menstruación, hasta la aparición de la menopausia. La menopausia se refiere únicamente al último episodio de sangrado menstrual. En este sentido, solamente podemos considerarla como tal después de que hayan pasado doce meses o más sin sangrados nuevos. El intervalo de edad de la menopausia es muy amplio, sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que la edad promedio es de 50 años y alrededor de los 48 años en la población mexicana (Forsbach, Lozano, Pinto, González, Calderón, Martínez y Martínez, 1995).

La menopausia ocurre dentro del climaterio etapa que puede abarcar entre los 40 y 60 años; a éste se le considera como un síndrome cuyos signos y síntomas se presentan en la etapa de transición de la función ovárica antes y después de la pérdida de la capacidad reproductiva. Existe un reajuste en el funcionamiento del eje hipotálamo – hipófisis - ovario, lo que ocasiona una alteración en el sistema nervioso autónomo, esto trae como consecuencia inestabilidad vasomotora con los consiguientes bochornos o sofocaciones, que son los síntomas más característicos y consisten en oleadas de calor que recorren en forma ascendente la mitad superior del cuerpo, acompañados de sudores, enrojecimiento y, en ocasiones, vértigos, seguidos de palidez y sensación de frío, o bien, parestesias como adormecimiento de manos y pies, además es posible encontrar cefaleas.

Estos episodios pueden ser moderados y durar sólo unos segundos o prolongarse por espacio de quince minutos, e incluso más, en los casos agudos (menos del 10% de las mujeres).

Se dan con más frecuencia durante el sueño que durante el día, lo que desvela repentinamente a la mujer y propicia el insomnio. Los bochornos se deben a una disfunción de los mecanismos de regulación de la temperatura localizados en el hipotálamo, de acuerdo con una revisión hecha por Masters, Jonhson y Kolodny en 1995. En ocasiones, este síntoma puede ser grave y alterar las pautas cotidianas de vida.

Conforme avanza la edad, baja la producción de estrógenos y asociado a ello se encuentra un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Generalmente a consecuencia de la disminución de actividad física y a los hábitos alimenticios inadecuados se presenta obesidad, la cual actúa como factor desencadenante de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y/o altos niveles de colesterol. El tabaquismo también es un factor de riesgo para la aparición de las enfermedades crónico degenerativas antes mencionadas (Murillo, Carranza, Ascencio y Santos, 1996).

El climaterio es la condición más común de osteoporosis, y así tenemos que el 75% de los pacientes a quienes se les diagnostica este padecimiento son mujeres, más de la mitad de las mayores de 50 años tienen signos radiológicos de osteoporosis y solamente un 10% presenta sintomatología consistente en dolores dorsales y deformaciones consecutivas a fracturas fáciles. Afecta principalmente la columna vertebral y los huesos de la pelvis (Robles, 1998). Incluso en densitometrías practicadas a mujeres con edad promedio de 40 años, se ha encontrado un grado de osteopenia considerable (disminución en el número de osteocitos: células formadoras de hueso. Carranza, 1999).

Asimismo se observa una contracción y estrechamiento de la vagina, disminución de elasticidad y lubricación vaginales durante la

excitación sexual, lo que provoca ocasionalmente un coito doloroso que puede facilitar la aparición de sangrados.

No obstante, es necesario que el psicólogo realice una exploración profunda de los antecedentes psicosexuales y la calidad de la relación de pareja, ya que estos son factores de suma importancia en la probable presentación de la dispareunia.

Son necesarias las estrategias de detección oportuna de cáncer cervico uterino, pues según Verduzco, Palet, Aguirre y González (1997), las neoplasias de este tipo en población mexicana, se presentan en una edad promedio de 50.2 años con un intervalo de 43.9 a 57.4 años de edad.

Respecto a los factores psicológicos asociados al climaterio existe controversia, ya que mientras algunos autores afirman que no existe relación entre este fenómeno y los síntomas emocionales porque éstos son producto de la propia personalidad, estilos de vida y factores ambientales (Ballinger, 1981; citado por Masters, 1995); otros postulan que como consecuencia del impacto psicológico, que ocasiona la supresión definitiva del sangrado genital, se presenta el llamado síndrome socioemocional del climaterio, caracterizado por estados de ansiedad, depresión, temor al envejecimiento, a la muerte, a la pérdida de la pareja, a la insatisfacción sexual, lo cual puede provocar respuestas emocionales intensas que ponen a prueba las relaciones interpersonales de la mujer.

Actualmente se sabe que alrededor del 75% de las mujeres experimentan una diversidad de trastornos asociados a factores de tipo afectivo, mismos que se presentan como resultado de las circunstancias propias de la historia y situación de vida, incluso la visión de la sexualidad y todo ello identifica a la menopausia como un detonador de síntomas emocionales, tales como la depresión

(Morales, Díaz y Aldana, 1995), cansancio, insomnio y sentimientos de minusvalía (Casamadrid, 1986).

En nuestro país el número de mujeres en edad climatérica es muy elevado, tomando los datos del último Censo de Población y Vivienda de 1990, en México existen 5 216 926 mujeres con 45 y más años (Pedrón , González y Muñoz, 1996).

Dentro de los registros estadísticos del Sistema Nacional de Salud, los principales índices de morbilidad en mujeres adultas se deben a tumores malignos de mama: 89%; tumores malignos del cuello del útero: 91%; diabetes mellitus: 58%; enfermedad hipertensiva: 59%; y enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo: 51% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía Informática, 1997).

De la misma fuente se obtuvo, que durante el año de 1997, las tres principales causas de defunciones en mujeres de 45 a 64 años fueron: 21% para cáncer cérvico uterino y mamario; 53% para la diabetes mellitus y 38% para las enfermedades del corazón. Como se mencionó anteriormente, es alrededor de la quinta década de la vida cuando aparecen los primeros síntomas de estos padecimientos crónico degenerativos (Forsbach, op cit), y si a ello se agrega la existencia de desajustes emocionales, por el conflicto entre las fuerzas internas y externas de la mujer, se complica el adecuado manejo del climaterio.

Por último, los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población mexicana, revelan que al menos la cuarta parte de la población que acude a solicitar atención médica, presentan trastornos psicológicos ya como afección principal, o bien, asociado a otro problema de salud. Se consideran a la depresión y a la ansiedad como los síntomas de mayor

frecuencia en la población adulta, sobretodo en mujeres y las más de las veces estas formas depresivas menores son expresadas inicialmente como quejas somáticas. En la Encuesta Nacional de Salud Mental, aplicada a la población general en 1994, se encontró que desafortunadamente existe un considerable retraso en la búsqueda de atención (de 22 a 52 semanas), circunstancia que facilita la progresión de los cuadros clínicos con sus consiguientes complicaciones; el 7% de los afectados manifestaron incapacidad para asistir al trabajo, escuela o enfrentar la vida diaria. Además, la psicopatología del adulto repercute en la salud mental de los menores con los que convive y es aparentemente mayor y más específica la influencia en los casos de depresión, desesperanza y adicciones, por lo que las medidas para detectar y tratar estos trastornos son importantes en el terreno de la prevención.

De aquí se deriva la importancia de la intervención temprana a través de la educación para la salud, en la que se pueden utilizar dinámicas y técnicas grupales para promover la participación, la reflexión, la orientación, el apoyo mutuo y la acción, que funcionan como apoyo psicológico para brindar una atención oportuna a las mujeres, especialmente a las que están por cursar esta etapa natural de su desarrollo ontogenético; lo anterior ofrece la posibilidad de una mejor calidad de vida para prevenir los riesgos de enfermedad y muerte entre las mujeres que cursan esta etapa.

CAPITULO I

NIVELES DE ATENCION A LA SALUD: PREVENCION PRIMARIA.

En 1977, la Organización Mundial de la Salud proclamó un lema, que debido al marco social vigente, parece cada vez más inalcanzable, "salud para todos en el año 2000". La estrategia para llevar a cabo tal política se denominó Atención Primaria a la Salud, concepto diferente al de primer nivel de atención o al de servicios básicos de salud. La declaración de Alma Ata cita que "la atención primaria a la salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más

cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

En esta materia, las acciones para lograr las metas mínimas de salud [a) esperanza de vida mayor de setenta años; b) mortalidad infantil inferior al treinta por mil; c) mortalidad de niños de uno a cuatro años inferior a dos punto cuatro por mil; d) servicios de vacunación al cien por ciento de niños menores de un año y al cien por ciento de las embarazadas; e) agua potable, deposición de excretas al cien por ciento; f) cobertura de servicios de salud al cien por ciento;] deben ser integrales, es decir, abarcan no sólo lo curativo sino, principalmente, lo preventivo. Por ello se acostumbra calificarlas como prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), con base en el concepto que constituye la Historia Natural de la Enfermedad.

El equilibrio dinámico entre salud y enfermedad (San Martín, 1992), implica una diversidad de alteraciones, tanto del individuo como de su entorno, alteraciones cuyo grado de severidad y consecuencias requieren identificar y clasificar los recursos físicos materiales y humanos, en niveles de complejidad ascendente para lo cual se han

definido los niveles de atención como la agrupación estratificada de recursos tecnológicos para resolver determinados problemas que atentan contra la salud individual y /o colectiva.

El primer nivel de atención es la vía de acceso al sistema de atención, en el que se resuelven enfermedades simples, generalmente agudas y frecuentes, mediante recursos sencillos y limitados. Se realizan acciones tendientes a conservar la salud individual y comunitaria mediante la educación para la salud, prevención y control de enfermedades endémicas, inmunizaciones, orientación nutricional y saneamiento ambiental.

El segundo nivel de atención es la instancia donde se satisfacen las demandas de pacientes ambulatorios, que requieren estudios complementarios y atención de mayor complejidad o aquéllos que ameritan hospitalización en áreas de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. La población usuaria es detectada y referida por el primer nivel de atención.

El tercer nivel de atención es un servicio de alta especialización donde se atienden enfermedades poco frecuentes y muy complicadas en personas que necesitan hospitalización, cuidados intensivos y especiales. Emplea tecnología sofisticada y sus acciones se dirigen a limitar los daños de la salud y a la rehabilitación integral (Secretaría de Salubridad y Asistencia, s/d).

En el primer nivel de atención se contempla la solución del 80 al 85% de los problemas de salud - enfermedad, mediante la participación de un equipo de salud que posea habilidades y actitudes para el trabajo educativo con la población, de forma tal que ésta se involucre y participe activamente en un proceso de enseñanza – aprendizaje que transforme al individuo en el promotor de su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella.

Esto sólo se logra cuando la comunidad toma consciencia de cual es su situación, que problemas ha de resolver por sí misma y que aspectos corresponden solucionar a los diferentes servicios de salud. Dicha toma de consciencia y participación deben surgir de la creación de espacios para la discusión y la reflexión sobre aquellos problemas que más les afectan.

La educación para la salud es una forma específica de adquirir y compartir conocimientos, lo que implica la utilización de técnicas participativas que promuevan una reflexión facilitadora de los descubrimientos, conclusiones o principios que se puedan aplicar a la vida diaria.

En este sentido, la prevención, orientada a una población o subpoblación, es una de las tareas básicas de la psicología comunitaria y su propósito es evitar problemas aún antes de que comiencen a presentarse (Feldman, 1985). En el caso de las

mujeres jóvenes, previa llegada del climaterio, la prevención puede resultar más eficaz, que un modo de trabajar que suponga esperar la presentación de problemas, que a posteriori, alcancen un estado crónico e incluso "terminal".

Es recomendable entonces insistir en la estructuración de comportamientos positivos y deseables, así como en formas de afrontar los problemas. Aquí es donde la educación para la salud juega un papel principal como "proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir como enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas"(O. P. S., op. cit.).

Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, ésta va enriqueciéndose con experiencias de participación y como consecuencia abre horizontes hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo. La educación para la salud es una tarea difícil porque sus resultados sólo son observables en el largo plazo. Sin embargo, cuando la gente se siente escuchada y comprendida, con espacio para decidir sobre su salud, puede aceptar responsabilidades frente a ella.

CAPITULO II

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ADULTA.

Cuando observamos a un ser humano en sus actividades cotidianas, trátase de un bebé intentando llevarse a la boca algún objeto recientemente descubierto, o al niño en edad pre – escolar haciendo sus primeros trazos, o bien al adolescente rebelde y lleno de dudas, difícilmente nos detenemos a pensar en el enorme esfuerzo que ese ser humano está realizando hasta convertirse en una persona adulta; porque en realidad son muchas las influencias internas y externas, con frecuencia contradictorias, a las que está expuesto y entre todas ellas tiene que elegir y construir su propio futuro. Detrás de las actividades más simples el sujeto está cada día creando, construyéndose a sí mismo.

“El desarrollo es el proceso dinámico, que experimenta un organismo, que cambia con el tiempo hasta alcanzar un estado de equilibrio” (Delval, 1995), y el desarrollo de la psique humana tiene que considerarse como un aspecto más de la evolución con funciones igualmente adaptativas. Son muchas las perspectivas teóricas desde las cuales se ha estudiado el desarrollo humano y cada una de ellas, desde su posición muy particular, establece explicaciones de cómo se produce el desarrollo, cual es su

naturaleza, que factores lo facilitan o lo dificultan, cual es la importancia de las influencias biológicas y ambientales, que aspectos son los más importantes para su estudio, con que metodología y que unidades de conducta son a las que hay que enfocar la atención.

A este respecto, el propósito de este apartado es conocer la forma en la cual dos estudiosos del comportamiento humano, Allport y Erickson, conceptualizan a la personalidad adulta, ya que es a personas maduras a quienes contempla este trabajo de investigación.

Allport maneja una orientación humanista hacia la conducta y aboga por la importancia y calidad del estudio individual, hace énfasis en que el hombre no es una criatura del pasado sino del presente cuyo actuar está marcado por motivos conscientes. Afirma que “para cada persona sólo hay un curso ininterrumpido, consecutivo, de vida” (Allport, 1961).

Es el creador de la teoría de los rasgos, también llamada psicología de los rasgos, en la que postula que éstos son la parte más importante de la construcción motivacional.

Define a la personalidad como “la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo, que determinan su ajuste único al medio” (Allport, op. cit.)

La personalidad establece relaciones entre lo individual y lo social. Además del carácter y el temperamento, el componente más importante de la estructura de la personalidad es el rasgo, entendido como una tendencia o predisposición para responder, "es el sistema neuropsíquico (peculiar del individuo) generalizado y localizado con la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas equivalentes de conducta expresiva y adaptativa" (Allport, op cit)

Distingue tres tipos de rasgos: cardinales.- son tan dominantes, que influyen abiertamente en los atributos y conductas de una persona, lo hacen fácilmente identificable; centrales.- representan un conjunto de tendencias características que empleamos para describir una forma de ser (cinco o diez son suficientes para ello); secundarios.- son aquéllos que se manifiestan esporádicamente ante determinadas situaciones solamente.

No obstante, esta clasificación global, para este autor todos los rasgos son individuales, únicos y aplicables a un sólo individuo y sólo se conocen en función de cierta consistencia en la forma como se comporta una persona.

Por su parte, Erickson, desarrolló una teoría psicosocial de la personalidad, en la que dividió el ciclo vital del ser humano en ocho

etapas, que para él son el resultado del principio epigenético, el cual explica que el curso del desarrollo está programado genéticamente y que el despliegue maduracional sigue una secuencia con un patrón definido; y aunque el diseño genético dirige al individuo en desarrollo, dicho desarrollo se da en un ambiente cultural pre-existente, el cual también posee una estructura dinámica y donde el apoyo sociocultural es el nutriente básico (Dicaprio, 1989).

Cada individuo debe aprender el bagaje de su cultura a través de ritualizaciones: patrones repetitivos de conducta, característicos de una sociedad en particular.

Para Erickson se repiten los mismos problemas a través de toda la vida y cuando habla de crisis se refiere a un punto de evolución o perspectiva de cambio en la vida de una persona, cuando un problema debe ser enfrentado y dominado. La resolución de los conflictos posibilita el desarrollo normal; el fracaso en este aspecto impide el avance en etapas posteriores (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

Hasta aquí, existe cierta similitud con Allport, quien postula que la persona no es innata; se desarrolla con el tiempo. El sentido del cuerpo, el sentido de identidad y la apreciación propia es todo lo que tiene un niño de tres años; las otras funciones se desarrollarán

más tarde cuando la consciencia del yo desempeña un papel primario en la organización jerárquica de la personalidad.

El ambiente preescolar promueve el surgimiento de los ajustes iniciales y básicos, que originan hábitos que perduran toda la vida.

El ingreso a la escuela coloca al niño en situaciones nuevas y críticas, donde debe adaptarse a gente ajena a su familia.

Al llegar a la adolescencia se forma la pandilla en la que el problema será obtener un status propio, a la par de satisfacer las necesidades biológicas y sociales. Posteriormente sobreviene el abandono de la familia de origen, que puede ser temporal o permanente, con las consiguientes experiencias intelectuales, emocionales y sociales que generan la elección de carrera, la entrada al mundo laboral, la fundación de una familia propia; cuyo efecto será profundo sobre la personalidad en maduración.

De acuerdo con este investigador son tres las características indispensables de una personalidad madura.

Primeramente, la extensión del yo, fenómeno que consiste en que a partir de intereses autónomos, la persona desarrollada participe con vigor en empresas que requieran la capacidad de olvidarse de sí mismo para alcanzar objetivos socializados ajenos a la vanidad y el egoísmo. Ejemplos de ello son el enamoramiento, los hijos, amigos, problemas políticos, recreaciones, hobbies y lo más sobresaliente,

el trabajo. Lo que uno ama se convierte en parte de uno mismo. Aceptemos que una persona es madura cuando respeta los códigos de la sociedad en la que vive, cumple con sus deberes y actúa de acuerdo a la ley.

La personalidad madura en verdad tiene un ideal del yo, que es el plan inteligente cimentador de objetivos que conducen a una forma creadora de vida; el curso del desarrollo es dirigido por el ideal del yo. La vida se vuelve intolerable para quienes no tiene un objetivo persistente por el cual esforzarse.

En segundo lugar, y complementario al anterior está la auto-objetivación, que supone la capacidad de analizar los propios alcances y limitaciones, para que en función de esta comprensión de sí mismo pueda establecer objetivos reales en el presente. Es necesario contar con un elemento, que él llama introvisión, esto es, el conocimiento de sí mismo, o bien, estar más allá del autoengaño. La introvisión sirve para aprender de las experiencias pasadas a fin de evitar repetir las por ignorancia o desconocimiento. Así tenemos que para cualquier cambio básico, la introvisión deberá complementarse con un vigoroso plan para el futuro y una motivación efectiva. Quienes poseen esta cualidad no usan la proyección y se sabe que son más inteligentes que la gente promedio. Su correlato más notable es el sentido del humor,

"definido por el novelista Meredith como la capacidad de reírse de las cosas que uno ama y seguir amándolas"(Allport, op cit), se necesita inteligencia para verse a sí mismo en perspectiva y divertirse.

Un tercer aspecto es la filosofía unificadora de la vida, es un factor integrador de acuerdo al cual se actúa y medita, se vive y se ríe.

La religión es la más abarcadora de todas las filosofías de vida, ya que es la búsqueda de un valor subyacente a todas las cosas.

La psicología reconoce la función integradora de la personalidad, que desempeña la religión, porque la posesión de una teoría de la vida totalmente abarcadora favorece la salud mental.

Existen otras filosofías menos unificadoras, pero no por ello menos válidas: la estética, la teórica, la económica, la política y la social. La función de todas ellas es principalmente conferir unidad a la personalidad madura.

Igual que Erickson, Allport llegó a la conclusión de que durante la madurez el sujeto se enfrenta a determinadas tareas que debe cumplir para conseguir un correcto desarrollo de su personalidad.

Es el momento en que los adultos intentan encontrar cierto sentido a sus propias vidas.

Asimismo llama nuestra atención para recordar las restricciones del desarrollo de la personalidad que resultan de la baja inteligencia, la

emoción incontrolada, el infantilismo, la regresión, la disociación, los estereotipos, el autismo, la sugestibilidad y muchas otras condiciones humanas causantes de deficiencias e interrupciones del desarrollo.

En este sentido, la aportación de Erickson, en términos de este trabajo, tiene que ver con la séptima etapa llamada por el mismo generatividad contra estancamiento, donde hace alusión al estado adulto medio, que abarcaría de los 25 a los 60 años de edad. Afirma que un ser humano maduro "necesita sentirse necesitado y la madurez necesita la guía de aquello que ha producido y que debe cuidar" (Erickson, 1978).

"La generatividad es la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación, constituye una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y psicosocial" (Erickson, op cit).

Cuando falta este enriquecimiento tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudo intimidad, con frecuencia acompañada de un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal. Los individuos se tratan a sí mismos como si fueran su propio y único hijo, y cuando se presenta algún padecimiento físico o psicológico, éste se convierte en su principal punto de preocupación.

Sin embargo, el sólo hecho de tener hijos o desear tenerlos es insuficiente para alcanzar la generatividad, ya que se requiere de dos virtudes muy importantes para ello: producción (trabajar creativa y productivamente) y afecto (trabajar para el beneficio de otros) (Erickson, op cit).

De hecho parece que algunos sujetos jóvenes sufren a causa de la demora con la que aparece la capacidad para desarrollar esta etapa. Esto se debe a un "excesivo auto amor basado en una personalidad laboriosamente auto fabricada" y finalmente en la falta de alguna fe, de una creencia en la especie.

Cabe hacer notar, que las teorías de estos autores sirven para describir, explicar y predecir el comportamiento maduro y la complementariedad de ambas brinda un marco sólido para conocer la estructura y funcionalidad de la personalidad adulta.

CAPITULO III

EL PROCESO DEL CLIMATERIO

La menstruación es una parte muy importante en la vida de la mujer porque influye en su salud de múltiples maneras, y es, en sí misma, un indicador de la condición general del organismo femenino. Así, tenemos que el funcionamiento de los patrones de sangrado menstrual puede reflejar un trastorno de las funciones ováricas, por ejemplo, falta de ovulación, principal causa de la esterilidad femenina; también los niveles hormonales co-determinan el riesgo de enfermedades crónicas tales como la osteoporosis, el cáncer cervico uterino y mamario y posiblemente padecimientos cardiovasculares. Además, aunque la investigación es escasa el ciclo menstrual parece modular varios aspectos de la función fisiológica normal de la mujer tan diversos como el consumo de calorías, o bien, las cuestiones inmunológicas, aspectos en los que se han observado fluctuaciones sistemáticas según la fase del ciclo (The population council, 1996).

La experiencia del climaterio necesita de un estudio transdisciplinario, que contemple aspectos socioculturales, médicos y psicológicos, la siguiente descripción busca abarcarlos.

A) ASPECTOS BIOLÓGICOS.

El esquema de un ciclo menstrual de 28 días, corresponde a un modelo teórico explicativo; en realidad, la mayoría de las mujeres tienen numerosos cambios en los patrones del ciclo menstrual a lo largo de su vida reproductiva. Pero se sabe que las variaciones más grandes se presentan alrededor de la menarquia o primera menstruación y poco antes de la menopausia o última menstruación, la cual sucede dentro del climaterio "época de la vida entre la madurez y la senectud, determinada en la mujer por la declinación de la función ovárica, lo que señala el fin de la etapa reproductiva" (Robles, 1998) La palabra que se deriva del griego klimaktikos, se refiere a los peldaños de una escalera, sugiriendo un ascenso a una etapa diferente de la vida. De acuerdo con el Congreso de la International Menopausal Society, realizado en Tokio Japón en 1999, se divide para su estudio en perimenopausia: periodo inmediatamente previo a la menopausia, que abarca 1 ó 2 años antes de la suspensión total de la menstruación y que hace evidente la transición principalmente por las alteraciones del ciclo menstrual; la menopausia propiamente dicha y la posmenopausia que inicia con la última menstruación y termina a los 65 años, edad después de la cual se habla de senectud (Santoyo, H. S. Comunicación personal, abril, 2000).

Como en el caso de la dismenorrea (menstruación dolorosa) y el síndrome de tensión premenstrual (Iglesias, 1987), la severidad de los síntomas de la menopausia es muy variable de una mujer a otra. Algunas apenas son conscientes de su menopausia, mientras que otras pueden sentirse incapacitadas por las alteraciones emocionales y manifestaciones físicas, esta variabilidad se debe a que existe una íntima asociación entre los fenómenos somáticos y los de carácter psicológico.

Como se mencionó anteriormente, estos cambios incluyen la irregularidad creciente de los períodos menstruales, que al principio se acortan unos cuantos días y más tarde se alargan. Para ampliar este panorama, se revisará brevemente la fisiología del ciclo menstrual: la secreción de estrógeno es gobernada por un mecanismo de retroinformación que opera a lo largo del eje ovárico – hipofisario – hipotalámico. El hipotálamo produce la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que estimula la hipófisis anterior, la cual secreta hormona foliculo estimulante (HFE) induciendo el aislamiento y la maduración de un folículo ovárico dominante que comienza a secretar cantidades crecientes de estrógeno, a medida que esto sucede disminuyen las concentraciones de HFE y los demás folículos se vuelven atrésicos. La abundancia de estrógeno desencadena un aumento de

hormona luteinizante (HL), lo que causa la ovulación, el ciclo entra entonces en la fase lútea, al formarse el cuerpo amarillo a partir de las células foliculares. Esta estructura, además de producir estrógenos secreta grandes cantidades de progesterona. Si no ocurre la fertilización, el cuerpo lúteo se degenera y la producción hormonal se reduce rápidamente durante el curso de unos pocos días, después de lo cual ocurre la menstruación.

La inhibina es una hormona glucoproteica producida por las células granulosas del ovario, que regula las concentraciones de HFE y puede causar otros efectos locales directamente dentro del ovario. A medida que la competencia folicular empieza a declinar, tal vez ya a la edad de 35, pero definitivamente después de los 40 años, las concentraciones de inhibina bajan. Esta reducción se acelera a lo largo de la perimenopausia y parece ser la causa de las concentraciones crecientes de HFE, que se pueden observar durante esta etapa. Una explicación para la irregularidad de los períodos menstruales conforme avanza la edad es que los folículos que respondían mejor a las gonadotropinas ya han sido utilizados. Los folículos restantes producen cantidades insuficientes de estrógeno y no alcanzan a proporcionar la retroalimentación necesaria al sistema hipofisario – hipotalámico y en un esfuerzo

vano para lograr la maduración folicular, la hipófisis secreta grandes cantidades de HFE.

Algunos períodos pueden desaparecer totalmente durante meses (amenorrea), o bien, pueden ocurrir ciclos anovulatorios imprevisibles que disminuyen y modifican la fertilidad, caracterizados por sangrados abundantes.

No obstante, el último ciclo menstrual puede ser perfectamente normal y ovulatorio, es decir, con posibilidades de un embarazo, así que las mujeres con vida sexual activa deben continuar el uso de métodos anticonceptivos hasta tener la plena seguridad de que ya no pueden quedar embarazadas.

Los bochornos son los síntomas vasomotores más frecuentes, en las culturas occidentales, tres tercios de las mujeres presentan ruborización y sudoraciones súbitas cuya intensidad y frecuencia son mayores por la noche, pueden persistir entre varios meses y algunos años. Aunque la severidad y frecuencia son individualmente variables entre pacientes, en algunos casos afectan por ser física y emocionalmente agotadores ya que interfieren seriamente con el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales. Al parecer son más frecuentes en mujeres delgadas porque su producción periférica de estrógenos en tejido adiposo es menor. Los síntomas vasomotores de la menopausia parecen deberse a una

disfunción del centro termorregulador cerebral situado en el hipotálamo, los cambios fisiológicos que acompañan a esta disfunción térmica central incluyen vasodilatación periférica cutánea, reducción de la temperatura corporal basal, aumento del pulso y sudoración; sin cambios en la presión arterial ni en el ritmo cardíaco (Wyeth – Ayerst Inc)., op cit).

La dispareunia o dolor durante el coito vaginal, se asocia con la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales, lo que aminora la expansión de este órgano durante la excitación sexual. Además, la lubricación vaginal se reduce un tanto, esta merma es resultado directo de la disminución de irrigación sanguínea pélvica, causada a su vez por el deterioro de la producción de estrógenos. Asimismo, la vulva y los senos tienen un ligero encogimiento, la pared vaginal se vuelve fina y desaparecen los pliegues rugosos, lo cual la hace más lábil. Estos cambios atróficos pueden manifestarse al cabo de varios años después de la menopausia.

Muchos de los tejidos que forman el sistema urinario femenino son sensibles a los efectos de las hormonas sexuales, el control urinario depende de la capacidad de mantener un cierre uretral adecuado y aunque la incontinencia urinaria puede tener una etiología compleja, con la edad la uretra puede acortarse y atrofiarse; el colágeno

depende del estrógeno y contribuye a sostener la vejiga, su deficiencia en esta etapa de la vida provoca la incontinencia urinaria de esfuerzo. Es esencial establecer un diagnóstico preciso ya que el tratamiento varía según la causa de la incontinencia.

El colágeno cutáneo es el mayor componente de la epidermis y es el principal responsable de la elasticidad de la piel, el contenido cutáneo de colágeno y el grosor de la piel disminuyen proporcionalmente con el tiempo transcurrido después de la menopausia, sobretodo en los primeros cinco años después del arribo de ésta.

Aproximadamente un 95% de los minerales esqueléticos se encuentran presentes al llegar a los dieciocho años y la masa ósea máxima se logra alrededor de los treinta años, cuando la acumulación de los minerales esqueléticos termina. La remodelación ósea es el proceso mediante el cual el hueso viejo es reemplazado por hueso nuevo como una forma de mantenimiento preventivo; los osteoclastos son macrófagos que reabsorben la matriz orgánica y los minerales del hueso viejo. A su vez, los osteoblastos secretan osteoide y colágeno par formar hueso nuevo. En la homeostasis ideal, la cantidad de hueso nuevo sintetizado sería exactamente igual a la cantidad de hueso viejo reabsorbido.

El primer efecto del retiro de estrógeno sobre el esqueleto es un aumento de la actividad osteoclástica y un aumento consiguiente en la reabsorción del hueso. Aunque la actividad osteoblástica aumenta hay un desequilibrio entre los dos procesos que resulta en una pérdida neta de hueso (Wyeth – Ayerst Inc., op cit). La osteoporosis se refiere a la enfermedad final caracterizada por una reducción de la masa ósea, deterioro de la micro arquitectura de los huesos, lo que los hace más frágiles y propensos a fracturas. En algunos casos el dolor de espalda y deformaciones en los huesos dorsales sugieren su presencia (Robles, op. cit).

Durante el período premenopáusico comienza a aumentar el riesgo de cardiopatía en la mujer, los estudios realizados en animales y humanos han demostrado que los esteroides ováricos ejercen efectos en la dinámica sanguínea que pueden ser explicados por la presencia de receptores de estrógeno y progesterona en el corazón y las paredes de los vasos sanguíneos (Wyeth – Ayerst Inc., op cit). La mujer está protegida naturalmente contra los infartos hasta antes de los 50 años, después de esta edad la probabilidad de enfermedad cardiovascular aumenta y en la actualidad ésta es una de las primeras causas de muerte entre la población femenina.

A pesar de toda esta explicación médica, que postula la deficiente producción de estrógenos, como factor condicionante de

modificaciones funcionales y metabólicas, es necesario mencionar que recientemente se “informa que la etiología de estos síntomas también se encuentra asociada a factores de tipo afectivo, particularmente respecto a la calificación que se hacen de éstos” (Morales, Díaz y Aldana, 1995, op cit).

B) ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES

Aunque los cambios endocrinos y somáticos que ocurren en el organismo durante el climaterio se han descrito bastante bien, es necesario revisar las cuestiones psicológicas y sociales que matizan este fenómeno para comprender el significado humano, que tiene para la mujer este momento de la vida.

“La sociedad establece distinciones y prescribe roles para hombres y mujeres, quiénes por su necesidad de pertenencia y aceptación, asumen y hacen suyas ciertas normas de comportamiento, aún sin darse cabalmente cuenta de ello. Lo anterior denota la gran maleabilidad de la conducta humana, que responde ante un mismo fenómeno en formas contrastantes de acuerdo a las condiciones culturales vigentes en cada grupo” (Casamadrid, 1998).

Los ciclos de la vida humana están marcados por ciertos acontecimientos biológicos, cargados de significados psicológicos y sociales. Este es el caso del climaterio, “algunas civilizaciones

“Para la mujer griega menstruar es signo de buena salud porque piensan que el flujo menstrual es sangre enferma cuyo desecho sirve para limpiar el cuerpo, y a pesar de que la vejez en Grecia es respetada, esta situación no les brinda beneficio alguno, tienden a vestirse de colores grises y oscuros. Las premenopáusicas manifiestan ansiedad y actitudes negativas hacia los bochornos. La autora considera al climaterio como una experiencia biocultural” Casamadrid, (1986), encontró que en la ciudad de México, en más del 70 % de las mujeres entrevistadas, el climaterio despierta ideas y sentimientos desfavorables de diversa intensidad, en contraposición con el sentimiento positivo producido por el concepto maternidad. Concluye que las mujeres que tienen una postura favorable hacia él, tienden a padecer menos síntomas, que las que adoptan una actitud desfavorable.

Esta predisposición negativa se explica entre otras cosas por el excesivo culto a la juventud y al vigor físico, donde la mujer es valorada por su capacidad de procreación y crianza de los hijos (Fuchs, 1982).

La mujer climatérica se ve marginada laboralmente, porque en sociedades como la nuestra se desconocen y menosprecian las cualidades que se adquieren con la madurez y la experiencia.

La palabra menopausia tiene una connotación peyorativa y devaluatoria, referida como sinónimo de adjetivos despectivos tales como vieja, malhumorada, enferma, trastornada, etc.(Casamadrid, 1998, op cit).

Todo lo anterior promueve la aparición de cuadros sintomáticos y psicopatológicos, o al menos, limita la posibilidad de vivir el climaterio como una etapa normal de la vida acompañada del desarrollo y crecimiento personales.

Respecto a los aspectos familiares, con frecuencia esta época de la vida coincide con el crecimiento y despegue de los hijos, que ya no necesitan de los cuidados maternos y manifiestan sus propias ideas del mundo, a veces totalmente opuestas a las de los padres. En el ámbito de la pareja los estilos de interacción se modifican porque a esta edad el hombre adquiere un grado de madurez física, laboral y económica que a menudo lo aleja demasiado del hogar (Estrada, 1990). "Esto pone en riesgo la estabilidad y equilibrio logrado como familia, el más alto índice de divorcios se observa en este momento. Los hijos suelen encontrarse en la situación de tomar decisiones tales como la elección de carrera y de pareja; en esta época los hijos se independizan o se casan. Aunque algunas se ven profundamente afectadas porque los hijos se van del hogar, otras ven en ello la ventaja de la libertad, el alivio de no tener que cuidar

a sus hijos y efectivamente, ya no tienen que desempeñar las funciones inherentes al papel social de la maternidad y se encuentran, de pronto, ante el cuestionamiento y la responsabilidad de hacerse cargo de su propia vida y elegir el rumbo que va a tomar, pensando exclusivamente en función de sí misma y de su pareja” (Casamadrid, 1998, op cit).

Con respecto a las amistades, la mayoría de las mujeres concentradas durante años en su familia o también en el trabajo, han descuidado esta parte importante de sus relaciones, lo cual disminuye la red psicosocial de soporte que todos necesitan.

Este cuadro puede provocar una disminución de la autoestima de la mujer hasta transformarse en una depresión.

“La pareja marital vuelve a quedarse sola, como al principio, lo que puede provocar o acentuar cierto desequilibrio en la relación. Es el momento de hacer una revaloración, propiciar el reencuentro y hacer ajustes en la expresión de afectos y la vida sexual.

La climatérica soltera tiene la tarea de reflexionar y replantear los objetivos a lograr en el resto de su vida, bajo un criterio de realidad. Existe preocupación por el futuro y una toma de consciencia de lo inevitable e irrecuperable que es el paso del tiempo, lo cual puede causar irritabilidad, preocupación y/o depresión. Además, se añade la vejez de los propios padres y es común asignarle a la mujer la

responsabilidad de atenderlos y cuidarlos. Cuando este apoyo representa una sobrecarga emocional o económica para la mujer, surgen trastornos depresivos. Esta puede ser una época de tensión psicosocial significativa, que comprende cambios en los papeles desempeñados por la mujer, pérdida de seres queridos por fallecimiento o divorcio” (Casamadrid, 1998, op. cit).

Como se puede ver, la crisis no es sólo de ella, sino de cada uno de los miembros que integran el sistema familiar, pero es a la mujer a quien la sociedad y la familia señalan como la enferma física y emocional y hasta causante del caos general.

“La mujer tiene que realizar ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional y la manera como enfrente estas circunstancias dependerán de su estructura psicológica, de la significación que haga de la femineidad y la sexualidad, de la vivencia de su vida reproductiva y de la calidad de sus relaciones interpersonales”(Casamadrid, op cit).

En la tesis de Casamadrid (1986) se cita la afirmación de Deutsch al respecto de que la mujer tiene un brote de actividad, semejante al de la prepubertad, donde las fuerzas del yo se dinamizan para lograr un mejor ajuste a la realidad y esta energía se puede manifestar como un fuerte impulso por la maternidad, deseo de tener ocupaciones fuera de casa o comprometerse en la realización

de alguna actividad creativa como una manera de reafirmar su identidad.

La mujer que basa su seguridad en su aspecto físico y apariencia juvenil, sentirá inseguridad y devaluación al ver el envejecimiento inminente; la intensidad de sus reacciones es variable y va de niveles normales hasta patológicos, lo cual depende de la personalidad de cada mujer.

Si en etapas anteriores como la adolescencia o la maternidad ha presentado desajustes emocionales, cabe considerar la psicoterapia como medida preventiva en el climaterio.

Otros factores relacionados, son los problemas que involucra la sexualidad por una modificación de la libido, lo que provoca conflictos personales y aunque en algunos casos se mantiene la sensación de placer, con frecuencia se considera anormal el deseo sexual a esta edad, creencia proveniente tanto de la historia de vida sexual de la pareja, como de los valores culturales.

Todo proceso de cambio es difícil, y el climaterio no es la excepción porque implica transformaciones, abandonos, pérdidas, duelos, pero también ofrece la posibilidad de desarrollar una perspectiva diferente ante la vida y es importante saber, que desde la infancia hasta la vejez, la tarea de crecer como ser humano nunca termina.

La calidad de vida que la mujer tenga en la vejez dependerá del reconocimiento que la mujer haga de sí misma porque esto le dará los elementos esenciales para encontrar los factores que la están afectando, el significado que ella le está dando, así como para elaborar estrategias que le permitan afrontar estas situaciones.

CAPITULO IV

FACTORES DE RIESGO

Salud y enfermedad son los dos extremos de un proceso dinámico, social, multicausal, y por lo tanto, continuo. Es debido a esta variabilidad que la salud debe ser constantemente cultivada y protegida. De acuerdo con San Martín (1981), "la salud es un estado de equilibrio entre los medios interno y externo del individuo; estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre las personas y las diferencias en sus condiciones de vida". Dicho así, es posible afirmar que existen factores adversos o favorables, tanto individuales como ambientales, que hacen la diferencia entre un estado de equilibrio y un estado patológico, estos son los llamados factores de riesgo entendidos como aquellos elementos o fuerzas nocivas que ponen en peligro el adecuado desarrollo del ser humano. Es la capacidad de control ejercida sobre los factores de riesgo lo que le permite al hombre un mayor o menor acceso a la salud (Material didáctico del seminario de actualización de psicología clínica de la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM; programa de titulación por medio de tesina y examen global de conocimientos).

En esta forma la enfermedad podría definirse como "un desequilibrio bioecológico o como una falla de los mecanismos de

adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que se está expuesto”...(San Martín, 1981 op cit).

Aunque el climaterio no es una enfermedad, sino una transición fisiológica experimentada por todas las mujeres como consecuencia natural del proceso de evolución inevitable, la modificación del funcionamiento hormonal puede aumentar el riesgo de problemas de salud relacionados con la edad, y si a ese estado de mujer disminuye en calidad y/o duración.

Una descripción de los factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales, que interfieren con el proceso natural del climaterio, facilitará la comprensión de lo expuesto anteriormente.

A) FACTORES FISICOS

Durante el período premenopáusico, cuando las concentraciones de estrógeno comienzan a declinar, el riesgo cardiovascular tiende a aumentar en la mujer (Suárez, 1998). Los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de problemas cardíacos tienen que ver, entre otras causas, con las alteraciones en el metabolismo de los lípidos. Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) transportan el colesterol hacia la circulación y se consideran aterogénicas porque depositan el colesterol en las paredes de las arterias. Las

lipoproteínas de alta densidad (HDL) cuyas concentraciones son más bajas, se encargan de llevar de regreso el colesterol de la circulación hacia el hígado y se les ha demostrado un efecto cardioprotector. El 75% del colesterol se produce en el hígado y sólo un 25% proviene de la alimentación (Tórtora y Anagnostakos, 1989 op cit).

El estrógeno más potente es el estradiol, cuyo efecto más importante es disminuir la producción de lipasa hepática, sustancia que destruye las HDL. Al disminuir la lipasa hepática también se frena la destrucción de HDL (colesterol "bueno") en sangre, con lo que aumenta el efecto cardioprotector. Además, el estradiol aumenta la producción de receptores para las LDL (colesterol "malo"), que son retiradas de la circulación periférica.

Cuando disminuye el estradiol aumentan las LDL circulantes y, por lo tanto, se incrementa el riesgo cardiovascular. Los estrógenos controlan el tono vascular y retardan el desarrollo de placas ateromatosas, de esta forma reducen la posibilidad de un trombo oclusivo.

En México, la edad de la menopausia se ha estimado en un promedio de 48.5 años (García, Nava y Malacara, 1987), este dato es importante para vigilar los riesgos asociados con el inicio temprano de la misma; estudios documentados afirman que el

tabaquismo precipita el fenómeno hasta en 2 años (Alvarado, Rivera, Ruiz, Flores, Malacara y Forsbach, 1985). Se ha comprobado que el tabaquismo acelera el metabolismo hepático de los estrógenos y también parece reducir la biodisponibilidad del estrógeno, dicha hormona se ha encontrado abundantemente en la orina de las fumadoras; además, este hábito favorece la pérdida ósea.

Las mujeres que han sufrido la extirpación de ovarios (ooforectomía) y/o del útero (histerectomía) tienen mayor riesgo que las premenopáusicas de edad similar (Malacara, 1998), lo mismo sucede con aquéllas que presentan menopausia precoz (antes de los 40 años) debido generalmente a defectos cromosómicos; incluso los bochornos suelen ser más intensos.

El sobrepeso y la obesidad representan un serio problema de salud; las mujeres tienen alrededor de un 50% más de sobrepeso y obesidad que los hombres, la prevalencia en el grupo de 35 a 44 años es de 55% y en el intervalo de 54 a 64 años es de 63.3% (Avila, 1999), lo cual indica que el riesgo de desarrollar obesidad es mayor conforme la edad aumenta; esto se debe a que con el envejecimiento el metabolismo se vuelve más lento, lo que se agrega a los malos hábitos alimenticios y a la falta de actividad física.

Es necesario considerar que estos problemas de nutrición condicionan la aparición de enfermedades crónico degenerativas del tipo de la hipertensión arterial (HTA). En León Guanajuato y el Distrito Federal, se encontró que la frecuencia de HTA aumenta en mujeres mayores de 45 años comparativamente con los hombres de la misma edad (Carranza, 1998 op cit).

Al igual que la HTA, la diabetes mellitus (DM) son factores de riesgo cardiovascular importante. Con respecto a esta última, en México se observa que las mujeres de niveles socioeconómicos medio y bajo, tienden a padecerla en mayor grado que los hombres conforme aumenta la edad; ya que entre los 35 y 44 años la frecuencia de DM fue de 5 a 6% para ambos sexos y entre los 45 y 54 años aumentó en 10% para los varones y 17% para las mujeres (Carranza, 1998 op cit). Como dato adicional, en un estudio realizado por Malacara, Huerta, Rivera, Esparza y Fajardo, en 1998, con 2 grupos uno de pacientes climatéricas sanas y otro de pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, se informó de altos índices de depresión para el segundo grupo.

Otro punto importante es la osteoporosis, problema epidemiológico relacionado con la declinación estrogénica, su importancia radica en las tasas de morbilidad y mortalidad causada por fracturas de diversos tipos, aunque en México estos índices aún son bajos, para

esta situación existen factores raciales y genéticos condicionantes, entre los que se cuentan: ser de raza blanca, la baja estatura, la complexión delgada, ser mujer, la edad mayor de 40 años, la pérdida de estrógenos por menopausia inducida a través de cirugía bilateral de ovarios principalmente.

Sin embargo, hay circunstancias que son ambientales, por ejemplo el consumo de bebidas con cafeína inhibe la absorción e incrementa la excreción urinaria de calcio, la desnutrición y el sedentarismo crónicos afectan la formación de masa ósea, la deficiencia de vitamina K incrementa el riesgo de fractura al igual que las dietas ricas en sodio y/o flúor (Casanueva, 1999). Una sexta parte de las latinoamericanas padecen anemia nutricional como resultado de la mala alimentación. Al llegar a la mediana edad, su salud habrá sido afectada por el número de hijos, número de embarazos y su espaciamiento, la edad al último de ellos, el número de abortos en condiciones precarias (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Además la ingesta abundante de alcohol inhibe la formación de hueso nuevo (Wyeth-Ayerst International, 1996). Curiosamente la obesidad protege contra la osteoporosis debido a la acumulación de estrógenos en el tejido adiposo, en especial cuando la mujer ha tenido esta complexión desde la niñez.

En el caso de las deportistas sometidas a intensos ritmos de ejercicio físico se ha observado la interrupción de la menstruación (amenorrea) y si ésta es mayor de 6 meses altera el funcionamiento y la producción estrogénica, lo que incide directamente en una pérdida considerable de hueso.

Finalmente, la incidencia de muchos tipos de cánceres también tiende a aumentar y entre los más comunes en la mujer están el cáncer mamario y cervico uterino invasor, (Verduzco, Palet, Aguirre y González, 1997).

Los sangrados irregulares propios del climaterio pueden ser confundidos con los síntomas de esta patología, por lo que se hace indispensable el diagnóstico diferencial.

B) FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental o psicológica es el estado de completo bienestar psicológico, entendido como el juicio de satisfacción con los logros obtenidos hasta el momento respecto a las áreas laboral, afectiva – sexual y bienestar económico, con preponderancia de estados de ánimo positivos sobre los negativos (Sánchez, 1996).

En la sociedad actual, donde la actividad, la eficiencia y la apariencia física se han vuelto valores fundamentales, es más probable que la llegada del climaterio se interprete como una pérdida. Sin embargo, mucho depende también de la mujer en cuestión, de sus antecedentes en cuanto a salud física y mental, así como de los logros personales con los que se enfrenta en esta etapa: pareja, hijos, trabajo, situación económica y social, etc., por ello es muy importante realizar una valoración amplia y cuidadosa de las mujeres que solicitan ayuda por cursar con alguna (s) de las siguientes situaciones.

Durante la perimenopausia, aproximadamente 5 años antes de la suspensión definitiva de la menstruación, aumentan significativamente los síntomas de tipo físico y psicológico en diversas poblaciones (Sanchez op cit;). Usualmente, estos síntomas no ponen en peligro la vida y por ello suelen ser mal entendidos por la familia y deficientemente atendidos por el médico; de hecho son escasos los recursos para el tratamiento de afecciones simples como las relacionadas con la menopausia, mismas que ocupan un bajo orden de prioridad (Organización Mundial de la Salud, 1996 op cit). En un estudio realizado por Pedrón, González y Muñoz (1996), se valoraron los conocimientos, la actitud y la práctica de 520 médicos del primer nivel de atención, en el Instituto Mexicano del

Seguro Social ante el climaterio. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento fue bueno en 5.4%, regular en 78.9% y no aceptable en 15.7%. La actitud fue buena en 33%, regular en 44.2% y no aceptable en 22.1%. La práctica fue de 5.4%, 63% y 31.6% respectivamente; estos hallazgos llaman la atención gravemente porque muestran que un porcentaje elevado de médicos ignora las formas de tratamiento y de orientación para estas pacientes, lo cual impide la detección oportuna y prevención de complicaciones. Se destaca el hecho de que la experiencia del climaterio es insuficientemente conocida por el personal de salud e incluso por las mujeres; el bajo nivel de información constituye un riesgo por sí sólo.

Ya se ha dicho que la mayoría de los síntomas dependen de factores biológicos y psicológicos, así como del marco cultural en que se desenvuelve la persona; "sociedades en las que existe una valoración negativa e incluso un estigma social asociado a la mujer menopáusica como símbolo de decrepitud y decadencia, promoverán un desequilibrio psicosocial y biológico que favorece la enfermedad. Situaciones como esta ocurren en sociedades como la nuestra, que brinda una gran consideración al papel de la mujer como eje de la reproducción y la crianza de los hijos" (Casamadrid, 1986 op cit).

Para Sánchez (1996), la menopausia no es lo más preocupante para la mujer sino los problemas sociales y personales que coinciden en el tiempo, a saber, el estrés psicosocial generado por el cambio de roles sociales como convertirse en abuela, cuidadores de los padres o de un esposo enfermo. Con respecto a los amigos, es común encontrar que muchas mujeres concentradas durante años en su familia, y en ocasiones también en el trabajo, han descuidado esta parte de sus propias relaciones, con lo cual tienen disminuída la red psicosocial de soporte que todas las personas necesitan.

Si la mujer en cuestión tiene carencias en los recursos ambientales (baja escolaridad, ingresos económicos, apoyo psico social, apoyo social institucional) y personales (introversión, inestabilidad emocional, neurosis, baja autoestima), será más proclive a desarrollar síntomas psicológicos como fatiga, estrés, irritabilidad, tristeza, falta de memoria, dificultad para concentrarse, disforia, labilidad emocional, insomnio, ansiedad, insatisfacción, etc. Estas dificultades para adaptarse al cambio pueden exacerbar los síntomas físicos y retroalimentar así la vulnerabilidad psicológica al estrés.

Mujeres que durante el climaterio padecen estados depresivos, muy probablemente han experimentado algún cuadro depresivo en otras

etapas de la vida (Sánchez op cit); mujeres con trastornos graves de la personalidad, tales como trastornos limítrofes, psicosomáticos, hipocondríacos, obsesivos, fóbicos o personalidades narcisistas, que tienen grandes expectativas rígidas y perfeccionistas de ellas mismas y del ambiente, son más vulnerables a caer en estado depresivo.

Otro de los factores más frecuentes que afectan de manera especial la vida personal y la relación de la mujer durante el climaterio es la disminución de la libido, en ambos sexos la testosterona es básica para mantener el deseo sexual, hormona que reduce sus cifras al lentificarse la función ovárica. Se sabe que la baja en las concentraciones de estrógenos circulantes provocan como consecuencia una vaginitis atrófica, que da por resultado falta de lubricación vaginal con la consiguiente dispareunia.

Sin embargo, hay muchos elementos que deben considerarse alrededor de este problema, ya que la sexualidad es una amalgama de factores internos y externos. Un factor básico a tomar en cuenta es la viabilidad de una pareja sexual para la paciente, así como el desempeño sexual de ésta. No es raro que este síntoma coincida con problemas sexuales del varón, sobretodo en cuanto a su potencia, o bien al desapego sexual de la pareja, motivado por una baja en el deseo sexual de él, o por desviar su interés hacia otro

lado. Es sumamente importante valorar la calidad afectiva de la relación, ya que en un vínculo donde predominen las hostilidades y los resentimientos, será difícil mantener una relación sexual satisfactoria (Monroy, 1998). Es muy probable que la falta de lubricación vaginal y la dispareunia, provoquen una confusión respecto a los propios deseos y más bien un rechazo a cualquier actividad sexual, que resulta insatisfactoria y hasta dolorosa (Ojeda, 1995).

La actitud sexual positiva de mujeres con una personalidad balanceada y vida sexual satisfactoria, las hace menos propensas a padecer síntomas psicológicos (Malacara, et al).

En resumen, el choque generacional con los hijos, el temor y rechazo al envejecimiento, la monotonía, fatiga o ausencia de la relación de pareja, las presiones profesionales y económicas, y en general la actitud negativa hacia este período de la vida son factores que abren la posibilidad de instrumentar medidas preventivas, que podrían modificar las expectativas desalentadoras que favorecen la aparición de ciertos síntomas.

La esperanza de vida de la población se ubica hoy en los 75 años de edad (San Martín, 1992), circunstancia que tiene como consecuencia que la tercera parte de la vida de un número considerable de mujeres, transcurra en un estatus

postmenopáusico, con déficit estrogénico prolongado y mayores probabilidades de sufrir enfermedades que provocan incapacidad y muerte a edades avanzadas.

Los profesionales de la salud deben estar preparados para hacer frente a esta realidad.

CAPITULO V

ANTECEDENTES CIENTIFICOS DE LA PSICOLOGIA APLICADA A LA PREVENCIÓN DE SINTOMAS PSICOLÓGICOS EN EL CLIMATERIO.

El área de la salud ha ido reconociendo las ventajas de la presencia del psicólogo dentro de sus filas, debido a que éste colabora con cuestiones tan importantes como la adherencia terapéutica, la aclaración de conflictos que surgen de la relación médico - paciente - institución, así como la ejecución de acciones educativas encaminadas a la detección oportuna y prevención de factores de riesgo para la salud. No obstante, esta relevante labor se soslaya con frecuencia y en el caso del climaterio la situación es más evidente. Las razones de esta desviación, según lo explica el artículo de Speroff (1999), son varias:

El énfasis en la salud materno - infantil, para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad asociados a la reproducción, ha restado atención a las mujeres no embarazadas, especialmente a las adolescentes y mujeres de mayor edad.

El consumo neto de recursos financieros de países subdesarrollados, hacia los países ricos (principalmente por pago de servicio de deuda) es mayor que la suma de dinero invertida en educación y salud. Esta es la patología de la pobreza, la incapacidad para dirigir recursos a la salud y educación de sus habitantes, puntos claves

para el desarrollo de una nación. La misma pobreza condiciona el que las mujeres tengan matrimonios precoces y con ello más hijos, más divorcios y relaciones con hombres mayores, que ejercen un marcado control en la relación de pareja, para finalmente limitar las posibilidades de una mayor educación.

Las labores pesadas, la falta de descanso y las dietas raquíticas son elementos que se suman para minar la salud conforme avanza la edad.

Nuestra sociedad casi ha eliminado la muerte prematura gracias al éxito en combatir las enfermedades infecciosas, así que el rápido crecimiento en la población adulta mayor será un problema social muy importante.

Fries, citado por Speroff, describe 3 etapas en la historia de la salud enfermedad: la primera existió hasta los inicios de 1900 y se caracterizó por enfermedades infecciosas agudas, la segunda etapa está marcada por las enfermedades cardiovasculares y cáncer, misma que sigue vigente y se mezcla con una tercera etapa definida por problemas de discapacidad (pérdida gradual de vista y oído, deterioro de la memoria y funciones cognitivas, decremento en la energía y trastornos inmunológicos). La mayoría de los enfoques médicos actuales todavía se basan en la primera etapa (encontrar

la enfermedad y curarla) lo cual carece de sensatez, pero sobretodo de funcionalidad.

En gran medida la psicología se ha dejado llevar por este esquema, de hecho los pocos artículos encontrados para abordar el tema de este capítulo han sido escritos en su mayoría por enfermeras, médicos y doctores en filosofía, de países desarrollados, en los que existen tanto recursos para el desarrollo de investigaciones como una cultura de prevención.

El principal cometido de esta sección es hacer un análisis de los avances en materia de prevención de síntomas psicológicos asociados al climaterio; para hacer esta revisión en forma sistemática se tomó como base el artículo de Olazábal, García, Montero, García, Sendín y Holgado (1999), en el que se discuten conceptos, aportaciones y críticas a 3 modelos diferentes: el biológico, el psicosocial y el holístico o integral, se iniciará con este último.

El modelo holístico, integral o biopsicosocial descansa sobre una postura filosófica en la que los fenómenos humanos pueden ser considerados desde diferentes perspectivas, muchas de las cuales pueden ser complementarias.

Su fundamento está implícito en la Teoría general de los sistemas de Bertalanffy, la cual intenta comprender el comportamiento de los

sistemas complejos como totalidades que exhiben tipos de conducta que no pueden ser completamente entendidos a través del análisis de sus partes. En este sentido, el individuo es visto como un sistema complejo que surge de la interacción entre 4 subsistemas igualmente complejos: 1) el cuerpo, 2) la vida psicológica, 3) el ambiente ecosocial, 4) el sistema de atención a la salud. Todos son igualmente importantes en el sistema general, dando aumento a la causalidad que no es lineal, sino recíproca y circular.

La experiencia personal del paciente, que integra las alteraciones físicas y psicológicas, incluye sentimientos, actitudes y sensaciones acerca del estado del paciente y el mundo circundante.

El modelo holístico (holos: integro, entero, total) concibe al climaterio como un proceso multifacético y complejo, que responde a la interacción de diferentes factores biopsicosociales dirigidos a varios grados de cambios y adaptaciones. Desde esta perspectiva, la transición del climaterio está relacionada cercanamente al concepto de crisis, cuyo significado semántico real es "momento decisivo en un proceso o asunto" (Larousse, 1994), sea para bien o para mal. Los momentos de crisis pueden ser difíciles, pero también son predecibles y deseables porque contribuyen al crecimiento personal.

La menopausia es una constante biológica para todas las mujeres, pero el climaterio es una experiencia única para cada mujer y aunque en los últimos 15 años se ha incrementado el número de artículos sobre el tema, tal como lo señalan los norteamericanos Gannon y Stevens (1998) en su artículo de investigación documental integrativa, la representación de esta etapa es conflictiva en varios aspectos: a) la información disponible a través de los medios masivos es mínima e insuficiente; b) casi todos los autores la consideran como una experiencia negativa o enfermedad que necesita de tratamiento médico; c) entre los artículos hubo inconsistencia y contradicciones considerables respecto a definiciones y consejería, afirmación que coincide con lo expresado por Speroff op cit.; d) factores como la edad, estrés, estilo de vida, raza, etnia, ejercicio y dieta, frecuentemente se ignoran o minimizan.

En esta misma línea, Mc Allister (1998), hace un llamado de atención para brindar un cuidado integral que incluya una historia clínica completa, un minucioso examen físico, protección apropiada contra factores de riesgo y educación. La ignorancia entre las mujeres, percibida por la experiencia de esta enfermera, subraya la necesidad de establecer programas integrales de protección y

educación para fomentar el autocuidado para una mejor calidad de vida.

Evans (2000) ofrece una guía dirigida a los varones con el objeto de brindar información sobre cada aspecto de la menopausia y climaterio e invita a los hombres a compartir esta experiencia con su pareja, para que a través del conocimiento puedan surgir la comprensión y el apoyo mutuos.

Jones, Keene y Greene (1999) evaluaron los efectos de la aplicación del enfoque holístico, sobre un grupo de mujeres irlandesas, para el manejo de la menopausia en el primer nivel de atención. Describen como realizaron su labor transdisciplinaria en el manejo de grupos de discusión y las herramientas que ofrecieron a las mujeres en riesgo la oportunidad de aprender y actuar sobre sí mismas.

De los artículos citados, sólo este último tiene que ver con la intervención directa, esto es consecuencia de la falta de interés de parte de los mismos servicios de salud y compañías farmacéuticas, lo cual limita la investigación y aplicación de un modelo que permite el equilibrio entre las intervenciones colectivas e individuales, preventivas y curativas (Olazábal y cols. op cit).

Otro esquema es el psicosocial, respaldado por la postura feminista, el cual ve a la menopausia como un fenómeno natural, atribuye los distintos grados de pérdida de la salud, que algunas mujeres

experimentan en este tiempo, a situaciones personales de estrés (pérdida de familiares, problemas maritales, independencia de los hijos, rebeldía de hijos adolescentes, carga y cuidado de padres o familiares enfermos) y / o a problemas culturales negativos (baja autoestima mediada por un contexto, donde la pérdida de valores sociales tales como la belleza, juventud y el final de capacidad la reproductiva relacionada con la sexualidad, actúan como una profecía de autodeclinación), que en especial afecta a mujeres vulnerables (con personalidad premórbida).

Rechaza abiertamente la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) idea fomentada por el temor al cáncer, y asegura que los síntomas forman parte de una construcción social y funcionan como conductas observables o medibles, que reemplazan y ocultan los conflictos de la mujer sobretodo en relación con sus roles y pérdida de derechos; y cuya manifestación explícita es reprimida porque no se piensa que sea de interés social.

La investigación se enfoca a los aspectos sociales, culturales y de comportamiento, como lo demuestran las investigaciones de García, Toronjo, López, Contreras y Toscano (1998) en la que buscan definir el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre la menopausia, con el planteamiento de que a través de la aplicación de un cuestionario, estructurado sobre la base de las

opiniones de 43 expertos, es posible predecir el éxito de la mujer al enfrentar esta fase de la vida.

Las encuestas de Richter- Appelt y Karwen (1999), además del grado de conocimiento, buscaron conocer las expectativas y como éstas son originadas en el aprendizaje vicario que se tuvo de la madre en menopausia y concluyen reafirmando la resistencia para el uso de la TRH. Fox-Young, Sheehan, Cragg, Del Mar y O' Connor (1999) revelan el mismo sesgo en su investigación.

Por su parte, Woods y Mitchell (1999) realizaron una serie de entrevistas para conocer definiciones, expectativas e inquietudes acerca de las experiencias personales de 508 participantes, para concluir que la incertidumbre detectada en este grupo de mujeres, abre una puerta para la educación y orientación anticipatorias.

Las argumentaciones se asientan en el ambiente colectivo, más que en el aprendizaje de actitudes y habilidades que capaciten a la mujer para afrontar estos factores.

El último modelo es el biológico, con un interés centrado en los aspectos somáticos, principalmente los cambios hormonales. Concibe a la menopausia, más o menos explícitamente, como una enfermedad, una endocrinopatía causada por una deficiencia hormonal estrogénica, con diferentes repercusiones en las diferentes mujeres, en la forma de un síndrome con

manifestaciones físicas y psicológicas. La TRH es vista como una panacea, una solución específica (modelo unicausal: una causa = una cura). Este modelo conceptualiza al climaterio como algo negativo alrededor del deterioro, lo cual no coincide con lo que las mismas mujeres piensan; al respecto García, Martínez, Alfaro, Martínez, Huedo y López-Torres (1998) muestran en su estudio semi -experimental, realizado en un Centro de Salud de Albacete, que las 106 mujeres evaluadas presentaron probables desórdenes mentales antes de recibir el tratamiento. Goberna y Tricas (1997) son enfermeras que presentan una serie de medidas preventivas para lograr la salud, porque desde su perspectiva el climaterio es una causa de enfermedad.

Rolnick, Kopher, Jackson, Abott, Fischer y Compo (1999) al igual que Jamal, Ridout, Chase, Fielding, Rubin y Hawker (1999), evaluaron el impacto de la educación para prevenir el riesgo de osteoporosis; estimaron el efecto de sus intervenciones por el uso de medicamentos (TRH, suplementos de calcio y vitamina D) y modificaciones en los hábitos de salud. Asimismo en ambas investigaciones se utilizó la densitometría ósea.

Esta visión unilateral refuerza los estereotipos que consideran a la mujer como un ser inferior al hombre, controlada por su biología en general y su sistema reproductor en particular. Se le critica por ser

un modelo que refuerza intereses disfrazados e ideas creadas y asumidas, que sirven para perpetuar y potenciar situaciones de poder masculino en la política, sociedad, economía, medicina e industria farmacéutica. Las tendencias en la investigación son mediadas por proyectos manejados, en su mayoría, por hombres y se orientan hacia aspectos patológicos, en lugar de aspectos de salud.

Especialmente en México, lo realizado en esta materia por Velasco, Cardona y Navarrete (1998) cae dentro del modelo biológico, ellos laboran en el Instituto Mexicano del Seguro Social y escriben para sus colegas, con el fin de abatir el rezago de información existente, situación que también sucede con Basavilvazo, Pérez y Salazar, cada cual por su cuenta publican artículos dirigidos a médicos en la página de internet de la Asociación Mexicana de Estudios del Clímax. Asimismo, el médico militar Segismundo Rodríguez (Fernández, 1998) lleva a cabo pláticas de divulgación para el público en general y aunque sus contribuciones son indudablemente importantes en el sentido descriptivo, adolecen de una visión psicosocial más integradora.

En el presente se requiere de la combinación de los enfoques biológico, psicológico y social, algunas experiencias en la adopción del modelo holístico han ido creciendo en España, Francia

(proyecto Odisée), Quebec (Canadá), El Reino Unido, San Diego (Estados Unidos) y Australia. Todos estos proyectos han sido evaluados como positivos y a pesar de que su efectividad no ha sido totalmente demostrada por diseños metodológicos, vale la pena optar por esta estrategia, particularmente en países como México, donde la necesidad de brindar atención a bajo costo se puede satisfacer con la colaboración, el trabajo de equipo e integración de los servicios clínicos en el primer nivel de atención.

La menopausia representa una oportunidad que debe ser aprovechada y lo más lógico es que los programas de salud se dirijan a la juventud, ello nos puede hacer sensibles para crear conductas saludables para una vida prolongada, que retarde la aparición de enfermedades tanto como sea posible. En el siglo XXI nuestra atención estará basada en la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de las funciones a edades avanzadas, el éxito debe ser medido no sólo por la forma en que se apoya al paciente individual sino por la respuesta a las demandas de la sociedad y la población mundial. Es necesario aprender a ser menos individualistas para que desde una visión profundamente humanista, el personal de salud llegue a ser capaz de comprender y apoyar a las pacientes dentro de una relación recíproca, donde se puedan vencer las dificultades y participar activamente en la

construcción de una salud integral. El modelo holístico, tiene como prioridad, que la intervención terapéutica esté dirigida a la prevención y promoción de la salud, para responder así a las expectativas de las mujeres ayudándolas a liberarse de sentimientos confusos y ambivalentes, lo cual mejora su adaptación al proceso.

PROPUESTA DE TRABAJO

FUNDAMENTOS TEORICOS

La menopausia es una constante biológica para todas las mujeres, pero su significado, así como el del climaterio en su conjunto, es único para cada mujer y está definido por sus expectativas previas, por la diversidad de los factores psicobiológicos y por su respuesta a los estresores o facilitadores. La edad promedio en la que esta etapa se presenta (entre los 40 y 60 años), es actualmente un tiempo de trabajo productivo y así como se requiere apoyo e información para vivir en mejores condiciones la pubertad y la adolescencia, es necesario que la población femenina conozca y reflexione acerca de lo que sucede en la madurez. Cambios como la atrofia del epitelio vaginal, pérdida de la rugosidad de la vagina, adelgazamiento de la mucosa, disminución de la humedad, etc. pueden repercutir en la vida sexual de una mujer que no tenga suficientes conocimientos al respecto, por lo que la educación se hace obligada (Organización Panamericana de la Salud, 1998). Pero si la mujer aprende a conocer su cuerpo, sus sensaciones, sentimientos y actitudes, su contexto socio - cultural y el funcionamiento del sistema de salud disponible, podrá explicarse a sí misma lo que origina sus circunstancias presentes y así obtendrá elementos que le ayuden a afrontar más tranquilamente lo que le

toca vivir; pues la información adecuada y la reflexión compartida con sus iguales le brindarán elementos para poder incidir efectivamente sobre la preservación y mantenimiento de su salud.

La prevención primaria comienza con la formación de buenos hábitos adquiridos desde las edades más tempranas posibles. La educación en cuanto a dieta adecuada, ejercicio regular, la abstención de fumar, la detección selectiva de la hipertensión y el cáncer, sexualidad, manejo de estrés, control de peso y adecuado uso de métodos anticonceptivos pueden ser parte integrante de la atención sanitaria dirigida a las mujeres en la juventud o en la mediana edad (Organización Mundial de la Salud, 1996). Se hace hincapié en lo anterior porque en el presente ya no son las enfermedades infecciosas, sino los estilos de vida nocivos a la salud (p. ej. abuso de alcohol, malos hábitos alimenticios, falta de apoyo social, estrés, etc.) los que provocan enfermedades y muerte en el adulto (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 1992); la prevención se centra en la concientización de la población sobre el manejo de conductas personales y ésta debe contar con tres características básicas 1) ser temprana u oportuna; 2) veraz y congruente con la realidad prevaleciente; y 3) continua.

La atención primaria a la salud pretende que la comunidad tome conciencia y participe en el desarrollo de estrategias para que, en este caso, las mujeres enfrenten sus problemas y mejoren su salud, a través de brindarse la oportunidad de pensar en ellas mismas, de tomar decisiones y de desarrollar la capacidad de expresar con mayor libertad sus ideas, emociones, experiencias y conocimientos, lo cual será propiciado por la apertura de espacios de discusión y reflexión, donde la educación para la salud se convierte en un instrumento imprescindible para implicar responsablemente al ser humano y a su comunidad en la promoción de la salud.

Si el psicólogo limita su área de acción a la población que demanda sus servicios, su esfuerzo resulta insuficiente para dar satisfacción a las necesidades de la comunidad; se requiere por tanto de complementar el campo de acción intramuros con el trabajo extramuros. Esta extensión del campo de trabajo determinará que las estrategias de atención del psicólogo se modifiquen, incorporando otras a su habitual repertorio clínico (por ejemplo, las derivadas de técnicas grupales y de intervención comunitaria. Hollister, citado por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 1992, en Carolina del Norte, Estados Unidos, ha recomendado la utilización de técnicas psicoeducacionales como intervenciones alternativas en los centros

de salud mental; "el uso de grupos de discusión, de guías de trabajo personal, de libros, videos y cintas magnéticas fue comparado con el tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico más tradicional, encontrándose que en casos de severidad leve a moderada, las tecnologías alternativas tenían igual efectividad, eran menos costosas y requerían menor grado de entrenamiento de los profesionales que las administraban".

La sociedad actual presenta características que hacen cada vez más necesario el trabajo con grupos, entre otras razones porque sus efectos tienen alcances mayores que los del trabajo individual (González, Monroy, Kupferman, 1994).

Los seres humanos vivimos en grupos y dependemos de la experiencia diaria reflexionada, estimular dicha reflexión y concederle la importancia que merece es una tarea del psicólogo.

La dimensión biopsicosocial de este programa de intervención tiene como prioridad responder a las necesidades preventivas y de promoción a la salud destinadas a todas aquellas mujeres que deseen participar en un grupo de reflexión y orientación cuyo objetivo es beneficiar principalmente a las que se encuentran entre los 35 y 45 años de edad, momento en que suceden una serie de cambios endocrinológicos y psicológicos previos a la menopausia. Lo anterior permitirá brindar un apoyo integral oportuno en favor de

la población femenina, especialmente para aquéllas que conviven con los siguientes predictores de síntomas menopáusicos o factores psicosociales que las colocan en riesgo:

- 1) Antecedentes de desequilibrio emocional.
- 2) Falta de apoyo social y/o problemas familiares (p. ej. madres solteras, divorciadas, etc.)
- 3) Tensión premenstrual.
- 4) Falta de actividad física.
- 5) Tabaquismo y alcoholismo.
- 6) Malnutrición.
- 7) Multiparidad.
- 8) Amas de casa (como papel exclusivo) con nivel socio - cultural bajo.
- 9) Vida sexual insatisfactoria.
- 10) Actitudes negativas hacia la menopausia y/o hacia el envejecimiento.
- 11) Altos niveles de estrés.
- 12) Expectativas personales que dificultan la transición climatérica (Olazábal, op cit).

La implementación de un modelo holístico, combinada con la unificación de criterios entre los profesionales de la salud y los medios de difusión, puede reducir el alto nivel de incertidumbre

observado en mujeres próximas a la menopausia y fomentar así los factores protectores, entendidos como todos aquellos factores interpersonales, sociales de influencia ambiental e individuales, que están inherentes en los ambientes donde se desarrollan las personas y que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo pierda la salud (Castro, Llanes, Gally, Bonifaz, Liceaga, Casco, Margain, Forcada, 1995). Entre ellos podemos considerar:

- 1) El equilibrio emocional.
- 2) Apoyo social fundamentado en relaciones interpersonales satisfactorias basadas en la comunicación abierta.
- 3) Anticoncepción adecuada.
- 4) Ejercicio regular.
- 5) Ausencia o eliminación de adicciones.
- 6) Alimentación balanceada.
- 7) Vida sexual satisfactoria.
- 8) Acceso a información oportuna y veraz.
- 9) Disponibilidad y uso adecuado de los servicios de salud.
- 10) Opciones de crecimiento y desarrollo personales.
- 11) Estrategias para el manejo del estrés.

El objetivo de esta propuesta es ofrecer un esquema de trabajo, que brinde elementos tales como la información, discusión y reflexión de cuestiones relacionadas a la salud integral de la mujer, de tal forma

que se facilite a las adultas la adquisición de estrategias útiles para cursar este momento de su vida no sólo libres de complicaciones, sino con una estimulación y reforzamiento de hábitos saludables de autocuidado, - entendido éste como aquellas cosas que una mujer puede hacer por sí misma después de una educación apropiada - que puede convertirse en una herramienta útil para modificar la conducta. Con ello se espera ofrecer un documento que pueda ser empleado por los profesionales de la salud (psicólogos, médicos generales y especialistas, trabajadores sociales, enfermeras, nutricionistas, sexólogos) en el marco del primer nivel de atención; para que trabajando coordinada e interdisciplinariamente puedan abordar este fenómeno humano desde una perspectiva biopsicosocial en pro de un mejor nivel de salud y calidad de vida para la población usuaria de los servicios de salud.

EDUCACION PARA LA SALUD.

La era en la que nos ha tocado vivir se caracteriza por un cambio social rápido e irreversible. Unas estructuras familiares cambiantes, una población que envejece y una mayor participación de la mujer en la vida laboral están exacerbando algunos problemas de salud y están presionando para lograr nuevas clases de apoyo social. Se

considera que la educación para la salud es un enfoque complementa y refuerza el sistema de salud existente. Esta perspectiva destaca que la salud de las personas depende de muchos factores: de la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo.

En la actualidad, estamos trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de nuestras vidas. En este contexto, la calidad de vida supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones por el simple hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud. Así surge la necesidad de incrementar los esfuerzos preventivos; la prevención comprende la identificación de los factores que causan un proceso patológico y a continuación reducir o eliminar dichos factores.

En este siglo, las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental han sustituido a las enfermedades transmisibles como los problemas de salud más importantes; trastornos tales como la

hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dependencia de fármacos o drogas y la depresión crónica pueden limitar la capacidad de las personas para trabajar, cuidar de sí mismas, llevar a cabo las actividades de la vida diaria y disfrutar de la vida.

Resulta especialmente importante asegurar el apoyo para la población en el campo de la salud mental. Es obvio que no podemos reducir nuestros esfuerzos en el cuidado de los que sufren enfermedades mentales graves, es imprescindible asignar la misma prioridad a la ayuda de las personas sanas.

Los estudios demuestran que una buena parte de la población tienen problemas de estrés, particularmente las mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 1996); sabemos que la ansiedad, la tensión, la tristeza, la soledad, el insomnio y la fatiga son frecuentemente síntomas de un estrés mental que se manifiesta de muchas formas, incluyendo los malos tratos a los niños, la violencia familiar, el abuso de fármacos, drogas o alcohol y el suicidio. Los problemas asociados al estrés mental pueden aparecer en los momentos de crisis o a consecuencia de una acumulación de circunstancias.

El desafío consiste en proporcionar a la comunidad las habilidades de afrontamiento y soporte psicosocial necesarios para que

funcionen eficazmente, lleven vidas estables y mejoren la calidad de sus vidas.

Según la Organización Mundial de la Salud, 1990 (op cit) "la educación para la salud es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir como enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas". Es importante porque intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarla. Además propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico - científico y otras de conocimiento local a través un diálogo democrático entre ellos.

La educación para la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos:

autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras; entornos sanos, o creación de las condiciones y ambientes que favorecen la salud.

Son muchas las pruebas de que las personas que reciben respaldo social son más sanas que las que carecen de él. El valor de este respaldo radica en su naturaleza práctica y emocional: permite al individuo vivir relacionado en la comunidad y al mismo tiempo conservar su independencia.

TEORIA DE GRUPOS.

A fin de proporcionar un encuadre, a continuación se presenta una breve descripción de la concepción del grupo como técnica de trabajo aplicable al programa preventivo dirigido a las mujeres en la etapa de transición menopáusica.

Para llevar a cabo el trabajo en educación para la salud, la psicología cuenta con un área social orientada hacia la comprensión de los factores relacionados con problemas sociales y a capacidad para resolverlos; su objetivo es analizar la conducta del ser humano que participa en grupos.

Después de revisar los conceptos vertidos por varios autores, González, Monroy y Kupferman (1994, op cit) definen integralmente al grupo como "una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interfluyen entre sí con el objeto de lograr fines comunes, en donde los integrantes se reconocen como

miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que ellos mismos han creado y modifican con el paso del tiempo". La conducta humana es fruto de distintos tipos de fuerzas interpersonales, grupales e intrapersonales, el ser humano funciona como un todo y de manera global, de forma que cualquier impulso a su crecimiento ha de tener en cuenta todas las partes del conjunto. La comunicación debe ser suficientemente clara y transparente para que cada uno conozca sus funciones y que éstas sean interdependientes. También deben estar clarificadas las normas de actuación y el objetivo común.

Las orientaciones teóricas que sustentan el trabajo grupal en la disciplina psicológica son muy diversas. Esta propuesta se apoyará en los siguientes planteamientos teóricos por considerarlos más acordes a la naturaleza y objetivos del trabajo aquí expuesto.- La corriente psicosociológica representada por los grupos T que proceden de la Teoría de Campo de Kurt Lewin; los grupos de reflexión derivados de la corriente psicoanalítica y la teoría del aprendizaje derivada de la corriente humanista y de los grupos de encuentro representada por Carl Rogers.

Teoría de campo.

Lewin afirma que el grupo es un todo dinámico basado en la interdependencia de sus distintas variables, postula que la conducta es producto de un campo determinante llamado espacio vital o espacio social. Este autor considera que no es la similitud o la disimilitud lo que decide la existencia de un grupo social, sino que éste se define por la interdependencia de sus miembros. Quienes permanecen unidos al grupo porque ven en él la mejor oportunidad de desarrollarse. Considera al grupo como una totalidad dinámica poseedora de la fuerza para determinar la conducta de los individuos. Para Bradford (1975) existen tres objetivos básicos en los grupos T:

Aprender a aprender.

Aprender a brindar ayuda.

Logro de una asociación eficiente.

Para que la interacción resulte productiva se requiere de la asociación de personas interesadas, lo que se facilita a través del uso de técnicas de colaboración y participación.

Grupos de reflexión.

Este tipo de grupo limita su campo a los pensamientos y vivencias en relación con un tema particular, ofrece formas diferentes de pensar el problema, de tal forma que posibilitan el desarrollo y cambio de actitudes.

Su propósito se dirige a indagar acerca de un tema o situación determinada, para hacer explícitas las tensiones que ello genera. El objetivo principal es la modificación de los estereotipos al centrar la tarea en la actividad reflexiva. Estos grupos son espacios privilegiados para hacer posibles las resignificaciones que permitan reacomodar la vida y encontrar nuevos objetivos.

La metodología consta de tres aspectos fundamentales:

- a) Aclarar y sintetizar los temas manifiestos agregando información pertinente.
- b) Plantear nuevas maneras de pensar sobre el tema, lo cual implica necesariamente la creación de nuevas alternativas de acción.
- c) Aclarar y explicitar los conflictos latentes que impiden el pensar sobre un tema.

El trabajo que se realiza en los grupos de reflexión permite hacer una revisión de los conocimientos y creencias consideradas desde siempre como las únicas verdades y poder pensar e incluir lo que

antes se había omitido, es decir, que se dispone de aquellos recursos que favorecen el desarrollo reflexivo y desarmar los obstáculos que impiden una comunicación espontánea y el logro de una tarea, que se asume es de equipo. El criterio participativo implica la ruptura del vínculo poder - saber entre los especialistas y la población, para apoyar el desarrollo de una consciencia crítica, esto es lo que Pichón y Freire proponen en su dialéctica de lo grupal (Dellarosa, 1979).

Cuando se trabaja en educación para la salud mental, la idea es estimular la discusión grupal, desarticular y desmitificar todos los estereotipos, reducir el nivel de autoexigencia y culpabilidad para generar un espacio donde los temas olvidados o reprimidos se conviertan en puntos de interés para los participantes y se aborden soluciones comunes.

Teoría del aprendizaje.

La modalidad de los grupos de encuentro propuesta por Rogers (1970), tiende a hacer hincapié en el aprendizaje significativo que se logra a través de la participación, el descubrimiento, la apertura a las experiencias y la propia responsabilidad en el proceso de aprender a aprender, lo cual permite una mejor adaptación y cambio para enfrentar lo nuevo, en vez de repetir los viejos patrones de

comportamiento. Plantea como principios básicos la confianza en las potencialidades de la persona para aprender; sólo se aprende lo que sirve para la supervivencia o aquello que nos construye; los contenidos jamás deben percibirse como una amenaza para el yo; conocimientos aplicables a la vida diaria; este aprendizaje será más perdurable y profundo cuando abarca la totalidad (Palacios,1984).

Su objetivo final es facilitar el aprendizaje autodirigido centrado en la búsqueda de recursos imaginativos y analizar las circunstancias que lo facilitan, tarea en la que necesitan participar todos. Es el estudiante quien se auto evalúa . La mejor educación desarrollará una persona muy similar a aquella que produce la "mejor" terapia: una persona que funciona plenamente hacia la madurez, que se convierta en un ser autónomo, capaz de ser lo que es y de elegir su rumbo; porque la libertad es el objetivo final de la educación.

ANTECEDENTES

Existen dos formas de trabajar con grupos, y puede ser dinámica o en forma de terapia, la dinámica no es terapia aunque sea extraordinariamente terapéutica (López - Yarto, 1997). En ella no hay consciencia explícita de enfermedad; el objetivo es mejorar funcionamientos psíquicos de suyo normales, pueden existir diversos beneficiarios, aparte del sujeto mismo. No tiene en cuenta

los trastornos porque supone que no son graves; el trabajo es de corta duración. El mundo de afuera sólo se trata si ayuda al proceso de aquí y ahora.

Pueden correrse más riesgos y haber menos protección para el participante, ya que supuestamente tiene más recursos.

En las dinámicas pueden surgir problemas patológicos, se recurrirá entonces al lugar y la persona indicados para su solución.

Los grupos tienen vida como la tenemos las personas individuales y el manejo a través de la dinámica de grupos es una forma de acompañarlo en el proceso de recorrer las diferentes etapas de su vida, es muy importante tenerlo presente para intervenir adecuadamente (Sbandi, 1980).

JUSTIFICACION.

Las mujeres que comparten situaciones de vida similares, se pueden reunir con otras que se encuentran en igualdad de circunstancias para dar o recibir apoyo, intercambiar información y/o experiencias o aprender a manejar el reto que el climaterio les plantea en un momento determinado esta circunstancia del proceso evolutivo, que puede alterar su vida cotidiana, incorporar nuevas responsabilidades, cambio de roles y probablemente afecte su ámbito familiar. Es fácil entonces obsesionarse en ver solamente las

pérdidas y lo negativo; la asistencia a un grupo puede contribuir a romper ese círculo vicioso, ofreciendo a los participantes el reconocimiento y la solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar el duelo anticipado por las posibles pérdidas implicadas. En un primer nivel de atención, esto permitirá rescatar las capacidades remanentes de la persona y de la familia, buscar soluciones en la propia comunidad y acceder a los recursos y servicios existentes en la misma.

Vivir en un lugar tan complejo y diverso como la Ciudad de México, genera muchas situaciones de conflicto individual, familiar y social, que incluyen problemas de afecto, comunicación, soledad, miedo, angustia, incertidumbre, pérdida de la autoestima, neurosis y depresión que pueden llevar a la persona a situaciones de violencia familiar. La mujer directamente afectada tendrá la oportunidad de compartir sentimientos, problemas, ideas, soluciones e información veraz, lo que le ayudará a tomar consciencia de su situación de vida, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí misma.

OBJETIVOS.

Objetivo General.- Ofrecer la oportunidad de acceder a un programa preventivo, que fomente el intercambio de elementos educativos

tendientes a desarrollar las estrategias o habilidades que eviten al máximo la aparición de factores de riesgo asociados con el climaterio, es decir, difundir temas de interés para fomentar hábitos saludables y prevenir la morbi - mortalidad femenina.

Objetivos Específicos.- Sensibilizar, orientar y capacitar a las mujeres en el proceso de cambio relacionado con el climaterio, para crear el compromiso de promover la salud individual, familiar y comunitaria.

Estos objetivos podrán ser revisados por los participantes una vez que esté formado el grupo, y en su caso, serán susceptibles de modificación o enriquecimiento.

ACCIONES ESPECIFICAS

Procedimientos de intervención.

La invitación estará abierta para las mujeres que deseen participar, edad indistinta, área urbana, con o sin derechohabiencia a algún sistema de seguridad social.

a) Se realizarán coordinaciones con planteles de educación preescolar, escolar y secundarias para ofrecer el servicio a los maestros y padres de familia.

b) Se llevarán a cabo una serie de pláticas informativas introductorias con el fin de promover el tema y dar a conocer en que

consiste el programa de trabajo. En las charlas se buscará la participación con preguntas abiertas y al final se proporcionarán folletos informativos, con los datos del responsable: nombre, dirección, teléfono y lugar y horario para las inscripciones.

c) Se establecerá una primera reunión con duración de dos horas en la que se dará la bienvenida. Se acordará con el grupo el lugar, día y hora de las reuniones. Se utilizará una dinámica de presentación en la que se incluirán las expectativas y objetivos personales, para finalmente plantear objetivos comunes.

Los temas se irán fijando con base a las opiniones y experiencias vertidas por los participantes. Asimismo se abordarán con las técnicas y dinámicas participativas que ellas propongan o elijan.

A través del diálogo con diferentes mujeres, se han obtenido de ellas las inquietudes de conocer ¿qué es la menopausia? ; ¿cómo se sabe que ya ha llegado la etapa climatérica? y ¿que se puede hacer para afrontarla sin tantas dificultades? ; en el apartado de los contenidos se describen sugerencias para abordar estos temas.

METAS

Se pretenden cubrir 4 reuniones mensuales durante un período aproximado de tres meses.

ESCENARIOS

Instalaciones de los planteles educativos y aula de un Centro de Salud.

TIEMPO Y CALENDARIO

Se buscará trabajar en periodos de clases escolares para obtener una mayor respuesta de parte de la población usuaria. Las reuniones serán semanales hasta completar 12.

MATERIAL Y EQUIPO

Sillas individuales movibles, pizarrón, gises, lápices, marcadores, cartulinas, tarjetas, hojas, televisión, videgrabadora, proyector de acetatos y diapositivas.

INSTITUCIONES Y PERSONAL PARTICIPANTE

Líderes formales e informales de la comunidad, psicólogos, médicos generales, trabajadoras sociales, enfermeras y nutrióloga del Centro de Salud. Si así se requiere se solicitará la participación de personal de salud especializado.

FINANCIAMIENTO

Los gastos que implique la ejecución del programa serán absorbidos por los participantes y la institución organizadora.

EVALUACION

Será individual, al inicio y al final del programa, tanto el equipo de salud como la población beneficiada participarán en ella y de manera personal se estimarán los siguientes aspectos:

Nivel de conocimientos.

Actitud (es) hacia la menopausia y climaterio.

Hábitos preventivos aplicados a la vida diaria.

Nivel de satisfacción consigo misma.

Capacidad de adaptación a situaciones nuevas.

Estrategias de afrontamiento adquiridas.

Al inicio de cada sesión se practicarán respiraciones yoguis para favorecer la concentración y al final un ejercicio de relajación para estimular el aprendizaje significativo.

CONTENIDOS TEMATICOS

TEMA 1

Definición de menopausia y climaterio.

OBJETIVO FINAL

Elaborar un concepto real en base al conocimiento propio y a la información disponible.

TECNICAS

Frases incompletas y exposición oral.

PROCEDIMIENTO

En hojas diferentes se anotarán las frases “menopausia es...” y “climaterio es...”, se trabajará en forma individual durante un tiempo breve, después el ejercicio se realiza en parejas, en cuartetos y octetos hasta llegar al total del grupo. Se realiza una exposición oral para finalizar con una reflexión acerca de lo que descubrieron y a que conclusiones llegan.

Idea tomada de Medaura y Monfarrel (1987).

TEMA 2

Síntomas del climaterio y la menopausia.

OBJETIVOS FINALES

Revisar y modificar las creencias equivocadas en torno al climaterio y la menopausia e identificar las posibles señales de esta etapa.

TECNICAS

Mitos y realidades.

PROCEDIMIENTO

Se colocan tres carteles en los diferentes ángulos del salón con diferentes palabras: mito, realidad y no sé. El facilitador se coloca al centro del salón y frente a todos los participantes, les irá leyendo afirmaciones contenidas en tarjetas (una a la vez) y las personas se situarán en el espacio que cada quien considere adecuado. Después de cada ejercicio el coordinador pregunta a los subgrupos porque eligieron esa opción y se van realizando las aclaraciones necesarias; cada persona llevará un registro de respuestas y se discutirá en grupo lo sucedido haciendo énfasis en como las creencias equivocadas distorsionan la realidad. Se complementará

con una lectura en casa, la que se comentará en la siguiente sesión.

Idea tomada de Organización Panamericana de la Salud (1998).

TEMA 3

¿Cómo funciona el aparato reproductor femenino? Incluye explicación del ciclo menstrual.

OBJETIVOS FINALES

Reconocer el funcionamiento y composición del propio cuerpo para facilitar la comprensión del proceso que acompaña a la menopausia.

TECNICA

Rompecabezas

PROCEDIMIENTO

Se anotarán en tarjetas los nombres de cada estructura del aparato reproductor femenino y en otras tarjetas la función de cada órgano, cada participante buscará a su pareja a fin de unir las tarjetas y las irán colocando sobre un esquema pegado o proyectado en la pared. Se busca el consenso del grupo en cada participación y sólo en caso necesario el responsable hará sus observaciones; explicará el ciclo menstrual y al final se pide a cada mujer calcular su ciclo para determinar períodos de fertilidad y esterilidad.

Idea tomada de Vargas y Bustillos (1984).

TEMA 4

Factores de riesgo durante el climaterio.

OBJETIVO FINAL

Identificar los aspectos que pueden provocar alteraciones en la salud integral durante esta etapa.

TECNICA

Análisis de casos

PROCEDIMIENTO

Se relata la historia detallada de una mujer cuyo estado de salud biopsicosocial se ha deteriorado a causa de la suma de factores de riesgo. Se pregunta a los participantes que sintieron y percibieron a fin de que lo vinculen con sus situaciones particulares en el descubrimiento y la conclusión reflexionada.

Idea tomada de Newstrom y Scannell (1993).

TEMA 5

Factores de protección.

OBJETIVO FINAL

Reflexionar y promover medidas preventivas aplicables a la vida de cada participante

TECNICA

Re - elaboración del caso.

PROCEDIMIENTO

Utilizando la historia anterior, se les solicita revertir o modificar el argumento a través de aplicar las medidas preventivas que aplicarían a su vida personal. Se les invita a poner en práctica en el transcurso de la semana al menos una de sus propuestas y en la siguiente sesión se comenta sobre lo aprendido.

TEMA 6

Sexualidad en el climaterio I.

OBJETIVO FINAL

A manera de introducción en esta área, reconocer el propio cuerpo y reflexionar acerca del grado de naturalidad o de inhibición con el que las participantes aceptan su cuerpo.

TECNICA

Autorretrato

PROCEDIMIENTO

Se solicita que dibujen su cuerpo como instrucción única, al terminar se les pide pegar su dibujo junto a ellas y a través de preguntas dirigidas se inicia un diálogo, que les ayude a exteriorizar lo que sienten respecto a sus cuerpos. Después de este intercambio se les sugiere anotar en sus dibujos las partes de sus cuerpos que más les agradan y las que les desagradan con breves explicaciones de esos sentimientos.

Se procede a la reflexión acerca de la actividad para finalizar con el establecimiento de un compromiso para cuidar, embellecer, aceptar y atender a su cuerpo.

Idea tomada de Organización Panamericana de la Salud, op cit.

TEMA 7

Sexualidad en el climaterio II.

OBJETIVO FINAL

Diferenciar lo saludable de lo dañino en la propia vida sexual en base al conocimiento veraz.

TECNICA

Conferencia y buzón.

PROCEDIMIENTO

Se invitará a un experto (psicólogo o sexólogos) para hablar acerca de la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales más comunes, finalizada la exposición, se sacarán de la urna colocada al centro del salón las preguntas y/o comentarios vertidos por las asistentes, con la opción de hacer preguntas en forma oral también.

TEMA 8

Alternativas terapéuticas para la mujer en el climaterio.

OBJETIVO FINAL

Conocer la gama de opciones con las que se cuenta en la comunidad y áreas aledañas, como recursos para atender la propia salud en forma integral.

TECNICA

Mesa redonda.

PROCEDIMIENTO

Varios expertos (médico, psicólogo, trabajadora social, nutricionista) hablarán del climaterio desde su propio enfoque, con miras a proponer alternativas accesibles a aquellas mujeres que requieran de estos servicios. La tarea del grupo será elaborar un directorio con información clave al respecto.

TEMA 9

La mujer climatérica y su entorno familiar.

OBJETIVO FINAL

Conocer y reflexionar sobre los cambios psicológicos en el climaterio y su repercusión social.

TECNICAS

Fotografía y discusión en grupo.

PROCEDIMIENTO

Se muestra al grupo la imagen de una mujer adulta, alrededor de ella están su pareja, sus hijos y sus padres; se les invita a formar subgrupos de 4 ó 5 personas para conversar acerca de las situaciones que esa persona podría estar viviendo. La atención deberá centrarse en los pensamientos, sentimientos y creencias de ella y quienes le rodean. Cada grupo expondrá su ejercicio reflexivo

ante los demás y al final de ésta se abrirá el espacio para aportar opiniones, puntos de convergencia y alternativas de solución.

SESION FINAL

Evaluación

Se hace un intercambio de información entre el responsable de la actividad y las participantes acerca de experiencias previas al respecto del taller. Se procede a experimentar en grupo los procedimientos de relajación y respiración aprendidos, para autoevaluar como les ha funcionado lo aprendido en las situaciones cotidianas. Dicha evaluación se complementará a través de reporte autoverbal.

CONCLUSIONES

- La menopausia es una fase en la sucesión de etapas de la vida y el estado de salud, a partir de ese momento, dependerá en gran parte del estado de salud precedente, de las características de la reproducción, del modo de vida y de los factores del entorno. La privación cognitiva, la falta de iniciativa propia o de independencia, contribuyen a la "incapacidad para la vida". Asimismo, la falta de contactos sociales, de intereses y de flexibilidad mental, pueden complicar la situación y hacer que el envejecimiento relativamente difícil para la mujer de hoy.
- La formación de grupos de reflexión y orientación donde se desarrollen habilidades mentales, intereses y contactos sociales para las mujeres facilitará las funciones del psicólogo, como la de fomentar la responsabilidad de las personas sobre su propia salud, así como la reducir la dependencia de la población a través de emplear un proceso educativo generador de la consciencia crítica, que derive en decisiones organizadas sobre los aspectos concretos que afectan a la población femenina.
- La reacción psicológica, e incluso física, hacia la menopausia puede ser distinta según los valores culturales de las diferentes

sociedades; esta reacción refleja los valores de la sociedad y la condición reservada a las mujeres de edad madura. Resulta necesario continuar explorando los aspectos psicosociales asociados con el climaterio y los relacionados al contenido cultural regional donde éste sucede; los resultados que arrojen estos estudios ofrecerán elementos acordes a la realidad para poder implementar estrategias adecuadas en todos los niveles de prevención, especialmente en el primario.

- Entre la gran mayoría del personal de salud que atiende a las mujeres en transición menopáusica, hay una considerable desinformación, además de mitos y prejuicios que impiden la adecuada prestación de servicios que ellas necesitan. Por lo tanto, es básica la concientización y capacitación acerca de esta etapa de la vida femenina, que podría incluirse en una categoría de salud post - reproductiva.
- Los cambios operados en los patrones de morbi - mortalidad en la población adulta latinoamericana, requieren nuevas aproximaciones, especialmente en lo que se refiere a estilos de vida nocivos para la salud, que pueden prevenirse y controlarse con la implementación de intervenciones psico-comunitarias en el nivel primario de atención.

BIBLIOGRAFIA.

- Allport, G. W. (1961) Desarrollo de la personalidad. Buenos Aires, Paidós.
- Alvarado, Z. G., Rivera, D.R., Ruiz, A. M. R., Flores, L. F., Manuel, M. J., Forsbach, G. (1995) Factores que pueden estar asociados con la edad de presentación de la menopausia. Estudio multicéntrico. Ginecología y Obstetricia de México; 63, 432-438.
- Avila, R. H. (1999) Condiciones de nutrición de la mujer mexicana. Ginecología y Obstetricia de México; 67; 104-112.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellstrom, T. (1994). Epidemiología básica. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Caraveo, A. J. J. (1998) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana: estado actual y perspectivas. Salud Mental; 19, 8-12.
- Carranza, L. S. (1998) Atención integral del climaterio. México, Mc Graw Hill Interamericana.
- Carranza, L. S. (1999) Osteoporosis postmenopáusica. Revista del Climaterio; 1 (sup.3), 1-7.
- Casamadrid, P. J. (1986) La mujer sus síntomas y sus actitudes en La fase de climaterio. Tesis maestría. México, U.N.A.M.
- Casamadrid, P.J. (1998) Aspectos psicológicos y sociales. En: Atención integral del climaterio. México, Mc Graw Hill .

Casanueva, N. C. E. (1999) Nutrición en la mujer no embarazada y su impacto en la calidad de vida. Ginecología y Obstetricia de México; 67; 1044-112.

Castro, S. M. E. Llanes, M. J. Gally, N. Bonifaz, R. Liceaga, A. Casco, M. Mrgain, M. Forcada, N. (1995) Chimalli: programa De prevención de los factores de riesgo psicosocial en la Adolescencia.; México, CONAFE.

Delval, J. (1995) El desarrollo humano. Madrid, Siglo XXI.

Dicaprio, N. S. (1989) Teorías de la personalidad. México, Mc Graw Hill Interamericana.

Erickson, H. E. (1978) Infancia y sociedad. Argentina, Paidós.

Evans, A. J. (2000) The man's guide to menopause. Prevention, 52(4): 146-152.

Estrada, I. L. (1990) El ciclo vital de la familia. México, Posada.

Feldman, P. y Orford, J. (1985) Prevención y solución de problemas psicológicos: aplicando a la psicología social. México, Limusa.

Fernández, D.R. (1998) Revisión de un libro. Revista de Sanidad Militar Mexicana, 52(4); 225-226.

Forsbach, G., Lozano, P., Pinto, E., González, O., Calderón, L., Martínez, R. y Martínez, G. (1995) Evaluación médica de la paciente climatérica. Ginecología y Obstetricia de México; 63, 414-416.

- Fox-Young, S. Sheehan, M. O' Connor, V. Cragg, C. Del Mar, C. (1999) Women's knowledge about the physical and emotional changes associated with menopause. Women & Health; 29 (2); 37-51.
- García, S. C. Martínez, G.C. Alfaro, A.M.Martínez, G.F. Huedo, M. F. López-Torres, H. J. (1998) Health education: repercussions of a self program on the psychological status of Perimenopausal women. Atención Primaria, 22(4); 215-219.
- García, V. A., Nava, L., Malacara, J. M. (1989) La edad de la menopausia en la población urbana de León, Guanajuato. Revista de Investigación Clínica; México; 39; 329-332.
- Goberna, I. Tricas, J. (1997) Continuing education: menopause, 2. Health education in menopause. Revista de enfermería, 20 (231); 73-77.
- Hoffman, L; Paris, S; Hall, Z. (1995) Psicología del Desarrollo Hoy. España, Mc Graw Hill Interamericana.
- Iglesias, G. X.; Camarasa, E.; Centelles, N. (1987) Trastornos de la Menstruación. Barcelona, Martínez Roca.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía Informática. (1999). Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. México, I. N. E. G. I.
- Jacobs, D. M.; Tana, M. X.; Stern, Y (1998) Cognitive function in nondemented older woman who took estrogen after menopause. Neurology; 50; 368-373.

Jamal, S.A. Ridault, R. Chase, C. Fielding, L. Rubin, L.A. Hawwker, G.A. (1999) Bone density testing and osteoporosis education Improve lifestyle behaviors in premenopausa. Journal of Bone & Mineral Research, 14 (12); 2143-2149.

Jones, R.C.M. Keene, M. Greene, F. (1999) The middle years Group: a holistic approach to the management of the Menopause in primary care. Maturitas, 33; 95-98.

Larousse (1994) Diccionario de la lengua española. México, Planeta.

Lee, C.R. (1973) El libro de la salud. México: C.E.C.S.A.

Mc Allister, M. (1998) Menopause: providing comprehensive care for Women in transition. Lippincott's Primary Care Practice, 2(3); 256-270.

Masters, W. H. Johnson, V. Kolodny, R. C. (1995) La sexualidad Humana. (vols. 1-3) Barcelona, Grijalbo.

Malacara, J.M. (1998) Epidemiología. En: Carranza, L.S. Atención Integral del climaterio. México, Mc Graw Hill.

Malacara, J. M.; Huerta, R; Rivera, B; Esparza, S.; Fajardo, M.E. (1998) Menopausia en mujeres sanas y en mujeres con Diabetes Mellitus no insulino dependiente no complicada: síntomas físicos, emocionales y perfil hormonal. Revista del climaterio; 1(6); 261-273.

Medaura, O. Monfarrel, L. A. (1987) Técnicas grupales y de aprendizaje afectivo. Buenos Aires, Humanitas.

Mendoza, M. L. Caro, L. E. (1999) Manual de grupos de autoayuda. México, Gobierno del Distrito Federal.

- Monroy, A. (1998) Aspectos psicosexuales de la mujer en la etapa Climaterica. Salud postmenopáusica. Revista del Climaterio; 1, (sup. 5); 1-8.
- Morales, C.F., Díaz, F.E., Aldana, C.E. (1995) Síntomas somáticos Durante el climaterio asociados a estados depresivos. Perinatología y Reproducción Humana. 2(9); 85-92.
- Murillo, U.A., Carranza, L S., Ascencio, G.D. y Santos, G.J. (1996). Alteraciones metabólicas durante el climaterio en relación con el índice de masa corporal. Ginecología y Obstetricia de México; 64, 161-166.
- Newstrom, J. W. Scannell, E. E. (1993) 100 ejercicios para dinámica de grupos. México, Mc Graw – Hill / Interamericana.
- Ojeda, L. (1995) Menopausia sin medicina. Buenos Aires, Paidós.
- Olázabal, U.U.C. García, P.R. Montero, L.J. García. G.J.F. Sendín, M.P.P. Holgado, S.M.A. (1999) Models of intervention in Menopause: proposal of a holistic or integral model. Menopause, 6(3); 264-272.
- Organización Mundial de la Salud (1990) Prevención en la niñez y en la juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto: es el momento de actuar. España, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1996) Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. España, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). Atención primaria de la salud: principios y métodos. México, Pax.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud. (1992) Temas de salud mental. Washington D. C. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (1996) Promoción de la Salud: una antología. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (1998) Hablemos de salud Sexual. México, Asociación Mexicana para la Educación Sexual A. C.

Pedron, N. N., Gonzalez, U.M. y Muñoz, S.S.(1996). Climaterio: el comportamiento del médico de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social ante este período. Ginecología y Obstetricia de México; 64, 486-489.

Richter-Appelt, H. Karwen, B.(1999) Knowledge and expectations of Young women concerning menopause: results of an empirical Study. Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie, 49(7); 218-224.

Robles, U. F. (1998). Climaterio. En Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del I.M.S.S. A.C. Ginecología y Obstetricia. (739-745). México: Méndez Editores.

Rolnick, J.S. Kopher, R. Jackson, J. Abbot, T. Fischer, L.R. Compo, R. (1999) Impact of education and Bone Mineral Density on women's choices related to osteoporosis Prevention. Menopause, 6(49); 339.

Sánchez, C. J. (1996) Menopausia y salud. Barcelona, Ariel.

Santoyo, H. S- Comunicación personal, abril 12, 2000.

San Martin, H. (1981) Salud y Enfermedad. México, La Prensa

Médica Mexicana.

- San Martín, H. (1992). Tratado general de salud en las sociedades humanas. México, La Prensa Médica Mexicana, Tomos I-IV.
- Speroff, L. (1999) Women's healthcäre in the 21st century. Maturitas, 32; 1-9.
- Suárez, R. M. (1998) Riesgo cardiovascular en la postmenopausia. Salud Postmenopáusica. Revista del Climaterio; 1; (sup. 2) 1-8.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (s/d). Primera reunión nacional sobre niveles de atención para la salud. (Memorias). México, S. S. A.
- The population council (1996) Mujer: sexualidad y salud Reproductiva. México, Edamex.
- Tórtora, G. J. y Anagnostakos, N. P.(1989) Principios de anatomía y fisiología. México: Harla.
- Vargas, V. Bustillos, N. G (1984) Técnicas participativas para la Educación popular. Costa Rica, Alforja..
- Velasco, M.V. Cardona, P.J.A. Navarrete, H.E.(1998) Atención del Climaterio y prevención de las complicaciones en la Menopausia en medicina familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 36 (6); 463-476.
- Verduzco, R .L., Palet, G. J. A., Aguirre, G.H. y González, P.E.(1997) Cáncer cervico uterino y edad. Ginecología y Obstetricia de México; 65, 119-122.
- Woods, N. F. Mitchell, E.S. (1999) Anticipating menopause; Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Menopause, 6(2); 167-173.

Wyet – Ayerst International Inc. (1996) La deficiencia de estrógeno y la menopausia. Nueva Jersey, Dowden Publishing Company: unidades 1-8.