



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**“Actitud hacia la menopausia y su relación con el autocuidado en la salud. Una mirada desde Trabajo Social”**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A**

**ROSA ELENA BARRÓN SÁNCHEZ**

TUTOR DE TESIS

MTRO. OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

Ciudad de México Noviembre 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que contribuyeron de alguna manera en la construcción, desarrollo y conclusión de este proyecto, que hoy me permite cerrar un ciclo más a nivel personal y profesional.

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	8
<b>Capítulo I</b>	
Mujer en la menopausia	
1.1 Construcción social del concepto de mujer. ....	11
1.2. Rol femenino.....	12
1.3. Identidad femenina.....	16
1.4 Mujer y menopausia.....	20
<b>Capítulo II</b>	
Proceso menopáusico	
2.1. Precisiones conceptuales.....	23
2.2. Sintomatología menopáusica.....	25
2.3. Transición menopáusica y medidas preventivas.....	29
<b>Capítulo III</b>	
Actitudes ante la menopausia	
3.1. Definición de actitud.....	31
3.2. Componentes de una actitud.....	32
3.3. Formación de las actitudes.....	33
3.4. Funciones de las actitudes .....	34
3.5. Las actitudes como base teórica en el estudio e intervención durante la menopausia.....	35
3.6. Actitudes sobre la menopausia.....	38

## **Capítulo IV**

### Autocuidado en la menopausia

4.1. Atención primaria y autocuidado.....	42
4.2. Teoría Tras-cultural del autocuidado.....	46
4.3. ¿A quiénes involucra el autocuidado?.....	49
4.4. Elementos necesarios para el autocuidado durante la menopausia.....	52
4.5. Alternativas de atención durante la menopausia.....	54
4.6. Programas de atención a las mujeres de mediana edad.....	56

## **Capítulo V**

### Trabajo Social con mujeres en la menopausia

5.1. Concepto de Trabajo Social .....	60
5.2. Campos de acción de Trabajo Social.....	62
5.3. Trabajo Social en el área de la salud.....	63
5.4. Quehacer de Trabajo Social en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ).....	65
5.5. Intervención de Trabajo Social en la menopausia.....	70

## **Capítulo VI**

### Consideraciones metodológicas

6.1. Justificación.....	73
6.2. Planteamiento de problema.....	74
6.3. Preguntas de investigación--.....	75
6.4. Objetivos.....	75
6.5. Diseño de investigación.....	76
6.6. Validación del instrumento .....	79
6.7. Proceso metodológico para el análisis de datos .....	83
6.8. Resultados y análisis de datos .....	86

## **Conclusiones**

## Capítulo VII

### 7. Estrategia educativa

7.1. Introducción.....	122
7.2. Justificación.....	124
7.3. Propósito.....	125
7.4. Recursos.....	125
7.5. Planeación.....	126
7.6. Metodología de intervención.....	128
7.7. Cartas descriptivas.....	129
7.8. Anexo.....	136

### Referencias

### Anexos

## RESUMEN

Durante el proceso menopaúsico se presentan una serie de cambios y síntomas, además de incrementarse el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, así como de problemas cardiovasculares y cáncer de mama o cérvix. Algunos de los síntomas que se presentan no están relacionados directamente con los cambios físicos como la ansiedad, depresión, cambio de humor e irritabilidad entre otros, por lo que se cree que están vinculados a aspectos psicológicos, sociales y culturales, los cuales en gran medida impactan en el autocuidado de la salud.

Considerando lo anterior se desarrolló esta investigación con el fin de identificar la actitud que tienen las mujeres sobre la menopausia y el impacto en el cuidado a la salud, con el objeto de realizar una estrategia educativa que proporcione las habilidades necesarias para modificar las actitudes y con ello mejorar el autocuidado, ya que desde la perspectiva de Trabajo Social en el área de la salud, las acciones de educación y prevención son una de sus principales funciones.

La investigación se realizó con una muestra de 81 mujeres de entre 41 y 60 años, que acuden al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; bajo un modelo cuali-cuantitativo, usando como instrumento un cuestionario diseñado específicamente para este fin, a partir del cual se realizó un análisis de redes semánticas, un análisis factorial y una correlación de Spearman, encontrándose que existe una actitud ambivalente hacia la menopausia, sin embargo, cuando tiende a ser positiva se incrementan las acciones de autocuidado.

Palabras claves: Actitud, menopausia, autocuidado.

## **ABSTRACT**

During the menopausal process several changes and symptoms occur, and increase the risk of diseases chronic degenerative and cardiovascular problems and breast cancer or cervical. Some of the symptoms are not directly related to biological aspects like anxiety, depression, mood swings and irritability among others so it is believed to be linked to psychological, social and cultural aspects, which greatly impact the health self-care.

Considering the above this research was conducted in order to identify the attitude that women have about menopause and the impact on health care, with the purpose to develop an educational strategy that provides the skills needed to improve self-care. Since for social work in the area of health, the education and prevention actions for health they are one of its main functions.

This research was conducted with a sample of 81 women between 41-60 years of age, attending the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, for which carried out a qualitative and quantitative research using a questionnaire as a tool, from which an analysis of semantic network, factor analysis and Spearman correlation, concluding that there is an ambivalent attitude toward menopause, however when it tends to be positive the self-care increase.

**Keywords:** Attitude, menopause and self-care.

## INTRODUCCIÓN

El actuar de Trabajo Social está enfocado a los problemas y necesidades, en donde sus acciones van encaminadas a mantener, mejorar o transformar todas aquellas circunstancias que favorezcan al bienestar social, a través de una metodología basada en un proceso de investigación, diagnóstico, planeación y evaluación.

Ahora bien, su perfil profesional le permite tener una comprensión amplia de las condiciones, problemas, necesidades y circunstancias que aquejan a personas, familias, grupos y comunidades, y al mismo tiempo le ayuda a desarrollar estrategias de intervención en favor del bienestar social. Lo cual lo hace un profesional multifacético cuyo campo de acción se encuentra en prácticamente todas las áreas.

Un claro ejemplo se puede observar en la salud, donde su perfil profesional le ayuda a identificar los problemas que se presentan en los procesos de salud-enfermedad, y con ello, implementar acciones específicas de intervención. Ahora bien, al ser una disciplina social con un enfoque multidisciplinario, está capacitado para identificar e interpretar desde una perspectiva integral los problemas y brindar alternativas de solución.

Dentro de su actuar en esta área, su intervención es fundamental, principalmente con los grupos más vulnerables y desprotegidos, los cuales la mayoría de las veces no cuenta con voz ni voto, siendo uno de esos grupos precisamente las mujeres durante el proceso menopáusico.

Grupo en donde se ha identificado que se requiere de una atención integral y no enfocada únicamente al aspecto médico, dejando de lado el aspecto emocional, social y cultural, así como el trabajo preventivo.

Para Trabajo Social, la importancia de comenzar a desarrollar acciones de intervención con esta población, radica en que para las próximas décadas, se dará un incremento de mujeres en esta etapa, dado el aumento de la esperanza de vida que en 1930 era de 34.7 años y para 2014 se estimó en 77.5 de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (INEGI 2014). Ya que se convertirán en un sector social que requerirá de servicios especializados de salud para mejorar su calidad de vida, al ser en este periodo donde se presentan con mayor frecuencia, aunque no como resultado del proceso menopáusico, una serie de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial ó cáncer, entre otras, que al no ser tratadas a tiempo o mejor aún, sin realizar un trabajo preventivo, los costos económicos son mucho más elevados tanto para las pacientes como para las instituciones de salud.

La trascendencia de la intervención con mujeres durante el proceso menopáusico se sustenta en el hecho de que pese a ser un proceso natural de la vida reproductiva de toda mujer, las implicaciones van más allá de aspectos físicos, pues a nivel psicológico y social, se presentan también una serie de eventos que repercuten en las mujeres al transitar por este periodo, dado que existe un sin número de prejuicios, valores, mitos y actitudes negativas sobre la menopausia, que no se consideran durante la atención de las pacientes, los cuales juegan un papel muy importante en el autocuidado y desarrollo de estrategias preventivas contra enfermedades crónico-degenerativas, que garanticen una mejor calidad de vida para estas mujeres.

Dadas estas circunstancias, uno de los grandes retos del sector salud es desarrollar estrategias de atención que garanticen la salud y calidad de vida de las mujeres, considerando que es un periodo que pudiese estar presente en su vida alrededor de 30 años.

De ahí el interés de desarrollar una investigación que permita entender la actitud que tienen las mujeres hacia la menopausia y cómo influye esto en su

autocuidado, con la finalidad de poder desarrollar una intervención integral, en donde la atención hacia las mujeres antes y durante la menopausia no sólo sea de carácter médico, sino que también se considere los factores sociales y psicológicos que se presentan y con ello desarrollar acciones concretas de intervención en estos rubros, enfocadas a prevenir enfermedades y establecer acciones eficaces para el autocuidado de la salud. Ya que más de una cuarta parte de la población femenina en los próximos años estará transitando en este periodo y hasta hoy no se cuenta con programas integrales e instancias de salud suficientes para su atención.

# CAPÍTULO I

## MUJER EN LA MENOPAUSIA

### 1.1. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONCEPTO DE MUJER

Cuando se habla de hombre o mujer no se puede dejar de lado el concepto de género, entendido como “el conjunto de las relaciones sociales que, con base en las características biológicas regula, establece y reproduce las diferencias entre los hombres y las mujeres” (Ramos, 1992, p. 12), las cuales tienen su origen en una construcción social, a partir de la cual se define el “ser mujer” o “ser hombre”.

El sistema sexo-género es una construcción sociocultural y es, también, como lo señala Lauretis, (1992), un sistema de representación que asigna significado, es decir; identidad, valor, prestigio, ubicación en la estructura de parentesco y estatus en la jerarquía social, a los individuos dentro de la sociedad.

De tal manera, el género puede considerarse como “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y mandatos sociales que una cultura desarrolla, desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de hombres (lo masculino) y lo que es propio de las mujeres (lo femenino)” (Lamas, 2002, p.132). Lo que supone que la definición de mujer se basa en sus funciones de esposas, madres o hermanas, es decir, de los roles que se le han asignado socialmente.

Así pues, partiendo de la idea de que el concepto de mujer y hombre, están determinados por las funciones socialmente asignadas, “existen actitudes consideradas tradicionalmente femeninas; pasividad, sensibilidad, receptiva, y la disposición afectiva para los niños” (Mead, 2006, p. 235), mientras que para el

hombre se establecen otro tipo de atributos como, fuerte, valiente, independiente, sustento económicos y jefe de familia, entre otros.

Cada cultura expresa las diferencias entre hombres y mujeres asignándoles un significado y un rol a cada uno de ellos, “estos papeles, que marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada conceptualiza como femeninos o masculinos” (Lamas, 2002, p.22), a partir de lo cual se puede definir el concepto de hombre o mujer.

Así, los conceptos de hombre y mujer no puede separarse del deber ser femenino o masculino socialmente determinado, en el caso de la mujer, como lo señala Meza (2000), no son los atributos internos los que la definen, sino su propia situación externa o contexto, la definición posicional construye la identidad femenina en relación con la posición de la mujer en un contexto siempre cambiante y abierto a las posibilidades de transformaciones radicales. Su posición está dada por una red de relaciones que se entrelazan y que incluyen, entre otras, las condiciones económicas y las instituciones e ideologías culturales y políticas.

Por tanto el concepto de mujer, cuenta con una serie de calificativos asociados directamente con características y atributos relacionados con la maternidad principalmente como: tierna, amorosa, bondadosa, comprometida, abnegada, sensible y madre, entre otros.

## 1.2. ROL FEMENINO

Durante mucho tiempo la mujer sólo ha desempeñado su papel biológico y su actuar se ha limitado a lo privado como lo es el cuidado del hogar, lo cual ha contribuido a que su estatus no sea igual al del hombre, a quien se le atribuye lo público, en cuanto a lo económico, político y social. Lo que ha favorecido a crear

una jerarquía entre los sexos y una constante lucha “para que finalmente uno de ellos realice su voluntad, siendo el sexo masculino el que históricamente se ha sobrepuesto al sexo femenino, de tal suerte que a las mujeres se les visualiza más que como sus iguales, como “el otro” a quien puede manejar a voluntad” (Beauvoir, 1999, p. 316).

Siempre se ha presentado una gran diferencia entre el sexo femenino y masculino, diferencia que se encuentra ligada a aspectos biológicos principalmente, así “en todas las sociedades las mujeres procrean y crían a los hijos, y la función maternal de la mujer, definida social y culturalmente, ha constituido la base de su subordinación” (Lamphere, 1992, p. 281). Lo cual se confirma con el papel pasivo dependiente a la voluntad del hombre, los procesos económicos y las necesidades específicas de cada época histórica.

Desde la antigua Grecia el destino era inobjetable: a los hombres la guerra, a las mujeres los hijos y “este destino aludía también a la muerte, invariablemente presente: del hombre en el combate y de la mujer en el parto. Correspondiendo a las categorías que discriminaban entre lo masculino y lo femenino” (Rodríguez, 2000, p. 26).

Como parte del rol femenino donde la maternidad juega un papel determinante en las funciones de toda mujer, se ha construido un concepto como lo señala Echarri, (1999), que es el de altruismo materno el cual se refiere a:

“Un conjunto de valores que hacen que los comportamientos de hombres y mujeres en el hogar y en la familia sean diferentes. La característica principal de esta ideología es la construcción de la responsabilidad de la madre de ubicar la alimentación y el bienestar de sus hijos por encima de toda otra consideración” (p.114).

Si bien es cierto, en alguna época las mujeres tomaron parte en las guerras y obtención de alimentos, lo que generó que su labor fuera igual de importante que

la del hombre, sus características biológicas (menos fuerza física, el embarazo, parto y menstruación) “disminuían su capacidad de trabajo y las condenaba a largos periodos de impotencia, para defenderse contra los enemigos y para asegurar su sustento y el de su progenie, necesitaba la protección de los guerreros y el producto de la caza y de la pesca” (Beauvoir, 1970, p.86), todo ello colocó a la mujer en una posición de desventaja ante el hombre, pues eso disminuyó su capacidad de acción y con ello de poder e independencia.

El papel femenino básicamente se ha establecido por muchas décadas bajo la condición de esposa y madre, a partir de lo cual se ha relegado a la mujer como lo señala Beauvoir, (1970), a un rango de nodriza y sirvienta, bajo la tutela permanentemente del hombre; cuando es hija de familia al estar bajo la “protección” del padre o del hermano mayor y al salir de la casa y conformar una nueva familia, del marido.

Históricamente se le ha inculcado a la mujer a no tener individualidad, sino a ser un mero complemento del otro. “Lo femenino en el sentido tradicional, es algo que no representa un atributo autosuficiente, centrado en sí mismo, sino orientado hacia el varón, llamado a complacerle a servirle y completarle” (Simmel, 2002, p. 92).

Así como esta dependencia del sexo masculino, la historia de las mujeres ha sido hecha por los hombres y el rol social femenino también se ha establecido en gran medida por los hombres y las necesidades económicas, políticas y sociales de cada época, “junto con la fuerza física, el prestigio moral, ellos han creado los valores, las costumbres y las religiones, y las mujeres no les han disputado nunca ese imperio”( Beauvoir, 1970, p.169), lo que confirma una vez más que una de las características femeninas que las ha distinguido por décadas, es la sumisión y resignación.

De tal manera que, a lo largo de la historia el papel femenino, ha tenido varias transformaciones, pese a ello, nunca ha sido una verdadera detentadora de poder, al grado de ser visualizada como un “mal necesario” sólo para la procreación y perpetuar la estirpe, así como para poder heredar los bienes masculinos, de ahí que durante mucho tiempo se exigió la virginidad y total fidelidad por parte de la mujer.

Como lo refiere Beauvoir, (1970), cuando el ser humano se volvió sedentario y con el surgimiento de las instituciones y la propiedad privada la visión de la mujer y en específico su principal atributo “la maternidad”, se visualizó como una función sagrada, necesaria para la reproducción, lo que conllevó a un mayor reconocimiento de los hijos. Los cuales pertenecían al clan de la madre, llevaban su nombre, participaban de sus derechos y del goce de la tierra que poseía el clan.

La propiedad se transmitía por medio de la mujer, con ella se aseguraban campos y cosechas, la mujer contaba con autoridad legal y religiosa, sin embargo su condición biológica la convirtió en sedentaria, mientras que el hombre se convirtió en el sustento y proveedor, lo que más adelante favorecerá el paso de un estado matriarcal al patriarcal.

Con la necesidad del hombre de heredar, llega la monogamia y con ello la mujer pierde autoridad, se convierte en un bien más del hombre, ya que es él quien ostenta el poder político y económico, al ser el principal proveedor y con ello el tutor de la mujer.

Posteriormente bajo la lógica de que la especie humana no sólo busca la reproducción, sino que tiende a la subsistencia y superación, el hombre adquirió mayor reconocimiento al arriesgar la vida, no al darla, por lo que se da superioridad al sexo que mata y no al que engendra.

Esta situación provocó una división de los roles sociales y su reproducción en las generaciones siguientes, como lo señala Ramos, (1992);

La dicotomía en la esfera pública o de toma de decisiones para los varones y doméstica para las mujeres se basa, en última instancia, en la idea de que el universo femenino se relaciona con la naturaleza, en tanto que el masculino se relaciona con la cultura. Esta ecuación mujer-naturaleza, hombre-cultura, da sustento a la división de roles (p. 18).

Sin duda la lucha de la mujer por tener un lugar y reconocimiento social continua, sin embargo, su rol social como procreadora sigue estando presente y es un estigma que seguirá por mucho tiempo más, aunado al conjunto de atributos sexuales, que van desde el cuerpo, hasta formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, su lugar en las relaciones económicas y sociales, así como la opresión que las somete.

La identidad y los roles sociales asignados a cada uno de los sexos, están determinados socialmente a partir del proceso de socialización y pautas de conducta. De igual manera “no existe una conexión biológica entre el sexo, el género y el tipo de tareas que se ejecutan. Estas varían en forma significativa y se construyen culturalmente” (Ramos, 1992, p.22).

### 1.3. IDENTIDAD FEMENINA

Antes de hablar de la identidad femenina se considera importante ahondar en el concepto de identidad y la evolución que ha tenido el mismo.

Este vocablo antes de los cuarenta era prácticamente desconocido, y es precisamente en la década de los ochenta cuando el concepto de identidad surge formalmente en la sociología y en la psicología social, de tal manera que actualmente la identidad se ha convertido en una categoría analítica indispensable

y en una palabra de uso común, por lo que hoy cuenta con una gran trascendencia teórica-metodológica.

Como lo señala Charry, (2004):

La vinculación explícita de la identidad a una realidad social dada y acotada en la historia, distinguiendo al mismo tiempo las dimensiones de conocimiento, evaluación y elementos de la estructura social, ha permitido hacer contribuciones empíricas y teóricas, al discutir perspectivas psicológicas y sociológicas como los fundamentos situacionales para las identidades que las personas asignan a otras personas y a grupos y que, a la vez, se otorga -personas o grupos- a sí mismas (p.195).

La identidad vista como una realidad socialmente construida puede ser definida como “estructuras con lógica interna de acción, pensamiento y sentimiento, que dirigen la conducta, interpretan la experiencia y proveen los materiales de que disponen los individuos y los grupos para dar un sentido a su vida” (Bejar y Capello, 1990, p. 45).

El estudio de la identidad se ha realizado bajo dos perspectivas principalmente; la identidad personal y la identidad social, en este trabajo se pone mayor énfasis en ésta última, así tenemos que la identidad personal está ligada a un proceso subjetivo, en donde la identidad se produce a partir de las percepciones establecidas por el propio sujeto y su entorno.

En cuanto a la identidad social, dicho concepto fue desarrollado por Tajfel y Turner quienes fundaron la teoría de las identidades sociales con el objeto de analizar las relaciones y conflictos intergrupales. Así la identidad social se visualiza como “un proceso que instaura un campo estructurado socialmente en la mente humana y un componente fundamental de los procesos subjetivos y psicológicos de la sociedad” (Charry, 2004, p. 204).

Ahora bien como lo señala Giménez, (1997), la identidad no es una esencia, un atributo o una propiedad intrínseca del sujeto, sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional, cuyo origen se encuentra en un complejo sistema simbólico-cultural o representaciones sociales, pues las representaciones sociales también definen la identidad y la especificidad de los grupos.

A partir de lo anterior, se puede afirmar entonces que la identidad femenina está determinada por las pautas de conducta, actitudes y representaciones sociales que se han establecido socialmente para cada sexo, en donde “la experiencia femenina está relacionada a la naturaleza, a la procreación y al ciclo vital, mientras que lo masculino está ligado al control y a la trascendencia” (Chávez, 2006, p.56).

La identidad proporciona siempre determinado valor para un sujeto, diferente al proporcionado a los demás sujetos, pues de acuerdo a Giménez, (1997), la identidad es el valor central en torno al cual cada individuo organiza su relación con el mundo y con los demás sujetos.

En cuanto a la identidad femenina, se puede decir que ésta se estructura basándose en un “conjunto de características sociales subjetivas, a partir de las cuales las mujeres se enfrentan con el cómo son vistas desde fuera, es decir, de la concepción de feminidad, en la que han sido socializadas y como se conciben a sí mismas, a sus actos y a sus sentimientos desde la propia experiencia como cuerpo vivido” (Meza, 2000, p.77). Aunado a la condición biológica que le impregna de un atributo identificador, ya que según Giménez, (1997), además de la referencia a sus categorizaciones y círculos de pertenencia, las personas también se distinguen y son distinguidas por determinados atributos considerados como aspectos de su identidad. De tal manera que se puede inferir que todas aquellas características como, hábitos, tendencias, actitudes o capacidades, acompañados con la imagen del propio cuerpo es lo que en muchas ocasiones determina el ser mujer.

Hombres y mujeres se ciñen a lo establecido socialmente en cuanto a lo que corresponde a cada sexo. Existe constantemente una imposición social para mantenerse dentro de las normas de conducta establecidas, como pueden ser la presión social y la amenaza de perder las ventajas que se tiene por pertenecer a un sexo o a otro. “De tal suerte que la conducta que la sociedad impone es natural para un sexo y anormal para otro” (Mead, 2006, p.251). Lo que a su vez genera un sentido de pertenencia categórica que puede llevar a hombres y mujeres a determinados estereotipos ligados a prejuicios sociales con respecto a determinadas categorías o grupos.

Ahora bien, en la creación de la identidad femenina la propia mujer juega un papel determinante, ya que es ella la encargada de “preparar a sus hijos varones para ser autosuficientes y, al mismo tiempo, educar a sus hijas para ser dependientes y sumisas” (Ramos, 1992, p. 17), por lo que no es posible relacionar con el sexo determinados rasgos como la pasividad o la agresividad. La sociedad es la que moldea a cada recién nacido de acuerdo a la cultura existente a través de sus agentes socializadores. Así socialmente se asigna determinados rasgos a un sexo y se prohíben al otro, este proceso se construye de manera implícita y manifiesta. De tal suerte que como lo menciona Mead, (2006), se va construyendo un modelo de temperamento masculino y femenino.

Puesto que como lo señala Giménez, (1997), una de las características fundamentales de la identidad es precisamente su capacidad de perdurar aunque sea imaginariamente en el tiempo y en el espacio y por tanto a reproducirse.

Por otro lado Ortner y Whitehead (1992) comentan que;

Las esferas de acción de los hombres y de las mujeres tiende a definir a los hombres de acuerdo con las categorías de estatus y función social “guerrero”, “cazador”, “estadista”, “anciano”, y muchas otras, en contraposición, las mujeres tienden a ser casi enteramente diferenciadas por las relaciones que típicamente corresponden a sus funciones de

parentesco “esposa, madre, hermana” si se les examina detenidamente, se verá que se trata de las relaciones que guardan con los hombres. Este contraste no es, en la mayoría de los casos, un componente explícito del pensamiento cultural. Sin embargo, constituye una característica habitual de las formas en las que las categorías de lo masculino y lo femenino son diversamente definidas y organizadas en diferentes culturas. (p 75).

Por lo que se puede decir que cada lugar o cultura ha conformado la identidad tanto para hombres como para mujeres, basada en las expectativas y lo que los demás esperan, en este caso, los pares, padres, hermanos, hijos, escuela y trabajo entre otros. Por ende esta identidad asignada es “lo que uno cree que su medio social espera de uno, y que ha interiorizado en su conciencia moral. Esta identidad indica, en consecuencia, las cantidades y las calidades de los “objetos de satisfacción” a los cuales la cultura les reconoce derecho de acceso, dadas sus posiciones sociales; simultáneamente le impone los límites que los demás asignan a su satisfacción legítima. (Bajoit, 2009, p.12).

#### 1.4. MUJER Y MENOPAUSIA

Existen una serie de atributos que forman parte de la identidad femenina construida socialmente, los cuales se encuentran relacionados por un lado, con los cambios biológicos que marcan el inicio y final de la vida reproductiva y por otra parte, con su estatus social. De tal manera que algunas de las características distintivas de la mujer se encuentran vinculados a conceptos como niña, joven, mujer madura, esposa y madre.

De igual forma, la vida de la mujer queda marcada por una serie de circunstancias tales como: menstruación, inicio de vida sexual, matrimonio y menopausia, alrededor de las cuales, se han generado una serie de valores, mitos, estigmas,

prejuicios y creencias, que dan pie a las pautas de conducta y comportamiento femenino.

Así la menstruación, es el proceso más representativo en el desarrollo fisiológico de una mujer y socialmente es considerado como el paso de niña a mujer, pese a la importancia de este proceso biológico, poco se habla de él en la familia, escuela y sociedad, por lo general se le intenta negar o esconder, lo que da pie a que se generen con mayor fuerza una serie de creencias y mala información al respecto.

Por otra parte, el tabú hacia la virginidad se visualiza como una forma de controlar a la mujer y en muchas sociedades, hoy en día, aún depende de ella, el valor de una mujer, al ser la que determina o califica la castidad, honorabilidad y respeto femenino.

En cuanto al matrimonio, la mayoría de las mujeres lo visualizan como parte de su destino, una mujer casada gana estatus y una mejor posición social. La mayoría de las mujeres sueñan con casarse, están casadas o sufren por no estarlo.

En relación a la menopausia, la cual debería ser caracterizada como una etapa productiva, de madurez, poder y estatus en donde la mujer “ya tiene claras sus habilidades y limitaciones, conoce bien su propio cuerpo y lo pueden asumir con naturalidad; ha construido sus redes de apoyo, sabe cuales son sus lealtades y compromisos reales y ya ha echado raíces en términos de residencia, relaciones e ideologías” (Rondón, 2008, p. 100), no es vivida como un proceso normal del ciclo de vida de toda mujer.

Ahora bien, el que se le califique como una etapa difícil y sea un proceso rodeado de mitos, temores y miedos, además de que cada mujer la viva de manera diferente, nos habla de que existe algo más allá de una condición meramente biológica.

Ello supone que en este proceso se cuenta con un fuerte componente social y cultural, que de alguna manera contribuyen para que la menopausia se viva de manera diferente y alrededor de ella se desarrollen una serie de prejuicios, valores y actitudes muchas veces negativas, los cuales dependen en gran medida del contexto y el rol social.

Lo que nos lleva a cuestionar, hasta qué punto la identidad femenina y su principal función basada en su atributo biológico y su papel social como madre y esposa, han construido todo un complejo simbólico y cultural que genera en la mujer un sentido de pérdida, ligada a condiciones sociales, psicológicas y culturales.

Lo anterior aunado a los mitos, estereotipos y prejuicios construidos socialmente en relación a la menopausia como lo señala Charlton, (2003), fin de la vida sexual, enfermedad, aparición de múltiples dolencias, vejez y pérdida del atractivo entre otras, son aspectos que condicionan la manera de sentir y vivir la menopausia.

Lo cual se agrava con las diversas circunstancias estresantes que pueden presentarse durante esta etapa, ligadas a aspectos sociales como; el divorcio, la muerte de los padres, esposos o pares, la separación de los hijos al independizarse o formar su propia familia, el cuidado de enfermos, la jubilación, la pérdida de los grupos de amistades o soporte, entre otras circunstancias.

Aunado a ello, está el hecho de asociar a la menopausia con la vejez, ya que a todos nos asusta envejecer, pero si a eso le agregamos que actualmente vivimos en “una sociedad donde la juventud y la belleza son sinónimos de éxito. Inteligencia, de futuro, continuamente resaltados por medio de la publicidad y en donde la pérdida de la capacidad reproductiva, se asocia con la pérdida de la feminidad, la desexualización y la decadencia” (Santiso, 2015, p. 119). Se puede entender que la mujer al llegar a la menopausia se sienta con un gran temor, enojo, angustia e inestabilidad emocional.

## CAPÍTULO II

### PROCESO MENOPÁUSICO

#### 2.1. PRECISIONES CONCEPTUALES.

Antes de dar la definición de menopausia es importante precisar algunos conceptos que se encuentran relacionados con este término, a fin de tener una mayor claridad en cuanto al significado de la menopausia.

La menopausia “no es un evento aislado, ya que se inserta dentro de un proceso biológico de duración variable (5 a 10 años) denominado perimenopausia” (Cravioto, 2005, p. 479). El inicio de la perimenopausia se genera por la disminución de la función ovárica y concluye al cumplirse un año de amenorrea (ausencia de sangrado).

Ahora bien, al periodo donde se presentan las alteraciones del patrón menstrual previas al último sangrado, se denomina transición menopáusica, mientras que la posmenopausia comienza a partir de la última menstruación y se extiende hasta el final de la vida.

Otro concepto que frecuentemente se relaciona con la menopausia es el de climaterio, el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), “ha propuesto eliminar, por considerarlo impreciso, otras organizaciones aún lo conservan en atención a la costumbre y tradición. En todo caso este término debe utilizarse para asignar a todo el proceso de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva” (Cravioto, 2005, p. 479).

En cuanto al término de menopausia, éste “proviene del griego *meno* “mes” y *pausis* “pausa” y significa mes y terminación. “Menopausia es entonces, la interrupción permanente de la regla” (Rodríguez, 2000, p.20), o último periodo menstrual de la mujer.

Una vez hechas estas precisiones, se concluye que la menopausia no es más que el último sangrado que se presenta en las mujeres, como lo señala Cravioto, éste término de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, “designa el último sangrado endometrial que presentan las mujeres debido a que cesan las funciones hormonales y gametogénica del ovario” (Cravioto, 2005, p. 479). La menopausia se presenta en las mujeres mexicanas en promedio a los 49 años.

Ahora bien, es importante, mencionar que en contraposición con la visión biomédica del concepto de menopausia, existe una definición psicosocial en donde la menopausia es concebida “como un proceso natural del desarrollo que señala una transición en la vida como la pubertad” (Marván, 2004, p. 132), mientras que otra definición bajo un modelo integral, la percibe como “un proceso complejo y multifacético que responde a la interacción de diferentes factores biopsico-sociales, que conducen a diversos cambios y a sus consecuentes adaptaciones” (Marván, 2004, p. 132).

Bajo esta última mirada, otra definición la considera como una “etapa de la vida durante la cual, se produce la involución de la capacidad procreadora y que transcurre entre la madurez sexual y la senectud, acompañada por cambios biológicos, biográficos, psicológicos y sociales altamente significativos” (Rodríguez, 2000, p. 20).

De ahí que la menopausia implica no sólo un cambio biológico, pues en la mayoría de las mujeres también implica un cambio psicológico y social, en cuanto a los sentimientos que genera la pérdida de la fertilidad y la nueva posición social que debe de desempeñar la mujer, con la partida de los hijos, la jubilación, la viudez o separación de la pareja, entre muchas otras situaciones que se presentan a la par con el proceso menopáusico.

Ahora bien en esta investigación, se considerara el concepto de proceso menopáusico para englobar a la peri menopausia, menopausia y pos menopausia, mientras que el concepto de menopausia será retomado en función del significado

social y psicológico que representa para las mujeres, más que por su significado biológico.

## 2.2. SINTOMATOLOGÍA MENOPÁUSICA

Para fines de esta investigación se han dividido los síntomas que pueden presentarse durante la menopausia en dos rubros: los físicos que hacen alusión a todos los cambios provocados por la falta de estrógenos y los psicológicos, relacionados con el impacto psico-social que se genera durante éste periodo de la vida.

### 2.2.1. *Síntomas físicos*

Durante el proceso menopáusico se presentan una serie de cambios en el organismo de las mujeres, entre los cuales encontramos:

- a) *Síntomas genitourinarios*: es muy común que durante este periodo, se presenten alteraciones del tracto genitourinario, por la falta de estrógenos, ya que al existir una disminución significativa en la concentración de estrógenos y al ser estos órganos estrógenos dependientes, ven afectado su funcionamiento, los principales síntomas son; disminución de la secreción del moco cervical, resequedad o irritabilidad de la vagina, prurito, irritación de la vulva, dispareunia, urgencia urinaria e incontinencia urinaria.
  
- b) *Síntomas vasomotores*: están constituidos por los bochornos y sudoraciones. El síntoma más característico del proceso menopaúsico son los bochornos, los cuales son descritos como: “oleadas súbitas de calor y sudoración, localizadas sobre todo en cuello y cara, cuya duración es de minutos” (Cravioto, 2005, p. 481). Es importante aclarar que no todas las mujeres presentan bochornos. De acuerdo a Hunter citado en (Asili, 2004) aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres los presentan durante el primer año, alrededor de la mitad

suelen sentirlos de dos a cinco años y la cuarta parte continúan sintiéndolos cinco años después de haberse presentado la menopausia.

- c) *Alteraciones menstruales*: durante el proceso menopaúsico se puede llegar a presentar irregularidades menstruales que se originan como ya se mencionó, por la disminución de la función ovárica, éstas variaciones menstruales “son de todo tipo, desde sangrados frecuentes, abundantes y de mayor duración, hasta ciclos largos, con sangrados escasos de menor duración” (Cravioto, 2005, p. 481). Estos cambios en los ciclos menstruales son los principales signos del proceso menopaúsico.

*Alteraciones sexuales*: no se considera que el proceso menopaúsico afecte de manera directa la sexualidad de las mujeres, sin embargo, existen algunos eventos que pueden influir o interferir en el coito; como la incontinencia urinaria, disminución del interés sexual, sequedad vaginal, cambios físicos en la apariencia de la mujer, mastectomía o histerectomía entre otros.

Es importante señalar que después de la menopausia hay cambios graduales dentro y alrededor de la vagina, “las paredes vaginales se tornan más delgadas y pierden algo de su elasticidad, lo cual puede producir una sensación de sequedad y, si no se tiene cuidado, puede ocasionar dolor durante el coito. Las infecciones o irritaciones vaginales también pueden tornarse más frecuentes” (Marván, 2004, p. 133). Por tal motivo, muchas mujeres manifiestan falta de lubricación o coito doloroso, lo que puede provocar menor satisfacción sexual y por tanto menor interés en el sexo.

- d) *Otros síntomas*: varios autores coinciden en que los principales síntomas relacionados con el proceso menopaúsico son los cambios en el ciclo menstrual, bochornos, sudoraciones nocturnas y la sequedad vaginal, sin embargo, diversos estudios han demostrado que las mujeres durante éste periodo también presentan otros síntomas como:

- Latidos cardiacos rápidos o fuertes
- Disminución de sensibilidad en manos o pies
- Mareos
- Presión o dolor de pecho
- Dificultades para respirar
- Dolor de cabeza
- Debilidad y cansancio
- Dolor muscular o articular
- Aumento de peso
- Presión o tensión en cabeza y cuerpo
- Síntomas gastrointestinales

### 2.2.2. *Síntomas psicológicos*

Este rubro comprende los trastornos del sueño, inestabilidad emocional, trastorno ansioso-depresivo y alteraciones en la memoria, disminución de la libido y cefaleas entre otros, los cuales a diferencia de los bochornos, que están claramente relacionados con la disminución de los estrógenos, las alteraciones psicológicas no han podido ser explicadas como una consecuencia de la deficiencia hormonal, por lo que el tratamiento con fármacos hasta hoy ha sido poco efectivo.

De hecho “no existen estudios científicos que indiquen que la menopausia natural sea responsable de la depresión clínica, ansiedad, alteraciones en la memoria o en el comportamiento” (Secretaría de Salud, 2000, p.19).

Es importante señalar que a pesar de que la menopausia es parte de un proceso natural, no todas las mujeres la viven igual, muchos de los síntomas y los sentimientos experimentados antes y después de ese periodo son determinados por la cultura y las características individuales de las mujeres, incluso “se ha visto que de acuerdo con las creencias culturales, valores y actitudes, la menopausia puede experimentarse positiva o negativamente, de manera trivial o traumática” Gannon y Ekstrom, citados en (Asili, 2004).

De igual manera las mujeres con actitudes más negativas hacia la menopausia de acuerdo a Jiménez citado en (Asili, 2004), generalmente reportan tener más síntomas, tanto físicos como emocionales. Mientras que en nuestro país de acuerdo a este mismo autor, se ha observado que las mujeres con actitudes negativas hacia la menopausia experimentan mayor grado de fatiga, irritabilidad, inestabilidad emocional y depresión.

Si bien, se asocian muchos síntomas psicológicos al proceso menopaúsico, no hay que perder de vista que “la menopausia llega cuando empiezan a surgir algunas complicaciones resultantes de la edad, por lo cual a menudo se le atribuyen problemas que, en realidad pudieran estar vinculados con el envejecimiento”. (Marván, 2004, p. 133), además de que lamentablemente “existe una imagen negativa sobre la menopausia en las sociedades occidentales, por lo que puede inferirse a la menopausia problemas que pueden tener otras causas”, (Marván, 2004, p. 133) lo cual, pudiera estar teniendo mayor impacto emocional como lo es la irritabilidad, fatiga, tensión nerviosa, depresión, sensación de soledad, falta de motivación y poca autoestima, entre otras.

### 2.3. TRANSICIÓN MENOPÁUSICA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

Como ya se mencionó, la transición menopáusica es un proceso fisiológico que se caracteriza por el cese permanente de la menstruación en las mujeres como resultado de la reducción de la secreción hormonal ovárica, por lo general esto se presenta entre los 45 y 55 años.

Dicho proceso ocurren en dos niveles del organismo de acuerdo a lo señalado por la Secretaría de Salud (2000):

- a) En el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (sistema nervioso central y endocrino)
- b) En otros sistemas sensibles a la disminución en la producción de estrógenos ováricos (p. 15).

En cuanto a las consecuencias del proceso menopáusico, la más evidente tiene que ver con la disminución de la fertilidad, situación que ocurre a los 40 años aproximadamente, cuya característica principal son los ciclos anovulatorios, es decir no se producen óvulos.

Durante esta etapa se está más propenso a la pérdida de la densidad mineral ósea, que conduce a la osteopenia y osteoporosis, a la par con la menopausia aunque no como una consecuencia de ésta, se puede presentar en las mujeres también algunos problemas cardiovasculares, cáncer de mama o cérvix, dislipidemias, diabetes y la obesidad, por lo que es necesario la prevención y atención en la salud.

Lo cual debe llevarse a cabo a través de un seguimiento preventivo en donde se considere los factores de riesgo cardiovasculares, neoplasias y fracturas por osteoporosis, así como la exploración física poniendo mayor énfasis en “antropometría: (tensión arterial, talla, peso, índice de masa corporal y medición de cintura) exploración de mamas y ginecológica” (INSP, 2007, p.2)

De igual manera es importante un cambio de hábitos alimenticios como la disminución de comidas calientes e irritantes, aumentar la ingesta de calcio, desarrollo de actividades físicas, valoración de las molestias como: los bochornos, sudoraciones nocturnas, inestabilidad emocional y sequedad vaginal entre otras.

## CAPÍTULO III

### ACTITUDES ANTE LA MENOPAUSIA

#### 3.1. DEFINICIÓN DE ACTITUD

El concepto de actitud tiene gran relevancia en psicología social y aparece en esta disciplina en 1918, su trascendencia en este campo estriba como lo señala Ibáñez, (2004), en el hecho de que las actitudes han contribuido a que la psicología social pueda conceptualizar teóricamente lo que la gente, siente, dice y hace. Ya que se les ha visualizado como una predisposición a actuar hacia un objeto de una determinada manera.

En la actualidad existen un gran número de definiciones sobre las actitudes, e incluso no hay consenso sobre el total de definiciones existentes, de tal manera que la cifra oscila entre 70 y 200 definiciones, dado que es un concepto que a lo largo de la historia de la psicología social se ha ido modificando, de acuerdo a las tendencias teóricas.

Dentro de esta gran gama de definiciones para este trabajo se consideran las que la definen como: “un estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia direccional y/o dinámica sobre la conducta del sujeto hacia todos los objetos y situaciones con las que se relaciona” Allport, citado por (Sánchez, 1994).

Otro concepto la define como: “una predisposición aprendida, no innata y estable, aunque puede cambiar y a reaccionar de una manera valorativa favorable o desfavorable, ante un objeto (individuo, grupo, ideas, situaciones etc.). Katz, citado en (Morales, 2006).

Es decir, Como lo señala Morales, (2006), un una actitud permite generar un proceso a partir del cual se logra conectar y dar coherencia entre el pensamiento,

la emoción y la acción de un sujeto hacia otro sujeto-objeto. Pese a la gran gama conceptual sobre las actitudes, se ha generado entre los diversos autores cierto consenso sobre las características básicas que las conforman. Así tenemos que de acuerdo a Sánchez, (1994), una actitud cuenta con las siguientes características:

- Es una predisposición a actuar
- Es aprendida
- Está dirigida a un objeto, persona o situación
- Incluye dimensiones cognitivas, afectivas y eventualmente conductuales

Por lo que se puede decir que una actitud es un proceso aprendido a partir del cual se actúa de manera positiva o negativa hacia una persona u objeto.

### 3.2. COMPONENTES DE UNA ACTITUD

Partiendo de la idea de que una actitud determina lo que una persona siente, dice y hace, se puede inferir que toda actitud cuenta con un componente afectivo, uno cognitivo y otro conductual, a lo que se le ha llamado modelo tripartita, y a continuación se describe:

#### *1. El componente cognoscitivo*

En el cual se engloban todas las ideas, creencias, percepciones, estereotipos, y conocimientos en relación a un objeto o persona. Es decir, debe de existir una representación estructurada sobre un objeto o echo determinado.

#### *2. El componente afectivo o evaluativo*

Aquí se engloba todo lo referente a los sentimientos y emociones positivas o negativas que se despiertan o generan a partir de algo o alguien. “Este componente es el que se enfatiza profundamente y es el que se resiste con mayor frecuencia al cambio” (Matus, 1993, p. 23).

### 3. *El componente conductual*

Que tiene que ver con la manera de actuar o portarse frente a algo o alguien, lo cual a sus vez estará determinado por las ideas y sentimientos que se tienen del objeto actitudinal.

Estos componentes se encuentran estrechamente ligados de tal manera que si se diera algún cambio en alguno de ellos, esto tendría una repercusión o modificaría a los otros dos componentes.

Ahora bien, como lo señala Ibáñez, (2004), estos componentes (cognición, afecto y conducta) en conjunto, desarrollan una serie de convicciones o ideas, que generan una predisposición favorable o desfavorable a actuar respecto a un objeto social.

### 3.3. FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Existe un consenso en cuanto a que las actitudes son aprendidas y no innatas y algunos factores que influyen es su formación de acuerdo a Ibáñez son:

#### a) Experiencia directa:

La simple exposición a un objeto nos ayuda a tener información sobre éste, lo cual ya sería suficiente para ir conformando una actitud hacia ese objeto, ahora bien, en cuanto más larga y repetitiva es la experiencia y en cuanto más sensaciones agradables o desagradable genere, eso determina si la actitud es positiva o negativa.

#### b) Factor de aprendizaje:

El cual se ha estudiado desde diversos abordajes teóricos como el del condicionamiento clásico, es decir el aprendizaje asociativo, hay quien también considera que las actitudes se forman a partir de procesos de refuerzos y castigos, de tal manera que “si recibimos una experiencia gratificante desarrollaremos

actitudes positivas hacia el objeto” (Kmbe. 2002, p. 138), mientras que si no es una experiencia placentera seguramente nuestra actitud será negativa o de rechazo.

Otra teoría tiene que ver con el aprendizaje por observación en donde Bandura es uno de sus principales exponentes, señala que en una actitud no se requiere necesariamente de una experiencia directa, ya que sólo la observación del comportamiento de alguien (modelo), y de las posibles consecuencias que ese comportamiento tiene para el modelo, es suficiente para obtener un aprendizaje, es decir, al observar a alguien hacer algo y disfrutarlo, nos formaremos una actitud positiva.

c) Agente socializador:

La socialización es el principal agente transmisor de actitudes, llevándose a cabo principalmente durante la infancia, dentro de los principales agentes de socialización encontramos a la familia, la escuela, los medios de comunicación, los amigos y los grupos de pertenencia, ya que por medio de estos agentes se transmiten información, además de valores y modelos de conducta.

### 3.4. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

No existe un consenso general sobre cuantas y cuáles son las funciones de las actitudes, sin embargo a continuación se describen las que se consideran más importantes; Para Karts citado en (kimble, 2002) las actitudes las mantenemos por cuatro razones: para maximizar los premios y minimizar los costos en el entorno (función de ajuste), para protegernos en contra de los conflictos internos y de las amenazas externas contra el yo (función de defensa del yo), para indicar el tipo de persona que somos, (función expresiva de valor) y para dar significado y orden a nuestro mundo (función de conocimiento).

Para algunos autores como Shavitt, y Han, citados en (Kimble, 2002), las funciones básicas de las actitudes son tres; utilitaria, identidad social y preservación de la autoestima, aunque tiene mucha relación con las señaladas por Karts ya que “la función utilitaria se parece mucho a la del ajuste o del conocimiento, pues las actitudes rigen las decisiones de la vida diaria indicando los costos/beneficios de su objeto, la función de identidad social se parece mucho a la función expresiva de valor, en el sentido de que con las actitudes indicamos nuestro estatus o relación con el prestigio. La función de preservación de la autoestima se parece mucho a la función defensiva del yo, porque sostenemos estas posiciones para proteger la autoestima” (Kimble. 2002, p. 140).

Asimismo, otros autores consideran que existen diversas clases de actitudes y que cada una de ellas tiene una función específica y prácticamente engloban las funciones señaladas:

- a) Conocimiento
- b) Instrumentalidad (medio para alcanzar un fin u objetivo)
- c) Defensa del yo (protección de la autoestima)
- d) Expresión de valores (permitir a las personas que presenten los valores que las identifican y definen de manera singular)
- e) Utilitaria (apreciación del objeto)
- f) Proporciona orientación hacia un objeto

### 3.5. LAS ACTITUDES COMO BASE TEÓRICA EN EL ESTUDIO E INTERVENCIÓN DURANTE LA MENOPAUSIA

Como ya se dijo una actitud implica un sistema organizado de sentimientos, creencias y valores, así como una predisposición a actuar o comportarse de cierta manera. Son muy importantes “en la orientación y adaptación del ser humano a su entorno social, dado que la actitud representa el aspecto psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y de emprender de una

persona, al propio tiempo que ordena y da significado a su experiencia” ( Nivel, G. Lluch M. Miguel, M, 2000, p.31).

De tal manera que una actitud determina en gran medida una conducta, al ser una motivación que orienta a la acción, la cual se encuentra basada en los conocimientos, creencias o juicios de valor, los cuales son la mayoría de las veces aprendidos o influenciados por la familia, escuela, grupos de pertenencia y de los sistemas socioculturales en los cuales se desarrolla e interactúa cada individuo.

Ahora bien, una actitud “cuenta con un carácter dinámico, pudiéndose modificar según las experiencias vividas por las personas” (Delgado M, Tercedor P, 2000, p. 62). Dicho cambio se genera a partir de brindar nuevos conocimientos, opiniones o sentimientos a partir de modificar los existentes con nueva información, experiencias y motivaciones hacia el objeto o sujeto de actitud.

En otras palabras, una actitud no es estable y puede ser modificada al aprender nuevos comportamientos, por determinadas vivencias o situaciones que pudieran presentarse, por algún estímulo o por la presión social.

Dada la flexibilidad de las actitudes, se ha incrementado el interés por su estudio desde el ámbito de la salud, para explicar, entender e intervenir en los procesos de salud enfermedad, al considerar a las actitudes como un elemento fundamental en la modificación de hábitos.

Por lo que actualmente el concepto de actitud se encuentra en estudios e investigaciones prácticamente en cualquier tema de salud como: calidad en los servicios de salud, enfermedades crónico degenerativas, enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, salud reproductiva, donación y trasplantes de órganos y salud materno infantil, además de que el estudio de las actitudes no sólo se enfocan hacia los usuarios de los servicios, sino que también abarcan al personal de salud.

En el caso de la menopausia, que como lo señala Freixas, (2007), es vista no sólo como un proceso individual, sino también como un hecho social, toda vez que se ha convertido en un concepto el cual se ligan a una serie de pensamientos, sentimientos y comportamientos basados en aspectos psicosociales, dependientes del contexto cultural en donde se ubique a la mujer, pero sobre todo del rol social y percepción que tiene la mujer de sí misma.

Las actitudes juegan un papel determinante, en cómo se vive la menopausia y las acciones de autocuidado que se desarrollan, por lo que conocer y entender las actitudes hacia este proceso en nuestro contexto cultura, puede contribuir a explicar cómo influye esto en el cuidado a la salud y en la calidad de vida de las mujeres. Y con ello podría ayudar al desarrollo de una intervención más eficaz en la atención a la mujer, la cual implicaría no sólo la atención médica, sino una atención integral que no deje de lado los factores psicológicos y sociales y sobre todo la prevención, que también juegan un papel determinante en el bienestar de una persona.

En esa lógica, la actitud tiene gran importancia, pues es la que proporciona una predisposición a la acción ya que además de tener una función cognitiva y afectiva, es la que influye en el actuar, de tal manera que una actitud puede ser utilizada, concretamente para la acción preventiva a través de la modificación de hábitos principalmente.

Ahora bien, considerando que una actitud es la que predispone la conducta y como lo señala Hogg y Vaughan (2004) una actitud permite maximizar las probabilidades de tener experiencias positivas y minimizar las desagradables y que además una actitud es modificable, es que se considera importante como fundamento teórico en el área de la salud, y específicamente en la intervención con mujeres durante el proceso menopaúsico, ya que las actitudes son susceptibles de ser modificadas, lo que nos indica que durante la intervención con mujeres durante el proceso menopáusico, existen acciones o comportamientos

que pueden ser sustituidos por otros, a partir de trabajar en las actitudes con las cuales éstos están en conexión, como son: la higiene, alimentación, ejercicio físico, chequeos médicos, aceptación del propio cuerpo y conocimiento de sí mismo, entre otras cosas.

### 3.6. ACTITUD SOBRE LA MENOPAUSIA

Por mucho tiempo la menopausia fue un tema obscuro del que poco se hablaba, actualmente es un concepto usado muy comúnmente, a tal grado que es considerada como una de las cuestiones de salud más controversiales, de igual manera su representación varía de cultura en cultura, con el ideal de mujer y rol femenino establecido a través de los agentes de socialización; familia, escuela, grupos sociales y sobre todos los medios de comunicación, los cuales a partir de la juventud, belleza y delgadez han establecido un estereotipo femenino como parte de toda una industria consumista.

Así es que “la mujer además de la edad, posee otro reloj biológico: la presencia o la ausencia de la menopausia. Durante siglos a la mujer se la ha hecho creer que la menopausia es sinónimo de vejez” (Méndez y Palacios, 1999, p. 196), por lo que este periodo de la vida que debiera vivirse y verse sólo como un proceso natural, se ha transformado en un periodo lleno de mitos, ideas erróneas y actitudes negativas.

Todas las transformaciones femeninas como lo comenta Rodríguez (2000) de niña a señorita, mujer a madre, a abuela, son marcadas por notables cambios físico, sin embargo, pubertad, desfloración, concepción, embarazo, parto y lactancia, conforman una sucesión de transfiguraciones que trascienden del campo biológico, en todas ellas puede advertirse además considerables “ventajas” sociales, la menopausia contrariamente, es el cambio que anuncia el fin de los cambios.

De tal suerte que como lo señala Freixas, (2007),

El diseño cultural de la menopausia como un hecho deprimente que debe ser ocultado refleja la idea social de que la identidad central de la mujer reside en la reproducción y por añadidura, en su calidad de objeto para la satisfacción sexual del varón. Idea que sostiene una consideración del ser mujer ligada exclusivamente a la potencialidad de la maternidad y al cumplimiento de determinados roles sociales (p.35).

Así pues, condicionada en gran medida por la vergüenza, el prejuicio y el desconocimiento, “casi siempre con temor y en una silenciosa soledad, la mujer en nuestro medio, oculta tanto como le es posible su condición de menopáusica” (Rodríguez, 2000, p. 21), ya que la actitud hacia la menopausia; conformada de aspectos psicosociales y culturales, reproducida a partir de las experiencias y modelos socialmente aprendidos, ha conformado una serie de mitos, en la mayoría de los cuales, se le ha adjudicado un peso negativo por parte de la mayoría de las mujeres, a un proceso natural del desarrollo, todo ello, como resultado de “las creencias relacionadas con los roles y las funciones de las mujeres que siguen siendo vinculadas a la función maternal y a la feminidad heterosexual, donde los parámetros básicos son la belleza, la delgadez y la complacencia del varón” (Freixas, 2007, p.36).

Ahora bien, mientras continúe apoyándose y trasmitiéndose la idea errónea de que la menopausia es un proceso difícil, causante de complicaciones médicas, de la pérdida de la feminidad y del sentido de ser mujer y que por tanto debe de ocultarse, las actitudes y sentimientos hacia este proceso seguirán teniendo un peso negativo en las mujeres y por ende afectarán su calidad de vida.

Por otra parte revertir las actitudes negativas hacia la menopausia es algo muy complejo ya que como menciona Freixas (2007),

El concepto de <<menopausia>> está fuertemente marcado por las diferencias sexuales y modelado, por nociones socialmente construidas sobre la feminidad. Somos femeninas si tenemos hormonas y órganos reproductivos –útero, ovarios, vagina- que podemos utilizar para tener creaturas. Ya no somos fértiles ergo no somos femeninas. Pero la cosa no queda ahí. La capacidad para reproducirnos está también sospechosamente ligada, en nuestra cultura, con la sexualidad y el atractivo sexual. Ya no somos fértiles, ergo no somos deseables y tampoco deseamos (36).

En el caso de nuestro país, pese a ser pocas las investigaciones sobre las actitudes y prácticas de las mujeres durante la menopausia, dentro de estos estudios podemos rescatar uno que se llevó a cabo en los municipios de Cuernavaca y Emiliano Zapata a un total de 20 mujeres en 1998, por investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

A partir del cual se observó que existe una representación “que se construye alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento” (Pelcastre B, Garrido F y Leo V, 2001, p. 408), si tomamos en cuenta, que el papel que tradicionalmente ha jugado la mujer en la sociedad ha sido únicamente el de dadora de vida, podemos pensar que al finalizar su ciclo reproductivo también termina su identidad y función social. Puesto que la menopausia es identificada como el cese de la fertilidad y por tanto la culminación del ejercicio reproductivo de la mujer, esta etapa es vista por las mujeres como una vivencia trágica y negativa.

En esa investigación también se señala que las mujeres aluden a una sensación de mutilación, cuando se presenta su menopausia, esta alusión sugiere “que la menopausia es un elemento decisivo del significado de ser mujer, cuando

desaparece, la mujer siente haber perdido una parte de sí misma, de lo que la define e identifica” (Pelcastre B, Garrido F y Leo V, 2001, p. 411).

Lo anterior hace pensar que el significado del término menopausia va más allá de un simple evento natural por el cual toda mujer transitará, pues en este proceso se une con otros conceptos como; menstruación, sexualidad, fertilidad, juventud y vejez, que también se han construido socialmente y en su conjunto constituyen la identidad femenina y al mismo tiempo conforman la actitud hacia la mujer y por ende sobre la menopausia.

## CAPÍTULO IV

### AUTOCUIDADO EN LA MENOPAUSIA

#### 4.1. ATENCIÓN PRIMARIA Y AUTOCUIDADO

El cuidado a la salud de una persona depende de dos aspectos fundamentales: los cuales tienen que ver por un lado, con los servicios médicos a los que se tiene acceso y por otro, a las propias medidas preventivas que el individuo adopte en pro de su bienestar físico y psicosocial.

Aquí la atención primaria en salud, entendida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (p. 3).

Junto con el concepto de autocuidado considerado como “un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento (Díaz, Márquez y Sighler, 2007, p.100), se han convertido en elementos fundamentales en la atención a la salud.

Ya desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria realizada en Alma-Ata, la OMS, (1978), hacía hincapié en la necesidad de fomentar acciones como la accesibilidad de la población a servicios de salud, a contar con medicamentos de calidad y bajos costos, así como a la participación activa de los individuos, comunidades y sociedad en general. Siendo precisamente la atención primaria el punto de contacto entre la comunidad y los servicios de salud.

Así la acción comunitaria, se vislumbra como un elemento indispensable en su propio desarrollo, pero de igual manera, “para que la atención primaria alcance su máxima eficacia deberá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda” (OMS, 1978, p. 41), para lo cual es necesario conocer los contextos socioculturales en los que se encuentran inmersas y retomar esos elementos como un punto de partida en la intervención y atención en salud.

A la atención primaria, se le ha llegado a considerar como la clave para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, por lo que se ve la necesidad de trabajar en ella y el autocuidado de manera conjunta, ya que muchos de los sistemas de salud son “cada vez más complejos, costosos y de dudosa eficacia social, deformados por las imposiciones de la tecnología médica y por los esfuerzos mal orientados de una industria que facilita a la sociedad bienes de consumo de carácter médico” (OMS, 1978, p. 44).

De ahí, la necesidad de retomar nuevas estrategias encaminadas a una atención corresponsable, en donde se fomente el autocuidado y prácticas saludables con los pacientes, como dieta adecuada, ejercicio y adherencia al tratamiento, que sirvan como un apoyo en la mejora de su calidad de vida. Lo cual sólo se logrará con la aceptación de una mayor responsabilidad y participación en materia de salud por parte de la comunidad y los individuos.

En consecuencia, la atención primaria en salud y los esfuerzos de la comunidad con miras a su desarrollo social y económico “tendrán en general, mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente” (OMS. 1978, p. 45) lo que a la larga traerá también un ahorro considerable al sector salud pues se estará haciendo un trabajo preventivo, interactivo y sobre todo corresponsable de todos.

Pese a ello, en la actualidad la accesibilidad a la atención médica en muchos casos es restringida o no existe, mientras que el autocuidado no es una práctica cotidiana que se haya implementado en los servicios de salud, “como una

estrategia en la atención médica, pese a contar con evidencias de su eficiencia, en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes” (Díaz, Márquez y Sighler, 2007, p.100), por lo que hace falta promover el autocuidado de la salud, como lo menciona Rothman y Wagne, (2003); Con el proceso de envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se hace cada vez más urgente la incorporación del autocuidado como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención médica.

Así el autocuidado cuyo concepto se ha construido a partir de las observaciones “sobre lo que las personas hacen en beneficio de su salud, lo que los familiares o amigos ofrecen en forma de cuidado al enfermo y lo que los grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva” (Lange, I. et al. 2006, p 17). A la par con una atención de salud de calidad por parte de los prestadores de servicios, es de suma importancia el autocuidado. Ya que ello garantizará “que los pacientes tengan la confianza y las habilidades para manejar su condición, los tratamientos más adecuados y óptimo, el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones” (Rothman y Wagner, 2003, p.258).

Como lo señala Lange, I. et al, (2006), el concepto de autocuidado ha ido evolucionando con el tiempo y como acción siempre ha estado presente en nuestra vida, desde las primeras civilizaciones, el cuidado de la salud fue parte integral del cuidado que el ser humano tenía por su vida y la de sus familiares; luego, con la medicalización e institucionalización del cuidado de las personas enfermas, la responsabilidad del cuidado de la salud se trasladó al creciente número de profesionales (principalmente al médico) cuyos saberes estaban muy por encima del conocimiento del común de las personas.

Posteriormente se buscó fomentar la autorresponsabilidad de los individuos, familias y comunidades en el cuidado de su salud, como un medio de mejorar el nivel de vida en general. Y finalmente, hoy en día se vislumbra una etapa en la que el individuo y los grupos están ampliamente informados y conscientes de sus

derechos a la salud integral. Por ello cuestionan y exigen más conocimientos y recursos para autocuidarse y mayor participación en las decisiones respecto a su salud, utilizando a las instituciones sanitarias como apoyo.

Este proceso evolutivo hace necesario reorientar los recursos y estrategias médicas hacia los cuidados básicos y la prevención y por tanto, no verter todos los esfuerzos de manera exclusiva hacia los hospitales y la alta tecnología médica, partiendo de la idea de que el individuo y la población tienen un papel preponderante en el cuidado de su propia salud.

De esta manera el individuo y la comunidad en general tendrán la capacidad de desarrollar una serie de acciones en beneficio de su propia salud, sin que sea necesaria una constante supervisión médica formal.

Dada la importancia e impacto del autocuidado en la calidad de vida y salud de la comunidad, que ya desde los años sesenta y setenta se venían gestando, como “un movimiento social en contraposición a la hegemonía médica y como una estrategia para disminuir la utilización de los servicios de salud, cuyos costos iban en aumento vertiginoso” (Lange, I. et. al. 2006, p 17), se ve la necesidad de fomentarlo cotidianamente.

De acuerdo a Tobón O y García C. (2003), el autocuidado cuenta con una serie de principios los cuales tienen que ver con:

- Responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

## 4.2. TEORÍA TRAS-CULTURAL DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado en salud, como ya se vio, es “una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad; por eso el autocuidado es la base de la pirámide de la atención primaria” (Lange I. et. al. 2006, p. 13), de ahí que hoy en día, se estén estableciendo diversos esfuerzos por hacer un trabajo médico en donde no se deje de lado el autocuidado, e incluso se han comenzado a desarrollar diversos modelos de autocuidado.

Dentro de estos modelos encontramos el modelo de “Enfermería para el Autocuidado” cuyo objetivo es enseñar a las personas a cuidarse a sí mismas.

Desde la perspectiva de la psicología también se han aportado algunos elementos importantes, a través de diversas conceptualizaciones sobre el autocuidado, aunque no de forma directa pero sí con estudios de procesos psicológicos relacionados con el autocuidado tales como: “el concepto de sí mismo, la autoeficacia y también, de manera más directa, a través del estudio de cómo las personas se mantienen sanas, por qué se enferman y cómo responden cuando esto sucede Gantz, citado en (Lange I et. al, 2006).

Y finalmente uno de los modelos más importantes y que se considera un elemento fundamental que puede ayudar al autocuidado de las mujeres durante el proceso menopaúsico es precisamente el modelo Transcultural de Leininger, el cual como lo señala Lange I. et. al, (2006), se centra en cómo las visiones, el conocimiento y las experiencias de una cultura influyen en la planificación e implementación del

cuidado, aunado a que si las expresiones culturales no son reconocidas y comprendidas, los cuidados de enfermería pueden ser menos efectivos y tener consecuencias desfavorables.

Este modelo hace referencia a que un individuo puede ser motivado en su autocuidado cuando aprende y toma en cuenta la cultura y todo lo que ésta engloba como los mitos, costumbres, tradiciones y sobre todo los roles asignados a cada integrante de la sociedad. Ya que aprender de la conducta y formas culturales permite entender y establecer estrategias de atención mucho más eficaces y en donde el individuo se integre y participe de una manera más dinámica.

Es importante recalcar que esta teoría tiene sus orígenes en la antropología y la enfermería, “y es durante 1950 y 1960 que Leininger identificó varias áreas comunes del saber y de interés en la investigación teórica entre la enfermería y la antropología, formulando con ello el concepto de enfermería transcultural” (McFarland, 2006, p. 473).

Leininger ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería la cual “se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, las expresiones y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta” (McFarland, 2006, p. 476), siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura.

El propósito de la teoría de acuerdo a McFarland (2006):

Era descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de los humanos, según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones, después de describir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruente a personas de culturas diferentes o similares para

mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada (p. 476).

El objetivo de la teoría es “mejorar y proporcionar cuidados culturales congruentes a las personas que le sean beneficiosos, se adapten a ellas y le sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural” (Lininger, 1991 p. 476).

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Por tanto la teoría está enfocada para que se descubra y adquiera conocimientos acerca del mundo del paciente y para que se haga uso de sus puntos de vista internos y sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada (conocimiento profesional) como base para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes en la cultura.

La trascendencia de este modelo en el estudio y atención de la menopausia está en el hecho de que, para la atención del individuo se toman en cuenta todas las circunstancias que lo rodean y no sólo su condición física, sino que es necesario incluir factores culturales y sociales, la visión del mundo, la historia y los valores, el contexto ambiental y el lenguaje entre otras cosas. De tal suerte que estos se trasformen en elementos que puedan ser usados a favor de la atención de las personas.

#### 4.3. ¿A QUIENES INVOLUCRA EL AUTOCUIDADO?

El autocuidado “como una serie de habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas, indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existen problemas de salud “(Díaz, Márquez y Sighler, 2007, p.100), es un proceso en el que participa no sólo el enfermo.

Ya que como proceso requiere de una serie de acciones o pasos dirigidos, primero por los profesionales de salud (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) en cuanto a concientización, educación e información y, en segundo lugar, por el propio enfermo y su familia.

Ahora bien la trascendencia del autocuidado, es que se garantiza una participación activa de los pacientes en la toma de decisiones; y con ello a abatir los elevados costos de la atención de salud; y sobre todo elevar la calidad de la atención profesional con el usuario, al hacerla más estrecha y con un compromiso de ambos (médico y paciente).

Asimismo, la implementación de un modelo de autocuidado en el sistema de salud exige que tanto los pacientes como el personal de salud realicen actividades de atención en salud en forma conjunta. El autocuidado requiere que las personas asuman mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y de las consecuencias de las acciones que realizan. Para fortalecer el autocuidado, los profesionales de la salud requieren impulsar estrategias de educación y prevención hacia los pacientes, en donde éstos tengan un papel protagónico, y no sean meros receptores de información.

En cuanto al personal de salud involucrado en el autocuidado se encuentran; médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y nutriólogos principalmente, quienes deben tener presente que en la atención a la salud no sólo abarca el bienestar del cuerpo, ya que se involucran otros aspectos como los emocionales, familiares, económicos y socio-culturales.

Por lo que la intervención debe como lo señala Tobón O y García C. (2003), asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana, en donde se deben evitar acciones amenazantes o coercitivas, de igual forma es necesario identificar los conocimientos actitudes y prácticas así como los imaginarios de la gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud.

También es necesario que el autocuidado tome en cuenta las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital, en donde no se pierda de vista lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud.

Asimismo, desarrollar un trabajo interdisciplinario que contribuya a incrementar la capacidad que tienen la gente para cuidar de su salud a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.

De igual manera las instituciones de salud tendrían que efectuar cambios organizacionales y estructurales en función de un nuevo modelo de atención que considere también como resultado último, la consecución de la salud positiva de los individuos y de los grupos sociales (Lange, 2006, p. 22).

Por otra parte los pacientes y su familia también tienen que asumir un sinnúmero de responsabilidades entre las cuales la Organización Panamericana de Salud menciona:

- Aptitudes de adaptación (control de las emociones relacionadas con las enfermedades crónicas)
- Fijación de objetivos (para hábitos específicos y moderadamente difíciles)
- Autovigilancia (llevar un control de los hábitos)
- Modificación del entorno (generar un contexto favorable al máximo grado de cumplimiento de los objetivos)

- Autorecompensa (consolidación de los hábitos mediante la concesión a uno mismo de recompensas inmediatas, personales y deseables)
- Obtención de apoyo social (ganándose el apoyo de otros).

Por último como un elemento externo que hace posible o no, el autocuidado de las personas encontramos algunos determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social.

De estos factores sin duda uno de gran trascendencia según Tobón O. y García C. (2003), es la cultura:

Si tomamos en cuenta que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad.(p. 16).

De ahí que toda intervención y estrategia de atención a cualquier nivel requiera indispensablemente, considerar los aspectos culturales que engloban la vida cotidiana de los pacientes. Ya que “la gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado (Tobón O. García, 2003, p. 11), para poder desaparecerlas y recomponer la visión tanto de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables.

#### 4.4. ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL AUTOCUIDADO DURANTE LA MENOPAUSIA

En el autocuidado se involucra una serie de prácticas de las personas para cuidar su salud; estas prácticas “son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad” (Tobón O. García C. 2003, p. 3), pero no hay que perder de vista que éstas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales, determinadas en gran medida por aspectos psico-sociales y culturales.

En el caso de la menopausia el desarrollo de estrategias para el autocuidado es aún insuficiente, lo que se vuelve preocupante si consideramos que al aumentar la esperanza de vida de la población un mayor número de mujeres estará llegando a este periodo en donde, además existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que se hace cada vez más urgente, la incorporación del autocuidado como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud, ya que hasta hoy “no se dispone de mejores estrategias de prevención y tratamiento para las enfermedades crónicas, que la incorporación de conductas saludables al estilo de vida” (Lange, I. et. al, 2006, p 13).

Considerando lo anterior se puede decir que durante la menopausia el fomento del autocuidado requiere de las mismas herramientas de la promoción de la salud, como lo señala Tobón O. y García C. (2003), información, educación, comunicación y participación social; concertación y negociación de conflictos así como establecimiento de alianzas estratégicas, dichas herramientas en conjunto ofrecen a las mujeres durante este periodo, la posibilidad de lograr una mejor calidad de vida.

Para lograr el autocuidado existen tres elementos básicos:

1.- Educación para la salud: puesto que la información y educación son factores que propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones. De tal suerte que esto permitirá que las mujeres durante la menopausia estén informadas sobre los cambios físicos, los síntomas y problemas de salud que pudieran presentarse durante esta etapa, así como las medidas preventivas que debe llevar a cabo para mantener un buen nivel de salud.

2.- Atención multidisciplinaria: dado que el autocuidado requiere de un enfoque humanista, es necesario visualizar a las personas como seres integrales, por lo que, el autocuidado involucra a todo el personal médico y paramédico a través de un trabajo interdisciplinario que garantice una atención integral al paciente, que a su vez facilite su autocuidado y por otro lado, a los pacientes informados y comprometidos con su propio cuidado y el apoyo incondicional de la familia.

3.- Tomar en cuenta el contexto sociocultural de las pacientes: puesto que lograr que los pacientes asuman su responsabilidad y desarrollen las estrategias necesaria para su autocuidado, no es una tarea fácil, ya que la principal barrera se encuentra en la dificultad para realizar cambios en su estilo de vida, las causas de dicha situación son multifactoriales como el nivel socioeconómico, educativo, apoyo familiar e incluso la cultura con todo lo que involucra como usos, costumbres, valores, ritos, mitos y pautas de conducta, así como la actitud.

Tomando en cuenta estos elementos se puede llegar a un autocuidado eficaz durante el proceso menopaúsico, los cuales tienen que ver con una alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, entre otras cosas.

Finalmente una condición para el autocuidado que se debe seguir, no sólo en la menopausia, sino en todas las etapas de la vida, tiene que ver como lo señala Lange, et al. (2006), con prácticas que promueven el bienestar y salud de las personas, prevención de enfermedades y riesgos a la salud, detección temprana de signos y síntomas de enfermedades, así como el seguimiento y cumplimiento de los tratamientos.

#### 4.5. ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN DURANTE LA MENOPAUSIA

Es evidente que debido a la incorporación de nuestro país a un sistema económico globalizado y las nuevas tendencias poblacionales para las siguientes décadas, se requiere de una reestructuración urgente, dicha reestructuración debe darse principalmente en el sector salud y específicamente a la atención que se brinda a las mujeres, en donde por mucho tiempo su salud estuvo enfocada a aspectos materno-infantiles y reproductivos pero con una visión meramente demográfica (natalidad y mortalidad).

De igual manera, la atención de la mujer estuvo vinculada a la planificación familiar y al cuidado materno-infantil, el surgimiento de la biología de la reproducción cuyo objetivo es el estudio de las funciones del sistema reproductivo, así como el diagnóstico preventivo y tratamiento de sus alteraciones en el contexto general de salud, en nuestro país es muy reciente, “siendo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición donde se iniciaron las actividades formales (académicas, clínicas, y de investigación) de la especialidad e incluso es en éste instituto donde se crea la primera clínica de planificación familiar en el sector público del país a finales de 1965” (Pérez, y Ulloa, A.1998, p. 230)

Actualmente se ha extendido la atención de la mujer a aspectos relacionados con la maternidad, violencia, prevención de cáncer de mama y cérvico-uterino principalmente, en cambio algunos otros problemas como “las hemorroides, las

depresiones, las infecciones de transmisión sexual, el síndrome premenstrual, los trastornos de la menopausia y en general, las relacionadas con los órganos genitales, se ocultan incluso cuando sus síntomas son evidentes” (Méndez y Palacios, 1999, p.21), por pena o considerarse normales, aunado a la falta de espacios de salud a donde las mujeres puedan acudir.

En el caso del proceso menopáusicos y los trastornos físicos y psicosociales que conlleva, la carencia de servicios especializados, cobra mayor relevancia y preocupación si consideramos que en los últimos años con todos los cambios socioeconómicos y epidemiológicos, la población es más longeva, lo que ha fomentado “un incremento de las enfermedades crónicas y de los problemas de salud” (Méndez y Palacios, 1999, p.13).

En este sentido, se ha incrementado la demanda de atención de mujeres en etapa peri y posmenopausia, ya que se hace más latente el riesgo de presentar otras enfermedades, no como causa del proceso menopáusicos, pero sí como consecuencia de la falta de acciones preventivas y de cuidado a la salud.

La salud y los años que vive una mujer dependen de diversos factores que como lo señala Méndez C. y Palacios S. (1999), son:

- La edad biológica
- La herencia
- Los factores ambientales y el estilo de vida
- Factores socioculturales y económicos

Se considera que un elemento determinante en la atención de las mujeres durante el proceso menopáusicos es la medicina preventiva, una estrategia fundamental es informar a las mujeres sobre los cambios durante este periodo, así como promover cambios en el estilo de vida y el autocuidado de la salud.

Para lo cual se requiere de un trabajo interdisciplinario a la par con una estrategia educativa, para que no sólo se brinde atención a las pacientes en cuanto a los síntomas físicos, ya que las condiciones sociales y psicológicas presentes durante este proceso también tienen un papel determinante en la atención y mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas.

#### 4.6. PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DE MEDIANA EDAD

Los nuevos paradigmas a los que se enfrentará la mujer a partir de los cambios económicos y sociales también han generado nuevos retos y demandas para nuestro país, en cuanto a la creación de políticas sociales que garanticen una mejor calidad de vida de las mujeres, en aspectos educativos, capacitación, salud y sobre todo bienestar y seguridad social.

Ya que las condiciones económicas han generado un incremento de la participación de la mujer dentro de la población económicamente activa en las últimas décadas, en donde la falta de programas que cubran las demandas de empleo, trabajos bien remunerados, con condiciones laborales adecuadas, cuidado y atención de los hijos de madres trabajadoras, adecuadas prestaciones y condiciones para el retiro, discapacidad y sobre todo la atención y cuidado para la salud de las mujeres. Han traído grandes repercusiones ya que como lo señala Ojeda, (1999):

El incremento de la participación de la mujer en ámbitos sociales distintos del familiar ha traído consigo importantes ganancias en el desarrollo de las mismas. En algunos casos, sin embargo, esta situación también genera consecuencias negativas en su calidad de vida, y en ocasiones en su salud, al agregar mayores presiones sociales y jornadas múltiples de trabajo en el desempeño de sus funciones como madre, esposa, hija y trabajadora. (p.11).

Asimismo, la falta de capacitación y de empleo ha provocado la incorporación de muchas mujeres en el sector informal o subempleo, en donde no cuentan con ningún tipo de seguridad social que les garantice servicios de salud y condiciones adecuadas para su vejez.

Ahora bien, considerando que la tendencia poblacional para las siguientes décadas indica un considerable incremento de mujeres de más de 40 años, es necesario crear programas encaminados al desarrollo de actividades durante el tiempo libre, programas que garanticen la seguridad social, que les permita vivir con dignidad su vejez, así como programas preventivos para el cuidado de la salud. Sobre todo, partiendo del concepto de salud de acuerdo a la OMS como; el estado óptimo en las condiciones físicas, mentales y sociales de los individuos, y como la ausencia de enfermedad.

Dado lo anterior, se considera como una prioridad incrementar los espacios de salud en donde se brinde una atención integral a estas mujeres y se aborden temas como: agresión y violencia doméstica, aborto, cáncer cérvico-uterino y mamario, enfermedades de transmisión sexual y sida, mortalidad materna, nutrición, menopausia, salud mental y adicciones, así como salud ocupacional, entre otros temas, con un enfoque de género y en donde se realice un trabajo interdisciplinario entre la demografía, epidemiología, psicología, biología, medicina y sociología, pues no basta que se toquen aspectos meramente físicos, ya que “deberán incluirse las dimensiones socioeconómicas y cultura de la condición de la mujer (Echarri, 1999, p.146).

Como se señaló, la salud de una persona está relacionada con aspectos no sólo físicos, ya que aquí convergen aspectos económicos, psicológicos y sociales, de ahí “la importancia que tienen los factores personales, socioeconómicos y ambientales en el estado de salud de las mujeres, su riesgo de enfermedad y mortalidad prematura” (Méndez, Palacios, 1999, p.18).

Aquí es necesario recalcar que es indispensable una transformación del sector salud en donde en gran medida, se ha realizado una intervención con las mujeres bajo “una visión tradicional sobre el papel de la mujer, restringido a sus funciones reproductivas, sin prestar atención a sus necesidades más integrales como mujeres e individuos sociales, ni en sus necesidades físicas y emocionales en la práctica de su sexualidad” (Ojeda, 1999, p.12).

Ahora bien, en cuanto a la salud reproductiva no es sino hasta hace poco que ha sido considerada como un “campo de estudio natural y casi exclusivo de las ciencias médicas y biológicas, lo que ha conducido a que se hayan logrado avances importantes en el conocimiento reproductivo”, (Secretaría de Salud, 1995, p. 39), sin embargo, en los aspectos sociales y psicológicos desafortunadamente no se cuenta con un desarrollo comparable a lo ocurrido con lo médico y lo biológico.

Por tanto a la par de la atención médica, se deben elaborar políticas, planes y programas que contribuyan a erradicar las situaciones de explotación, exclusión y discriminación de que son objeto las mujeres en todo el mundo, que no les han permitido garantizar una calidad de vida digna y con ello una mejor atención y cuidado a su salud.

Los principales problemas a los que se enfrenta la mujer dentro de los grupos vulnerables son la pobreza, ignorancia, segregación de los espacios del saber, desvalorización, vulnerabilidad en los ámbitos domésticos y públicos, inseguridad, miedo, agresividad, control autoritario, violencia, estos son enormes impedimentos para que la mujer logre una vida larga y saludable, con educación y capacitación adecuada, así como niveles de vida dignos.

Por ello como ya se señaló, es necesario crear políticas públicas que garanticen la promoción de una participación política y laboral efectiva; en el reconocimiento de los derechos de las mujeres y en la atención de las mujeres en situaciones críticas vinculadas a los acontecimientos políticos y socioeconómicos, así como a la

preocupación por los problemas del núcleo familiar, tales como la planificación familiar, la violencia intra familiar y sobre todo en aspectos de salud.

De tal manera, que como ya se venía señalando desde el Programa de Salud Reproductiva y Panificación Familiar 1995-2000 es necesario;

Contar con un concepto más integral de la salud reproductiva que incorpore e implemente de manera más efectiva otros servicios además de los de la planificación familiar. En este sentido tiene particular interés los servicios dedicados a la atención del embarazo, parto y puerperio y otros hasta hoy poco apoyados como los dirigidos a la prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual y a la detección oportuna de los cánceres cérvico-uterino y de mama, así como los orientados a mejorar la calidad de vida de las mujeres durante su etapa pos-reproductiva. (p.46)

Esto implica la creación de programas de carácter preventivo e informativo y no sólo curativo. Donde Trabajo Social juega un papel muy importante en aspectos de diagnósticos, planeación y ejecución de estrategias de intervención en pro de la salud de las mujeres.

## CAPITULO V

### TRABAJO SOCIAL CON MUJERES EN LA MENOPAUSIA

#### 5.1. CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL

El origen del Trabajo Social se sitúa a finales del siglo XIX y principios del XX en un clima de muchos problemas de índole social causados por la revolución industrial, “desde entonces hasta nuestros días, la profesión ha tenido varias denominaciones hasta llegar a lo que hoy llamamos Trabajo Social, las diversas conceptualizaciones que se han ido configurando no son ni más ni menos que el producto de la evolución histórica de la sociedad, de los cambios sociales, económicos y políticos que se han ido produciendo en cada momento del desarrollo de las ciencias sociales” (Fernández, 2014, p. 250).

Así tenemos que el Trabajo Social a lo largo de su historia se ha considerado como una técnica, una disciplina, un quehacer profesional, un arte, una ciencia y una filosofía, que a través de una metodología de intervención, contribuye al conocimiento e incidencia de los problemas sociales. Teniendo como su objeto de estudio y de intervención profesional como lo señala Fernández, (2014), las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales.

A continuación se presentan algunas definiciones:

Para Ander Egg “es un modelo de acción social que supera los enfoques y las concepciones asistencialistas, y pretende ser una respuesta alternativa a la problemática social” (Ander, 2003. p.163).

Para Evangelista, (2011), el Trabajo Social es visto como una filosofía de la acción y un arte científico cuyos propósitos son promover, articular y realizar procesos de

investigación, planeación, desarrollo, administración, sistematización, promoción, educación, capacitación, participación y organización.

Para otros autores como Valero, (1999), Trabajo Social puede ser definido desde dos perspectivas; como profesión al tener una formación derivada de un currículum académico, un plan de estudios y una cédula profesional y el segundo que lo define como una disciplina social, al contar con una metodología de intervención, principios, normas y procedimientos específicos.

Considerando así a Trabajo Social como “una disciplina que estudia al hombre en su situación social, a través de una tecnología social, que le permite determinar sus necesidades y carencias, así como promover la atención de las mismas, a fin de lograr su bienestar social” (Valero, 1999, p.133).

A partir de estas definiciones podemos decir que el Trabajo Social es una disciplina que a través de una serie de técnica y bajo una metodología bien estructurada busca proporcionar alternativas de solución a los problemas sociales. Y cuyo actuar se centra en “la atención de necesidades y demandas sociales así como en la prestación y gestión de servicios sociales” (Galeana de la O, 2004, p.144). Para lo cual cuenta con un proceso metodológico, basado en una serie de acciones de investigación, diagnóstico, programación, gestión, evaluación y sistematización, a través del cual logra tener un contacto con la realidad social.

Aunado a ello, su quehacer profesional se ve reforzado con una serie de funciones, dentro de las que a continuación se describen las de mayor relevancia:

- Gestión social: diseño de estrategias y acciones para la adquisición y potencialización de recursos.
- Investigación social: cuyo objetivo es elaborar estudios diagnósticos y/o evaluativos, perfiles sociales que permitan identificar las necesidades o problemas sociales.

- Organización social: promoción, gestión y fomento de participación para el desarrollo individual, grupal y comunitario.
- Capacitación social: coordinación e implementación de acciones de educación, prevención y desarrollo de habilidades.
- Administración: elaboración de programas y proyectos, y gestión de servicios.
- Planeación y programación: diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos sociales.
- Educación social: desarrollo e implementación de estrategias y medidas que contribuyan en la educación formal e informal.

## 5.2. CAMPOS DE ACCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Trabajo Social es una profesión multidisciplinaria lo que le ha permitido realizar su quehacer profesional en diversas áreas, teniendo como objeto de intervención la problemática social. De acuerdo a Galeana de la O, (2004), el área de intervención se puede clasificar en tres grupos: tradicional, potencial y emergente.

*Área tradicional:* la cual abarca las áreas en las cuales Trabajo Social ha intervenido desde sus inicios como profesión “centrándose básicamente en la atención de necesidades esenciales para el hombre mediante el manejo, de manera predominante, de referentes conceptuales y metodología tradicional (caso, grupo y comunidad)” (Galeana de la O, 2004, p. 146).

Dentro de este grupo encontramos áreas como: asistencia social, salud, penitenciaria y criminología, educación, desarrollo comunitario, vivienda servicios sociales y salud principalmente.

*Área potencial:* la cual como lo señala Galeana de la O, (2004), se encuentra ligado a los problemas sociales que están presentes de manera continua en nuestra sociedad, dentro de este campo se encuentra el área empresarial, investigación, urbanismo, procuración e implementación de justicia, capacitación y desarrollo de recursos humanos, promoción social y procuración de fondos.

*Área emergente:* en donde las problemáticas y necesidades no son algo previsto, ya que se presentan de manera inesperada o urgente, por lo general su origen se da como parte de alguna coyuntura política, social o por algún fenómeno natural en donde se requiere de una respuesta rápida y precisa. Algunas áreas son derechos humanos, desarrollo municipal y regional, atención a situaciones de desastres naturales y grupos vulnerables y emergentes.

### 5.3. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

El trabajador social es un profesional capacitado para interpretar e intervenir con una perspectiva integral los problemas sociales, desde el campo en el cual se desarrolle profesionalmente.

En cuanto al área de la salud, el quehacer del profesional de Trabajo Social se enfoca al proceso de salud enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, dirigiendo su accionar a las necesidades y problemas sociales que inciden en la salud de las personas, a la gestión y administración de servicios, educación, organización y promoción de la salud.

Algunas de sus funciones en esta área como lo señala Galeana de la O (2004) son:

#### 1.- Investigación:

- Identificar y caracterizar factores económicos, sociales y culturales que inciden en las enfermedades

- Diseñar perfiles de usuarios de los servicios de salud
- Evaluación de los servicios de salud
- Participación multidisciplinaria para el diagnóstico, planeación y ejecución de programas de salud.
- Detectar las causas y condiciones sociales que originan la falta de apego al tratamiento médico.

## 2.- Administración:

- Propiciar la coordinación institucional con el fin de desarrollar programas de salud integrales.
- Generar procesos y mecanismos de gestión social.
- Contribuir y promover la calidad de los servicios de salud.

## 3.- Educación social:

- Elaborar modelos educativos y preventivos para el cuidado de la salud
- Desarrollar acciones de capacitación en cuanto a prevención, diagnósticos, tratamiento y seguimientos de los problemas de salud.
- Elaborar e implementar estrategias de salud encaminadas a la prevención, promoción y cuidado a la salud.
- Desarrollo de capacidades y habilidades para la toma de decisión y transformación de la condición de salud.
- Brindar a las personas el conocimiento suficiente, así como las herramientas y competencias necesarias para modificar hábitos y mantener un estilo de vida saludable.

#### 4.- Asistencia:

- Elaboración e implementación de estudios socioeconómicos y psicosociales
- Canalización, referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Promover servicios de apoyo.

#### 5.4. QUEHACER DE TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INNSZ)

El Instituto fue creado el 12 de octubre de 1946 y desde entonces el quehacer de Trabajo Social ya se vislumbraba como una necesidad, pese a que en un principio las labores de Trabajo Social fueron desarrolladas por personal empírico y cuyo objetivo primordial era determinar las posibilidades económicas de los pacientes y en función de ello establecer las cuotas de recuperación.

Con el tiempo el quehacer profesional de Trabajo Social en el Instituto fue desarrollando cada vez más actividades y funciones, su participación se fue haciendo indispensable en los departamentos que conforman el Instituto. De tal manera que la intervención y acciones de Trabajo Social no se ha limitado únicamente al trabajo asistencial y recuperación de cuotas.

Actualmente Trabajo Social desarrolla su actuar dentro del Instituto bajo dos modelos de atención, por un lado se encuentra el departamento de Trabajo Social como tal, el cual depende de la subdirección de Servicios Paramédicos, y se encuentra integrado por 16 trabajadoras sociales a cargo una supervisora y una jefa de Trabajo Social y cuyo objetivo es; aportar los elementos que desde el punto de vista social, puedan incidir en el proceso salud-enfermedad y facilitar el enlace del paciente con el Instituto.

Las funciones que desempeña son las siguientes:

a) Funciones asistenciales

- Proporcionar asesoría y orientación a los usuarios de los servicios médicos
- Valorar el nivel socioeconómico para determinar el pago de cuotas de recuperación
- Determinar los factores sociales relacionados con los problemas de salud
- Establecer coordinación intra y extrainstitucional.
- Planeación y programación de programas de educación para la salud.
- Aportar información sobre aspectos sociales y económicos que influyen en la salud-enfermedad.

b) Funciones de enseñanza

- Desarrollar acciones de enseñanza
- Organizar, asistir y participar en eventos académicos
- Asesorar las prácticas profesionales y de servicio social
- Desarrollar procesos de supervisión individual y grupal
- Desarrollar estrategias de educación y promoción para la salud
- Desarrollar acciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades
- Brindar herramientas para el autocuidado en salud

c) Función administrativa

- Elaboración de informes
- Elaboración, organización y actualización de manuales de procedimientos
- Estudios socioeconómicos

d) Función de investigación

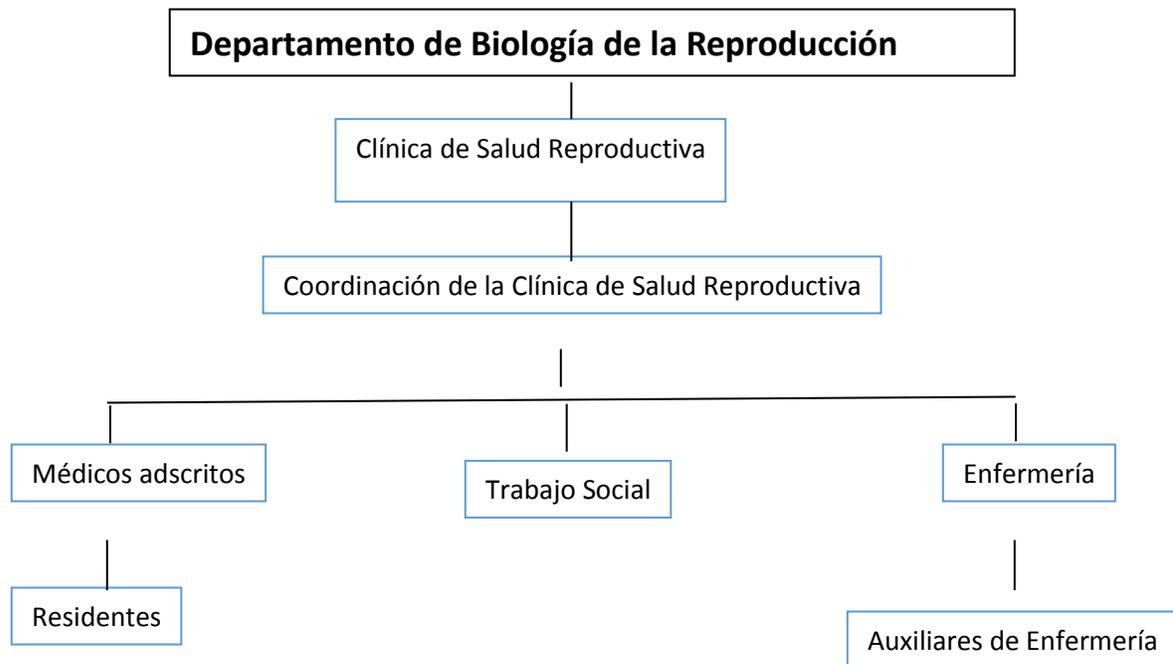
- Realizar investigaciones sociales en reacción a las características de morbi-mortalidad, demográficas y sociales
- Elabora y participar en protocolos de investigación social y médica

El otro modelo de intervención es a través del trabajo que se desarrolla vinculado directamente a alguno de los departamentos en los que se encuentra dividido el Instituto y que en su mayoría brindan atención médica a los pacientes.

En estos departamentos la participación de Trabajo Social está vinculada con acciones y actividades específicas de educación, asesoría y consejería, investigación, gestión, canalización, localización y seguimiento de pacientes.

Así de los 44 departamentos con los que cuenta el Instituto, Trabajo Social desarrolla actividades en 11 de ellos (Hematología, Infectología, Inmunología, Banco de Sangre, Educación para la Salud, Endocrinología, Nefrología y Metabolismo, Trasplantes, Geriatria, Biología de la Reproducción y Gastroenterología).

Dentro de la Clínica de Salud Reproductiva la cual depende del Departamento de Biología de la Reproducción se cuenta con la participación de una trabajadora social quien realiza acciones específicas. A continuación se presenta el organigrama de este departamento.



Fuente: elaboración propia.

Objetivos y funciones específicas de Trabajo Social en la Clínica de Salud Reproductiva.

**Objetivo 1:** *Apoyar en aspectos asistenciales y administrativos a los pacientes de la Clínica de Salud Reproductiva.*

**Función 1:** Gestionar apoyo económico para la realización de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, así como de medicamentos a pacientes que lo requieran.

**Función 2:** Mantener coordinación con instituciones públicas y privadas para la canalización o apoyo de pacientes.

**Función 3:** Realizar informes mensuales y trimestrales que se requieran en cuanto a los pacientes atendidos en la clínica.

**Objetivo 2:** *Informar, auxiliar y dar seguimiento de casos a las pacientes que cuenten con un diagnóstico emergente.*

**Función 1:** Realizar la validación de los datos enviados por patologías en cuanto a los pacientes identificados con un diagnóstico emergente para evitar errores u omisiones.

**Función 2:** Integrar la información y seguimiento mensual de los casos de pacientes con diagnóstico emergente para el control de los mismos.

**Función 3:** Contactar y dar seguimiento a las consultas y procedimientos de pacientes con un diagnóstico emergente a fin de garantizar su atención oportuna.

**Función 4:** Brindar consejería y apoyo emocional cuando se requiera a pacientes que cuenten con un diagnóstico emergente.

**Función 5:** Realizar entrevistas a profundidad con pacientes que cuenten con un diagnóstico emergente para obtener información que permita identificar estrategias de prevención y atención para los mismos.

**Función 6:** Desarrollar materiales educativos e informativos para la prevención, atención de pacientes con un diagnóstico emergente.

**Objetivo 3:** *Apoyar a la investigación biomédica*

**Función 1:** Diseñar e implementar estrategias para el reclutamiento, selección y seguimiento de voluntarias que participen en proyectos de investigación clínica en el área de la Clínica de Salud Reproductiva.

**Función 2:** Diseñar y desarrollar protocolos de investigación en aspectos psicosociales, que brinden aportes para la atención y cuidado de la salud reproductiva de los pacientes.

**Función 3:** Diseño e implementación de bases de datos para la sistematización y actualización de datos de pacientes que acuden a la Clínica de Salud Reproductiva.

## 5.5. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA MENOPAUSIA

En el área de la salud el papel del Trabajador Social debe encaminarse en gran medida a la implementación de acciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades, basado en un enfoque biopsicosocial a través del cual, se haga participe tanto al personal médico, como al paciente y a la familia en los procesos de salud-enfermedad.

De igual manera, como parte de su quehacer profesional, una de sus principales labores debe ser la identificación e intervención en las necesidades y problemas de los grupos vulnerables, siendo uno de ellos las mujeres en la peri y pos menopausia, ya que durante este periodo la falta de una atención integral que ayude a la detección y prevención de enfermedades que pueden presentarse a la par con este proceso. Aunado a la carencia de espacios de salud en donde se brinde atención especializada y con un carácter integral a estas mujeres, que en algunos años rebasaran el 25% de la población femenina de todo el país. Pueden ser factores que a la larga impacten en la salud y calidad de vida de estas mujeres, por lo que este grupo de pacientes se considera como uno de los principales retos en la intervención para Trabajo Social en la salud.

Ahora bien, dentro de la intervención de Trabajo Social con esta población, es fundamental considerar todos aquellos elementos que influyen directa e indirectamente en los procesos de salud-enfermedad, así como la creación de estrategias relacionadas con la atención primaria, es decir la atención médica básica y el autocuidado, al ser un proceso que permite a la persona ser

corresponsable de su propia salud. Para lo cual la educación social se convierte en una acción determinante.

En ese sentido la intervención de Trabajo Social en la menopausia se encuentra ligada al desarrollo de procesos educativos que brinden a las personas una serie de habilidades, capacidades, conocimientos y destrezas que les ayuden a estar informadas, preparadas y enfrentar los procesos de salud-enfermedad de la mejor manera posible.

Para lo cual es necesario considerar que a través la educación social se logra el desarrollo de capacidades y habilidades para la toma de decisión y transformación de la condición de salud, al brindar a las personas el conocimiento suficiente, así como las herramientas y competencias necesarias para modificar hábitos y mantener un estilo de vida saludable, y al ser una de las principales funciones de Trabajo Social, la educación social se convierte en una estrategia ideal para el abordaje de la menopausia.

Como parte de una intervención social, una estrategia educativa es fundamental, ya que a través de ella se puede lograr acciones específicas y contenidos educativos con el objetivo de promover el bienestar social y mejorar la calidad y salud de las personas, de tal manera que se puede lograr por un lado prevenir problemas de salud y por otros diagnosticar y tratar a tiempo alguna enfermedad.

Ahora bien, considerando que durante el proceso menopaúsico no sólo se deben incluir acciones para prevenir enfermedades crónicas, pues es necesario que se acompañe de trabajo emocional, de tal manera que toda mujer se encuentre lista a todos los cambios, físicos, económicos, sociales y psicológicos, que pudiesen estar presentes en este periodo.

La educación social se considera una buena estrategia para desmitificar a la menopausia, educar y preparar a las mujeres para que estén conscientes de los cambios que se van a presentar de tal manera que puedan tomar medidas o acciones preventivas en pro de su salud y para mejorar su calidad de vida. Ya que

a través de la educación social se puede lograr procesos de: sensibilización, Información, reflexión, comunicación, participación, organización, gestión, y desarrollo de acciones específicas.

## CAPÍTULO VI

### CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

#### JUSTIFICACIÓN

Dentro de Clínica de Salud Reproductiva, el quehacer profesional de Trabajo Social se ha enfocado a la prevención y promoción a la salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cérvico uterino, sin embargo se ha observado que durante el proceso de transición menopáusica, también es necesario comenzar a desarrollar acciones de prevención y promoción a la salud, ya que durante este periodo la atención medica se limita a los síntomas relacionados con la disminución de la función ovárica que se presenta durante el proceso menopáusico, dejándose de lado la prevención de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer, así como las condiciones psico-sociales que también se presentan durante este periodo como ansiedad, alteraciones del sueño, cambios de humor y depresión, la partida de los hijos, la muerte de algún ser cercano, la jubilación y la pérdida de identidad entre otras situaciones. Que juegan un papel muy importante en la actitud hacia este periodo y en el autocuidado a la salud.

Ahora bien, tomando en cuenta que hasta ahora la menopausia ha sido estudiada desde una perspectiva médica dejando de lado en la mayoría de los casos los aspectos psico-sociales por los que también se atraviesa y que existen pocas investigaciones sociales que describan o expliquen la actitud que existe hacia la menopausia y su repercusión en el autocuidado.

Surge el interés por desarrollar una investigación de corte social en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con las mujeres que acuden a la Clínica de Salud Reproductiva, que ayude a entender la actitud que tienen hacia la menopausia y cómo influye esto en el autocuidado a la salud y por ende en su calidad de vida. Ya que con ello se podría comprender el comportamiento, valor social y sentimientos que representa dicho término y por tanto, permitirá establecer la mejor estrategia de intervención y atención psico-social de las mujeres, cuyo fundamento tenga que ver con una intervención multidisciplinaria, en donde no sólo se tome en cuenta el padecimiento físico de la paciente, sino que se consideren todos aquellos elementos psicológicos y sociales que intervienen y también juegan un papel determinante en el proceso de salud enfermedad

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el proceso menopaúsico además de los cambios físicos, existen una serie de situaciones que impactan psicológica y socialmente, lo cual repercute en el cuidado a la salud durante este periodo. Pese a ello, hasta ahora, la menopausia ha sido estudiada desde una perspectiva médica y la intervención con esta población esta basada en un modelo biomédico.

Por lo que identificar el conocimiento, sentimientos y comportamiento que existe en torno a la menopausia y que conforma la actitud hacia ella y su repercusión en el cuidado de su salud, podría ayudar a establecer los lineamientos en la intervención y atención psico-social de las mujeres.

Para lo cual se considera relevante dilucidar interrogantes como ¿Cuál es la actitud que se ha construido en torno a la menopausia?, ¿Hasta qué punto las actitudes que existen hacia la menopausia repercuten en el autocuidado de la salud?, ¿Qué estrategia de intervención se puede implementar desde la perspectiva de Trabajo Social? que ayuden a entender los prejuicios, mitos,

valores, carga simbólica, conocimiento y sentimientos que giran en torno a la menopausia y que tienen una relación o impacto directo en el autocuidado, a fin de crear una estrategia educativa desde la perspectiva de Trabajo Social, que ayude a estas pacientes a desarrollar habilidades y herramientas que les permitan conocer que es la menopausia, identificar los cambios que van a sufrir durante ella, el riesgo a su salud durante este proceso y los aspectos de autocuidado que deben implementar, de tal manera que tengan una actitud positiva hacia este proceso y cuenten con los elementos suficientes para el autocuidado a su salud.

### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la actitud que tienen las mujeres que acuden a una institución de salud sobre la menopausia y como se relaciona con las acciones de autocuidado a la salud que han implementado durante este periodo?

¿Qué tipo de estrategia educativa debería implementar Trabajo Social con las mujeres que acuden a la Clínica de Salud Reproductiva (CSR), durante el proceso menopaúsico, que ayude a reforzar una actitud positiva y un adecuado autocuidado para su salud?

### OBJETIVO GENERAL

- Conocer la actitud que existe hacia la menopausia de las mujeres que acuden a la CSR y su relación con las acciones de autocuidado a la salud que implementan durante este periodo, a fin de desarrollar una propuesta educativa.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la actitud sobre la menopausia que se han formado las mujeres que acuden a la CSR.
2. Identificar las acciones de autocuidado que implementan las mujeres al llegar a la menopausia.
3. Conocer si existe una relación entre las actitudes hacia la menopausia y el autocuidado a la salud durante el proceso menopáusico.
4. Desarrollar una propuesta educativa para las mujeres que acuden a la CSR durante el proceso menopáusico.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este es un estudio no experimental, cuali-cuantitativo, transversal correlacionado, en donde se busca determinar la relación existente entre la actitud hacia la menopausia y el autocuidado a la salud presentes durante el proceso menopáusico.

## TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

- Cuestionarios

Se aplicaron 81 cuestionarios a mujeres peri y posmenopáusicas, a fin de conocer la actitud que tienen en relación a la menopausia, a partir de conocer su opinión sobre: el significado y conocimiento sobre la menopausia, sentimientos y síntomas

relacionados con la menopausia, así como los hábitos que modifíco con la menopausia (alimentación, psico-sociales y cuidado a la salud). Aunado al concepto de mujer y las principales funciones que debe de desempeñar.

## POBLACIÓN

Mujeres que acuden regularmente a la CSR del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Población objetivo:** Mujeres peri y posmenopáusicas que acuden a la Clínica de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, cuya edad oscile entre 40 y 60 años.

### *Criterios de inclusión*

Los criterios de inclusión que se tomaran en cuenta serán, mujeres que acudan a la CSR de manera regular a la consulta de menopausia, que se encuentren en proceso menopáusico.

## HIPÓTESIS

Las acciones de autocuidado a la salud que las mujeres llevan a cabo durante el proceso menopáusico, está determinado por la actitud que se ha construido en torno al concepto de menopausia.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Conceptualización	Operacionalización
<b>Actitud</b>	Predisposición positiva o negativa hacia un objeto o persona.	<p>Red semántica</p> <p>1.- Significado de mujer y menopausia, con 11 opciones cada una:</p> <p>Mujer: madre, amiga/compañera, trabajadora/luchona, sensible/bondadosa, amorosa/maternal, inteligente/capaz, fuerte, responsable, activa, honesta, /ejemplar y noble.</p> <p>Menopausia: bochornos, mal humor, irritabilidad, cambios de carácter, insomnio, depresión, desesperación/tristeza/angustia, cambios hormonales, inapetencia sexual, retiro de la regla, dolor de cabeza</p> <p>2.- Aspectos positivos y negativos que se considera están relacionados con la menopausia, con 8 opciones cada uno.</p> <p>Sentimiento positivos: alegría, agradecimiento, liberación, tranquilidad, plenitud, felicidad, optimismo y despreocupación Sentimientos negativos: vejez, miedo, enojo, devaluación, soledad, tristeza, inutilidad, angustia.</p> <p>Escala de Likert Con cuatro opciones: Total acuerdo, acuerdo, desacuerdo, total desacuerdo.</p>
<b>Proceso menopaúsico</b>	Conjunto de cambios físicos y psicológicos que se presentan por la disminución de la función ovárica.	<p>Cuestionario cerrado:</p> <p>Dos respuestas: si y no.</p>
<b>Auto-cuidado</b>	Conjunto de acciones desarrolladas por el individuo en beneficio de su propia salud	<p>Escala de Likert</p> <p>Con cuatro opciones: Total acuerdo, acuerdo, desacuerdo, total desacuerdo.</p>

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

**Proceso menopaúsicos:** conjunto de cambios de carácter físico y psico-social que se presenta en la mujer como parte del fin de su proceso reproductivo

**Actitud:** predisposición aprendida, susceptible de ser modificada, a partir de la cual se reacciona de manera favorable o desfavorable hacia un objeto.

**Autocuidado de la salud:** conjunto de acciones desarrolladas a nivel individual y social para lograr el bienestar físico, mental y social.

## MUESTRA

La muestra está compuesta por 81 mujeres peri y posmenopáusicas, dicha muestra es de carácter aleatoria y se obtuvo con una formula finita, con un margen de error de 5 y un nivel de significancia de 1.96, que a continuación se describe:

$$n = \frac{NPQZ^2}{E^2 (N-1) + PqZ^2}$$

Sustitución:  $(108) (30) (70) (1.96)^2$   
 $n = \frac{(108) (30) (70) (1.96)^2}{(5)^2 (107) + (30) (70) (1.96)^2} = 81.10$

## PROCEDIMIENTO

Se realizó la revisión de los expedientes de todas las pacientes que acuden a la Clínica de Salud Reproductiva, cuya edad oscila entre los 40 y 60 años de un total de 357, de las cuales, 108 se encontraban en peri o posmenopausia. Se les asignó un número y se seleccionó de manera aleatoria a las 81 pacientes, de las cuales se compone la muestra.

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### I. Metodología

#### a) *Elaboración de reactivos*

Como primera fase se elaboraron una serie de categorías, las cuales fueron:

- *Que entiende la mujer por menopausia*
- *Que entiende por mujer*
- *Lo que representa la menopausia para las mujeres*
- *Principales funciones que debe de desempeñar una mujer*
- *Conocimiento sobre problemas o síntomas relacionados a la menopausia*

- *Los síntomas relacionados a la menopausia*
- *Tipo de actividades o hábitos que cambian con la menopausia*
- Sentimientos y sensaciones que provoca la menopausia

Para cada categoría se desarrolló una serie de ítems a partir de la revisión de literatura y de la información obtenida de las opiniones de un grupo de cinco mujeres en periodo peri y posmenopáusico, y un grupo de especialistas conformado por dos trabajadoras sociales, una psicóloga y una ginecóloga, a quienes se les mostró cada categoría con algunos indicadores a partir de lo cual a través de sus observaciones y comentarios se llegó a un consenso y se establecieron los reactivos a evaluar. (Ver anexo 1-Prueba piloto 1- ).

#### *b) Primera aplicación del instrumento*

El instrumento fue aplicado a 10 mujeres peri y pos menopáusicas con el objeto de calcular tiempo de aplicación, fácil entendimiento de las preguntas y sobre todo para establecer las opciones de respuesta para cada categoría. (Ver anexo 2 – Prueba piloto 2- )

#### *c) Grupo de discusión*

Una vez elaborada la primera versión del instrumento, se realizó un grupo de discusión<sup>1</sup> en el cual participaron médicos especialistas en ginecología, endocrinología reproductiva y biólogos de la reproducción, a partir del cual se reestructuro el instrumento.

---

<sup>1</sup> Técnica de investigación social, la cual consiste en “en una reunión entre seis y diez personas que conversan sobre uno o varios temas propuesto por un moderador quien tutela la sesión” (p.26) con el objetivo de obtener información sobre una determinada área, a partir de que el moderador guie y propicie que los participantes manifiesten sus puntos de vista.

d) *Aplicación de prueba piloto*

Se aplicó la prueba piloto a un total de 30 mujeres en periodo peri y pos menopáusico, con el objeto de identificar el entendimiento y coherencia del instrumento (anexo 3 –Prueba piloto 3 - ).

e) *Validación estadística del instrumento*

1.-  *$\alpha$  de Crombach*

Una vez aplicados los 30 cuestionarios de la prueba piloto, se llevó a cabo el análisis de  **$\alpha$  de crombach** con el objeto de obtener el índice de consistencia interna del instrumento para lo cual se aplicó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum v_i}{v_t} \right)$$

Donde:

K= total de ítems

Vi= varianza de cada ítem

Vt= varianza total

$$\alpha = \left( \frac{80}{80-1} \right) \left( 1 - \frac{840.94}{11916.20} \right) = 0.941$$

A partir de lo cual, se logró la validación estadística del instrumento, al obtenerse un índice de 0.941, lo cual nos habla de una alta consistencia interna, ya que a partir de 0.8 un instrumento es aceptable.

Es importante destacar que la prueba se realizó únicamente para conocer la consistencia y fiabilidad interna del instrumento y no como una prueba de confiabilidad de constructos, puesto que la finalidad de esta investigación no es la de validar un instrumento.

## *2.- Correlación de Pearson*

Las variables numéricas del instrumento se correlacionaron con la prueba de Pearson, a partir de lo cual se logró determinar las variables que se encontraba altamente asociadas a partir de lo cual se reestructuro el instrumento, fusionando algunos ítems y quitando algunos otros, además de que esto permitió reestructurar las categorías e indicadores del instrumento (anexo 4 –instrumento final-).

## PROCESO METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

El proceso para el análisis de los datos se realizó bajo un modelo cuali-cuantitativo considerando la estructura del instrumento, el cual se construyó a partir de una serie de categorías exploratorias, la cual se presenta en la siguiente tabla:

<b>Categoría</b>	<b>Elementos a explorar</b>
1	Información general (edad, escolaridad, ocupación, condición ovárica, número de hijos y uso de medicamentos)
2	Concepto de menopausia y mujer
3	Funciones de la mujer
4	Lo que representa la menopausia
5	Conocimiento sobre los síntomas relacionados con la menopausia
6	Síntomas que ha presentado
7	Cuidado a la salud
8	Sentimientos positivos y negativos hacia la menopausia

### a) Análisis cualitativo

El aspecto cualitativo se realizó con las categorías 2 y 8, para ellos se utilizó la técnica de redes semánticas, específicamente la red semántica natural, la cual consiste en un “conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo, que le permite a los sujetos tener un plan de acciones, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetivos” (Valdez, 1998, p. 62).

Para el desarrollo de ésta técnica se solicitó al grupo piloto constituido por 30 mujeres que nombraran todas las palabras que se les vinieran a la mente en cuanto al concepto de menopausia y mujer, mismos que posteriormente se les pidió que jerarquizaran, el total de conceptos generados para menopausia fue de

70 y para mujer 90, debido a que se identificó una gran dificultad de las entrevistadas para nombrar al menos 5 conceptos para cada palabra, y que las frecuencias para cada concepto fueron muy baja (1 ó 2), se decidió tomar en cuenta sólo los conceptos con mayor frecuencia y construir con ellos una red natural.

Para ello se agruparon las palabras con el mismo significado semántico, posteriormente, considerando los términos más recurrentes, se establecieron 11 frases definitorias para menopausia y 11 para mujer.

De tal manera que con la población entrevistada, se presentaron los 11 conceptos que se mencionaron con mayor frecuencia y se les pidió que los numeraran en orden de importancia.

Por otra parte, se construyó una lista de los sentimientos o sensaciones que se presentan con mayor frecuencia en relación a la menopausia, de acuerdo a los conceptos que fueron señalados con mayor frecuencia del grupo de opciones proporcionadas a las entrevistadas en la prueba piloto, apoyándose además en la literatura, debido a que se observó dificultad para identificar los sentimientos o sensaciones, las palabras definitorias se obtuvieron a partir de la elección y categorización en orden de importancia que realizaron las entrevistadas, de 5 palabras de un total de 8 para sentimientos o sensaciones negativas y 5 para sentimiento o sensaciones positivas.

Una vez integrados y sistematizados los datos en una base, se procedió a obtener los siguientes valores:

**Valor “M”** = Resultado de la multiplicación de frecuencia por jerarquía de cada palabra definitoria.

**Conjunto “SAM”** = Grupo de palabras que obtuvieron los mayores valores “M”.

**Valor FMG** = Es el porcentaje que se obtiene a través de una regla de tres tomando como base el valor “M” más alto que representa el 100%.

b) Análisis cuantitativo

El cual se empleó para las categorías (1, 3, 4, 5, 6 y 7), para el cual se obtuvo la frecuencia y en el caso de las variables numéricas además se les sacaron los promedios, desviación estándar, máximos y mínimos

De igual forma éstas categorías (1, 3, 4, 5, 6 y 7) se sometieron a un proceso estadístico con el paquete estadístico de SPSS, con el cual se realizó un análisis factoría el cual consiste en “un método estadístico multivariado para determinar el número y naturaleza de un grupo de constructos subyacentes en un conjunto de mediciones” (Hernández, 2008, p. 414) y una correlación de Spearman; prueba estadística definida como; “medida de correlación para variables en un nivel de medición ordinal” (Hernández, 2008, p.480). Con la finalidad de visualizar si las variables se encontraban relacionadas o no y en caso de estarlo el grado de asociación existente entre ellas.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

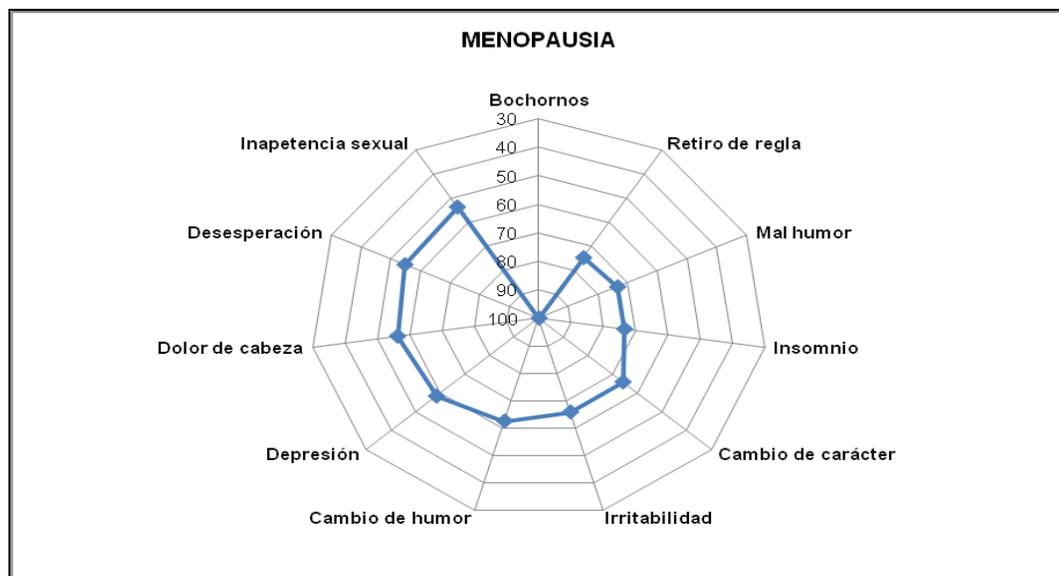
### A) Análisis cualitativo:

El cual se llevó a cabo a través de la construcción de redes semánticas, a partir de lo que significó para las entrevistadas el concepto de menopausia y mujer, así como de los sentimientos o sensaciones generadas por la menopausia.

Tabla 1:

RED SEMÁNTICA PARA EL CONCEPTO DE MENOPAUSIA

CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
Bochornos	724	100.00
Retiro de regla	541	74.72
Mal humor	532	73.48
Insomnio	532	73.48
Cambio de carácter	477	65.88
Irritabilidad	476	65.75
Cambio de humor	452	62.43
Depresión	422	58.29
Dolor de cabeza	406	56.08
Desesperación/tristeza/angustia	396	54.70
Inapetencia sexual	388	53.59



El peso semántico más alto es para la palabra bochornos con un valor FMG de 100, seguida por retiro de la regla con 74.72 y en tercer lugar se encuentran con el mismo valor de 73.48 la palabra mal humor e insomnio. Lo cual indica que el concepto se relacionó de manera directa con la sintomatología vasomotora y psicológica, las cuales tienen que ver con los síntomas mayormente referidos y asociados a la menopausia por las mujeres al transitar por este periodo, como son los bochornos, sudoraciones nocturnas y depresión. Lo que ayuda a explicar porque la menopausia tiene una connotación negativa, al relacionarla directamente con la sintomatología presente durante este periodo.

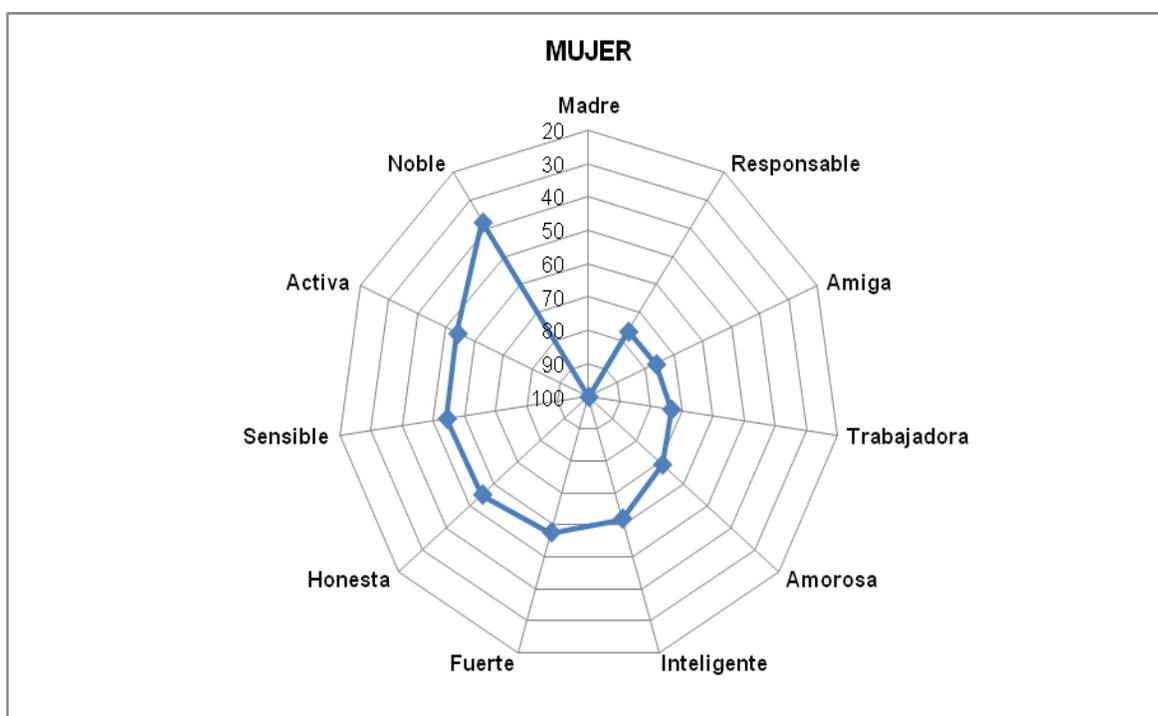
Cabe señalar que no existe alguna diferencia del significado que se da al concepto de menopausia entre las entrevistadas, independientemente de que se encuentren en la peri o pos menopausia. Lo que nos habla de la influencia social y cultural en la construcción de este concepto, pues pese a que muchas de estas mujeres no tuvieron o aún no han tenido algún síntoma, asocian de manera directa a la menopausia con éstos.

De igual forma, al identificar a la menopausia principalmente con los síntomas, es entendible que la actitud hacia este concepto se presenta con una gran carga negativa y desaprobatoria. Lo que predispone e incluso interfiere en la manera en la que estas mujeres viven su menopausia, pues algunos autores como Asili (2004), afirman que el valor, creencias y actitudes determinan la manera de vivir positiva o negativamente este periodo.

Tabla 2:

RED SEMÁNTICA PARA EL CONCEPTO DE MUJER

CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
Madre	746	100.00
Responsable	572	76.68
Amiga	570	76.41
Amorosa	515	69.03
Inteligente	462	61.93
Fuerte	430	57.64
Honesta	412	55.23
Sensible	406	54.42
Activa	404	54.16
Noble	281	37.67



En cuanto a las frases definitorias para mujer, el peso semántico más alto lo tiene la palabra madre con un valor FMG de 100, seguido por el concepto de

responsable con un valor de 76.68 y el tercer lugar lo tiene la palabra amiga con un valor de 76.41.

El hecho de que el concepto de mujer se vincule directamente con el de madre tiene que ver con que se ha reforzado la idea como lo señala Lagarde, (2005), de que mujer es la que es madre, por eso al dar a luz, la mujer nace como tal, para la sociedad y en particular para la familia y el esposo.

Ahora bien, al comprobar que el concepto de mujer se encuentra relacionado con el concepto de madre, se confirma lo señalado por algunos autores como Beauvoir, (1999) y Mead, (2006), en cuanto a que la representación que existe en torno a lo que significa ser mujer se encuentra ligado con la condición biológica y el rol social asignado a las mujeres, el cual tiene que ver con su función reproductiva. Así la “mujer niña se prepara para ser madre, la mujer vieja se define porque ya no puede engendrar hijos; de esta manera la definición esencial de la mujer es siempre en relación a la familia” (Lagarde, 2006, p 388).

Lo cual también coincide con lo encontrado en una investigación realizada por Ehrenfeld (2006) quien encontró en un grupo de jóvenes embarazadas que acudieron al Hospital GEA González, que la maternidad es una de las condiciones máspreciadas para las mujeres aunado a ser un rol investido de una obligatoriedad social y cultural.

Esta misma investigación menciona que lo femenino está fuertemente basado en la reproducción y en la maternidad, en donde la maternidad es vista como un canal de realización personal porque es el proyecto vital más imperante para algunas mujeres.

Incluso se podría decir que la identidad femenina se ha construido alrededor del concepto de madre, lo cual la enviste al mismo tiempo de ciertas características y

valores, e incluso pareciera que el ser madre es lo que da sentido y justifica la existencia de la mujer.

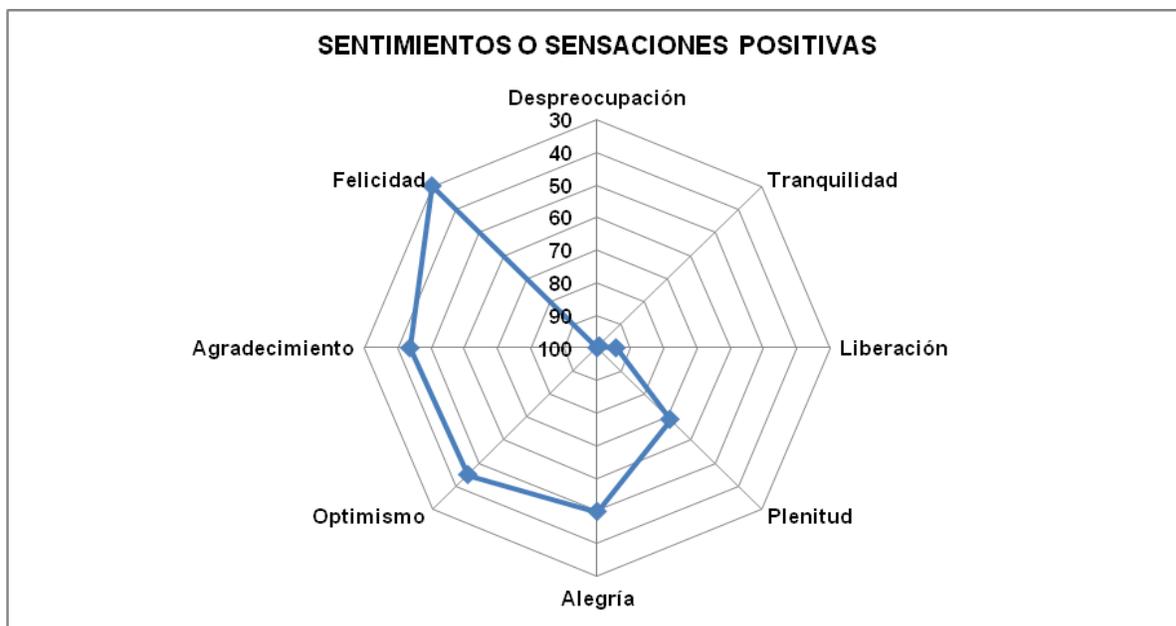
Ya que la asignación de los roles sociales a partir de una construcción sociocultural determina que una de las principales funciones de la mujer es ser madre, lo que implica todo un sistema de signos y símbolos que a su vez serán lo que de identidad, valor, prestigio, estatus o jerarquía. Considerando lo anterior se puede decir que la madre “es una institución histórica, clave en la reproducción de la sociedad, de la cultura y de la hegemonía, y en la realización del ser social de las mujeres” (Lagarde, 2006, p. 367).

Así todos estos calificativos que definen para las entrevistadas el concepto de mujer, son atributos asignados socialmente y como lo señala Beauvoir (1999), en su conjunto conforman el carácter de la mujer que se encuentra ligado a convicciones, valores, sabiduría, moral, gusto y conducta, en donde pareciera que se le está negada o se le prohíbe atributos como heroísmo, rebelión, desprendimiento, invención, creación y muchos otros calificativos que para un hombre son socialmente correctos y aceptados, pero para la mujer no, de tal manera que para toda mujer-madre los atributos físicos que son identificados por las entrevistadas son; el ser fuerte, activa, inteligente y trabajadora.

Tabla 3:

#### RED SEMÁNTICA PARA SENTIMIENTOS O SENSACIONES POSITIVAS

CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
Despreocupación	229	100.00
Tranquilidad	227	99.13
Liberación	216	94.32
Plenitud	158	69.00
Alegría	114	49.78
Optimismo	103	44.98
Agradecimiento	100	43.67
Felicidad	68	29.69



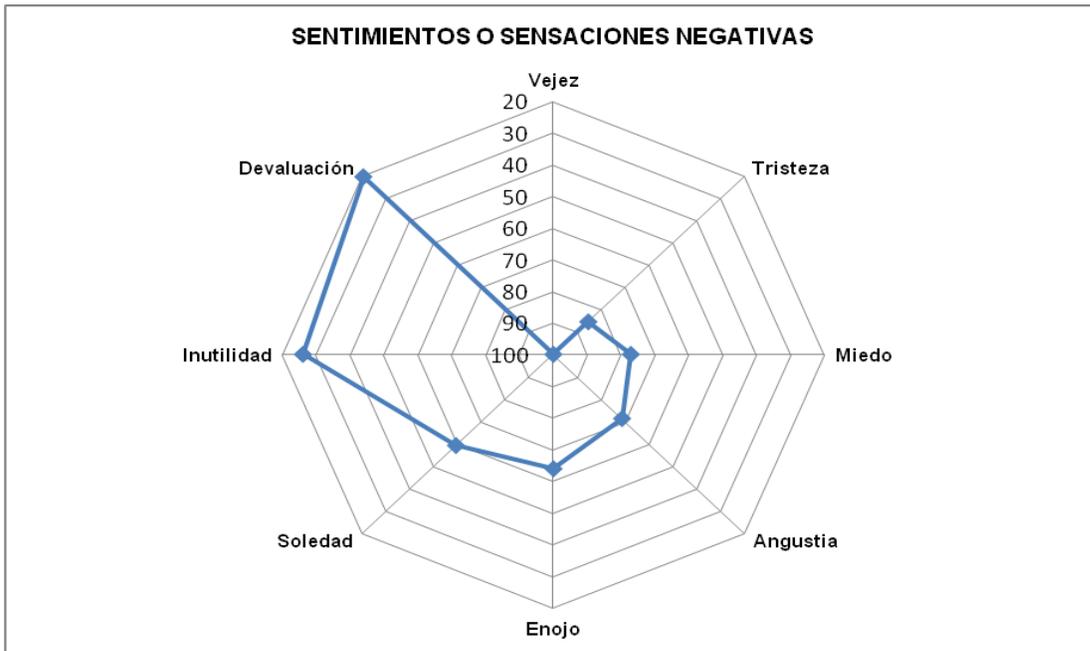
En cuanto a las frases definitorias para los sentimientos o sensaciones positivas que pudiese provocar la menopausia, el mayor peso se observa en el concepto de despreocupación, el cual cuenta con un valor FMG de 100, seguido del concepto de tranquilidad con 99.13 y en tercer lugar está el concepto de liberación con un valor de 94.32.

Los aspectos positivos hacia la menopausia, tienen que ver con el cese de la regla, pues las mujeres entrevistadas consideran como palabras más significativas la tranquilidad, despreocupación y liberación. Lo cual nos indica que si es posible aceptar y vivir la menopausia de manera normal, pero para ello es necesario mantener una actitud positiva hacia este periodo y que además se goce de una buena autoestima, pues eso permitirá comprender a las mujeres “que la menopausia es únicamente la pérdida de la su potencialidad reproductiva y le brinda la oportunidad de favorecer las relaciones tanto de pareja, como otros tipos de relaciones afectivas” (Lewis, 2003, p. 108), y que es una nueva etapa de la vida en donde puede desarrollar nuevas habilidades, incorporarse a nuevos grupos sociales y desarrollar otras actividades.

Tabla 4:

**RED SEMÁNTICA PARA SENTIMIENTOS O SENSACIONES NEGATIVAS**

CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
Vejez	241	100.00
Tristeza	206	85.48
Miedo	186	77.18
Angustia	172	71.37
Enojo	154	63.90
Soledad	143	59.34
Inutilidad	63	26.14
Devaluación	50	20.75



Con relación a los sentimientos o sensaciones negativas hacia la menopausia, podemos observar que el peso semántico más elevado le corresponde al concepto de vejez con un valor FMG de 100, seguido del concepto de tristeza con un valor de 85.48 y en tercer lugar está la palabra miedo con un valor de 77.18.

El que las entrevistadas relacionen a la menopausia con la vejez, tristeza y el miedo principalmente, se encuentra vinculado como lo señalan diversos autores; con las circunstancias en las que se encuentra la mujer durante este periodo, en donde la pérdida de la fertilidad, la redefinición de roles, la presencia de alguna enfermedad o la disminución de capacidades y habilidades o estar más cerca de la muerte con el fallecimiento de algunas persona cercana como son los padres, esposo, hermanos o amigos, se convierten en elementos estresantes.

Lo que confirma lo encontrado en la literatura en relación a que la menopausia se relaciona directamente con la vejez, con una sensación de mutilación, Méndez y Palacios (1999), Pelcastre B, Garrido, (2001), y por tanto con la perdida de la feminidad al ya no cubrir el estereotipo de mujer el cual tiene que ver con la juventud y belleza y por otra parte al perder su función básica, al ya no poder procrear.

Otros sentimientos negativos señalados con mayor peso son la angustia y el enojo, los cuales se relacionan con el sentimiento de pérdida por las situaciones arriba descritas, aunado a un factor sociocultural determinante en la vida de las mujeres, relacionados con la juventud y belleza, atributos que en nuestra cultura tiene un gran peso valorativo hacia las mujeres.

Por otra parte, se han establecido social y culturalmente una serie de características y calificativos a las mujer durante la transición menopáusica, como lo señala Rodríguez (2000), en donde se les ve como histéricas, depresiva, insoportable, intolerantes, viejas, asexuadas, a tal grado que sólo la palabra menopausia pareciera tener por sí misma un calificativo despreciativo u ofensivo. Situaciones que también pueden desencadenar una serie de sentimientos como la impotencia, tristeza y soledad, siendo estos últimos los que efectivamente en el caso de las pacientes entrevistadas se nombran.

En este sentido se puede aseverar que en la menopausia influyen una serie de aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que a su vez son los detonadores que brindan una carga positiva o negativa hacia la menopausia y por ende determinaba la actitud de la mujer hacia este proceso.

## B) Análisis cuantitativo

El cual se llevó a cabo a través de la obtención de frecuencias y porcentajes tanto para los datos generales como en las escalas de Likert en relación a las funciones de la mujer, lo que representa la menopausia, así como para los síntomas o problemas de salud que están relacionados con la menopausia y los que habían presentado las entrevistadas. De igual manera se creó una tabla de calificaciones para medir el cuidado a la salud de las entrevistadas.

Finalmente se realizó un análisis factorial y correlación de Spearman, para la reducción de ítems e identificar la relación que existe entre la actitud hacia la menopausia y el autocuidado a la salud.

## DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN ENTREVISTAS

El total de mujeres entrevistadas fue de 81, las cuales tienen en promedio 50 años con una desviación estándar de 4.7, un mínimo de 41 y un máximo de 60 años. El 72% son casadas, 15% separadas, 7% solteras y 6% viudas.

La mayoría cuenta con secundaria completa 32%, seguida de carrera técnica 20%, primaria completa o incompleta 19%, medio superior 13%, licenciatura con 13% y sin ninguna preparación el 3%.

En cuanto a la ocupación, el 53% son empleadas, el 38% son amas de casa mientras que el 5% son comerciantes y el 4% son jubiladas.

La condición ovárica del 52% es perimenopausia y el restante 48% es posmenopausia, el 99% tiene hijos, siendo en promedio 3 hijos por mujer con una desviación estándar de 1.2, un mínimo de 1 y un máximo de 6 hijos, del total de hijos procreados por mujer en promedio 2 viven aún con ellas.

Asimismo, el 79% está operada para ya no tener hijos y el restante 21% no lo está, el 83% no ha tomado terapia hormonal y el 85% refirieron tampoco haber tomado antidepresivos.

Tabla 5:

#### FUNCIONES DE LA MUJER

Indicadores	Total acuerdo		Acuerdo		Desacuerdo		Total desacuerdo	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Tener y atender a los hijos y el hogar	17	21	42	52	19	23	3	4
Atender las necesidades del esposo	9	11	37	46	28	35	7	9
Estudiar y prepararse profesionalmente	45	56	34	42	0	0	2	2
Apoyar al gasto familiar	17	21	61	75	3	4	0	0
Casarse	12	15	33	41	31	38	5	6

Con relación a las funciones que debe desempeñar una mujer, las respuestas tienen una tendencia hacia el acuerdo y total acuerdo, ya que en cuanto a tener y atender a los hijos y el hogar en conjunto estas dos opciones contienen el 73% de las respuestas, atender las necesidades del esposo el 57%, estudiar y prepararse profesionalmente 98% y casarse 56%.

Lo que nos habla de que pese a que las mujeres se visualizan más independientes y se esté totalmente de acuerdo que la mujer también debe estudiar y prepararse profesionalmente, así como aportar al gasto familiar, el rol social asignado a la mujer sigue siendo percibido como una función primordial de la mujer, en cuanto al cuidado de los hijos, el atender el hogar y las necesidades del esposo. Ya que como lo señala Lagarde, (2006), tanto los rituales domésticos o sociales, como los cuidados están a cargo de las mujeres y forman parte de su condición, las mujeres están destinadas al cuidado de la vida de los otros. De igual manera el matrimonio se sigue visualizando como un proceso por el cual debe transitar toda mujer, lo que nos habla de que la cultura y roles social tienen un impacto en el ser mujer y en cómo se vive la menopausia.

Esta investigación nos muestra que socialmente la mujer está condicionada a cumplir con su rol social en cuanto a madre-esposa, dicha condición parecería que incluso le brinda un estatus y reconocimiento social. Así “la articulación entre maternidad y la conyugalidad, son los ejes socioculturales y políticos que definen la condición genérica de la mujer, de ahí que todas las mujeres son madre-esposas” (Lagarde, 2006, p 365).

Dado a que la mujer, pese a haber conquistado y trascendido otros ámbitos más allá de las funciones domésticas y el cuidado de los hijos, y que actualmente juega un papel muy importante en el ámbito laboral, no ha podido desligarse del todo de su función social de madre, situación que se observa con la población entrevistada, pues, pese a que la mitad de ellas desarrolla alguna actividad

productiva, consideran que el ser madre, cuidar y atender a los hijos y el hogar son parte de las funciones que toda mujer debe de desempeñar.

Lo anterior confirma que culturalmente se han establecido los papeles que debe de desempeñar cada sexo y en el caso de la mujer se ha integrado perfectamente el binomio mujer-madre, en este sentido, los atributos o características femeninas se encuentran determinadas y ligadas de igual manera por su condición de madre.

Tabla 6:

LO QUE REPRESENTA Y PROVOCA LA MENOPAUSIA

Indicadores	Total acuerdo	%	Acuerdo	%	Desacuerdo	%	Total desacuerdo	%
Etapa normal de la vida	33	41	45	56	1	1	2	2
Despreocupación por el embarazo	20	25	37	46	16	20	8	10
Tranquilidad durante las relaciones sexuales	20	25	39	48	17	21	5	6
Entrar en una etapa de madurez	19	23	42	52	16	20	4	5
Oportunidad de dedicarse más tiempo a sí misma	14	17	49	60	15	19	3	4
Un periodo de plenitud personal	13	16	50	62	13	16	5	6
Una etapa difícil	13	16	40	49	23	28	5	6
Envejecimiento	10	12	32	40	27	33	12	15
Mayor unión y apoyo de la pareja	8	10	43	53	24	30	6	7
Tristeza por ya no poder concebir	7	9	12	15	41	51	21	26
Insatisfacción sexual	6	7	36	44	29	36	10	12
Ser más valorada por los demás	6	7	24	30	40	49	11	14
Mayor satisfacción en las relaciones sexuales	5	6	42	52	28	35	6	7
Temor de que su pareja la deje	5	6	17	21	41	51	18	22
Sentirse menos atractiva	4	5	17	21	45	56	15	19
Ya no tener relaciones sexuales	3	4	19	23	34	42	25	31
Pérdida de feminidad	2	2	9	11	43	53	27	33

Los principales aspectos que representa o provoca la menopausia, con los que están en acuerdo y total acuerdo las mujeres entrevistadas son el ser una etapa normal de la vida, en donde coinciden el 97% de las entrevistadas, un periodo de plenitud personal 78% y oportunidad de dedicarse más tiempo así mismas 77%.

Es interesante observar que prácticamente todas las entrevistadas coinciden en que la menopausia debería ser una etapa normal, pero al mismo tiempo casi tres terceras partes de ellas también la consideran como una etapa difícil y la vinculan con el envejecimiento o insatisfacción sexual, coincidiendo en esto último la mitad de las entrevistadas.

Lo que nos habla de una serie de sentimiento y percepciones ambivalentes hacia la menopausia, lo que podría estar vinculado con ciertas circunstancias y condiciones presentes durante la vida de las mujeres, ya que es una etapa donde muchas de ellas viven un proceso amenazador que les provoca inseguridad, miedo, angustia, preocupación por el futuro y de su estado de salud.

Aunado a que es una etapa que coincide con la presencia de otras circunstancias como la jubilación, la separación o muerte de la pareja, la independencia de los hijos, además de que paradójicamente, el contar con más tiempo para sí mismas, pudiera angustiar a las mujeres, principalmente para quienes están educadas y acostumbradas a no ver por ella misma y estar siempre al servicio del otro, a tal grado que parecería que están negadas al disfrute y satisfacción plena y que no tienen la capacidad de ser protagonistas de su propia vida, pues su identidad se ha construido y confirmado a partir del otros y lo que hace por el otro.

Tabla 7:

SÍNTOMAS O PROBLEMAS DE SALUD QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LA  
MENOPAUSIA

Indicadores	Si	%	No	%
Bochornos y sudoración nocturna	74	91	7	9
Sequedad vaginal	71	88	10	12
Insomnio	69	85	12	15
Pérdida de calcio y osteoporosis	67	83	14	17
Depresión	67	83	14	17
Ansiedad	64	79	17	21
Resequedad de piel	62	77	19	23
Aumento de peso	57	70	24	30
Dolor vaginal durante las relaciones sexuales	51	63	30	37
Dolores articulares	49	60	32	40
Caída de cabello	42	52	39	48
Aumento de triglicéridos y colesterol	38	47	43	53
Problemas de presión arterial	34	42	47	58
Pérdida de memoria	31	38	50	62
Aparición de algún tipo de cáncer	19	23	62	77
Problemas del corazón	18	22	63	78
Diabetes	11	14	70	86

No existe un claro conocimiento sobre los síntomas relacionados a la menopausia, ya que se observa que algunos problemas de salud o síntomas no relacionados con ésta, en el caso de las entrevistadas, se le asocian directamente, como la caída de cabello, en donde el 52% de las mujeres consideran que está relacionado con la menopausia, de igual forma, el aumento de triglicéridos y colesterol considerado en un 47%, problemas de presión arterial 42%, aparición de algún tipo de cáncer con un 23%, problemas del corazón 22% y diabetes 14%.

Ahora bien, considerando que las actitudes, creencias y valores formados por estas mujeres sobre la menopausia se han construido a partir de una falta de información y de los estereotipos sociales que se han creado alrededor de este suceso natural en la vida, lo cual ha impactado desfavorablemente en el cuidado a la salud. Se ha visto en algunas investigaciones que una estrategia educativa puede tener un impacto favorable en la salud de estas pacientes.

Una investigación realizada en España por López. L. y colaboradores (2012), cuyo objetivo era proporcionar conocimientos y promover estilos de vida saludables orientada a mejorar la calidad de vida y el autocuidado sobre la osteoporosis, concluyó que a través de una intervención de educación para la salud se mejoran los conocimientos, las habilidades y las actitudes en las mujeres que la reciben y que además las mujeres aumentan y mejoran su autocuidado sobre Osteoporosis.

Ahora bien considerando que la información que manejan las mujeres sobre la menopausia, de acuerdo a lo investigado, muchas veces es errónea o se desconoce, se considera fundamental informar y concientizar sobre las medidas preventivas y de cuidado a la salud, lo cual se puede lograr a través de una estrategias educativas, donde se brinde orientación a las mujeres sobre los cambios y síntomas que van a presentar durante este proceso y la modificación de hábitos y estilo de vida a fin de prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

Tabla 8:

### SÍNTOMAS QUE SE PRESENTARON ENTRE LAS ENTREVISTADAS

Indicadores	Si	%	No	%
Bochornos	59	73	22	27
Cansada o sin energía	58	72	23	28
Cambios de humor	57	70	24	30
Entumecimiento u hormigueo de alguna parte del cuerpo	50	62	31	38
Sudores nocturnos	48	59	33	41
Impaciencia	48	59	33	41
Irritable	48	59	33	41
Dolor muscular o articular	47	58	34	42
Dificultad para dormir	46	57	35	43
Aumento de peso	45	56	36	44
Dificultad para concentrarse	45	56	36	44
Sequedad vaginal	44	54	37	46
Dolores de cabeza	43	53	38	47
Excitable	43	53	38	47
Triste o deprimida	43	53	38	47
Tensión o nerviosismo	43	53	38	47
Debilidad	40	49	41	51
Disminución o pérdida del deseo sexual	40	49	41	51
Síntomas gastrointestinales	39	48	42	52
Latido cardiaco rápido o fuerte	32	40	49	60
Disminución de interés por muchas cosas	31	38	50	62
Mareada	29	36	52	64
Presión o tensión en cabeza o cuerpo	29	36	52	64
Pérdida de memoria	26	32	55	68
Disminución de sensibilidad en manos o pies	24	30	57	70
Llanto frecuente	24	30	57	70
Presión/dolor del pecho	23	28	58	72
Coito doloroso	22	27	59	73
Sin aliento/dificultad para respirar	18	22	63	78
Incontinencia urinaria	18	22	63	78
Ataque de pánico	10	12	71	88

Los principales síntomas presentados por las entrevistadas son; bochornos en el 73% de los casos, cansancio o falta de energía 72% y cambio de humor 70%, cabe señalar que no existe una diferencia entre los síntomas presentados entre las mujeres independientemente que se encuentre en peri o pos menopausia.

Lo cual nos habla de que la sintomatología presentada durante este proceso tiene su origen en aspectos no sólo de índole biológico. Ya que se sabe que muchos de los síntomas que se presentan están relacionados con aspectos psicológicos, sociales y culturales, incluso algunos estudios han demostrado que la actitud que se tiene hacia la menopausia impacta en los síntomas que se pueden presentar.

Una revisión sistemática de 25 estudios realizada por Ayers B. Forshaw M y Hunter M. (2010), en relación al impacto de las actitudes hacia la menopausia y la sintomatología que presentan las mujeres, encontró que entre más negativas son las actitudes hacia la menopausia más síntomas se pueden presentar durante este periodo, de igual manera se observó que mujeres con niveles educativos más elevados y una red social más sólida, tiene actitudes más positivas, el estado de ánimo antes de la menopausia genera actitudes más negativas cuando se presenta esta, concluyendo que el aspecto cultural, educativo y psicosocial desempeña un papel determinante en la actitud hacia la menopausia.

De acuerdo a Khademi S, y Cooke M. (2000) en un estudio comparativo sobre la actitud hacia la menopausia entre mujeres rurales y urbanas determinaron que la intervención para tratar los síntomas psicológicos y físicos debe basarse en una comprensión de la cultura y la sociedad y la influencia de los medios de comunicación sobre las mujeres y su experiencia en la menopausia, ya que donde existe un mejor estado y un papel claro para las mujeres menopáusicas, más sentimientos positivos son experimentados. Muchos de los efectos adversos, síntomas psicológicos y tal vez incluso físicos de la menopausia surgen debido a una falta de coincidencia entre los ideales culturales de la feminidad y las realidades físicas del cuerpo femenino. De igual manera concluyen que la intervención en la menopausia requiere de un trabajo interdisciplinario y la cooperación entre ginecólogo, trabajador social y el psicólogo. En donde las acciones se encaminen a una adecuada consejería, mejorar la autoestima, así como el reconocimiento de la cultura y los factores sociales que afectan.

Tabla 9:

CUIDADO A LA SALUD

Indicadores	Aumentó	%	Disminuyó	%	Suspendió	%	No modificó	%	No acostumbra	%
Consumo de frutas y verduras	23	28.4	10	12.35	0	0.00	48	59.26	0	0.00
Consumo de productos con calcio	30	37.04	10	12.35	0	0.00	40	49.38	1	1.23
Consumo de grasas	0	0.00	40	49.38	3	3.70	37	45.68	1	1.23
El consumo de café	7	8.642	20	24.69	0	0.00	44	54.32	10	12.35
El consumo de bebidas alcohólicas	1	1.235	15	18.52	4	4.94	22	27.16	39	48.15
El consumo de alimentos irritantes o calientes	0	0.00	19	23.46	0	0.00	51	62.96	11	13.58
El hábito tabáquico	1	1.23	7	8.64	2	2.47	22	27.16	49	60.49
La convivencia familiar	17	20.99	17	20.99	0	0.00	43	53.09	4	4.94
El desarrollo de alguna actividad productiva	11	13.58	19	23.46	0	0.00	47	58.02	4	4.94
Su religiosidad	15	18.52	3	3.70	0	0.00	60	74.07	3	3.70
Ejercicio físico	19	23.46	16	19.75	1	1.23	30	37.04	15	18.52
Ejercicios de relajamiento	9	11.11	7	8.64	0	0.00	26	32.10	39	48.15
Exámenes para prevenir cáncer (Cérvix y mamas)	14	17.28	5	6.17	1	1.23	58	71.60	3	3.70
Exámenes para prevenir enfermedades crónicas	12	14.81	4	4.94	0	0.00	61	75.31	4	4.94
Actividades durante el tiempo libre	15	18.52	8	9.88	1	1.23	42	51.85	15	18.52
Exposición al sol	5	6.173	25	30.86	3	3.70	43	53.09	5	6.17
Reuniones con sus amistades	11	13.58	20	24.69	0	0.00	42	51.85	8	9.88
El cuidado y arreglo personal	16	19.75	9	11.11	1	1.23	53	65.43	2	2.47
Mantener una actitud positiva	23	28.4	13	16.05	0	0.00	44	54.32	1	1.23
Satisfacción con su apariencia física	15	18.52	19	23.46	0	0.00	46	56.79	1	1.23
Participación en un grupo social	11	13.58	7	8.64	1	1.23	34	41.98	28	34.57
Uso de terapia hormonal	4	4.93	4	4.94	3	3.70	15	18.52	55	67.90
Costumbre de consumir alimentos con horario	9	11.11	5	6.17	3	3.70	38	46.91	26	32.10

En esta tabla se puede observar que en general el cuidado a la salud no es modificado al llegar al proceso menopausico, pues la mayoría de hábitos higienico-

dietéticos no cambian al llegar a este periodo, ya que en 18 de las 23 categorías que engloban los aspectos de autocuidado al menos el 40% de las pacientes manifestó no haber modificado sus hábitos, aunado a que cuando se modifica algún aspecto, no siempre es en favor de la salud, así tenemos que por ejemplo; en consumo de frutas y verduras y de calcio, sólo en el 30 y 40% de entrevistadas respectivamente se aumentó, sólo la mitad disminuyó el consumo de grasas, 24% el de café y 23 el de alimentos irritantes o calientes.

Y aspectos claves para un adecuado cuidado a la salud como el ejercicio físico, de relajación y exposición al sol en algunas mujeres, incluso disminuyeron o no se acostumbra realizar.

### ESCALA DE CUIDADO A LA SALUD

Para el análisis del cuidado a la salud y su relación con la actitud hacia la menopausia, se realizó una escala de calificaciones, para lo cual como se observa en la tabla No. 9, el cuidado a la salud se midió con 23 ítems, los cuales para su análisis se distribuyeron en 3 categorías generales, de acuerdo a las principales medidas que deben ser implementadas durante el proceso menopáusico para mejorar el cuidado a la salud. Dichas categorías contemplan aspectos físicos, sociales y psicológicos.

Cada ítem contaba con cinco opciones de respuesta (aumentó, disminuyó, suspendió, no modificó y no acostumbra), las cuales fueron calificadas con un valor de 1 a 5, en donde el valor más alto se asignó al cambio ideal esperado, de tal manera que en conjunto la puntuación iba de 23 a 115 puntos y a partir de los resultados de la escala, se hizo la correlación con la actitud hacia la menopausia.

Tabla 10.

CUIDADO A LA SALUD

Cuidado a la salud	Media	Mínimo	Máximo
Generalidad	67	23	115
Población entrevistada	82.94	66	103

Esto nos habla de que la modificación de las medidas higiénico-dietéticas y aspectos psico-sociales necesarios para una adecuada salud durante la menopausia, no son modificadas como se esperaría, por parte de las mujeres al llegar a este periodo, por lo que es necesario desarrollar estrategias específicas, que permitan mejorar los estilos de vida de las mujeres, prevenir enfermedades y con ello garantizar una mejor calidad de vida durante esta etapa que estará presente por muchos años.

## ANÁLISIS FACTORIAL

Se realizó un análisis factorial para identificar las dimensiones cognitivas presentes en la actitud de las entrevistadas hacia la menopausia.

Tabla 11:

### LO QUE REPRESENTA Y PROVOCA LA MENOPAUSIA

<b>Variables</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Entrar en una etapa de madurez	0.819	0.117	0.189		
Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma	0.802				0.177
Un período de plenitud personal	0.719				0.286
Etapa normal de la vida	0.456	0.228		0.331	
Una etapa difícil		0.849		0.16	-0.116
Envejecimiento	0.124	0.79	0.271		
Sentirse menos atractiva		0.606	0.253		0.492
Temor de que su pareja la deje	0.124	0.524	0.48	-0.261	0.239
Ya no tener relaciones sexuales	-0.15	0.126	0.728	0.215	0.156
Tristeza por ya no poder concebir	0.368		0.678	-0.21	
Insatisfacción sexual	0.181		0.655	0.297	-0.3
Pérdida de feminidad	0.12	0.477	0.594	-0.141	0.399
Tranquilidad durante las relaciones sexuales	0.169			0.811	
Despreocupación por el embarazo	0.208		0.206	0.708	
Mayor satisfacción en las relaciones sexuales		0.209		0.693	0.352
Mayor unión y apoyo de la pareja	0.178	-0.185		0.179	0.777
Ser más valorada por los demás	0.393	0.192	0.176	-0.117	0.695

En esta tabla se presenta la reducción de los factores, a partir de lo cual se identificaron 5 componentes principales, en donde se agruparon los 17 ítems relacionados al componente cognitivo de la actitud que tienen las entrevistadas en relación a la menopausia.

## DISTRIBUCIÓN DE FACTORES

Tabla 12:

Factor	Categorías
Factor 1 Nueva vida	Entrar en una etapa de madurez Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma Un periodo de plenitud personal Etapa normal de la vida
Factor 2 Pérdida de juventud	Una etapa difícil Envejecimiento Sentirse menos atractiva Temor de que su pareja la deje
Factor 3 Limitación sexual	Ya no tener relaciones sexuales Tristeza por ya no poder concebir Insatisfacción sexual Pérdida de feminidad
Factor 4 Tranquilidad sexual	Tranquilidad durante las relaciones sexuales Despreocupación por el embarazo Mayor satisfacción en las relaciones sexuales
Factor 5 Apoyo social	Mayor unión y apoyo de la pareja Ser más valorada por los demás

Esta tabla muestra que el aspecto cognitivo a partir del cual se ha construido la actitud hacia la menopausia, se compone de cinco dimensiones, las cuales engloban los principales aspectos que representa o provoca entre las entrevistadas la menopausia.

Dichas dimensiones encierran características tanto positivas como negativas, lo que nos habla de que existe una actitud ambivalencia hacia la menopausia, ya que puede vivirse como una etapa normal de la vida, que lleva a la madurez, plenitud personal y en donde hay más tiempo para sí misma. O un periodo de pérdida de la juventud al relacionarla con el envejecimiento, pérdida del atractivo, temor de que su pareja la deje, aunado a que se vive como una etapa difícil.

De igual manera, tiene un impacto en la percepción de la sexualidad, donde lo positivo se relaciona con la tranquilidad que se genera en su vida sexual, la

despreocupación por el embarazo y con ello mayor satisfacción en las relaciones sexuales. Y contrariamente se percibe como una limitación sexual pues se relaciona con ya no tener relaciones sexuales, tristeza por ya no poder tener hijos, insatisfacción sexual y pérdida de su feminidad.

Y por último la de apoyo social, en donde para las entrevistadas se engloba el ser más valorada por los demás y mayor unión y apoyo de la pareja.

### CORRELACIÓN DE DATOS CON LA PRUEBA NO PARAMÉTRICA DE SPEARMAN

Se realizó una correlación de Spearman entre los aspectos cognitivos y afectivos de la actitud de la menopausia y la escala de cuidado a la salud, encontrando los siguientes resultados:

Tabla 13:

#### ACTITUD HACIA LA MENOPAUSIA Y CUIDADO A LA SALUD

Menopausia		Escala de cuidado a la salud
Un período de plenitud personal	Coeficiente de correlación	.254*
	Sig. (bilateral)	.022
	R <sup>2</sup>	0.064
	N	81
Una etapa difícil	Coeficiente de correlación	-.260*
	Sig. (bilateral)	.019
	R <sup>2</sup>	0.067
	N	81
Envejecimiento	Coeficiente de correlación	-.326**
	Sig. (bilateral)	.003
	R <sup>2</sup>	0,10
	N	81

De todos los elementos que conforman la actitud hacia la menopausia sólo se encontró que existe una correlación con el cuidado a la salud en tres de ellos como se observa en la tabla No. 13. Pese a que la correlación es baja, si existe

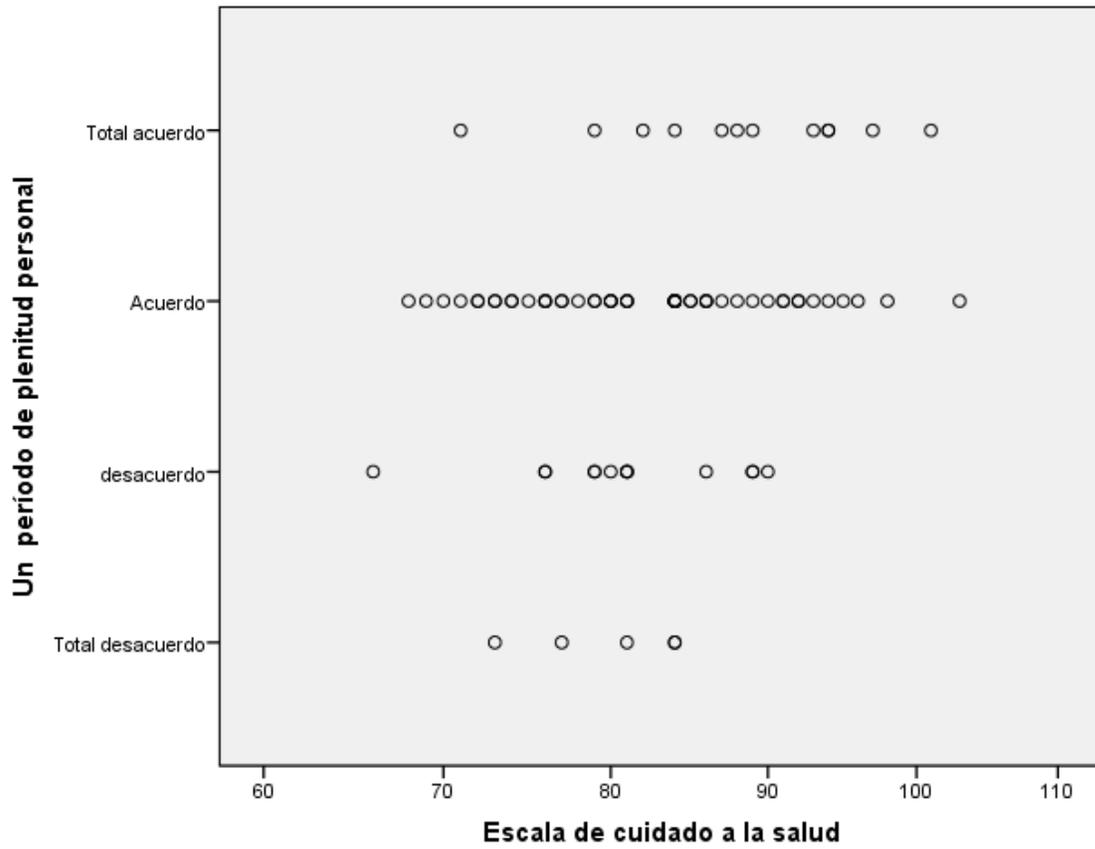
una significancia estadística de 0.022 entre el cuidado a la salud y visualizar a la menopausia como un periodo de plenitud personal, de .019 para quienes representa una etapa difícil y de .003 para quienes la vinculan con el envejecimiento.

Lo cual no indica que entre más se relacione a la menopausia como un periodo de plenitud personal, más acciones de autocuidado se llevan a cabo y mientras menos se le asocie con una etapa difícil o el envejecimiento más se incrementa el cuidado a la salud.

Ahora bien, considerando la  $R^2$  de los componentes en los que sí se encontró correlación, podemos inferir que sólo en el 6,4% de las mujeres que vinculan a la menopausia con un periodo de plenitud personal tienen una mayor cuidado a su salud. Mientras que para quienes no están en acuerdo con que la menopausia representa una etapa difícil o el envejecimiento explica el 6.7% y 10% respectivamente, de mejoras en el autocuidado a la salud,

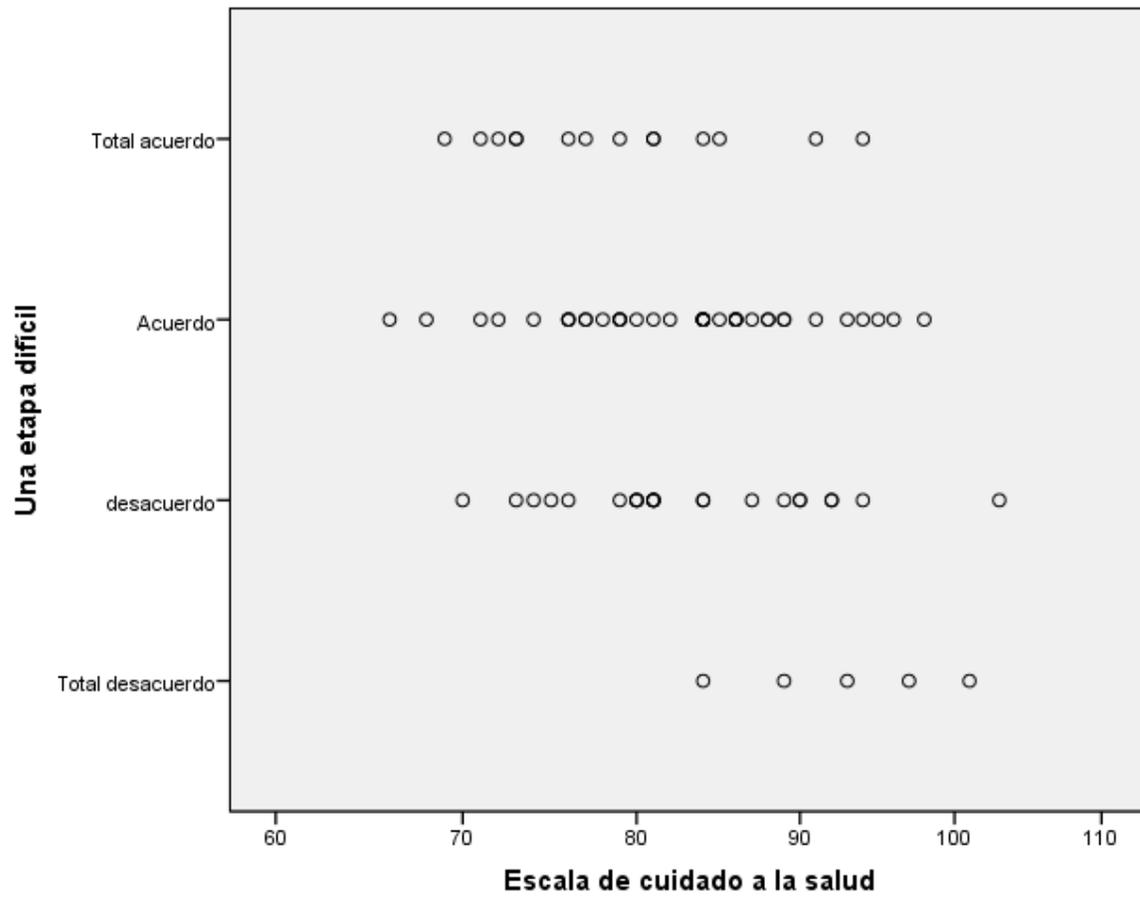
Estos resultados apuntan a que la actitud que se tiene sobre la menopausia puede influir en el comportamiento que las mujeres toman hacia éste periodo de la vida. Pero no es un factor determinante en la modificación de hábitos higiénico-dietéticos. Ya que si existir una relación entre la menopausia y el cuidado a la salud, dado que entre más positiva sea la actitud hacia este periodo, más acciones de cuidado a la salud se llevan a cabo, lo cual se pudo observar más claramente en las siguientes gráficas.

**Relación de la menopausia con un periodo de plenitud personal y el cuidado a la salud**



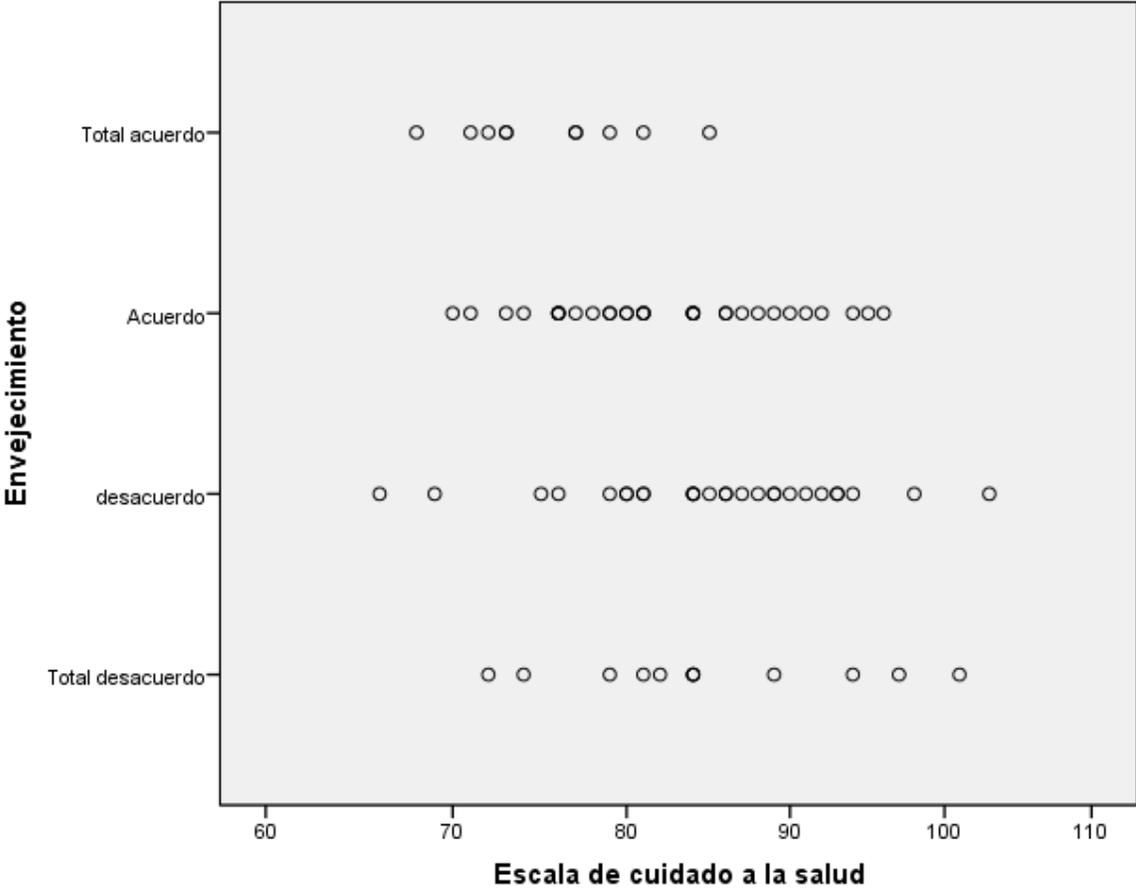
Como se ve en la gráfica entre más se está en total acuerdo y acuerdo en que la menopausia tiene que ver con un periodo de plenitud personal más se incrementa el cuidado a la salud durante este periodo.

### Relación de la menopausia con una etapa difícil y el cuidado a la salud



Pese a que la mayoría de las entrevistadas visualizara la menopausia como una etapa difícil, el cuidado a la salud tiende a ser menor, que cuando se está en desacuerdo o total desacuerdo con este punto de vista.

**Relación de la menopausia con el envejecimiento y el cuidado a la salud**



Existe una opinión dividida entre las entrevistadas en cuando a que la menopausia se relaciona con el envejecimiento, puesto que casi la mitad está de acuerdo y la otra mitad en desacuerdo, sin embargo, entre menos se le liga a la menopausia con el envejecimiento más se da un cuidado a la salud.

Tabla 14:

### FUNCIONES DE LA MUJER

Indicadores	Casarse	Tener y atender a los hijos y el hogar	Atender las necesidades del esposo	Estudiar y prepararse profesionalmente	Apoyar al gasto familiar
Casarse	1	.240(*)	.246(*)	0.113	.236(*)
	.	0.031	0.027	0.314	0.034
	81	81	81	81	81
Tener y atender a los hijos y el hogar	.240(*)	1	.557(**)	0.103	0.147
	0.031	.	0	0.361	0.189
	81	81	81	81	81
Atender las necesidades del esposo	.246(*)	.557(**)	1	-0.105	-0.148
	0.027	0	.	0.349	0.187
	81	81	81	81	81
Estudiar y prepararse profesionalmente	0.113	0.103	-0.105	1	.397(**)
	0.314	0.361	0.349	.	0
	81	81	81	81	81
Apoyar al gasto familiar	.236(*)	0.147	-0.148	.397(**)	1
	0.034	0.189	0.187	0	.
	81	81	81	81	81

Existe una gran relación entre las funciones que socialmente se le asigna a las mujeres, pues existe una significancia estadística entre casarse con tener y atender a los hijos y el hogar, al contar con una P de 0.031, con atender las necesidades del esposo con una P de 0.027 y con apoyar al gasto familiar el cual cuenta con una P de 0.034.

Lo que nos confirma que los roles y las funciones de las mujeres se siguen vinculando con su función maternal, Freixas, (2007) y que aún sigue estando vigente el sistema de roles en donde se está claramente establecido lo que es propio para cada sexo y sobre todo una serie de acciones consideradas tradicionalmente femeninas Mead (2006), y Lamas, (2002).

Además de que la mujer sigue subordinada a la fusión maternal Lamphere, (1991), y se le ha vinculado estrechamente con lo que Echarri (1999) llama altruismo materno, en donde la responsabilidad de la madre se ubica en la alimentación y el bienestar de sus hijos por encima de toda otra consideración.

Así tenemos que el papel femenino básicamente se ha establecido por muchas décadas bajo la condición de esposa y madre, a partir de los cuales se ha relegado a la mujer como lo señala Beauvoir, (1970), a un rango de nodriza y sirvienta y en donde no se visualiza como un ente independiente, sino como una parte del varón, en donde su actuar se dirige a complacerle, a servirle y completarle.

Finalmente se puede concluir que como lo señala Lagarde, (2006), Las mujeres valoran más la existencia del otro que la propia, porque sólo su reconocimiento le da existencia a ella misma, mientras que el hombre existe en sí mismo, de aquí que deban ser esposas para existir y ser reconocida. Por lo que no poderse desligar del otro y estar para servirle, está relacionado con el hecho de que en el mundo patriarcal se especializa a las mujeres en la maternidad; en la reproducción de la sociedad (los sujetos, las identidades, las relaciones, las instituciones) y la cultura.

Por lo que la maternidad juega un papel muy importante y en ese sentido todas las mujeres por el simple hecho de serlo son madres y esposas. Desde el nacimiento y aun antes, las mujeres parten de una historia que las conforma como madre y esposas. “La maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de la mujer” (Lagarde, 2005, p. 363).

## CONCLUSIONES

La menopausia cuenta con un significado más allá de un aspecto biológico que la define como el último sangrado, dado que dicho concepto guarda una carga simbólica, al relacionársele directamente con el ser mujer. De igual manera, cotidianamente no existe una distinción en relación al proceso menopaúsico (perimenopausia, menopausia y posmenopausia) entre las mujeres, ya que para ellas el concepto de menopausia engloba todo el proceso en sí.

Ahora bien, la manera de percibir y vivir la menopausia, se encuentra relacionada con la propia historia de vida, las condiciones personales, las experiencias e identidad femenina, así como los mitos, prejuicios, creencias, entre otras cosas. Aunado a ello, el hecho de que la menopausia se presente en un periodo en el que la mayoría de las mujeres se enfrentan a una serie de cambios físicos, sociales, económicos y emocionales, así como la designación de nuevos roles y ajustes en su estilo de vida.

Son condicionantes que van construyendo una actitud hacia la menopausia, la cual se puede presentar de manera ambivalente, al estar presentes una serie de sentimientos tanto positivos como negativos al mismo tiempo.

Dicha ambivalencia estriba en el hecho de que por un lado, las mujeres se sienten liberadas de la menstruación, del quedar embarazadas, del ya no tener la responsabilidad de los hijos y el hogar, sin embargo al haberse preparado toda su vida para servirle al otro y para ser madre, es claro que parte de su identidad y lo que la define como mujer, se ve quebrantado con la menopausia y los procesos psicosociales por los cuales se atraviesa a la par con este proceso, lo cual genera un sentimiento ambivalente.

Esta ambivalencia en la actitud se va desarrollando a través de todo el proceso de construcción de la actitud misma, a partir de la propia experiencia y lo aprendido a

través de la socialización. Lo cual a la larga genera la aceptación o rechazo hacia este proceso, así como sentimientos positivos y negativos al mismo tiempo.

De tal manera que el aspecto cognitivo que conforma la actitud de la menopausia, se ha construido a partir de la información y conocimiento que se tiene sobre la ésta, y su origen se centra en lo que se habla y dice socialmente, a partir de lo cual se han desarrollado una serie de significados, prejuicios, mitos, percepciones y desinformación, los cuales apuntan a dimensionar a la menopausia con atributos positivos y negativos paralelamente.

Por otra parte el concepto de menopausia se liga directamente a la sintomatología que se puede presentar durante el proceso menopaúsico, como son los bochornos, retiro de la regla y el mal humor, curiosamente síntomas característicos y a los cuales siempre se hace alusión cuando se habla de este periodo. Además de ello, la propia experiencia que tiene la mujer sobre este proceso a partir de los síntomas que presenta y que en el caso de las entrevistadas se relacionan con los bochornos, cansancio, falta de energía y cambio de humor primordialmente, aunado a los problemas de salud que en algunas ocasiones se le atribuyen a la menopausia como: caída de cabello aparición de algún tipo de cáncer, dislipidemia, problemas de presión arterial o la diabetes, problemas que no se presentan como resultado de la menopausia.

De igual manera, la identidad femenina tiene un papel relevante en la actitud que se toma hacia la menopausia. La cual se encuentra basada en aspectos sociales y culturales, de acuerdo a la época, situación política y económica, a partir de lo cual las mujeres han interiorizado una serie de características personales que han favorecido a que no cuenten con una individualidad, y se visualicen a sí mismas como un complemento del otro.

Dicha identidad se encuentra vinculada con el rol social que se le ha asignado a partir de su condición biológica, en donde el papel de madre y esposa son las principales funciones para las cuales se le prepara y educa la mayor parte de su

vida, de tal manera que su actuar se centra en estar al servicio y cuidado de los demás. Por otra parte, el ideal de mujer donde la delgadez, belleza y juventud se han convertido en el estereotipo femenino, también ha conformado en gran medida parte de la identidad femenina.

Ahora bien, pese a que la mujer se empieza a desarrollar en otros ámbitos y los roles sociales están cambiando, la función de madre sigue siendo su principal papel, dado que como parte inherente de su identidad es una característica que ha perdurado en el imaginario social y ha logrado permanecer en el tiempo y espacio, por lo tanto reproducirse de generación en generación. Situación que se refleja claramente con las entrevistadas para quienes el concepto de mujer pareciera ser un sinónimo del concepto de madre, al encontrarse estrechamente ligados y en donde las principales funciones de las mujer además de la preparación profesional siguen siendo el tener y atender a los hijos y al hogar, casarse y atender las necesidades del esposo.

Por lo que entre más interiorizado y arraigado tenga una mujer ese rol tradicional y se identifique con el estereotipo femenino construido socialmente, en el cual los medios de comunicación y la mercadotecnia han jugado un papel determinante, más difícil será afrontar y vivir una menopausia plena y totalmente positiva.

Lo anterior ayuda a entender como la menopausia, pese a ser una etapa normal en el desarrollo de toda mujer, en la cual culmina su capacidad reproductiva, tiene una serie de implicaciones no sólo biológicas, pues a nivel psicológico y social también se presentan diversas complicaciones, las cuales obviamente impactan en la actitud hacia la menopausia.

Ahora bien, en el aspecto afectivo de la actitud de la menopausia, se puede decir que la ambivalencia radica en lo que representa para estas mujeres la menopausia en sí y los sentimientos que les provoca, así pese a que la mayoría la visualiza como una etapa normal de la vida, un periodo de plenitud personal, oportunidad de dedicarse más tiempo a sí misma, despreocupación por el

embarazo, tranquilidad durante las relaciones sexuales, entrar en una etapa de madurez y que los sentimientos o sensaciones positivas que se relacionan directamente con la menopausia tienen que ver con; despreocupación, tranquilidad y liberación. Al mismo tiempo implica una etapa difícil, el envejecimiento e insatisfacción sexual. Además de asociarse con sentimientos y sensaciones como la vejez, tristeza y miedo principalmente.

Dichos sentimientos y sensaciones tanto positivas como negativas van de la mano como ya se ha planteado, del significado de mujer y con la dicotomía en la que se encuentran, ya que por un lado se sienten liberadas de su destino como procreadoras y creadoras de vida, ya no tienen que estar para dar y servir al otro y su plenitud se concreta al haber concluido cabalmente con su rol social, pero al mismo tiempo se enfrentan a la vejez y pérdida de la feminidad, asimismo se visualizan incompletas al ya no poder concebir, ni contar con los principales atributos asignados a toda mujer.

Así pues, esta actitud ambivalente hacia la menopausia, refuerza la idea de que para lograr entender e intervenir en aspectos específicos como lo es la menopausia, se requiere estudiar una categoría más amplia que tiene que ver precisamente con el concepto de mujer y sus implicaciones en las diferentes etapas de su vida. Ya que las actitudes que genera la menopausia, dependen del significado y rol social asignado culturalmente a la mujer, los cuales guían el comportamiento y sentimientos hacia este proceso.

Lo cual se observó en esta investigación, donde se corroboró que efectivamente la actitud impacta en el cuidado a la salud de las mujeres durante la menopausia ya que entre más se le vincula con aspectos positivos, se implementan más acciones de autocuidado. Con lo cual se comprueba la hipótesis planteada en este trabajo en cuanto a que, las acciones de autocuidado a la salud que las mujeres llevan a cabo durante el proceso menopaúsico, están relacionadas con la actitud que se ha construido en torno a la menopausia.

Ahora bien, dado que una actitud determina ciertos comportamientos y es susceptible de ser modificada, se sugiere que durante el proceso menopáusico se tomen en cuenta las actitudes existentes hacia este proceso en el momento de realizar cualquier tipo de intervención.

Además de ello, es importante desmitificar a la menopausia, educar y preparar a las mujeres para que estén conscientes de los cambios que se van a presentar de tal manera que puedan tomar medidas o acciones preventivas en pro de su salud para mejorar su calidad de vida, pues esta investigación también demuestra que la modificación al autocuidado al llegar a la menopausia es suficiente.

De igual forma, se ve la necesidad de entender de manera más profunda la actitud de la mujer hacia la menopausia, así como la identidad y rol femenino, a fin de encontrar estrategias que permitan resignificar estos conceptos que si bien, desde las últimas décadas se han ido modificando y han tenido impacto en las nuevas generaciones, existe una gran proporción de mujeres que aún viven bajo un modelo tradicional.

Modelo que las ha encasillado en una serie de funciones basadas en su condición biológica, lo cual sin duda ha afectado su manera de relacionarse, vivir su sexualidad y su desarrollo profesional principalmente, lo cual se observa en la dependencia, sumisión y tipo de aspiraciones que tienen estas mujeres.

Ahora bien, considerando que la actitud hacia la menopausia influye en el cuidado a la salud de las mujeres y que de acuerdo a esta investigación las mujeres al llegar al proceso menopáusico no modifican plenamente los hábitos-higiénico-dietético necesarios para un adecuado cuidado a la salud, se vio la necesidad de desarrollar una estrategia educativa para mejorar el autocuidado

Por lo que dicha estrategia educativa está encaminada a modificar los estilos de vida, a partir de desarrollar nuevos conocimientos, así como acciones para prevenir enfermedades, manejo y tratamiento adecuado de síntomas (físicos y

psicológicos), cambios en el estilo de vida y autocuidado, sin dejar de lado el entorno social y cultural de las mujeres.

En ese sentido la intervención de Trabajo Social cuya principal función en el área de la salud está ligada al desarrollo de procesos educativos que brinden a las personas una serie de conocimientos, habilidades, capacidades, y destrezas que les ayuden a estar informadas, preparadas y enfrentar los procesos de salud-enfermedad, le brinda a este profesional un papel protagónico con esta población así como en el desarrollo e implementación de dicha propuestas

Finalmente se puede concluir que esta investigación da las pautas para considerar que un elemento fundamental en la intervención en el área de la salud con mujeres en la menopausia, debe considerar que la actitud hacia este proceso, está determinada en gran medida por cuestiones culturales, sociales, y sobre todo el rol de género de estas mujeres, en donde como ya se mencionó la principal función de la mujer tiene que ver con la procreación y el estereotipo femenino se liga a la belleza y juventud. Por tanto es menester erradicar esta visión y suplirla por una nueva, que lleve a las mujeres a quitarse el estigma de esa etapa de la vida, pensando que son al menos 30 años más de su vida que no pueden vivirlos desagradablemente ya que es momento de replantearse nuevos retos, metas y sueños.

## **CAPÍTULO VII. ESTRATEGIA EDUCATIVA**

### **Introducción**

Durante el proceso menopáusico las actitudes juegan un papel determinante en el autocuidado a la salud, ya que de acuerdo a los resultados de la investigación realizada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, se observó que entre más positiva es la actitud de las mujeres hacia este periodo de la vida las acciones de autocuidado se incrementan.

Las actitudes condicionan el comportamiento hacia algo o alguien y pueden ser fácilmente modificadas a partir de procesos de aprendizaje, por lo que como un aporte de Trabajo Social, se propone el desarrollo de esta estrategia educativa encaminada a la educación, capacitación e implementación de acciones específicas para ayudar al cambio de actitudes durante este proceso, con la finalidad de que sean las pacientes las principales protagonistas en el cuidado a su salud, al proporcionarles los elementos necesarios para desarrollar actitudes positivas hacia este periodo de la vida, basado en una resignificación del sentido socio-cultural del concepto de menopausia, pero sobre todo informar sobre su impacto y posible tratamiento.

La intención de desarrollar esta propuesta, es que a partir de ella se pueden brindar conocimientos, se generan habilidades y sobre todo, se puede dotar de herramientas y capacidades por medio del aprendizaje significativo. A través de ella, se busca aprovechar al máximo las potencialidades y habilidades de cada individuo, al hacer más efectivos los procesos de aprendizaje ya que son las encargadas de guiar, ayudar y de establecer el modo de aprender. Toda estrategia educativa consta de tres aspectos fundamentales; objetivos: los cuales deben estar encaminados a la adquisición de nuevas habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores, a fin de influir significativamente en el otro.

Un proceso de planeación: es decir la organización de los sujetos, los recursos y el tiempo, y lo más importante, un proceso de sistematización: el cual implica el ordenamiento y estandarización de todo el proceso como tal. Todo ello con la finalidad de establecer las estrategias generales a poner en práctica para provocar cambios de comportamiento y facilitar el aprendizaje.

En el caso de las mujeres durante la el proceso menopaúsico, una estrategia educativa, es una herramienta trascendental, ya que por medio de ésta, se pueden brindar los elementos necesarios para el autocuidado a la salud y la detección y prevención oportuna de enfermedades. Ya que puede coadyuvar en la implementación de medidas higiénicos-dietéticas, manejo del estrés, desarrollo de actividad física y ejercicio, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, recreación y manejo del tiempo libre, aceptación y adaptación a los cambios, actitudes positivas y sobre todo, prácticas de autocuidado. Todo ello para desarrollar y mantener un estilo de vida saludable.

Dado que, la información y educación, son factores que propician el incremento de conocimientos acerca del cuidado a la salud, los problemas de salud y sus soluciones. Esta estrategia educativa, tiene como finalidad, desarrollar una intervención integral, en donde la atención hacia las mujeres durante el periodo menopáusicos no sólo sea de carácter médico, sino que también se considere los factores sociales y psicológicos que se presentan y con ello desarrollar acciones concretas de intervención en estos rubros, que permitan prevenir enfermedades y desarrollar acciones eficaces para el cuidado de la salud.

Ahora bien, considerando que el número de mujeres que en los próximos años transitarán por este periodo será más de una cuarta parte de la población femenina INEGI (2014), y hasta hoy no se cuenta con programas e instancias de salud suficientes para su atención, se visualiza que una estrategia educativa puede ser la herramienta ideal en la promoción y prevención de la salud en esta población.

## Justificación

El proceso menopaúsico, es un periodo por el cual transitarán todas las mujeres en algún momento de su vida, en el que indudablemente se presentarán una serie de cambios de índole bio-psico-social por lo que es fundamental brindar herramientas que ayuden a la prevención de enfermedades y mejoramiento del autocuidado a la salud.

En ese sentido, la implementación de acciones educativas y de promoción a la salud juegan un papel muy importante, para que las mujeres durante este periodo cuenten con el conocimiento necesario sobre los cambios que van a sufrir, las medidas higiénico dietéticas que deben implementar, los riesgos a la salud que pueden tener, pero sobre todo las medidas de autocuidado que pueden desarrollar.

Ahora bien, considerando que hasta hoy la intervención durante el proceso menopáusico se ha realizado sólo desde un abordaje médico, es que se desarrolla esta propuesta educativa desde la perspectiva de Trabajo Social, al identificar que la información sobre los síntomas y problemas de salud relacionados con el proceso menopáusico con el que cuentan las mujeres es insuficiente, no se lleva un control integral en aspectos nutricionales, psicológicos y médicos para mejorar la calidad de vida de estas pacientes. Ya que la mayoría de las mujeres realiza las medidas higiénico-dietéticas indispensables para la prevención de enfermedades crónicas y disminución de síntomas menopáusicos, como son el desarrollo de actividades físicas, un plan alimenticio adecuado, realizar estudios de laboratorio y chequeos médicos periódicamente, así como la implementación de actividades recreativas y sociales, principalmente.

De igual manera se identificó que existe un gran peso social hacia la función reproductiva de la mujer y el rol tradicional de la misma (cuidado y educación de hijos, atención de marido y hogar). Por lo que se considera fundamental tomar en

cuenta aspectos sociales, culturales y psicológicos involucrados durante la menopausia, que permitan tener una actitud positiva hacia ésta, ya que en muchas ocasiones este concepto se vive negativamente, al relacionarlo con la vejez, lo cual impacta psicológicamente. Por tal motivo se considera fundamental el desarrollo de una estrategia educativa de índole social.

### **Propósito:**

Contribuir con una estrategia educativa dirigidas a las mujeres durante el proceso menopáusico, que les permitan desarrollar habilidades, capacidades, destrezas y conocimiento para mantener una actitud positiva hacia este proceso y con ello mejorar su calidad de vida, prevenir enfermedades y optimizar las acciones de autocuidado a la salud.

### **Elementos que compone la estrategia educativa:**

- 1.- Recursos; humanos, materiales y financieros.
- 2.- Planeación; del proceso de intervención.
- 3.- Metodología de la intervención
- 4.- Cartas descriptivas; para las siete sesiones.
5. Instrumento de evaluación pre y post

### **Recursos**

**Recursos humanos:** una trabajadora social y dos pasantes de trabajo social

**Recursos financieros:** para la implementación de esta propuesta educativa se requiere de 60 mil pesos.

**Recursos materiales:** un salón de usos múltiples, 25 sillas, dos computadora, una impresora, un toner, un pizarrón, una caja de marcadores para pizarrón, un

paquete de hojas de papel bond, una caja de marcadores, una caja de lápices, una caja de gomas, una caja de plumas, cinco cintas adhesivas, una caja de hojas blancas, una bolsa de etiquetas adheribles, una bolsa de estambre.

## Plantación

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>
1.- Difusión	La cual se llevara a cabo a través de carteles que se colocaran en lugares estratégicos en el Instituto 3 meses antes de iniciar, volantes que se entregaran a las pacientes, así como invitaciones directas.
2.- Conformación del grupo	Se conformara un grupo de entre 16 y 20 pacientes que acudan al INNSZ y hayan manifestado su interés en participar.
3.- Establecer el espacio físico:	Se solicitará con anticipación a la jefatura de la consulta externa el aula de usos múltiples, la cual se acondicionará con 25 sillas, un pizarrón y marcadores.
4.- Organización de horarios:	En conjunto con las participantes se decidirán los días y los horarios de cada sesión, las cuales tendrán una duración de dos horas.
5.- Establecimiento de acuerdos y compromisos	Se establecerá con las pacientes interesadas en participar una carta de compromiso, en dónde se establezcan las condiciones de su participación, haciendo hincapié de la importancia de su asistencia a las sesiones y sobre todo se su puntualidad.
6.- Contenido de cada sesión	La estrategia educativa consta de 7 sesiones, con una duración de 2 horas cada una, las cuales se distribuirán de la siguiente manera; los primeros 15 minutos se consideraran como tolerancia para que lleguen las participantes, 20 minutos estarán dedicados a la implementación de una dinámica de cohesión grupal, ya que la integración grupal es fundamental en una intervención de este tipo, 35 minutos se destinaran a la aplicación de una técnica introductoria del tema a desarrollar en esa

	<p>sesión, 35 minutos para el desarrollo del tema específico y los 15 minutos restantes estarán destinados al cierre de la sesión por parte del coordinador, quien hará una síntesis de lo trabajado en la sesión en donde se puntualice y refuerce la información con las participantes.</p> <p>Cabe señalar que en cada sesión se asignara a un responsable del equipo de trabajo, quien será el encargado de ir sistematizando la información que se genere en cada reunión.</p>
7.- Sistematización	La información generada por las participantes será compilada y sistematizada con el objeto de desarrollar un tríptico informativo para las participantes el cual será entregado a cada una de ellas en la penúltima sesión.
8.- Evaluación de la estrategia educativa	La cual se llevara a cabo con un cuestionario que será aplicado antes y después de la intervención. (Ver anexo 1). Posteriormente se analizará la información obtenida de los instrumentos para medir los cambios en cuanto a información y sentimientos que se manejan en relación a la menopausia y las acciones de autocuidado que se implementaron.

## Metodología de intervención

Una estrategia educativa tiene por objeto brindar una serie de herramientas que permitan al sujeto conocer, adquirir y/o modificar determinadas acciones a partir de un proceso de aprendizaje.

En el caso de la estrategia educativa con mujeres durante el proceso menopáusico, no sólo se debe brindar conocimientos, pues esto no es suficiente para cambiar los hábitos higiénico-dietéticos, por lo que se pretende también resignificar el rol femenino, desmitificar los mitos y prejuicios en relación a la menopausia de tal manera que se les brinden los elementos necesarios para que puedan modificar sus actitudes hacia este proceso y mejorar el autocuidado.

Objetivos	Proceso educativo	Proceso de intervención
Brindar información	Adquisición de nuevos conocimientos e información para el cambio de hábitos y conductas.	Discusión grupal, exposición, rescate de experiencias personales.
Desarrollar y potencialización de recursos propios.	Desarrollo de habilidades, capacidades y destrezas.	Conocimiento y dominio de información y acciones específicas.  Exploración, diagnóstico y motivación para el desarrollo de potencialidades personales.
Fomentar el autocuidado a la salud	Implementación de un plan individualizado para el cambio de hábitos y desarrollo de estilos de vida saludable.	Construcción de estrategias para mejorar el estilo de vida, basado en las propias, habilidades, capacidades y medios que se tiene al alcance o con los que se dispone



# CARTAS DESCRIPTIVAS

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán



Escuela Nacional de Trabajo Social

Fecha: \_\_\_\_\_

Día 1:

Hora: \_\_\_\_\_

## SESIÓN 1

Diagnóstico situacional	Objetivo: Conocer la información, actitudes, síntomas y acciones de autocuidado de las mujeres durante el proceso menopáusico.			
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- Integración grupal	Dinámica de integración "La telaraña"	Se lanza una bola de estambre de participante en participante de manera aleatoria a fin de ir conformando una telaraña, quien recibe la bola de estambre tiene que presentarse y decir todo lo que desee de ella misma a los demás.	20 minutos	Salón de usos múltiples, 25 sillas, un estambre, marcadores, etiquetas, hojas blancas, pizarrón, impresiones, lápices.  Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
2.- Diagnóstico situacional:  a) Conocimiento sobre menopausia  b) Síntomas que ha presentado  c) Sentimientos que le provoca la menopausia  d) Acciones de autocuidado que lleva a cabo	Cuestionario	Se explicara la finalidad del instrumento y se aplicara un cuestionario a las participantes a fin de explorar la información que manejan sobre la menopausia, las actitudes, los síntomas que presentan, así como los hábitos higiénico-dietéticos y las acciones específicas de autocuidado que llevan a cabo.	70 minutos	
3.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace un recuento del trabajo realizado durante la sesión y la importancia del mismo.	15 minutos	
Tiempo			105 minutos	



# Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán

## Escuela Nacional de Trabajo Social



Fecha: \_\_\_\_\_

Día 2:

Hora: \_\_\_\_\_

### SESIÓN 2

Diseño de estrategias		Objetivo: Desarrollar alternativas para el manejo de síntomas físicos durante el proceso menopáusico,		
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- integración grupal	Dinámica de integración "las lanchas"	Se comenta que son un grupo de naufragos y para sobrevivir hay que encontrar una lancha, se les pide que caminen alrededor del salón y en cuanto el instructor de la orden, debe de reunirse en grupos según se indique, así el instructor pide que se reúnan en lanchas de 5, 3, 6, etc. la participante que se quede sin lancha se ira saliendo del juego.	20 minutos	Salón grande, 25 sillas, 1 pizarrón, marcadores. Hojas de papel bond. Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
2.- Identificar todos los síntomas relacionados con la menopausia	Las tarjetas	Se conforman dos grupos con las participantes y se les entrega un conjunto de tarjetas por equipo con síntomas físicos y se les solicita que los agrupen en síntomas relacionados y síntomas no relacionados con la menopausia, posteriormente cada grupo presenta sus conclusiones a partir de las cuales se confirma que síntomas tienen que ver con la menopausia y cuáles no.	35 minutos	
3. Crear estrategias para mejorar la sintomatología durante la menopausia	Trabajo en parejas	Se conforman parejas de trabajo y se les proporciona un número determinado de síntomas enlistados previamente, con la finalidad de que por pareja realicen un listado de posibles alternativas o estrategias para mejorar esos síntomas y posteriormente se expongan al resto del grupo.	35 minutos	
4.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace una síntesis del trabajo y refuerza o complementa la información.	15 minutos	
Tiempo			105 minutos	



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán



Escuela Nacional de Trabajo Social

Fecha: \_\_\_\_\_

Día 3:

Hora: \_\_\_\_\_

SESIÓN 3

Diseño de estrategias		Objetivo: Implementar acciones para tratar y/o mejorar los aspectos psicosociales presentes en el proceso menopaúsico.		
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- integración grupal	Dinámica de integración "teléfono descompuesto"	Se pide a las participantes que salgan del salón excepto una voluntaria a quien se le comparte un suceso, posteriormente se les pide una a una de las participantes que vayan ingresando y la penúltima en ingresar ira contando el suceso que a su vez, a ella también le han comentado. Al final el coordinador comentará el evento como era originalmente, para ver cuáles fueron las variaciones.	20 minutos	
2.- Identificar los síntomas psicológicos y aspectos sociales relacionados con la menopausia	Lluvia de ideas	Se solicita a las participantes que ayuden a enlistar todos los síntomas psicológicos que creen están relacionados con la menopausia. Posteriormente se complementara la información y se discutirá su relación con aspectos socio-culturales.	35 minutos	Salón grande, 25 sillas, 1 pizarrón, marcadores, hojas de papel bond.
3. Crear estrategias para mejorar la sintomatología durante la menopausia	Trabajo en parejas	Se conforman parejas de trabajo y se les proporciona un número determinado de síntomas enlistados previamente, con la finalidad de que por pareja realice un listado de posibles alternativas o estrategias para mejorar esos síntomas y posteriormente se expongan al resto del grupo.	35 minutos	Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
4.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace una síntesis del trabajo y refuerza o complementa la información.	15 minutos	
Tiempo			105 minutos	



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán



Escuela Nacional de Trabajo Social

Fecha: \_\_\_\_\_

Día 4:

Hora: \_\_\_\_\_

Sesión 4

Diseño de estrategias		Objetivo: Desarrollo de habilidades para mantener una actitud positiva hacia la menopausia.		
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- integración grupal	Dinámica de integración "Las frutas"	Se solicita a las participantes se sienten en círculo y que digan su nombre y el de una fruta, a la participante de a lado se le pide que haga lo mismo y que repita el nombre y fruta de las demás participantes que se presentaron antes de ella, así se van presentando todos hasta llegar con la persona que inició. Después se les pide que repitan la dinámica pero en vez de una fruta, mencionen algún sentimiento positivo que les provoque la menopausia.	20 minutos	Salón grande, 25 sillas, 1 pizarrón, marcadores, hojas de papel bond. Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
2.- Identificar todos los sentimientos y aspectos positivos y negativos relacionados con la menopausia	Lluvia de ideas	Se solicitara a las participantes que enlisten los sentimientos positivos y negativos que les genera la menopausia. Así como las ventajas y desventajas de este proceso.	35 minutos	
3. Crear estrategias para dar mayor peso a los aspectos y sentimientos positivos que genera la menopausia	Trabajo en equipo	Se conforman parejas y se les pide que trabajen sobre todas las ventajas y aspectos positivos que tiene la menopausia, posteriormente se pide que se formen cuartetos y se haga lo mismo, así se continúa hasta conformar un sólo grupo de discusión y se exponen las conclusiones a las cuales se llegó.	35 minutos	
4.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace una síntesis del trabajo y refuerza o complementa la información.	15 minutos	
Tiempo			105 minutos	



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán

Escuela Nacional de Trabajo Social



Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Día 5:

**Sesión 5:**

Diseño de estrategias		Objetivo: Implementación de acciones de autocuidado		
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- integración grupal	Dinámica de integración "Brazos cruzados"	Se pide a las participantes que crucen los brazos, posteriormente se solicita que lo vuelva a hacer pero ahora invirtiendo los brazos, se repite varias veces el ejercicio para demostrar lo difícil que es cambiar un hábito.	20 minutos	
2.- Identificar todas las medidas higiénico-dietéticas a realizar en el proceso menopaúsico	Exposición	Se presenta a las participantes un listado de todas las medidas higiénico dietéticas que deberían implementarse, así como las acciones a desarrollar para la prevención de enfermedades y mantener un estilo de vida saludable.	35 minutos	Salón grande, 25 sillas, 1 pizarrón, marcadores, hojas de papel bond.
3. Crear estrategias para mejorar las medidas higiénico dietéticas, prevenir enfermedades	Trabajo en parejas	Se conforman parejas de trabajo y se les solicita que discutan sobre las acciones de autocuidado que son viables de ser realizadas en su caso. Posteriormente se pide que expongan ante el grupo sus conclusiones.	35 minutos	
4.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace una síntesis del trabajo y refuerza o complementa la información.	15 minutos	Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
Tiempo			105 minutos	



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán



Escuela Nacional de Trabajo Social

Fecha: \_\_\_\_\_

Día 6:

Hora: \_\_\_\_\_

**Sesión 6:**

Implementación de estrategias	Objetivo: construir un plan estratégico con cada una de las participantes de acuerdo a sus necesidades específicas para mejorar su calidad de vida durante el proceso menopáusico.			
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- integración grupal	Dinámica grupal “el puente”	Se conforman dos equipos y se le proporcionará una hoja de papel a cada participante y se les pide que sin pisar el suelo directamente se organicen para pasar de un lugar a otro, gana el equipo que logre llegar primero.	20 minutos	Salón grande, 25 sillas, 1 pizarrón, marcadores, hojas de papel bond, hojas blancas, trípticos.  Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
2.- Entrega de trípticos	Discusión	Se entrega a cada paciente un tríptico realizado a partir de toda la información generada por las mismas pacientes, el cual será revisado y discutido en grupo.	20 minutos	
3.- Elaboración de estrategias individuales que son factibles a desarrollar para una mejor calidad de vida durante el proceso menopáusico.	El paleógrafo	Se solicita a las participantes que en un papel grande escriban todas las acciones de autocuidado para la salud que identificaron durante las sesiones y que enlisten todas las que son factibles que ellas pueden implementar. Posteriormente se pegan los papeles en alguna pared y se pide a cada una de ellas que exponga lo que trabajó.	50 minutos	
4.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace una síntesis del trabajo y refuerza o complementa la información.	15 minutos	
Tiempo			105 minutos	



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán

Escuela Nacional de Trabajo Social



Fecha: \_\_\_\_\_

Día 7:

Hora: \_\_\_\_\_

**Sesión 7:**

Evaluación	Objetivo: Evaluar la información, síntomas, actitudes y autocuidado a la salud en relación a la menopausia entre las participantes			
Actividad	Técnica	Descripción	Tiempo	Recursos
1.- Dinámica de integración y cierre	Dinámica “el rey manda”	Se pide a las participantes que caminen alrededor del salón y cuando el coordinador de una orden después de decir “el rey manda” las participantes tendrán que cumplirla. Cabe señalar que esa orden además de acciones físicas, como reírse, dar un abrazo, etc. también estará encaminada a hacer preguntas sobre los temas tratados para que sean respondidos por las participantes	30 minutos	Salón grande, 25 sillas, 1 pizarrón, marcadores, hojas de papel bond.  Un coordinador de la sesión y 2 personas de apoyo.
2.- Aplicar un cuestionario evaluativo en relación a; información sobre la menopausia, sentimientos hacia esta y medidas de autocuidado que ha comenzado a implementar.	Cuestionario	Se aplicará un cuestionario a cada una de las participantes a fin de identificar el impacto de esta estrategia educativa en el proceso de menopausia.	60 minutos	
3.- Cierre de sesión	Exposición	El coordinador hace una síntesis de todo lo trabajado a lo largo de las sesiones y hace el cierre y agradecimiento por la participación	15 minutos	
Tiempo			105 minutos	

# A N E X O

## CUESTIONARIO PRE Y POST



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán

Escuela Nacional de Trabajo Social



El objetivo de este documento es conocer su opinión en relación a la menopausia

Nota: no existen respuestas buenas o malas, sólo nos interesa su punto de vista.

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.-Edo. Civil: \_\_\_\_\_ 3.-Grado Escolar: \_\_\_\_\_

4-Ocupación: \_\_\_\_\_

5- ¿Qué es para usted la menopausia? \_\_\_\_\_

Proporcione una opción para cada uno de los siguientes rubros de acuerdo a lo que ha provocado en usted la menopausia:

6.- Menopausia y mujer	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
1.- Despreocupación por el embarazo				
2.- Insatisfacción sexual				
3.- Tranquilidad durante las relaciones sexuales				
4.-Ya no tener relaciones sexuales				
5.- Mayor satisfacción en las relaciones sexuales				
6.- Tristeza por ya no poder concebir				
7.- Pérdida de feminidad				
8.- Ser más valorada por los demás				
9.- Entrar en una etapa de madurez				
10.- Sentirse menos atractiva				
11.- Mayor unión y apoyo de la pareja				
12.- Temor de que su pareja la deje				
13.- Un período de plenitud personal				
14.- Una etapa difícil				
15.- Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma				
16.- Envejecimiento				
17.- Etapa normal de la vida				

**7. Los síntomas o problemas de salud directamente relacionados con el proceso menopáusico son:**

1.- Pérdida de calcio y osteoporosis		7.- Ansiedad		13.- Aparición de algún tipo de cáncer	
2.- Sequedad vaginal		8.- Insomnio		14.- Bochornos y sudoración nocturna	
3.- Problemas del corazón		9.- Depresión		15.- Dolores articulares	
4.- Problemas de presión arterial		10.- Diabetes		16.- Resequedad de piel	
5.- Aumento de peso		11.- Pérdida de memoria		17.- Caída de cabello	
6.- Dolor vaginal durante las relaciones sexuales		12.- Aumento de triglicéridos y colesterol		18.- Diabetes	

**8- De los siguientes síntomas marque los que usted ha presentado:**

1.- Bochornos		17.- Cambios de humor	
2.- Latido cardíaco rápido o fuerte		18.- Excitable	
3.- Disminución de sensibilidad en manos o pies		19.- Impaciencia	
4.- Mareada		20.- Presión o tensión en cabeza o cuerpo	
5.- Presión/dolor del pecho		21.- Dificultad para concentrarse	
6.- Sin aliento/dificultad para respirar		22.- Pérdida de memoria	
7.- Dolores de cabeza		23.- Incontinencia urinaria	
8.- Dificultad para dormir		24.- Sequedad vaginal	
9.- Llanto frecuente		25.- Síntomas gastrointestinales	
10.- Sudores nocturnos		26.- Irritable	
11.- Entumecimiento u hormigueo de alguna parte del cuerpo		27.- Triste o deprimida	
12.- Debilidad		28.- Tensión o nerviosismo	
13.- Dolor muscular o articular		29.- Coito doloroso	
14.- Aumento de peso		30.- Ataque de pánico	
15.- Disminución o pérdida del deseo sexual		31.- Disminución de interés por muchas cosas	
16.- Cansada o sin energía			

**9.- ¿A partir de la menopausia, de los siguientes aspectos cuáles modificó?**

	Aumentó	Disminuyó	Suspendió	No modificó
1.- Consumo de frutas y verduras				
2.- Consumo de productos con calcio				
3.- Consumo de grasas				
4.- El consumo de café				
5.- El consumo de bebidas alcohólicas				
6.- El consumo de alimentos irritantes o calientes				
7.- El hábito tabáquico				
8.- La convivencia familiar				
9.- El desarrollo de alguna actividad productiva				
10.- Su religiosidad				
11.- Ejercicio físico				
12.- Ejercicios de relajamiento				
13.- Exámenes para prevenir cáncer (Cérvix y mamas)				
14.- Exámenes para prevenir enfermedades crónicas				
15.- Actividades durante el tiempo libre				
16.- Exposición al sol				
17.- Reuniones con sus amistades				
18.- El cuidado y arreglo personal				
19.- Mantener una actitud positiva				
20.- Satisfacción con su apariencia física				
21.- Participación en un grupo social				
22.- Uso de terapia hormonal				
23.- Costumbre de consumir alimentos con horario				

10.- ¿Elija en orden de importancia 5 sentimientos o sensaciones de cada columna de acuerdo a lo que usted cree que provoca la menopausia?

**Sentimientos o sensaciones positivas**

- ( ) Alegría
- ( ) Agradecimiento
- ( ) Liberación
- ( ) Tranquilidad
- ( ) Plenitud
- ( ) Felicidad
- ( ) Optimismo
- ( ) Despreocupación

**Sentimientos o sensaciones negativas**

- ( ) Vejez
- ( ) Miedo
- ( ) Enojo
- ( ) Devaluación
- ( ) Soledad
- ( ) Tristeza
- ( ) Inutilidad
- ( ) Angustia

## Referencias

- Ander, E. (2003). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires. El Ateneo.
- Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez*. México. Pax México.
- Ayers, B. Forshaw, M. Hunter, M. (2010). *The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review*. *Maturitas*. 65, pp. 28-36.
- Beauvoir, S. (1990). *El segundo sexo Tomo I. Los hechos y los mitos*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Beauvoir, S. (1999). *El segundo sexo Tomo 2. La experiencia vivida*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Béjar, R. Cappello, H. (1990). *Bases teóricas y metodológicas en el estudio de la identidad y el carácter nacional*. México. CRIM-UNAM.
- Bajoit, G. (2009). *La tiranía del "Gran ISA"*. *Cultura y representaciones sociales*. 3(6), pp. 9-24.
- Castellano, L. et al. (2012). *Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria*. *Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria*. 32(2), pp. 75-85.
- Charry, C. (2004). *Identidad social: interdisciplina y dualidad*. En Nebbia, A. y Mora, M. *Análisis social e Identidad*. México. Plaza y Valdés. pp.191-214.
- Chávez, Julia. (2006). *Género y trabajo social*. México. UNAM-ENTS.
- Cravioto, MC. Martínez, L. González, J. (2005). *Menopausia*. En Dorantes, C. Martínez C. Guzmán A. *Endocrinología clínica*. México. Editorial El Manual Moderno. Pp.479-487.

Díaz, Márquez & Sughler. (2007). *Factores asociados al auto-cuidado de la salud de pacientes diabéticos Tipo 2*. Archivos en Medicina Familiar, 9 (2), pp. 99-107.

Echarri, C. (1999). Salud materno-infantil y condiciones de la mujer. En García, B. (Coord.) *Mujeres, género y población en México*. México. Colegio de México. Pp.103-165.

Ehrenfeld, N. Jóvenes, Cultura y la construcción de identidades. (2004). En Nebbia, A. y Mora M. *Análisis social e Identidad*. México. Plaza y Valdés. Pp. 235-251.

Estramiana, J. (2003) *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. Barcelona. UOC.

Evangelista, E. (2012). *Aproximaciones al Trabajo Social contemporáneo*. México. Red de Investigaciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social A.C.

Evangelista, E. (2006). *Historia del Trabajo Social en México*. México. Plaza y Valdés.

Fernández, T. Alemán B. (2014). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid. Alianza Editorial.

Freixas, F. (2007). *Nuestra menopausia*. Barcelona. Paidós.

Galeana, S. (1999). Campos de acción en Trabajo Social. En Sánchez M. *Manual de Trabajo Social*. México. Plaza y Valdés.

García, J. et al. (1982) *Actitudes de las mujeres hacia la menopausia*. Revista Latinoamericana de Psicología, 3, pp. 397-404.

Giddens, A. (1993) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires. Amorrortu.

Giménez, G. (1997). *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. Fronteranorte. 9 (18), pp. 9-28.

Gutián, M. (1998). Pensando a la Modernidad Desde Durkheim. En Zabludovsky, Gina (Coord.) *Teoría sociología y modernidad. Balance del pensamiento clásico*. México. Plaza y Valdés. Pp 53-64.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación*. México. McGraw-Hill.

How, M. Vaugan, G. (2010). *Psicología social*. España. Médica Panamericana

Ibáñez, T. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona. UOC.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *Boletín de prácticas médicas efectivas*. México. INSP.

INEGI. (2014). *Hombres y mujeres en México*. México. INEGI.

Jiménez, L. (2005). *Proyectos educativos indígenas en la política educativa boliviana*. Bolivia. Plural Editores.

Khademi S. Cooke M. (2003) *Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause*. *Maturitas*. 46. Pp. 113-12.

Kimble, C. (2002). *Psicología social de las Américas*. México. Pearson Educación.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de la mujer* México. UNAM.

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México. Taurus.

Lange, I. Urrutia, M. Campos, C. Gallegos, E. Herrera, L. Jaimovich, S. Luarte, M. Madigan, E. y Fonseca, I. (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud*. Chile. Universidad Pontificia de Chile, Organización Panamericana de la Salud.

Lauretis, T. (1992). Estudios feministas/estudios críticos: problemas, conceptos y contextos. En Ramos C. *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*. México. UAM. Pp. 165-192.

Lampphere, L. (1992). Feminismo y antropología. En Ramos C. *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*. México. UAM. Pp. 279-309.

León, M. (2003). *La representación social del trabajo doméstico, un problema en la construcción de la identidad*. México. Dirección General de Fomento Educativo.

Marvan, L. (2004). Más Allá de la Menopausia. En Asili, Nélida. *Vida Plena en la Vejez, un enfoque multidisciplinario*. México. Pax México. Pp. 131-140.

McFarland, (2006). Madeleine Leininger. Teoría de la Cultura del Cuidado a la Diversidad y Universalidad. En Marriner, A. y Raile, M. (Coord.) *Modelos y Teorías de Enfermería*. España. Elsevier. Pp. 472-480.

Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. España. Paidós.

Méndez, C. & Palacios, S. (1999), *Mujer diferente desde el principio*. España. Plaza Janes.

Meza, C. (2000). *La utopía feminista*. México. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Milanese, E. Merlo, R. & Machin, J. (2000). *Redes que previenen*. México. Instituto Mexicano de la Juventud.

Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas*. España Comillas.

Ojeda, N. (1999). *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*. El Colegio de la Frontera Norte.

Organización Mundial de la Salud. (1978) *Alma-Ata 1978, Atención primaria de salud*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Ortner, S. Whitehead, H. (1999) Indagaciones acerca de los significados sexuales. En Ramos C. *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*. México. UAM. Pp.61-112.

Paul, Reisser. Teri, Reisser. (2003) *La Menopausia*. Colombia. San Pablo.

Paterson, B. (2001). *Myth of Empowerment in Chronic Illness*. Journal of Advanced Nursing, 34; 574-81.

Pelcastre, B. Garrido, F. De León, V. (2001), *Menopausia: Representaciones Sociales y Práctica.*, Salud Pública de México. 43 (5), pp.408-414.

Pérez, G. y Ulloa, A. (1988). Biología de la Reproducción. En Soberon, G, (Coord.) *La salud en México, testimonio*. México. Fondo de Cultura Económico.

Ramos, C. (1992). *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*. México. UAM.

Rothman, A. & Wagner, E. (2003) *Chronic illness management: What is the role of primary care*. Annals of Internal Medicine, 138. Pp. 256-261.

Rodríguez, B. (2000). *Climaterio femenino*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Román, M. (2004). El difícil cambio de los procesos de enseñanza-aprendizaje en escuelas vulnerables chilenas. En Ansión, A. & Villacorta. *Para comprender la escuela Pública: desde su crisis y posibilidades*. Perú. Fondo Editorial.

Rondón M. (2008). *Aspectos Sociales y emocionales del climaterio: evaluación y manejo*. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 54, pp 99-107.

Sánchez, A. et al. (1994) *La Actitud Participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. España. Universidad de Murcia.

Santiso, R. (2015). *La menopausia y la edad media de las mujeres; un análisis antropológico*. Acciones e Investigación Social.

Secretaria de Salud (2000). *Menopausia*. Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. México

Secretaria de Salud. (1995). *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*. México. Secretaria de Salud.

Simmel, G. (2002). *Sobre la aventura*. Barcelona. Península.

Tobón, O. García C. (2003). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Colombia. Universidad de Caldas.

Valdez, J. (1998). *Las redes semánticas naturales usos y aplicaciones en psicología social*. México. Universidad Autónoma del Estado de México.

Valero, A. (1999). *El Trabajo Social en México desarrollo y perspectivas*. México. ENTS-UNAM.

# **ANEXOS**

# (ANEXO 1)

(Prueba piloto 1ra. Versión)



## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



### Cuestionario

Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_ Peri ó pos-menopáusica: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué entiende por menopausia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*De acuerdo a su opinión, califique del 1 al 10 las siguientes aseveraciones, en donde 1 es en desacuerdo y 10 totalmente en acuerdo.*

2. La menopausia representa para usted:

Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma	
La pérdida de una parte de la identidad femenina	
Liberación de la regla y las molestias que genera	
Una etapa difícil	
Despreocupación por el embarazo	
Volverse una mujer vacía	
Etapa de liberación	
Incapacidad reproductiva de la mujer	
Un período de plenitud personal y/o profesional	
Proceso con el que se pierde el sentido de ser mujer	
Olvidarse de los métodos anticonceptivos	
Etapa de envejecimiento	

3. ¿Cuáles son los sentimientos que provoca en usted la menopausia?:

Miedo	( )	Desesperanza	( )	Alivio	( )
Soledad	( )	Felicidad	( )	Liberación	( )
Alegría	( )	Optimismo	( )	Tristeza	( )
Devaluación	( )	Agradecimiento	( )	Tranquilidad	( )
Ninguna	( )	Enojo	( )	Depresión	( )
Plenitud	( )	Madurez	( )	Inutilidad	( )

4.- ¿Que significa para usted ser mujer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De las siguientes aseveraciones califique del 1 al 10, en donde 1 es en desacuerdo y 10 en acuerdo:

5.- Dentro de las principales funciones que debe de desempeñar una mujer esta:

La procreación, cuidado y educación de los hijos	
Atención y cuidado del hogar	
Atención de las necesidades de hijos y esposo	
Desarrollo personal y profesional	
Estudiar y prepararse profesionalmente	
Incorporarse al ámbito laboral	
Prepararse profesionalmente y ejercer su carrera	

6. Los síntomas o problemas de salud directamente relacionados con la menopausia son:

Perdida de calcio y osteoporosis		Ansiedad	
Problemas de presión arterial		Insomnio	
Diabetes		Resequedad vaginal	
Depresión		Aparición de algún tipo de cáncer	
Problemas del corazón		Bochornos y sudoración nocturna	
Incremento de peso		Aumento de triglicéridos y colesterol	

7.-De los siguientes síntomas califique en una escala del 1 al 10 de acuerdo a su experiencia, en donde 1 es nunca y 10 frecuentemente.

Sofoco Palpitaciones		Sudores nocturnos	
Presión/dolor del pecho		Entumecimiento	
Sin aliento/dificultad en respiración		Debilidad/cansancio	
Dolores de cabeza		Dolor en articulaciones	
Mareos		Aumento de peso	
Problemas con el sueño		Síntomas gastrointestinales	
Incontinencia urinaria		Cambio en el deseo sexual	
Sequedad vaginal		Coito doloroso	
Problemas con el estado emocional		Angustia	
Nerviosismo		Depresión	
Cambios de humor		Impaciencia	
Dificultad para concentrarse		Pérdida de memoria	

8.- De las siguientes actividades califique del 1 al 10, en donde 1 es nada y 10 bastante, las que usted modificó con la transición menopáusica

**Alimentación**

Aumento en el consumo de frutas y verduras	
Consumo de productos con calcio	
Disminución de consumo de grasas	
Respetar horarios de alimentos	
Evitar el consumo de café y bebidas alcohólicas	
Disminuir el consumo de alimentos irritantes o calientes	

**Cuidado físico**

Desarrollo de actividades físicas	
Cheque médico	
Uso de terapia hormonal	
Cambiar el estilo de vida	
Prevenir enfermedades crónicas	
No fumar	
Exposición al sol	

**De las siguientes actividades califique el 1 al 10, donde 1 es poco importante y 10 muy importante, las que usted considera que deben de presentarse durante la menopausia.**

Desarrollo de actividades durante el tiempo libre	
Incorporación a algún grupo social	
El apoyo de la familia	
Tener buena autoestima	
Apoyarse de las amistades	
Informarse sobre lo que es la menopausia	
Tener la comprensión y apoyo de la pareja	
Mantener una buena relación y comunicación familiar	

## ANEXO (2)

(Prueba piloto 2da. Versión)



### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



#### Cuestionario

El objetivo de este instrumento es conocer su opinión y vivencias en relación en la menopausia.

Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_ Peri o pos-menopáusica: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué entiende por menopausia \_\_\_\_\_

2.- ¿Qué significa para usted ser mujer: \_\_\_\_\_

*De acuerdo a su opinión, califique del 1 al 10 las siguientes aseveraciones, en donde 1 es en desacuerdo y 10 totalmente en acuerdo.*

#### 3. La menopausia representa para usted:

Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma	
La pérdida de una parte de la identidad femenina	
Liberarse de la regla y molestias en general	
Una etapa difícil de la vida	
Despreocuparse por el embarazo	
Volverse una mujer vacía	
Etapa de liberación	
Incapacidad reproductiva de la mujer	
Un periodo de plenitud personal y/o profesional	
Proceso con el que se pierde el sentido de ser mujer	
Olvidarse de los métodos anticonceptivos	
Etapa de envejecimiento	

**4.- Dentro de las principales funciones que debe de desempeñar una mujer esta:**

La procreación, cuidado y educación de los hijos	
Atención y cuidado del hogar	
Atención de las necesidades de hijos y esposo	
Desarrollo personal y profesional	
Estudiar y prepararse profesionalmente	
Incorporarse al ámbito laboral	
Prepararse profesionalmente y ejercer su carrera	

**5.- Los síntomas o problemas de salud directamente relacionados con la menopausia son:**

Perdida de calcio y osteoporosis		Aparición de algún tipo de cáncer	
Problemas de presión arterial		Bochornos y sudoración nocturna	
Diabetes		Incremento de peso	
Depresión		Resequedad vaginal	
Problemas del corazón		Bochornos y sudoración nocturna	
Ansiedad		Insomnio	
Aumento de triglicéridos y colesterol			

**6.-De los siguientes síntomas califique en una escala del 1 al 10 de acuerdo a su experiencia, en donde 1 es nunca y 10 frecuentemente.**

Sofocos		Coito doloroso	
Palpitaciones		Problemas con el estado	
Presión/dolor del pecho		Cambio en el deseo sexual	
Sin aliento/dificultad en respiración		Incontinencia urinaria	
Emocional		Sequedad vaginal	
Dolores de cabeza		Dolor en articulaciones	
Mareos		Aumento de peso	
Sudores nocturnos		Entumecimiento	
Síntomas gastrointestinales		Debilidad/ cansancio	
Problemas con el sueño		Angustia	
Nerviosismo		Cambios de humor	
Depresión		Impaciencia	
Pérdida de memoria		Dificultad para concentrarse	

**7.- De las siguientes actividades califique del 1 al 10, en donde 1 es nada y 10 bastante, las que usted modificó con la transición menopáusica.**

<b>Alimentación;</b>	Aumento en el consumo de frutas y verduras	
	Consumo de productos con calcio	
	Disminución de consumo de grasas	
	Respetar horarios de alimentos	
	Evitar el consumo de café y bebidas alcohólicas	
	Disminuir el consumo de alimentos irritantes o calientes	
<b>Cuidado físico</b>	Desarrollo de actividades físicas	
	Cheque médico	
	Uso de terapia hormonal	
	Cambiar el estilo de vida	
	Prevenir enfermedades crónicas	
	No fumar	

	Exposición al sol	
--	-------------------	--

**8.- De las siguientes actividades califique el 1 al 10, donde 1 es poco importante y 10 muy importante, las que usted considera que deben de presentarse durante la menopausia.**

Desarrollo de actividades durante el tiempo libre	
Incorporación a algún grupo social	
El apoyo de la familia	
Tener buena autoestima	
Apoyarse de las amistades	
Informarse sobre lo que es la menopausia	
Tener la comprensión y apoyo de la pareja	
Mantener una buena relación y comunicación familiar	

**9.- ¿Cuáles son los sentimientos que provoca en usted la menopausia?:**

Miedo		Tristeza		Enojo		Felicidad	
Soledad		Tranquilidad		Madurez		Optimismo	
Alegría		Depresión		Ninguna		Agradecimiento	
Alivio		Inutilidad		Plenitud		Desesperanza	
Liberación		Devaluación					

(ANEXO 3)

(Prueba piloto 3ra. Versión)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



Cuestionario

**El objetivo de este documento es conocer su opinión en relación a la menopausia**

Nota: no existen respuestas buenas o malas, sólo nos interesa su punto de vista.

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Edo. Civil: \_\_\_\_\_ 3.- Grado Escolar: \_\_\_\_\_

4- Ocupación: \_\_\_\_\_ 5.- Método: \_\_\_\_\_ 6.- Ha menstruado en el último año \_\_\_\_\_

7.- ¿Cuál es la fecha de su última menstruación? \_\_\_\_\_

8.- Haga un listado con todo lo que se le viene a la mente cuando escucha la palabra menopausia y después numérelo en orden de importancia.	9.-Haga un listado con todo lo que se le viene a la mente cuando escucha la palabra mujer y después numérelo en orden de importancia

**De acuerdo a su opinión, califique del 1 al 10 las siguientes aseveraciones, en donde 1 es en total desacuerdo y 10 totalmente en acuerdo.**

**10.- La menopausia representa para usted:**

Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma		Volverse una mujer vacía	
La pérdida de una parte de la identidad femenina		Incapacidad reproductiva de la mujer	
Liberación de la regla y las molestias que genera		Un período de plenitud personal	
Una etapa difícil		Proceso con el que se pierde el sentido de ser mujer	
Despreocupación por el embarazo		Olvidarse de los métodos anticonceptivos	
Envejecimiento			

**11.- La menopausia ha provocado en usted:**

Pérdida de deseo sexual		Insatisfecha sexualmente	
Sentirse menos atractivas		Alejamiento de la pareja	
En desventaja con las mujeres jóvenes		Temor de que su pareja la deje	

**12.- Dentro de las principales funciones que debe de desempeñar una mujer esta:**

La procreación y educación de los hijos	
Atención y cuidado del hogar	
Atención de las necesidades de hijos y esposo	
Desarrollo personal y profesional	
Estudiar y prepararse profesionalmente	
Incorporarse al ámbito laboral, político, artístico y cultural.	
Prepararse profesionalmente y ejercer su carrera	
Apoyo al gasto familiar	
La principal proveedora económica del hogar	

**13.- Los síntomas o problemas de salud directamente relacionados con la menopausia son:**

Perdida de calcio y osteoporosis		Ansiedad	
Problemas de presión arterial		Aumento de triglicéridos y colesterol	
Resequedad vaginal		Diabetes	
Depresión		Bochornos y sudoración nocturna	
Problemas del corazón		Aparición de algún tipo de cáncer	
Insomnio			

**14.- De los siguientes síntomas en una escala del 1 al 10 proporcione una calificación de acuerdo a su experiencia, en donde 1 es nunca y 10 frecuentemente.**

Sofocos		Cambios de humor	
Palpitaciones		Impaciencia	
Presión/dolor del pecho		Dificultad para concentrarse	
Sin aliento/dificultad en respiración		Pérdida de memoria	
Dolores de cabeza		Incontinencia urinaria	
Mareos		Sequedad vaginal	
Problemas con el sueño		Síntomas gastrointestinales	
Sudores nocturnos		Depresión	
Entumecimiento		Nerviosismo	
Debilidad/cansancio		Angustia	
Dolor en articulaciones		Problemas con el estado emocional	
Aumento de peso		Coito doloroso	

15.- De las siguientes actividades califique del 1 al 10, en donde 1 es nada y 10 bastante, las que usted modificó con la transición menopáusica

<b>Alimentación;</b>	Aumento en el consumo de frutas y verduras	
	Consumo de productos con calcio	
	Disminución de consumo de grasas	
	Respetar horarios de alimentos	
	Evitar el consumo de café	
	Evitar el consumo de bebidas alcohólicas	
	Disminuir el consumo de alimentos irritantes o calientes	
<i>Cuidado físico</i>	Desarrollo de actividades físicas	
	Chequeo médico	
	Uso de terapia hormonal	
	Cambiar el estilo de vida	
	Prevenir enfermedades crónicas	
	No fumar	
	Exposición al sol	
<b>Estilo de vida y relaciones afectivas</b>	Desarrollo de actividades durante el tiempo libre	
	Incorporación a algún grupo social	
	El apoyo de la familia	
	Tener buena autoestima	
	Apoyarse de las amistades	
	Mantener una buena relación y comunicación familiar	

16.- ¿Cuáles son los sentimientos que provoca en usted la menopausia?

Miedo		Tristeza		Enojo		Felicidad	
Soledad		Tranquilidad		Madurez		Optimismo	
Alegría		Depresión		Ninguna		Desesperanza	
Alivio		Inutilidad		Plenitud		Agradecimiento	
Liberación		Devaluación					

(ANEXO 4)

(Versión final)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario



El objetivo de este documento es conocer su opinión en relación a la menopausia

Nota: no existen respuestas buenas o malas, sólo nos interesa su punto de vista.

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Edo. Civil: \_\_\_\_\_ 3.- Grado Escolar: \_\_\_\_\_

4- Ocupación: \_\_\_\_\_ 5.- ¿Ha menstruado en el último año Si  No

6.- ¿Cuál es la fecha de su última menstruación? \_\_\_\_\_ 7.- ¿Tiene hijos? Si  No

8.- ¿Cuántos?  9.- ¿Cuántos aún viven con usted?  10.- ¿Esta operada para ya no tener hijos?

SI No 11.- ¿Ha o usado terapia hormonal? Si  No  12.- ¿Desde cuándo?

13.- ¿Por cuánto tiempo la ha usado o usó? \_\_\_\_\_ 14.- ¿Toma o tomó antidepresivos? Si  No

15.- ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ 16.- ¿Por cuánto tiempo los ha usado o usó? \_\_\_\_\_

17.- Elija en orden de importancia en cuanto lo que para usted representa la menopausia

- 1.- Bochornos ( )
- 2.- Mal humor ( )
- 3.- Irritabilidad ( )
- 4.- Cambio de carácter ( )
- 5.- Insomnio ( )
- 6.- Depresión ( )
- 7.- Desesperación/tristeza/angustia ( )
- 8.- Cambios hormonales ( )
- 9.- Inapetencia sexual ( )
- 10.- Retiro de la regla ( )
- 11.- Dolor de cabeza ( )

Que para usted representa ser mujer.

- 1.- Madre ( )
- 2.- Amiga/compañera ( )
- 3.- Trabajadora/luchona ( )
- 4.- Sensible/bondadosa ( )
- 5.- Amorosa/ maternal ( )
- 6.- Inteligente/capaz ( )
- 7.- Fuerte ( )
- 8.- Responsable ( )
- 9.- Activa ( )
- 10.- Honesta/ejemplar ( )
- 11.- Noble ( )

18.- Elija en orden de importancia en cuanto lo

Proporcione una opción para cada uno de los siguientes rubros de acuerdo a lo que usted considera debe de ser una Función de la mujer:

19.- Funciones de la mujer	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
1.- Tener y atender a los hijos y el hogar				
2.- Atender las necesidades del esposo				
3.- Estudiar y prepararse profesionalmente				
4.- Apoyar al gasto familiar				
5.-Casarse				

Proporcione una opción para cada uno de los siguientes rubros de acuerdo a lo que ha provocado en usted la menopausia:

20.- Menopausia y mujer	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
1.- Despreocupación por el embarazo				
2.- Insatisfacción sexual				
3.- Tranquilidad durante las relaciones sexuales				
4.-Ya no tener relaciones sexuales				
5.- Mayor satisfacción en las relaciones sexuales				
6.- Tristeza por ya no poder concebir				
7.- Pérdida de feminidad				
8.- Ser más valorada por los demás				
9.- Entrar en una etapa de madurez				
10.- Sentirse menos atractiva				
11.- Mayor unión y apoyo de la pareja				
12.- Temor de que su pareja la deje				
13.- Un período de plenitud personal				
14.- Una etapa difícil				
15.- Oportunidad de dedicarse más tiempo así misma				
16.- Envejecimiento				
17.- Etapa normal de la vida				

21. Los síntomas o problemas de salud directamente relacionados con el proceso menopáusico son:

1.- Pérdida de calcio y osteoporosis	7.- Ansiedad	13.- Aparición de algún tipo de cáncer
2.- Sequedad vaginal	8.- Insomnio	14.- Bochornos y sudoración nocturna
3.- Problemas del corazón	9.- Depresión	15.- Dolores articulares
4.- Problemas de presión arterial	10.- Diabetes	16.- Resequedad de piel
5.- Aumento de peso	11.- Pérdida de memoria	17.- Caída de cabello
6.- Dolor vaginal durante las relaciones sexuales	12.- Aumento de triglicéridos y colesterol	

22- De los siguientes síntomas marque los que usted ha presentado:

1.- Bochornos	17.- Cambios de humor
2.- Latido cardiaco rápido o fuerte	18.- Excitable
3.- Disminución de sensibilidad en manos o pies	19.- Impaciencia
4.-Mareada	20.- Presión o tensión en cabeza o cuerpo
5.- Presión/dolor del pecho	21.- Dificultad para concentrarse
6.- Sin aliento/dificultad para respirar	22.- Pérdida de memoria
7.- Dolores de cabeza	23.-Incontinencia urinaria
8.- Dificultad para dormir	24.- Sequedad vaginal
9.- Llanto frecuente	25.- Síntomas gastrointestinales
10.-Sudores nocturnos	26.- Irritable
11.- Entumecimiento u hormigueo de alguna parte del cuerpo	27.- Triste o deprimida
12.-Debilidad	28.- Tensión o nerviosismo
13.- Dolor muscular o articular	29.- Coito doloroso
14.- Aumento de peso	30.- Ataque de pánico
15.- Disminución o pérdida del deseo sexual	31.- Disminución de interés por muchas cosas
16.- Cansada o sin energía	

**23.- ¿A partir de la menopausia, de los siguientes aspectos cuáles modificó?**

	Aumentó	Disminuyó	Suspendió	No modificó	No acostumbra
1.- Consumo de frutas y verduras					
2.- Consumo de productos con calcio					
3.- Consumo de grasas					
4.- El consumo de café					
5.- El consumo de bebidas alcohólicas					
6.- El consumo de alimentos irritantes o calientes					
7.- El hábito tabáquico					
8.- La convivencia familiar					
9.- El desarrollo de alguna actividad productiva					
10.- Su religiosidad					
11.- Ejercicio físico					
12.- Ejercicios de relajamiento					
13.- Exámenes para prevenir cáncer (Cérvix y mamas)					
14.- Exámenes para prevenir enfermedades crónicas					
15.- Actividades durante el tiempo libre					
16.- Exposición al sol					
17.- Reuniones con sus amistades					
18.- El cuidado y arreglo personal					
19.- Mantener una actitud positiva					
20.- Satisfacción con su apariencia física					
21.- Participación en un grupo social					
22.- Uso de terapia hormonal					
23.- Costumbre de consumir alimentos con horario					

**24.- Elija en orden de importancia 5 sentimientos o sensaciones de cada columna de acuerdo a lo que usted cree que provoca la menopausia**

**Sentimientos o sensaciones positivas**

- ( ) Alegría
- ( ) Agradecimiento
- ( ) Liberación
- ( ) Tranquilidad
- ( ) Plenitud
- ( ) Felicidad
- ( ) Optimismo
- ( ) Despreocupación

**Sentimientos o sensaciones negativas**

- ( ) Vejez
- ( ) Miedo
- ( ) Enojo
- ( ) Devaluación
- ( ) Soledad
- ( ) Tristeza
- ( ) Inutilidad
- ( ) Angustia