



"NINGUNA PERSONA  
PODRÁ AJUSTARSE A  
SU VEJEZ SI NO HA  
SIDO CONSCIENTE DE  
SU PROCESO DE  
ENVEJECIMIENTO"

*Ramón Atalaya.*



**AJUSTE SEXUAL EN LA MUJER MENOPÁUSICA DEL MUNICIPIO DE NEIVA**

**CAROLINA BAQUERO SILVA  
DIANA PATRICIA MURIEL PUYO  
GINA PAOLA PÁRAMO SEPÚLVEDA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
NEIVA  
2004**

**AJUSTE SEXUAL EN LA MUJER MENOPÁUSICA DEL MUNICIPIO DE NEIVA**

**CAROLINA BAQUERO SILVA  
DIANA PATRICIA MURIEL PUYO  
GINA PAOLA PÁRAMO SEPÚLVEDA**

Trabajo de grado presentado como requisito  
para optar el título de Psicólogo

Asesora  
**DOLLY CASTRO B.**  
Enfermera Epidemióloga

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
NEIVA  
2004**

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva, \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, quienes estuvieron junto a mí brindándome su apoyo y conocimiento en el trascurso de estos cinco años y en la construcción de un sueño que hoy por hoy se hace realidad y que es la base de muchos más; y a ti Jaco porque contigo he aprendido a escuchar los dictados del corazón y a descifrar un lenguaje que va más allá de las palabras, el que muestra aquello que los ojos no pueden ver. Y a todos aquellos que en algún momento dudaron de la realización y culminación de esta tesis

Diana

Padres y hermanos, gracias por brindarme su apoyo, comprensión y dedicación durante mi crecimiento y formación.

Juan Manuel, juntos hemos creado un nuevo ser, juntos hemos conocido el significado del amor y hemos comprobado que somos cómplices y amigos incondicionales en nuestra relación.

Juan Nicolás, tu sonrisa, tus ojos y todo tu ser lograron mantener vivo en mi la esperanza por construir un futuro mejor.

Los amo con todo mi corazón  
Carolina.

Hace algunos años se posó en mí una ilusión azul, y la dejé vivir en mi corazón, le permití que tomara fuerza en mi mente, y luché por ella incansablemente hasta lograr que ahora se tornara en mi realidad; esa que hoy se convierte en el primer eslabón para muchas más ilusiones que permitirán mi realización personal. Este, mi logro, no lo obtuve sola, también es el fruto del apoyo y esfuerzo de los seres que más amo y que nunca desfallecen a mi lado, como tú mamá a quien debo la firmeza y la templanza que me acompaña, como tú Juan David, que pusiste en mi vida el reto de capacitarme para brindarte un mejor futuro, y como tú Alexander que colmaste mi ser de anhelos y de sueños.

Gina

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, por habernos dado el privilegio de ingresar a la educación pública en el nivel superior.

A los docentes del programa de Psicología Carlos Bolivar Bonilla, Angélica Hermosa, Silvia Ruiz, Carmen Patricia, por habernos orientado con sus conocimientos y brindado su apoyo.

Dolly Castro B., Enfermera Epidemióloga y asesora de tesis, por sus valiosos aportes metodológicos y orientación en el trabajo de grado.

Esperanza Cabrera, Psicóloga, por su colaboración y enseñanzas durante nuestra carrera profesional, y también por su dedicación y entrega a cada uno de sus alumnos.

Deisy Rojas Sepúlveda, Secretaria de Programa de Psicología, por su cooperación e intervención que facilitó la comunicación con los docentes y asesores de tesis; y por brindarnos su amistad.

Y a todas las personas que de una u otra manera estuvieron vinculadas con nuestro trabajo de investigación.

## CONTENIDO

	<b>pág</b>
ABSTRACT	17
RESUMEN	18
INTRODUCCIÓN	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	20
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1 Objetivo General	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	24
3.1 Antecedentes Históricos	24
3.2 Antecedentes Investigativos	25
4. JUSTIFICACIÓN	31
5. MARCO TEÓRICO	33
6. DISEÑO METODOLÓGICO	60



6.1 Tipo de Estudio	60
6.2 Población	62
6.3 Técnicas e Instrumentos	63
6.3.1 Técnicas	63
6.3.2 Instrumentos	64
6.3.3 Validez y Confiabilidad	66
6.3.4 Plan de Análisis	67
6.3.5 Aspectos Éticos	67
6.3.5 Operacionalización de las Variables	69
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	83
7.1 Aspectos Médicos	83
7.1.1 Historia ginecológica	83
7.1.2 Terapia hormonal sustitutiva	86
7.1.3 Historia sexual	87
7.1.4 Sintomatología física asociada a la menopausia	91

7.2 Aspectos Psicológicos	92
7.2.1 Sintomatología psíquica asociada a la menopausia	92
7.2.2 Autoimagen	96
7.2.3 Relación de pareja	101
7.2.4 Ajuste sexual en la mujer menopáusica	110
8. CONCLUSIONES	120
9. RECOMENDACIONES	122
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	129

## LISTA DE CUADROS

	pág
Cuadro 1. Operacionalización de variables	69

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág</b>
Tabla 1. Historia ginecológica de la mujer menopáusica	84
Tabla 2. Presencia de enfermedades ginecológicas en la mujer menopáusica	85
Tabla 3. Historia sexual en la mujer menopáusica	87
Tabla 4. Sintomatología física asociada a la menopausia	91
Tabla 5. Sintomatología psíquica asociada a la menopausia	93
Tabla 6. Conocimiento sobre la menopausia	95
Tabla 7. Autoimagen de la mujer menopáusica	97
Tabla 8. Valoración en la pareja hacia la mujer menopáusica	102
Tabla 9. Relación de pareja de la mujer menopáusica	104
Tabla 10. Evaluación de la relación de pareja de la mujer menopáusica	106
Tabla 11. Comunicación de la pareja de la mujer menopáusica	109

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>pág</b>
Gráfico 1. Tiempo de consumo de terapia hormonal sustitutiva de la Mujer menopáusica	86
Gráfico 2. Enfermedades sexuales de la mujer menopáusica	89
Gráfico 3. Cambios en la apariencia femenina y atractivo físico en la mujer menopáusica	98
Gráfico 4. Sentimiento frente al envejecimiento de la mujer menopáusica	99
Gráfico 5. Autoconcepto del cuerpo durante el acto sexual en la mujer Menopáusica	100
Gráfico 6. Diálogo con la pareja sobre la menopausia	101
Gráfico 7. Sentimientos frente a los cambios en la vida sexual	110
Gráfico 8. Evaluación de su vida sexual	111
Gráfico 9. Grado de deseo sexual	112
Gráfico 10. Frecuencia de orgasmos en la menopausia	113
Gráfico 11. Nivel de satisfacción sexual	113
Gráfico 12. Goce sexual	113
Gráfico 13. Sentimientos previos a la relación sexual	114
Gráfico 14. Significado de las caricias y besos durante las relaciones sexuales	115
Gráfico 15. Sentimientos en relación a las caricias y los besos durante las relaciones sexuales	115
Gráfico 16. Grado de seguridad con la pareja durante las relaciones Sexuales	116

Gráfico 17. Grado de dificultad en la relación sexual	117
Gráfico 18. Grado de disminución del interés sexual	118
Gráfico 19. Causas de la disminución del interés sexual	119
Gráfico 20. Causas de la inhibición en la expresión sexual	119

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág</b>
Anexo A. Entrevista exploratoria	130
Anexo B. Carta de autorización	131
Anexo C. Cuestionario	132
Anexo D. Tablas de gráficos	137
Tabla 12. Terapia hormonal sustitutiva en la mujer menopáusica	137
Tabla 13. Enfermedad sexual en la mujer menopáusica	137
Tabla 14. Cambios en la apariencia femenina y atractivo físico en la Mujer menopáusica	138
Tabla 15. Sentimiento frente al cuerpo envejecido en la mujer Menopáusica	138
Tabla 16. Autoconcepto del cuerpo durante el acto sexual en la mujer Menopáusica	139
Tabla 17. Diálogo de la mujer menopáusica con la pareja sobre la Menopausia	139
Tabla 18. Sentimientos de la mujer menopáusica en relación a los cambios en su vida sexual	140
Tabla 19. Evaluación de la vida sexual de la mujer menopáusica	140
Tabla 20. Grado de deseo sexual, frecuencia de orgasmos, nivel de satisfacción sexual y goce sexual de la mujer menopáusica	141
Tabla 21. Sentimientos previos a la relaciones sexuales de la mujer Menopáusica	142
Tabla 22. Significado y sentimientos de las caricias y besos, y grado de seguridad de la mujer menopáusica con la pareja durante las relaciones sexuales	143

Tabla 23. Grado de dificultad en las relaciones sexuales de la mujer Menopáusica	144
Tabla 24. Grado de disminución en el interés sexual de la mujer Menopáusica	144
Tabla 25. Causas de la disminución del interés sexual de la mujer Menopáusica	145
Tabla 26. Causas de la inhibición de la expresión sexual	145



## ABSTRACT

The present investigation described the sexual adjustment in the woman menopausal assistant to the gynecological clinics of the municipality of Neiva, through a study of descriptive type - exploratory; in the one that an exploratory interview was used focused to the gathering of information with respect to the approaches of selection of the sample, conformed by a group of 60 women selected by convenience, in those that were kept in mind that the woman's age was between the 45 and 55 years; with natural menopause whose last menstrual period has been between 12 and 15 months; that it was consuming substitute hormonal therapy; belonging to the socioeconomic level three four; with an escolaridad level of basic primary, secondary or university student; and with sexual couple. In a second step, it was applied the questionnaire like investigation instrument, with which one investigates about the medical aspects as for the gynecological history, substitute hormonal therapy, sexual history and presence of physical sintomatología associated to the menopause; and as for the psychological aspects, the presence of psychic sintomatología associated to the menopause, the autoimagen, the relationship was explored with the couple and the sexual adjustment. The results were analyzed at descriptive level, through the operacionalización for variables of the items that conformed the questionnaire, with their due tabulation and graficación. Being that the sintomatología presence so much physical as psychological I don't influence in the woman's sexual enjoyment and consequently neither in the sexual adjustment in this stage of the life; it was also evidenced that the relationship with the couple is characterized to be a stable relationship in which prevails the affectivity and communication like means to express the feelings, desires or sexual dissatisfactions, what allowed the woman to feel on the part of its couple a bigger understanding on the changes and transformations characteristic of the process of the menopause.

## RESUMEN

La presente investigación describió el ajuste sexual en la mujer menopáusica asistente a los consultorios ginecológicos del municipio de Neiva, a través de un estudio de tipo descriptivo – exploratorio; en el que se empleó una entrevista exploratoria enfocada a la recolección de información referente a los criterios de selección de la muestra, conformada por un grupo de 60 mujeres seleccionadas por conveniencia, en los que se tuvieron en cuenta que la edad de la mujer estuviera entre los 45 y 55 años; con menopausia natural, cuyo último período menstrual hubiese sido entre 12 y 15 meses; que estuviera consumiendo terapia hormonal sustitutiva; pertenecientes al nivel socioeconómico tres y cuatro; con un nivel de escolaridad de básica primaria, secundaria o universitario; y con pareja sexual. En un segundo paso, se aplicó el cuestionario como instrumento de investigación, con el que se indago acerca de los aspectos médicos en cuanto a la historia ginecológica, terapia hormonal sustitutiva, historia sexual y presencia de sintomatología física asociada a la menopausia; y en cuanto a los aspectos psicológicos, se exploró la presencia de sintomatología psíquica asociada a la menopausia, la autoimagen, la relación con la pareja y el ajuste sexual. Los resultados se analizaron a nivel descriptivo, a través de la operacionalización por variables de los ítems que conformaron el cuestionario, con su debida tabulación y graficación. Encontrándose que la presencia de sintomatología tanto física como psicológica no influyo en el goce sexual de la mujer y por consiguiente tampoco en el ajuste sexual en esta etapa de la vida; además se evidenció que la relación con la pareja se caracteriza por ser una relación estable en la que prima la afectividad y comunicación como medio para expresar los sentimientos, deseos o insatisfacciones sexuales, lo que le permitió a la mujer sentir por parte de su pareja una mayor comprensión sobre los cambios y transformaciones propios del proceso de la menopausia.

## INTRODUCCIÓN

Dentro del curso normal del envejecimiento se presenta una declinación de la producción hormonal hacia mediados de la cuarta década, cesando gran parte de la actividad folicular ovárica entre los 45 y 55 años, con un promedio de 51 años, en donde se presenta el inicio del proceso menopáusico, definido como el cese definitivo de la menstruación y por ende del ciclo reproductivo.

Con base en éste período significativo dentro de la vida de la mujer, se originó el presente proyecto investigativo, denominado “*Ajuste sexual en la mujer menopáusica del municipio de Neiva*”, adscrito al programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana. El proyecto fue desarrollado como trabajo de grado para optar por el título de psicólogo, por las estudiantes Carolina Baquero Silva, Diana Patricia Muriel Puyo y Gina Paola Páramo Sepúlveda.

Este estudio se direccionó hacia la mujer menopáusica de prestigiosos consultorios ginecológicos del municipio, cuyo objetivo fue describir su ajuste sexual en relación a la presencia de sintomatología física y psíquica, autoimagen y relación de pareja; planteándose recomendaciones en pro de la calidad de vida de las mismas.

La investigación se efectuó con 60 mujeres que asistieron a consulta ginecológica, seleccionadas por conveniencia, de acuerdo a los criterios de la población objeto de estudio. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con un estudio de tipo descriptivo - exploratorio, que permitió registrar e interpretar las circunstancias actuales del ajuste sexual en la mujer menopáusica; entre las técnicas de investigación cuantitativa se hizo necesario el uso de la encuesta y del cuestionario como instrumento, que contó con un total de 59 items, dividido en dos aspectos: médicos y psicológicos, aplicado con el fin de recolectar datos suficientes que facilitaron la descripción, análisis y presentación de dicha información.

Esta investigación tuvo una duración de dos años, tiempo en el cual se elaboró tanto el diseño metodológico como la recolección y análisis de la información acerca del tema objeto de estudio, además se espera que los resultados encontrados contribuyan tanto a la creación de campañas dirigidas a promover actitudes positivas en la población menopáusica como al desarrollo de futuros proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de la mujer que se encuentra en éste proceso.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las trampas de la cultura, llevan a muchas mujeres a disimular tanto como sea posible las marcas de la edad, a exhibirse en compañía de hombres jóvenes y forzar la maternidad más allá de las fronteras biológicas. En tal sentido, la menopausia encarna un suceso en la vida de la mujer donde se produce “la profunda escisión que hay entre cultura y biología, y lo difícil que resulta en ocasiones aproximarlas, cuando entre las dos media la ignorancia”<sup>1</sup>.

Sólo en los últimos cien años la mujer que ha sobrevivido a la edad menopáusica, ha experimentado las consecuencias del cambio hormonal y ha sufrido el impacto de enfermedades hasta entonces inusuales, como el cáncer de mama, la osteoporosis, la hipertensión o el mal de alzheimer. La antigua percepción de la menopausia como un eslabón más del envejecimiento no está vigente en la sociedad actual, ya que está siendo reemplazada por otra, que se inclina a estimar este período, clave en la prevención de enfermedades directamente relacionadas con la pérdida de la actividad ovárica. Como afirma Acuña: “la menopausia constituye por sí misma, un acontecimiento novedoso y estresante para la mujer, en el área de la sexualidad donde deben mobilizarse recursos para regresar a un estado de equilibrio, éste proceso se ve afectado por los aspectos socioeconómicos, médicos y psicológicos”<sup>2</sup>.

En las sociedades industrializadas veneran el éxito, la superficialidad, el vértigo, lo fugaz; pero a pesar de que en las últimas décadas se han operado transformaciones significativas en los ideales y modelos de la feminidad, la juventud y la belleza, la fertilidad y el amor, son aún paradigmas que gobiernan en esencia la identidad e imagen social de la mayoría de las mujeres del mundo.

Hoy, que la expectativa de vida ha aumentado considerablemente, la belleza y la juventud adquieren como nunca, carácter de imperativo absoluto. La consigna social es ¡consume, haz lo que quieras y diviértete!, el sistema económico ha otorgado estas libertades sin control alguno, vendiendo una ilusión de movilidad personal y prosperidad material; esto conlleva a que se requiera precisamente que se incite a las personas a desafiar sus propias limitaciones.

---

<sup>1</sup> DE LA GÁNDARA MARTÍN, Jesús J. Citado por RODRÍGUEZ, Beatriz. Libro Climaterio Femenino: El Mito de una Identidad Posible. Buenos Aires: editorial, 2000. p. 15.

<sup>2</sup> ACUÑA, A. Sexo y edad, de la madurez a la vejez. Bogota: Planeta, 1984. p.116.

Razón por la cual, la atención a la menopausia a nivel mundial, ha sido considerada de especial importancia dentro del ejercicio de la profesión médica por su aplicación en un amplio grupo femenino que reclama mejores servicios y el aprovechamiento de los recientes avances técnicos y científicos en la prevención y tratamiento de las mujeres adultas mayores, que permitan abordar los diferentes procesos y cambios que se realizan en el último tercio de la vida femenina, y una mejor posibilidad de ayuda, con bases firmes y seguras, para este grupo cada vez más numeroso y significativo. Este esfuerzo que requieren las mujeres menopáusicas, crecerá rápidamente de acuerdo con el número de las que alcanzan a vivir más de 40 años, cifra que será cada vez mayor, que además se multiplicará por los años que vivan posteriormente a esta fecha, es decir, de 30 a 40 anualidades; demostrando de esta forma la magnitud del universo de trabajo que se necesita cubrir para proporcionar los servicios médicos con la responsabilidad y el nivel adecuado para este grupo femenino

“En Colombia, la menopausia se presenta alrededor de los 48 años y se calcula que para el año 2004 habrá más de tres millones y medio de mujeres mayores de 50 años, menopáusicas”<sup>3</sup>. La importancia que se le está dando a éste momento en la vida de la mujer, se hace evidente en los notorios avances en materia de salud en las últimas tres décadas; como un indicador sintético de estos logros está el interés de la sociedad médica en desarrollar diferentes alternativas y programas con énfasis en mejorar la calidad de vida de la mujer menopáusica, destacándose instituciones médicas como la Clínica de la Menopausia del Hospital Universitario del Valle-Cali, la Clínica de la Menopausia del Hospital Materno Infantil (HMI) y diferentes laboratorios farmacéuticos que desarrollan seminarios y campañas publicitarias que ofrecen a la mujer productos para frenar síntomas y cambios degenerativos propios de éste momento.

De igual forma la Asociación Colombiana de Menopausia, es una agrupación del subsector privado del sistema de salud de carácter científico sin ánimo de lucro, conformada por un grupo de profesionales de la salud de distintas disciplinas que consagran sus actividades al estudio biofísico, social, clínico y terapéutico, y a la divulgación de las distintas condiciones de la menopausia y el climaterio; siendo uno de sus fines realizar actividades con proyección a la comunidad mediante el fomento y promoción de la salud y generar estrategias de prevención de todas aquellas enfermedades que están directa o indirectamente relacionadas con la menopausia. Igualmente cabe resaltar la labor de los profesionales de psicología, que brindan a la población seminarios sobre el tema, encontrándose que a éstos asisten mujeres de estrato medio y alto, quedándose por fuera de éstos la población femenina rural y de estrato social bajo.

---

<sup>3</sup> URDINOLA, J. Aspectos sociodemográficos de la menopausia y el climaterio en Colombia y en Santa Fé de Bogotá. Bogotá: Revista colombiana de menopausia, volumen 3, 1997. p. 9-10

En el plano regional, existe un déficit de información, debido a que los centros de salud solo están trabajando temas relacionados con los síntomas físicos, prescribiendo para ello terapia hormonal sustitutiva. Recientemente en el municipio de Neiva, el instituto de salud Profamilia brinda a la población orientación psicoeducativa, enfocada a ver este proceso solo como un cambio en la mitad de la vida, un estado físico que puede y debe controlarse, y que depende mucho de ellas mismas cómo hacer de éste un cambio positivo; ya que por lo general ocurre durante una época social y profesionalmente activa en la vida de la mujer. Igualmente cabe destacar los diversos centros ginecológicos de la ciudad, que cumplen con una labor de seguimiento de casos en las mujeres menopáusicas, prescribiéndoles terapia hormonal sustitutiva de acuerdo a las necesidades físicas de cada caso.

Con el fin de llenar con ésta investigación vacíos existentes en cuanto al Ajuste Sexual de la Mujer Menopáusica del municipio de Neiva, desde la perspectiva médica y psicológica, y buscando un manejo profesional a esta crisis, estableciendo una cálida relación de apoyo, pautas claras de manejo, elementos educativos y preventivos desde la psicología y el planteamiento de recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la misma, se tiene en cuenta que el conocimiento del proceso de menopausia es de vital importancia para una mejor comprensión del ciclo de vida de la mujer, al pretender investigar:

***¿Como es el ajuste sexual de la mujer menopáusica de los consultorios ginecológicos del municipio de Neiva, en relación a la presencia de sintomatología física y psíquica, autoimagen y relación de pareja?***

## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir el ajuste sexual de la mujer menopáusica atendida en los consultorios ginecológicos del municipio de Neiva, en relación a la presencia de sintomatología física y psíquica, autoimagen y relación de pareja, con el fin de plantear recomendaciones en pro de la calidad de vida de las mismas.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la historia ginecológica, terapia hormonal de reemplazo, historia sexual y sintomatología física asociada a la menopausia de la población objeto de estudio.
- Determinar la presencia de sintomatología psíquica asociada a la menopausia, la autoimagen, relación de pareja en la mujer menopáusica.
- Describir el ajuste sexual de la mujer menopáusica atendida en los diferentes consultorios ginecológicos del municipio de Neiva.
- Plantear recomendaciones en pro de la calidad de vida de la mujer menopáusica del municipio de Neiva.

### 3. ANTECEDENTES

#### 3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En épocas pasadas se tejían una serie de mitos alrededor de la menopausia, que la consideraban desde todo punto de vista como algo negativo, viviendo éste período casi como un estigma; por consiguiente se tuvo muy pobre interés en los problemas físicos y psicológicos en general. “La primera referencia acerca de los problemas menopáusicos fue probablemente de Willis en 1683, refiriéndose a ellos como convulsiones del estómago. En el año de 1712, Laurence Heister describió los síntomas de Dowager Lady Rieden, en Kornburg, Alemania, quien tenía aproximadamente 40 años con menstruaciones irregulares, presentaba conmociones en la sangre que comenzaban en el estómago y se acompañaban de gran calor, enrojecimiento facial y también fuerte sudoración. Posteriormente autores franceses e ingleses se refirieron y describieron a los bochornos, pero fue el médico francés Chauffe, quien les aplicó el nombre de **bouffees de chaleur** (soplos o bufidos de calor), término que aún perdura en Francia para designar a los bochornos”<sup>4</sup>.

“A mediados del siglo XIX, se expusieron numerosas recomendaciones en relación con los bochornos, principalmente dirigidas a evitar reuniones muy concurridas y en salones calientes. Fue Tilt (1858) quien demostró su existencia en el 50% de un grupo de 500 mujeres y también encontró que éstas generaban más calor y procuraban tener abiertas las puertas y ventanas. Opiniones de médicos y también de otros no profesionales reconocieron que los bochornos son complicaciones específicas de la postmenopausia y semejantes a rubores de damas caprichosas que se presentan con las reacciones emocionales y el estrés”<sup>5</sup>. Pero solo después de los años '60, gracias a las grandes transformaciones sociales, la liberación de la mujer de casi todos los preconceptos existentes y una serie de adelantos en medicina y psicología le permitieron a la mujer informarse y conocer mejor su cuerpo y su mente, con el objetivo de decidir qué querían para sí, dando a esta etapa biológica un sentido y una dimensión muy diferente a la que había tenido hasta entonces.

“Hace 200 años, menos del 30% de las mujeres vivieron lo suficiente para experimentar la menopausia, ahora el 90% llega a esta situación. En el siglo XVII en Europa solamente 28% de las mujeres sobrevivían a la menopausia y

---

4 AUSIN J. Definición y epidemiología de la menopausia. En Climaterio y menopausia. Madrid: Mirpa, 1993. p. 64-69.

<sup>5</sup> Ibid, p. 70



solamente 5% alcanzaba la edad de 75 años. Para finales del siglo pasado el número de mujeres de más de 45 años fue mayor de 700 millones y el 70% de ellas viven en los países subdesarrollados y en desarrollo, en el año 2000 las mujeres mayores de 85 años fue tres veces más que las actuales. En el presente cerca del 10% de la población mundial está en período postmenopáusico, es decir, que ha terminado sus flujos menstruales desde hace, por lo menos, un año, lo cual significa que alrededor de 25 millones de mujeres en el mundo entran en este periodo cada año. Los países desarrollados son los que tienen mayor número de mujeres que han pasado por la menopausia, lo cual se explica por sus índices de mayor esperanza de vida. En 1998, la cifra era de un 27%, en la misma fecha, América Latina tenía sólo un 7% de sus mujeres en el mismo proceso, aún cuando se proyecta un 15% para los próximos decenios”<sup>6</sup>.

### 3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Con el propósito de llevar a cabo un estudio acerca del ajuste sexual en la mujer menopáusica se ha traído a colación las siguientes investigaciones pertinentes, que proporcionaran conocimientos previos para la elaboración y ejecución del trabajo de investigación.

**CLIMATERIO FEMENINO: EL MITO DE UNA IDENTIDAD POSIBLE**<sup>7</sup>, esta propuesta de investigación vincula dos aspectos complementarios que son la reconstrucción de los mitos concernientes al climaterio femenino y la menopausia, y la construcción de identidad femenina. La población fue conformada en Buenos Aires con mujeres climatéricas atendidas en consulta (independiente de su edad), divididas en grupos de cinco y ocho integrantes; a las cuales se le administraron cuestionarios de evaluación de depresión, la escala de Beck auto-administrada y MOPEG. Confirmándose que la presencia de la depresión mayor depende de la historia y personalidad previa de la mujer y no de su condición climatérica.

La sistematización de este estudio permitió generalizar acerca de patrones de conductas específicas y modalidades de interacción determinadas por condicionantes socioculturales, con el fin de integrarlas a los estudios de género. Además se realizó una revisión crítica del lugar que ocupa la mujer climatérica en el imaginario social, deduciéndose que es posible desterrar definitivamente los

---

<sup>6</sup>CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO. Anuario Demográfico (Cuba), Oficina Nacional de Estadísticas, 2001.

<sup>7</sup>RODRÍGUEZ, Beatriz. Libro Climaterio Femenino: El Mito de una Identidad Posible. Buenos Aires: lugar editorial, 2000.

tabúes y mitos que acompañan a esta etapa de la vida; postulándose las siguientes conclusiones:

- Considerada históricamente la maternidad como la función primordial de la mujer, el cese de su capacidad reproductora le ha quitado identidad, situándola en el lugar de lo superfluo. Unida a conceptos negativos como envejecimiento, pérdida de valía y de belleza, la menopausia ha conservado en la cultura occidental una connotación sombría y adversa hasta nuestros días. Empero el climaterio no es necesariamente una etapa llena de desórdenes físicos o trastornos mentales.
- Las dificultades experimentadas por algunas mujeres durante el período de la vida, deben ser consideradas de un modo personal como resultado de una profunda crisis vital que comprende por ello agentes somáticos, biográficos y psicológicos y de ninguna manera como consecuencia exclusiva del cese de la función ovárica. No existen síntomas psicológicos específicos, perturbaciones emocionales, ni enfermedades mentales atribuibles de modo directo a la menopausia.
- En el abordaje profesional del climaterio y la menopausia opera una cierta tendenciosidad justificable (más allá del prejuicio), en el hecho evidente de que solo las mujeres que experimentan problemas durante esta etapa de la vida visitan al médico, mientras que aquellas que no los padecen no consultan en absoluto; por ser el médico una de las principales fuentes de información con que ellas cuentan, su intervención puede ser sumamente valiosa en el ámbito preventivo, excediendo ampliamente la función terapéutica.
- El climaterio como crisis vital de la vida es un fenómeno que supera con creces el campo puramente médico, por ello es imprescindible aproximarse al mismo desde múltiples perspectivas. La tarea conjunta de profesionales de diversas disciplinas se impone, enriqueciendo la clínica mediante la apertura de nuevas perspectivas a la misma.

**DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE EL CLIMATERIO<sup>8</sup>**, el objetivo de esta investigación fue conocer en una población colombiana la forma como el climaterio impacta en la calidad de vida; para lo cual se utilizó un diseño de corte transversal descriptivo.

---

<sup>8</sup> Ortiz O, Natacha, et al. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio. Santa Fe de Bogota, 1999. Biblioteca Universidad del Rosario. Facultad de salud, medicina

Se estudiaron mujeres entre 40 y 59 años de edad, excluyéndose aquellas con menopausia quirúrgica o precoz, con amenorrea por embarazo o post – parto y las usuarias de estrógenos y/o psicofármacos durante los últimos seis meses; residentes en el barrio Candelaria la Nueva en Bogotá y de estratos dos y tres. El tamaño de la muestra fue de 430 mujeres encuestadas, seleccionadas por un método aleatorio simple.

Desde el punto de vista del climaterio, las mujeres fueron clasificadas como premenopáusicas si tenían ciclos menstruales normales, perimenopáusicas si presentaba cambios del ciclo en el último año y postmenopáusicas si tenían más de un año de amenorrea. Este último grupo se dividió en postmenopáusicas con menos de cinco años y postmenopáusicas con cinco o más años.

Se usó como instrumento el cuestionario específico de calidad de vida para la menopausia y el test alfa de Cronbach, observando en todos ellos una excelente correlación; se consignaron también datos como la edad, fecha de la última regla, antecedentes patológicos, quirúrgicos y farmacológicos.

Se observó que los síntomas climatéricos del área vasomotora y física deterioran significativamente la calidad de vida en la perimenopausia y que esta pérdida se prolonga en la postmenopausia. Igualmente los síntomas del área psicosocial aumentan después de la menopausia, pero después de 5 años disminuyen significativamente. No se observa en este estudio un deterioro de la calidad de vida relacionada con trastornos sexuales.

Debido a que este estudio fue realizado por un grupo de médicos, presenta una orientación fuertemente biológica, tendiendo a comparar calidad de vida durante el climaterio con cambios fisiológicos. Sus resultados no brindan una clara diferenciación entre la forma en que afecta la etapa del climaterio a los diferentes estratos socioeconómicos, dándonos una visión de las falencias que se pueden dar al no tener una definición clara y concisa de la población a estudiar.

## **ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL AJUSTE SEXUAL EN UN GRUPO DE MUJERES MENOPÁUSICAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL<sup>9</sup>,**

investigación exploratoria descriptiva, cuyo objetivo fue describir en una muestra de población climatérica, la adaptación a la sexualidad y la influencia de factores psicológicos como los síndromes hormonales, la ocurrencia o exacerbación de los síntomas asociados con la menopausia, cambios en la autoimagen, percepción del soporte social y problemas relacionados con el ajuste sexual en la postmenopausia.

Se utilizó una muestra poblacional tomada al azar, compuesta por 52 mujeres menopáusicas pacientes del Instituto Materno Infantil, con edades entre 35 y 65 años, con un año de haber presentado la última menstruación o realizado la histerectomía, con un nivel educativo y estado civil heterogéneo y perteneciente a los estratos socioeconómicos dos y tres.

Se aplicó de forma individual un cuestionario, dentro de un formato de entrevista semi-estructurada, con una duración promedio de una hora, el cual estuvo compuesto por 45 ítems, con respuestas de selección múltiple, respuestas semi-abiertas y opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre) y dividido en tres partes que evaluaban aspectos socioeconómicos, aspectos médicos y aspectos psicológicos. Con el que se estableció si factores como estrato socioeconómico, convivencia con el compañero, consumo de terapia hormonal de reemplazo, historia de síndromes hormonales y tipo de menopausia, intervenían o no en el ajuste psicosexual; hallándose que el único factor que afectó la adaptación sexual de la muestra fue la menopausia quirúrgica.

Los resultados de este estudio en relación con los síndromes hormonales, muestran que la depresión durante la menopausia es el síndrome más común entre las mujeres entrevistadas y en relación con la dismenorrea el puntaje de ajuste sexual fue mayor en el grupo que no había sufrido de esto. También se realizó una correlación entre los puntajes de sintomatología asociada con la menopausia, encontrándose una relación de independencia entre estos factores, a excepción de los puntajes de autoimagen que fue relativamente alto así como el puntaje de la percepción del soporte social.

---

<sup>9</sup> Castañeda, Natalia Rosas. Estudio descriptivo del ajuste sexual en un grupo de mujeres menopáusicas atendidas en el Instituto Materno Infantil. Santa Fe de Bogota, 1999. Tesis (psicólogo). Universidad Nacional, facultad de ciencias humanas, programa de psicología.

Este estudio hizo una adecuada aproximación al tema de la sexualidad en el climaterio y ofrece información relevante al respecto, sin embargo, no se observa diferencia significativa entre el ajuste sexual de los grupos de mujeres que hayan padecido depresión durante la menopausia y las que no, igualmente, debido a que el número de sujetos de los dos grupos no fue homogéneo no se expone una conclusión definitiva de la asociación de la depresión a la menopausia. Por lo tanto al no ser significativa la población, se hace necesario para próximos estudios aumentar significativamente la población para dar validez al instrumento utilizado en ésta investigación. El aporte que deja este estudio para el proyecto investigativo, es el formato de evaluación de ajuste sexual, que se tendrá en cuenta para la elaboración del instrumento que medirá el ajuste sexual en un grupo de mujeres menopáusicas, igualmente se tomará como referente teórico los aspectos sexuales que se encontraron en ésta investigación.

### **FACTORES PSICOSOCIALES CONCOMITANTES A LA MENOPAUSIA EN UN GRUPO DE MUJERES QUE RECIBEN TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA,<sup>10</sup>**

estudio descriptivo exploratorio, cuyo objetivo fue describir los factores psicosociales concomitantes al proceso biológico y cambio hormonal que se produce en las mujeres climatéricas asistentes a la Clínica de la Menopausia del Hospital Universitario del Valle –Cali. Con el fin de determinar si las circunstancias sociales por las que atraviesa cada mujer y los cambios hormonales son los que originan los factores psicológicos como la ansiedad, depresión, baja autoestima, irritabilidad, insomnio y frigidez.

Se empleó una muestra de 29 sujetos, de una población cautiva, caracterizada por mujeres entre los 38 – 55 años de edad, ubicadas dentro del período de climaterio, de clase socioeconómica baja, con un nivel de escolaridad máximo de séptimo grado de bachillerato y asistidas médicamente con terapia hormonal sustitutiva.

Se aplicaron tres entrevistas semi-estructuradas: la primera se enfocó en la recolección de datos demográficos, para establecer la situación actual de cada sujeto participante; la segunda entrevista se refirió a la valoración de las relaciones familiares y de pareja, para determinar la estructura de la personalidad instaurada desde la infancia hasta la actualidad; y la tercera entrevista se realizó para conocer la autoimagen y el autoconcepto que maneja la mujer en ésta época de su vida. También se aplicó el cuestionario de afrontamiento tomado de Lazarus y Folkman (1986) y el cuestionario de mitos existentes en la menopausia, para

---

<sup>10</sup> ARANGO, Martha; RUIZ Silvia y TOVAR Nora. Factores psicosociales concomitantes a la menopausia en un grupo de mujeres que reciben Terapia Hormonal Sustitutiva. Cali. 1996. Tesis (psicólogo). Universidad Pontificia Javeriana, facultad de humanidades y ciencias sociales, programa de psicología.

determinar la actitud y el comportamiento con que asume la mujer el período climatérico y el evento de la menopausia.

A través de la investigación se encontró, que concomitantes al proceso de la menopausia, están presentes cambios en el ámbito social como la jubilación del esposo, muerte del cónyuge y la partida de los hijos del hogar, los cuales posiblemente generan problemas en el ámbito psicológico como depresión, ansiedad, baja autoestima y frigidez. También se encontró que las relaciones sexuales se fundamentan en el afecto, la aprobación y el compromiso, pasando a un segundo plano el placer sexual.

En ésta investigación se evidencia que la menopausia y el proceso de climaterio son únicos en cada mujer y que cada una tiene un contexto, una vivencia, una labilidad emocional y depresión, pero no se hace una suposición de que la menopausia origine estos síntomas. También se halló que son múltiples los factores psicológicos que influyen en la aparición de síntomas durante todo el ciclo que abarca el momento de la menopausia y que dependiendo de la forma de afrontamiento presentará o no dichos síntomas; aunque no descartan la influencia del factor biológico como el mayor responsable de la sintomatología de la mujer menopáusica.

Esta investigación aunque encuentra datos relevantes, no presenta una población significativa que sustente los informes obtenidos. Deja como aporte el contenido temático sobre depresión y mitos que se manejan en el climaterio.

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Uno de los cambios de la vida que más temor causa a la mujer, es la llegada de la menopausia, aunque a pesar de haber obtenido todos los éxitos por los que ha luchado, experimenta una sensación de malestar y vacío en relación con las actitudes y expectativas ante un hecho aún complejo para ella.

Las actitudes hacia la menopausia varían según los estereotipos culturales e influyen en la forma de experimentar los síntomas y en la percepción que se tiene acerca de éste momento. De manera que una idea negativa o errónea que se tenga sobre la menopausia o sobre los apoyos y recursos que se brindan para superarla, repercute en el condicionamiento de una visión negativa y poco adaptativa al futuro, lo cual probablemente ocasionará problemas emocionales y de conducta. Se hace notoria la carencia de conocimientos, orientación y claridad que tiene la población femenina con respecto al proceso de la menopausia.

En concordancia con lo anterior, se pretende una investigación para que los psicólogos, las mujeres menopáusicas, sus familiares y la gente del común adquieran una visión clara y profunda de lo que verdaderamente implica la menopausia y la manera más adecuada de integrar todos los factores que en ella se desencadenan, para así lograr una mejor adaptación sexual de la mujer a éste momento de su ciclo vital.

La significación que ésta investigación tendría para la población menopáusica, radica en el hecho de que al estudiarse ésta crisis de la vida desde una óptica diferente a la biológica, clarifica aquellos prejuicios que se entretajan en el saber popular e incentiva a la formación de espacios de reflexión, en los que se les capacite como seres productivos con mucho que aportar a la sociedad huilense y en los que se les permita la libre expresión de su sentir y el aprendizaje de experiencias de su grupo de iguales; poniendo en marcha un proceso interior que a la vez les posibilite el encuentro con su propio yo, la resolución de las dificultades que se les presenten y el comienzo de una vida más tranquila. De ésta forma se buscará promover en las mujeres la conciencia de que la edad adulta intermedia es un tiempo de cambios y que la búsqueda de orientación temprana sobre los pasos que pueden tomar favorecerá a mantener su bienestar.

Para los psicólogos es de gran interés, porque constituyen un medio de aprendizaje que les permitirá desarrollar una de sus principales funciones, como es la de asesorar, apoyar y dirigir programas de atención a la menopausia en las diferentes instituciones de salud y la de participar en la creación de propuestas

educativas que refuercen la adaptación de la mujer a la menopausia, por medio de la generación de actitudes positivas hacia su propio cuerpo, de expectativas realistas que supriman cualquier connotación de enfermedad, facilitando hacer de esta etapa especial de su vida una transición positiva y saludable. Además de ayudar a conservar y desarrollar en la mujer su expresión femenina, reafirmando un sentido de auto identidad y restituyendo a la vez su autoimagen con la aceptación de los cambios normales propios de la vejez, por medio de la consulta psicológica en la que se le permita la expresión de sus sentimientos, problemas y quejas y en la que se le escuche con atención y tiempo necesario, que permita reconstruir una mejor percepción de éste ciclo vital y asegurar un futuro saludable.

Para la Universidad Surcolombiana es de gran importancia, porque a raíz de esta investigación se podrán realizar estudios en los que se integren la medicina y psicología, que conlleven a beneficiar a la población implicada. Mediante la estructuración de un adecuado enfoque terapéutico a la mujer menopáusica, que contenga la atención a los aspectos psicológicos y sociales y al mismo tiempo todo un conjunto de medidas destinadas a garantizar el bienestar y preservar de forma integral la calidad de vida de la mujer en esta etapa, brindándole información completa sobre la etapa que experimenta, las repercusiones fisiológicas y psicológicas de la menopausia, las medidas terapéuticas disponibles y los beneficios y riesgos que implican; y de ésta forma poder contribuir en la desmitificación de la equiparación de este período.

De igual forma para la carrera de Psicología es de gran trascendencia, porque aportará información actualizada que permita ampliar el saber acerca de cómo es el ajuste sexual en éste momento de la vida y a fortalecer el conocimiento para identificar el impacto de las emociones, los factores psicológicos y sociales propios de la mujer menopáusica y todas aquellas reestructuraciones, cambios y eventos sociales cruciales en su vida familiar y de pareja.

El cómo una mujer puede afrontar la edad crítica dependerá obviamente de una serie de factores (clase socio-económica, nivel cultural personalidad, etc), pero por encima de todo debe estar bien informada, porque lo importante es que las mujeres no lleguen a repudiar jamás su feminidad desde cualquier posición que ocupen. Pese a los cambios biológicos de carácter progresivo que se observan durante la menopausia, en esa etapa se pueden estimular procesos psicológicos capaces de llevar bajo condiciones favorables, a un mejor dominio y adaptación al paso del tiempo y su incidencia en la vida de la mujer. Por eso, la menopausia debe ser un escalón más de esa escalera interminable que es el crecimiento personal, una espiral sin fin que debe llevar al desarrollo de todas las potencialidades humanas.



## 5. MARCO TEÓRICO

Desde el punto de vista sociológico, existen grandes diferencias entre la época y los países, y en cada uno de ellos, entre áreas urbanas y rurales, sectores sociales y etnias. “En muchas sociedades primitivas, distintos antropólogos han estudiado y comprobado que la mujer menopáusica lejos estaba de restringir su vida sexual y tampoco perdía su lugar como mujer de conocimiento, pudiendo incluso formar nuevas parejas con hombres más jóvenes, sin por ello perder para nada el respeto que sus años le daban. Por otro lado, las mujeres de los ámbitos rurales tendrían perfecta percepción de sus cambios, pero deben silenciarlos porque no hay espacio donde expresarlos; la vida de estas mujeres ha hecho que sus cuerpos no puedan tener el arsenal de cuidados que las mujeres con recursos pueden proporcionarse”<sup>11</sup>.

La razón principal del silencio y la aprensión que rodean el tema de la menopausia en la sociedad es la fobia al envejecimiento. Los estudios interculturales de mujeres y menopausia revelan que el cambio vital se experimenta de forma diferente según los presupuestos culturales acerca del envejecimiento, la femineidad y el papel social de la mujer mayor. “Cuando la socióloga norteamericana Pauline Bart estudió las explicaciones antropológicas de la condición de la mujer en un gran número de culturas, descubrió que el rol femenino asumido por una mujer en sus años fértiles se invertía en todas las culturas después de la menopausia”<sup>12</sup>.

Los estudios antropológicos señalan que en muchas sociedades, a las mujeres se les concede después de la menopausia un mayor grado de libertad que el que se les permitía en sus años fértiles; donde ya no representan un riesgo de contaminación para su comunidad y no son vistas como objetos sexuales. “Las mujeres indias de la casta Raiput no se quejan de depresión o de síntomas psicológicos de menopausia, dado que se las libera de la invisibilidad impuesta por el velo y finalmente pueden sentarse y hacer chistes con los hombres. Además, en algunas sociedades tradicionales, como la de Irán, a las mujeres se las reconoce sólo cuando tienen hijos adultos, quienes después de crecidos cortejan a sus madres, y la visitan llevándoles noticias y flores”<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO. Anuario Demográfico (Cuba), Oficina Nacional de Estadística, 2001. p. 24.

<sup>12</sup> SHEEHY, Gail. Menopausia, el pasaje silencioso. Bogotá: Atlántida, 1993. p.77.

<sup>13</sup> Ibid, p. 77.

“El 65% de las mujeres japonesas consideran a la menopausia como algo sin importancia, además el idioma japonés ni siquiera tiene una palabra para los accesos de calor. En China, donde se venera la edad, rara vez se informa sobre síntomas menopáusicos. En los Estados Unidos la juventud y la atracción van de la mano y el papel de la mujer mayor, en el mejor de los casos es incierto. De manera que, si bien la menopausia está definida en términos hormonales, las actitudes culturales arrojan una luz negativa sobre los signos y síntomas”<sup>14</sup>.

En cuanto a la edad de la aparición de la menopausia, ésta varía entre las diferentes culturas; “en la mayor parte de los países occidentales, las mujeres experimentan su última menstruación entre los 45 y 55 años, en indígenas, negros y asiáticos la edad promedio en que se sitúa la menopausia es entre los 39 y 51 años y en América se presenta como promedio entre los 47 y 55 años; esta variación”<sup>15</sup>. Sin embargo, contrariamente a lo que se cree, no hay correlación entre la edad del primer período menstrual y el último, pero si la combinación de factores biológicos y culturales, que determinan la naturaleza de la menopausia en la mujer.

Otro motivo que rodea a la misteriosa menopausia es que las mujeres hoy en día están jugando con la evolución. “Los primates más elevados no viven lo suficiente en su entorno silvestre como para siquiera tener menopausia; el fenómeno ha sido claramente establecido en los monos, donde la mayoría de los animales hembras simplemente siguen siendo fértiles hasta que mueren. Lo mismo ocurrió con las hembras humanas durante varios miles de años. A principio de siglo, una mujer podía esperar vivir hasta los 47 o 48 años, tenía un promedio de ocho hijos, que la mantenían ocupada con los partos o la crianza hasta la menopausia; la naturaleza, entonces, nunca se ocupó de las mujeres que habitualmente vivirían varias décadas después de llegar a los 50 años. Una vez que las mujeres habían hecho su contribución genética, la evolución había terminado con ellas y la sociedad también”<sup>16</sup>. En vista de este vínculo históricamente poderosos entre menopausia, declinación y muerte, las mujeres que sobrepasan los 50 años experimentan una serie de miedos al versen transformadas en mujeres viejas, según sus estereotipos sociales aprendidos.

El secreto, la vergüenza y la ignorancia que todavía cubren este proceso natural trascienden desde la época victoriana y tienen todavía bastante vigencia en los arquetipos de castigo. En el siglo XIX la menopausia se describía sólo en términos de lo que las mujeres pierden en ese estadio vital. “Los victorianos

---

<sup>14</sup> Ibid, p. 78.

<sup>15</sup> AUSIN J. Definición y epidemiología de la menopausia. En Climaterio y menopausia. Madrid: Mirpa, 1993. p. 77 -78

<sup>16</sup> SHEEHY, Op. cit, p. 47

estaban obsesionados con las mujeres como criaturas reproductoras; una vez estériles y viudas, como era probable que lo fueran al llegar a los 50 años, se las inducía a considerar la menopausia como la puerta hacia la vejez por la cual la mujer pasa a riesgo de su vida”<sup>17</sup>.

Las sociedades patriarcales y primitivas han tenido su parte en la prohibición del tabú menstrual; y han favorecido la división de las mujeres en dos categorías: “la esposa buena que ovula y que es el receptáculo pasivo; y la hembra o la bruja, que es activa, dinámica sexualmente y aterradora. Los hombres de las culturas tradicionales han aislado a la mujer que menstrua como sucia, contaminada y peligrosa”<sup>18</sup>.

Lógicamente se podría pensar que la mujer que ha terminado con el terrible asunto de sangrar todos los meses sería mejor aceptada, y en algunas subculturas tradicionales lo es; pero aparece un nuevo miedo subjetivo que se encuentra en los hombres de mediana edad, quienes en la medida en que empiezan a ir más lentos, tienen bastante temor y envidia de las energías físicas, mentales, sexuales y espirituales de las mujeres plenamente desarrolladas, que se rehúsan a ser objetos de los hombres y que ahora cuidan su propio cuerpo con plena conciencia. Ese temor luego es proyectado sobre las mujeres, lo cual las induce a hacer una serie de cuestionamientos sobre si realmente su vida ha fenecido al haber perdido su rol como objetos eróticos y mamás confiables.

“El primer fenómeno que está sin duda genéticamente determinado en la especie humana, comparativamente con otras especies de antropoides muy cercanas al hombre, es el de la menopausia. La interrupción brutal y completa de la función de la reproducción en las hembras de mamíferos, solo existe en nuestra especie, pero resulta difícil determinar por que ha aparecido este fenómeno en la nuestra, sobretodo teniendo en cuenta que la hipófisis del ser humano sigue funcionando como en los demás mamíferos en los que la menopausia no se presenta”<sup>19</sup>. Una explicación determinista diría que corresponde a una vida limitada para la procreación, pero un factor evolutivo de gran importancia en la determinación de cambios fisiológicos en el desempeño sexual, así como en las actitudes sociológicas de las mujeres.

“La menopausia se define arbitrariamente como el cese definitivo de la menstruación, como si hubiera un solo punto temporal en el cual se apaga el

---

<sup>17</sup> Ibid, p. 4.

<sup>18</sup> Ibid, p. 51.

<sup>19</sup> FLORES COLOMBINO, Andrés. La sexualidad en el adulto mayor. Argentina: Lumen, 1998. p.13.

interruptor de esas fabulosas máquinas de maduración ovular que son los ovarios”<sup>20</sup>. En realidad se trata de una serie de pausas mucho más graduales, con detenciones y recomienzos de la función ovárica, que forma parte de ese misterioso proceso llamado envejecimiento.

“Las mujeres nacen con todos los óvulos que producirán, alrededor de setecientos mil. Todos los meses, a partir de la pubertad, cada uno de los ovarios produce de veinte a mil óvulos maduros, si bien por lo general sólo uno es liberado en las trompas de falopio para que se encuentre con algún espermatozoide presente en ese momento. A medida que se acercan al final de la provisión de óvulos, la ovulación no siempre tiene lugar. Puede ser que ese mes la calidad de los folículos ováricos no hayan alcanzado un nivel normal o que los ovarios no hayan fabricado suficiente estrógeno. Cuando se acaba la provisión de óvulos viables, la menstruación se detiene completamente y termina el período fértil en la vida de la mujer”<sup>21</sup>.

Durante mucho tiempo, se ha pensado que la menopausia es un acontecimiento súbito, pero en realidad no lo es. Los ovarios empiezan a disminuir gradualmente la producción de estrógeno y otras hormonas probablemente entre los 30, y los 40 años; hasta que los ovarios finalmente dejan por completo de generar estrógeno.

La menopausia es ante todo, un período vital de la mujer, en el transcurso del cual la maternidad y el sexo van perdiendo su interdependencia fisiológica, hasta llegar a la definitiva separación de esos procesos con la instauración de ésta. Las mujeres de las últimas generaciones son diferentes a las de hace un poco más de 50 años, su nivel físico y psicológico es más alto como consecuencia de mejores estrategias de educación y salud, mecanismos diversos de defensa, ejercicio adecuado, disciplina sobre consumo de alcohol, eliminación del tabaquismo, dietas apropiadas impidiendo la obesidad, junto con la tranquilidad ambiental y la propia determinación para vivir; han logrado maximizar su potencial de salud, alcanzando mejor calidad de vida en sus últimos años hasta poco antes de su muerte.

Pero aún así, algunas mujeres consideran la menopausia como un momento peculiar de sus vidas, en el que pierden algo más que la posibilidad de tener hijos, relacionándola con vejez y fin de sus proyectos, de sentirse mujeres deseadas y vivenciándola como una pesada carga, como señal de la pérdida de su feminidad

---

<sup>20</sup> SHEEHY, Gail. Menopausia, el pasaje silencioso. Bogotá: Atlántida, 1993. p. 24.

<sup>21</sup> Ibid, p. 25.

y del comienzo de una serie de trastornos y de riesgos de enfermedades en las cuales nunca se pensó. Mientras que para otras mujeres, al contrario, este mismo evento en su vida significa una mayor libertad, el poder dejar de cuidarse para no quedar embarazada y de tener que lidiar con las molestias del ciclo menstrual; asumiéndola con máximo positivismo y naturalidad posible, así como cuando vivió la llegada de su primera menstruación o menarquia, donde el crecimiento sigue siendo posible aunque el envejecimiento empiece a dar sus primeras señales, con todo lo que ello significa en temores o angustias pasajeras y sabiendo que ha recogido un sin número de experiencias que le permitirá ser más autosuficiente, generadora de ideas, tener gran capacidad a nivel de sus labores cotidianas y mejorar su vida de pareja.

Todos éstos aspectos son de gran importancia cuando una mujer llega a la edad adulta intermedia, durante la cual enfrenta innumerables cambios que afectan el transcurso de su vida, siendo la menopausia uno de ellos; al igual que la pubertad y el embarazo “la menopausia, es un período de crisis durante el cual se producen cambios e inestabilidades psíquicas y somáticas importantes. Presentándose una activación de conflictos psicológicos que introducen elementos inconscientes y una reorganización intrapsíquica ante el hecho de la terminación de la capacidad reproductiva y el inicio inexorable del envejecimiento”<sup>22</sup>.

Cabe mencionar que biológicamente la menopausia se entiende como “el cese final de la menstruación y la terminación de la vida reproductiva que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica, generalmente dada entre los 45 y 55 años de edad, considerando que la edad promedio en que se presenta es de 51 años de edad”<sup>23</sup>. Edad donde la “menstruación puede tener tan solo una significación simbólica debido a que la mujer ha renunciado gradualmente a nuevos hijos pero, aún desea la prueba de que vive biológicamente”<sup>24</sup>; por ello es común observar en las mujeres menopáusicas una reorientación en sus fantasías, sueños y síntomas que reviven aquellos años de lozanía en donde existía la posibilidad de procrear sin temor alguno.

Todos los síntomas de la menopausia a corto, mediano y largo plazo son el resultado de una deficiencia de hormonas sexuales. “Entre los principales síntomas o signos se encuentran los ciclos irregulares, bochornos (sofocos), sudoraciones nocturnas, alteraciones en el estado de ánimo y disminución en el

---

<sup>22</sup> ARANGO, Martha; RUIZ Silvia y TOVAR Nora. Factores psicosociales concomitantes a la menopausia en un grupo de mujeres que reciben terapia hormonal sustitutiva. Cali. 1996. p. 54

<sup>23</sup> BOTERO, Jaime; UVIZ, Alonso y HENAO, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. Medellín: Manual Médico. p. 243

<sup>24</sup> DEUTSCH, Helene. Vol. II. La psicología de la mujer. Buenos Aires: Losada, 1977. p. 419

interés sexual. Los síntomas como los bochornos, sudoraciones nocturnas son los más comunes y transitorios, tienden a ser a corto plazo (varían en duración desde unos cuantos meses o hasta diez años); sin embargo, otras molestias como dolor de cabeza, nerviosismo, palpitaciones irritabilidad, astenia pueden presentarse<sup>25</sup>.

Posteriormente “aparece la sequedad vaginal, incontinencia urinaria, infecciones urinarias frecuentes, envejecimiento de la piel; y a largo plazo osteoporosis, enfermedades cardiovasculares. Debido a que los síntomas y signos pueden producirse en diferentes momentos de la menopausia (antes, durante y después), y pueden ser generalizados o locales, el tratamiento de los síntomas y signos es generalmente individual, buscando terapias que reconozcan las circunstancias de la mujer (perimenopáusica o posmenopáusica) y sus síntomas (locales o generalizados)”<sup>26</sup>.

Hay algunas consecuencias de la deficiencia de hormonas sexuales que continúan en los años posteriores. Estos pueden ser síntomas o fenómenos que se producen uno o dos años después de la menopausia, o pueden incluso tener consecuencias para la salud a largo plazo.

“Los síntomas urogenitales locales son muy comunes en las mujeres posmenopáusicas; la disminución de los niveles de estrógenos durante y después de la menopausia significa que las células tisulares de la vagina y del tracto urinario inferior no se estimulan como antes; esto da como resultado un adelgazamiento de la superficie, una condición que los médicos denominan *atrofia*, las consecuencias más comúnmente vistas son sequedad vaginal, relación sexual dolorosa (dispareunia), comezón e irritación (prurito), infección urinaria repetida. A diferencia de los síntomas vasomotores, los síntomas vaginales y uretrales no son transitorios y tienden a volverse más comunes y severos a medida que se avanza en edad. La atrofia de la vejiga y/o uretra puede producir problemas de incontinencia urinaria”<sup>27</sup>.

Con el inicio del siglo XX, se supo que los síntomas de la menopausia estaban unidos a la declinación gradual de la función ovárica y se estableció que el estrógeno podría aliviar estos problemáticos síntomas. La terapia hormonal (TH), ya sea terapia con estrógenos solos (THE) o en combinación con un progestágeno, efectivamente calma los síntomas del climaterio, previene la

---

<sup>25</sup> Ibid, p. 281

<sup>26</sup> Ibid, p. 282

<sup>27</sup> Ibid, p. 282-283

osteoporosis, pero frecuentemente no es bien tolerada. Las precauciones con respecto a un aumento asociado del riesgo de cáncer de mama evita que muchas mujeres usen la TH, y para las mujeres con un útero intacto, el retorno de un sangrado mensual puede ser inaceptable, restringiendo de este modo, el uso a largo plazo de terapia secuencial, mientras que las altas tasas de sangrado irregular (especialmente en los primeros meses) con terapias combinadas continuas llevan a un bajo cumplimiento.

“La terapia hormonal (TH) (estrógenos / progestágeno), es un tratamiento bien establecido para los síntomas climatéricos que además protege a las mujeres posmenopáusicas de osteoporosis. Durante muchos años la TH fue la única opción disponible para las mujeres posmenopáusicas y existe mucha evidencia documentada que respalda su éxito clínico. Sin embargo, para un número importante de mujeres la TH está asociada con efectos secundarios inaceptables, y la intolerancia al progestágeno es relativamente común”<sup>28</sup>; “la adherencia a largo plazo continúa siendo deficiente ya que muchas mujeres siguen el tratamiento por menos de un año, a menudo debido a los efectos secundarios como, por ejemplo, tensión mamaria, sangrado y aumento de peso”<sup>29</sup>. La amplia variedad de estrógenos, progestágenos y vías de administración puede ayudar a superar esta intolerancia, pero, a pesar de esto, la adherencia a la TH continúa siendo baja, por lo que aún se requiere una terapia que pueda mejorar esta situación para lograr el beneficio a largo plazo de las mujeres posmenopáusicas.

La terapia hormonal para la menopausia se usa desde hace muchos años. Y su uso brinda grandes beneficios. Actualmente existen una amplia variedad de preparados de TH con ingredientes y rutas de aplicación diferentes, lo que significa que la terapia puede adaptarse mejor a las necesidades individuales de cada mujer. Existen diferentes tipos de terapias hormonales para la menopausia, estas incluyen terapias con estrógeno o sin estrógeno; los estrógenos pueden ir combinados con progestágenos cuando se tiene útero y ocasionalmente con andrógenos o solos cuando no hay útero. En las TH con estrógeno este es la hormona esencial. El que puede ser administrado en forma continua o cíclica (descanso mensual).

“El progestágeno se agrega a las mujeres con útero para proteger el endometrio contra la hiperplasia y el posible riesgo de cáncer a este nivel. La administración del progestágeno dura de 10 a 14 días por ciclo dependiendo del tipo que se use. Al final del período de uso del progestágeno, comúnmente se produce un sangrado que es similar al de la menstruación normal. El andrógeno se utiliza

---

<sup>28</sup> WINN, R y NEWTON, N. Sexuality in aging, a study of 106 cultures: arch sex behave. sl: sn, 1982. p. 283

<sup>29</sup> MULLIGAN, T y KATZ, P. Why aged men become impotent: arch intern med. sl: sn, 1989. p. 66

como parte de la TH, esta es una hormona conocida como masculina pero también se produce en la mujer y cumple varias funciones en ella, en la conducta, ánimo, deseo sexual, metabolismo corporal”<sup>30</sup>.

En cuanto a los estrógenos, actualmente existen tres rutas principales de administración para lograr efectos generales, que son en forma oral en tableta, o comprimido subcutánea (debajo de la piel), en forma de implante transdérmica (a través de la piel), en forma de gel o de parche.

Los tres métodos son eficaces en eliminar los bochornos y otros síntomas y probablemente también en dar protección a largo plazo contra la osteoporosis. “Para los trastornos urogenitales se puede usar un estrógeno más suave que es el estriol, este no necesita que se le agregue progestágeno, y por lo tanto no habrá sangrado regular. Este estrógeno es más suave y se administra vía oral o intravaginalmente en forma de crema u óvulos. También hay disponible una TH sin estrógeno que se ha enfocado en cumplir casi todas las necesidades de la mujer posmenopáusica, y que no requiere de agregar un progestágeno en aquellas mujeres con útero por lo que no tendrán el molesto sangrado, y el apego al tratamiento con esta droga es mayor”<sup>31</sup>.

Los riesgos de la THR son el posible aumento del riesgo de cáncer de útero, las vinculaciones desconocidas con el cáncer de mama, la posibilidad de que la menstruación continúe, la hinchazón o dolor de los pechos, el síndrome similar al premenstrual ante la progesterona, los gastos por visitas al médico y análisis preventivos; y dentro de los beneficios se encuentra que previene la osteoporosis, disminuye los ataques al corazón, evita la aparición de accesos de calor, disminuye el insomnio, mejora la energía, mejora el estado de ánimo y la sensación de bienestar, restablece el interés sexual y el bienestar al tener relaciones, puede mejorar la concentración y la memoria y hay posibilidad de que aumente la longevidad.

Las poderosas hormonas de las que tanto se hablan en la menopausia, atraviesan la barrera hematoencefálica. Los sensores del cerebro que controlan las emociones recogen una señal cuando hay una producción errática sea de estrógeno o de progesterona. En una persona cuyo sistema nervioso está bien afinado, estos sensores reaccionan en exceso, desencadenando cambios en la química cerebral y síntomas emocionales. Los ginecólogos más experimentados

---

<sup>30</sup> BOTERO, Op. cit., p. 292

<sup>31</sup> Ibid, p. 293.



afirman que algunas mujeres pueden tener síntomas físicos a raíz de cambios inclusive leves en la cantidad de estrógeno producido.

“Las hormonas primordialmente regulan el deseo sexual en las hembras humanas. Entre los monos, las llamadas hembras de mediana edad son las más astutas socialmente y las más atractivas para los machos, y las relaciones sexuales son primordialmente iniciadas por la hembra. Cuando se les quita la mitad del estrógeno que producen, algunas de las monas hembras siguen siendo sexualmente activas, pero cuando se les quita todo el estrógeno, pierden todo interés en el sexo”<sup>32</sup>.

En las mujeres, la falta de interés en el sexo puede atribuirse a la disminución de la testosterona, la hormona sexual masculina que produce el cuerpo femenino en muy pequeñas cantidades. Después del cuarto o quinto año posterior a la menopausia, los niveles de testosterona disminuyen en algunas mujeres, quienes advierten la caída del deseo de manera súbita. Se estima que en el 50% de las mujeres, los ovarios dejan de producir testosterona alrededor del momento de la menopausia; en el otro 50% siguen funcionando y, en cierta proporción de mujeres, los ovarios siguen durante un tiempo suplementario produciendo más testosterona aún que durante su vida fértil; estas son las mujeres que perciben que les aparece vello en el labio superior o en el mentón.

Hay una tendencia generalizada entre los médicos a presuponer las necesidades emocionales femeninas. Pasan mucho tiempo viendo si hay atrofia vaginal, pero no destinan nada de tiempo a preguntar si hay interés o disfrute sexual. Este tema todavía no se ve como una parte adecuada del relevamiento vinculado con la menopausia.

Lamentablemente, pocos médicos están bien informados acerca de la menopausia y muchos suponen que los síntomas vagamente descritos son de naturaleza psicológica. Dado que los médicos están dispuestos por temperamento a ayudar a la gente, también se sienten frustrados ante el estado de ignorancia científica acerca de la salud femenina en los años de madurez.

“Todavía no le hace falta enterarse de eso”, es una respuesta habitual que se les da a las mujeres. El médico le da unos golpecitos en la cabeza y ella cruza la puerta con sus jaquecas, su tristeza indefinida o su inexplicable fatiga: ¿qué puede

---

<sup>32</sup> SHEEHY, Gail. Menopausia, el pasaje silencioso. Bogotá: Atlántida, 1993. p. 106.

ser?. Lo más habitual es que ella ni siquiera saque el tema de la menopausia y su ginecólogo tampoco. Algunas mujeres pasan los siguientes tres o cinco años recorriendo clínicos, neurólogos, inclusive psiquiatras, sin resolver nada pues todos ignoran lo obvio.

El cambio más importante que se produce en el cuerpo de una mujer entre los 45 y 55 años pocas veces es abordado por los médicos; hace pensar que ellos tratan el cuerpo de la mujer como si fuera el mismo tipo de máquina que el de los hombres y no lo es. En todo sentido los ginecólogos encuentran que la mujer menopáusica es una paciente poco atractiva, que no tendrá más hijos y al margen de la histerectomía, hay pocas posibilidades de que necesite una cirugía: la parte de la práctica que deja dinero, pero se puede esperar que se queje de síntomas vagos y haga preguntas para las cuales inclusive el médico comprensivo tiene sólo respuestas insatisfactorias.

En cierto nivel una mujer sabe cuando empieza a sobrevenir el cambio. La sensación de inquietud o desequilibrio es algo que las mujeres sienten, si bien les resulta incomprendible a quienes no lo han experimentado. Es asombroso que las mujeres deban dejar que la medicina organizada pasada por el filtro de una perspectiva masculina, les diga cómo se sienten, cuando ningún hombre sabe qué significa tener un retraso de una semana, o un adelanto de dos semanas cuando se tiene puesto un traje blanco.

Los avances médicos de este siglo han concedido el don de una expectativa de vida mucho más amplia; ahora la atención debería centrarse en dar niveles de vida más sanos. Y eso significa que las mujeres deben convertirse en consumidoras informadas y activas de una buena atención sanitaria. Pero dado que hasta el presente se ha aceptado una forma de pensamiento que niega o denigra este cambio en el cuerpo de la mujer y los interesantes nuevos panoramas que puede abrir en su mente, se ha fracasado en exigir que se hagan investigaciones científicas razonables.

Los médicos recomiendan que las mujeres mayores continúen llevando una vida sexual activa porque eso mantendrá las paredes de la vagina elásticas. Pero el motivo común por el cual las mujeres no la usan y eventualmente la pierden es que hacer el amor se vuelve naturalmente doloroso cuando la vagina se reduce de tamaño. La crema con estrógeno y nuevos medicamentos de venta libre contrarrestan el problema, pero a la postre generarán otras posibles repercusiones.

La mayoría de las mujeres se han vuelto fóbicas respecto a acceder a consumir TH por los efectos adversos que se presentan; dentro de estos se encuentra el cáncer de mama. Su temor, sin embargo, las hace vulnerables a una gran amenaza; pues la fobia al cáncer de pecho ha superado casi todos los demás temas de salud que rodean a las menopausias, especialmente en aquellas que han tenido algún caso en la familia.

El riesgo de contraer cáncer de pecho aumenta rápidamente con la edad, después de la menopausia, en todas las mujeres, incluidas aquellas que no segregan estrógeno ni lo reciben a través de la reposición de hormonas, hasta los cien años. Por cierto, el único gran factor de riesgo es la edad.

Los estudios que intentan documentar cualquier vínculo causal entre la terapia de reemplazo hormonal y el cáncer de pecho están condenados a no llegar a conclusiones decisivas, porque la dosis habitual de Premarin suministra sólo un cuarto del estrógeno que producirían los ovarios de una mujer fértil. Pero se puede decir que cuantos más ciclos tiene una mujer natural, más estrógeno tiene en su sistema a lo largo de su vida.

La revisión más completa de los estudios sobre el vínculo entre estrógeno y cáncer de mama, recientemente presentado por los Centros de Control de las Enfermedades, encontró una relación lineal directa: “hasta cinco años después de usar estrógeno a raíz de la menopausia no se encontró ningún aumento del riesgo. Pero una mujer que usa estrógeno en píldoras durante quince años, tiene un riesgo 30% mayor de desarrollar cáncer de pecho. La plausibilidad biológica de que las hormonas ováricas puedan aumentar el riesgo de cáncer de pecho se estableció hace cien años”<sup>33</sup>.

Nadie está en contra de los suplementos de estrógeno durante un período breve, los primeros tres o cinco años de perimenopausia y menopausia. Pero a largo plazo, es decir diez o quince años, el estrógeno es una droga y sólo debería prescribirse a las mujeres que tienen predisposición a la osteoporosis o a las enfermedades cardíacas o a ambas.

Detener el tratamiento de estrógeno al pasar cinco años, produciría una moderada reducción en los posibles casos de cáncer de mama; pero también eliminaría todos los beneficios de mejoramiento de la salud a largo plazo con una elección sin alternativas, pero con opciones de consumo.

---

<sup>33</sup> Ibid, p. 127.

Las mujeres con síntomas sin duda se sienten mejor cuando toman estrógeno y quienes ocupan cargos profesionales casi siempre sienten que trabajan y se concentran mejor.

Los pocos estudios que muestran que la pérdida de estrógeno tiene un efecto nefasto en el funcionamiento mental, han sido realizados en mujeres con menopausia quirúrgica, caso en el que la caída hormonal es súbita y aguda. Para las mujeres con menopausia natural, el efecto puede ser un pensamiento un poco confuso durante los primeros años de cambio vital. El estrógeno ayuda a aumentar el flujo de sangre al cerebro y su ausencia tiene un poderoso efecto en las sinapsis de ciertos lugares del cerebro.

En cuanto a las hembras humanas, se ha demostrado que el estrógeno tiene efecto en el funcionamiento mental, no en el coeficiente intelectual sino en término de desempeño. Nadie se ha molestado en observar el comportamiento cognitivo y el efecto de la terapia de estrógeno en un estudio de largo plazo.

Uno de los temores a menudo repetidos es que las hormonas simplemente posponen lo inevitable. Una mujer que empieza a tomar hormonas tendrá que seguir haciéndolo para siempre porque si las deja, todos los síntomas menopáusicos volverán como venganza. En la muy temprana menopausia, las mujeres necesitan dosis mayores de estrógeno a fin de controlar sus síntomas; a medida que envejecen, los estrógenos pueden reducirse y la paciente es más tolerante a la dosis menor; lo único que debe evitarse es cortar las hormonas de golpe. La generalización operativa es la siguiente: Cuanto más abrupta la caída del estrógeno, más graves son los síntomas, esto explica la gravedad de los mismos a menudo informados después de una histerectomía o durante una súbita menopausia vinculada con el estrés, tanto como explica el recrudecimiento de los síntomas que pueden producirse si una mujer que ha estado suprimiéndolos durante una década con la terapia de reemplazo hormonal repentinamente suspende las hormonas al que el cuerpo está acostumbrado.

Hay una forma sencilla de evitar este problema y es observar la pausa al finalizar el mes y advertir si reaparecen o no los accesos de calor o cualquier otro síntoma. "En la medida en que los síntomas ceden, el régimen de reemplazo hormonal puede reducirse gradualmente. Al cuerpo se le permite adaptarse a lo largo del tiempo"<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Ibid, p. 138.

Aunque la edad de la menopausia sigue siendo relativamente estable, el promedio de vida de las mujeres continúa aumentando. “En el año 2001, la expectativa de vida de la mujer excedió los 80 años, y muchas mujeres vivirán más de un tercio de sus vidas en el estado posmenopáusico”<sup>35</sup>. Satisfacer las necesidades de este grupo de mujeres representa un desafío mayor para el futuro, puesto que este segmento de la población mundial está creciendo rápidamente. Con el manejo de los síntomas asociados con la menopausia y el control de los riesgos asociados con una terapia bien tolerada que estimule la buena adherencia, tanto la calidad como la expectativa de vida pueden aumentar significativamente.

El marchitamiento biológico llega a la mujer a través del tiempo, lentamente va perdiendo aquella juventud que una vez le caracterizó y deja al descubierto los miedos inconscientes que en el camino de la vida ha recolectado y guardado celosamente; siendo en la menopausia donde estos miedos se convierten en aquellos anhelos de la juventud, aquellas ideas jamás comentadas que buscan afanosamente hacerse realidad. Es en este momento donde la mujer de edad adulta intermedia entra en conflicto con sus más profundos deseos.

Envejecer no es fácil para nadie, y sin duda la menopausia y sus circunstancias son causantes de estrés, de modo que es probable que los efectos del déficit estrogénico sean más perceptibles en presencia de síntomas psicológicos que en innumerables ocasiones pueden ser determinantes para la calidad de vida de la mujer, que los desequilibrios hormonales que presenta. En consecuencia de las alteraciones hormonales propias del momento de la menopausia, de la percepción de la mujer acerca de ella e influencia del medio sociocultural en el que se desenvuelve; se puede ver afectada la movilización de recursos para la adaptación y equilibrio de la sexualidad en esta etapa, ya que puede constituir por sí misma en un acontecimiento novedoso o estresante para la mujer.

Es apenas comprensible los sentimientos de castración que experimenta la mujer menopáusica, ya que poco a poco sus órganos reproductores se van marchitando como una hermosa flor en el jardín, que después de brindar su belleza, olor, textura, color y lozanía, pierde su interés porque el tiempo y los rayos del sol le recuerdan que su instancia en el jardín está por terminar.

“La crisis de la menopausia (entendiéndose por crisis cambio trascendente que implica crecimiento), tiene sus fases y sume a la mujer transitoriamente en un

---

<sup>35</sup> CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO. Anuario Demográfico (Cuba), oficina Nacional de Estadísticas, 2001.

espacio mental complejo, ambiguo, conflictivo, lleno de insatisfacciones, angustias y síntomas depresivos que afectan su autoimagen, estado psicológico, sexualidad, sus relaciones familiares, de pareja y su capacidad funcional<sup>36</sup>.

Antecede a éste momento las siguientes etapas, la premenopausia (45 a 50 años), caracterizada por la ocurrencia de ciclos irregulares al disminuir en forma intensa la secreción interna del ovario por alteraciones en el equilibrio hormonal, siendo indicadores de la aproximación a la menopausia. La perimenopausia o climaterio (51 o más años), es considerado como el período que precede, acompaña y sigue el cese de la menstruación, “incluye cambios como el degeneramiento de la piel y mucosas (pérdida de la elasticidad de la piel, el cabello, sequedad vaginal, disfonía, cabellos y uñas quebradizas), síntomas neuroendocrinos (calores y sudoración), síntomas neuropsiquiátricos (depresión, ansiedad, irritabilidad, disminución de la libido e introversión), desórdenes de las facultades mentales (pérdida de la memoria y la concentración), alteraciones metabólicas (hiperlipidemia, hipertensión y disminución de la absorción intestinal del calcio) y cambios musculares (debilidad e hipotrofia)”. (Blanco, 1995). Y la postmenopausia (52 años o más), es el período en el que ya no se presenta la menstruación y desaparece la capacidad reproductora.

Con respecto a los síntomas neuropsiquiátricos, se ha encontrado que “la ansiedad se caracteriza por una sensación de aprehensión, inseguridad, miedo y se manifiesta por preocupación de la mujer acerca de sí misma por una respuesta anormal ante estímulos ligeros o sin importancia; los signos de depresión incluyen la incapacidad para tomar decisiones, apatía e inquietud, retraso psicomotor, pérdida de la libido y disminución de reacciones emocionales ”<sup>37</sup>.

Según Master y Johnsons<sup>38</sup>, no se han encontrado indicios de que en los años siguientes a la menopausia se produzca un incremento de los índices de enfermedades depresivas o trastornos psiquiátricos graves y que en esta etapa de la vida como en cualquier otra del ciclo vital, están condicionados por múltiples factores ambientales y de la personalidad.

“la depresión es uno de los síntomas más relevantes que se manifiesta con frecuentes crisis de llanto sin aparente motivo, melancolía, tristeza. La mujer está preocupada por su cuerpo, a veces hipocondríaca, con miedo a padecer una crisis

---

<sup>36</sup> Ibid., p. 428

<sup>37</sup> ARANGO, Martha; RUIZ Silvia y TOVAR Nora. Factores psicosociales concomitantes a la menopausia en un grupo de mujeres que reciben Terapia Hormonal Sustitutiva. Cali. 1996. Tesis (psicólogo). Universidad Pontificia Javeriana, facultad de humanidades y ciencias sociales, programa de psicología. p. 30.

<sup>38</sup> MASTERS, William; JOHNSON, Virginia y KOLODNY, Robert. Tomo 2. La sexualidad humana. Grijalbo: Colombia, 1985. p. 367.

nerviosa y a derrumbarse. La aparición de los signos de depresión durante el proceso de la menopausia depende en buena medida de su personalidad antes de la llegada de esta y de sus esquemas de vida, la presencia de estos signos son mas un reflejo de los cambios hormonales como consecuencia de los papeles poco significativos que asume la mujer, la falta de autoestima en esta época, los cambios físicos corporales que se están produciendo, sus expectativas socioculturales, las expectativas que la mujer tiene para sí misma, su historia de vida en relación con la salud reproductiva y el ciclo menstrual, sus estilos de afrontamiento frente a los diversos problemas que se le han presentado, su estado físico en general, son variables que probablemente afectan sus interpretaciones sobre la experiencia de la menopausia”<sup>39</sup>.

“Siendo la menopausia para algunas mujeres un signo de transición hacia la mitad de la vida adulta, un tiempo de cambios de papeles, relaciones y responsabilidades, surgen en ellas unos efectos significantes en sus papeles como madres, en los que se ven obligadas a cambiar drásticamente a medida que los hijos maduran y por lo general se independizan del hogar; entonces, pueden retornar a un empleo o buscar uno nuevo según sus diversos intereses, toman el momento como una oportunidad para compartir más tiempo con sus parejas y experimentan un interés renovado en sus actividades sexuales”<sup>40</sup>. La menopausia puede servir también como una excusa para evitar las futuras relaciones sexuales; esto es cierto en las mujeres que no han disfrutado su actividad sexual con su compañero por un largo tiempo, o sólo la consideran como un deber.

Dado que éstos cambios pueden ser estresantes, la reacción de la mujer ante la presencia de ellos depende de la forma de su aparición, su edad, estrato socio-cultural, nivel de desarrollo psicosexual alcanzado, estructura psicológica, experiencias vivenciales, factores familiares, ambientales y estado de salud física, además del valor que da al hecho de ser joven y atractiva y de su actitud frente al rol femenino. “Todos éstos cambios afectan el conjunto biopsicosocial de la mujer, cuyo impacto se debe en gran parte, a que la menopausia esta rodeada de miedos, falta de información y una serie de mitos profundamente arraigados en el subconsciente colectivo, cuyos orígenes están en tiempos con mucho menos información u orientación médica y psicológica, en los que se le consideraba como un hecho enteramente negativo que sólo ocasionaba trastornos emocionales, alteración en el placer y orgasmo sexual, constituyendo una señal de término de la feminidad y del valor como persona”<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> ARANGO, Op. Cit, p. 35.

<sup>40</sup> Ibid, p. 432

<sup>41</sup> Ibid, p. 435

Para poder comprender toda la sintomatología que se le ha atribuido a la menopausia, este evento debe ser estudiado como parte del desarrollo, del ciclo vital normal de la mujer. Así mismo, la mujer debe ser vista dentro de un contexto integral; teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y familiares, para su ubicación como miembro de una determinada cultura.

En el ámbito psicológico ocurren importantes cambios como una manifestación evidente de la menopausia hasta el punto que han llegado a identificar a la mujer durante esta época, “entre éstos cambios se encuentran el nerviosismo, la baja autoestima y la depresión, entre otros; generados posiblemente tanto por los cambios biológicos como por factores sociales propios de este período y dependientes del medio donde la mujer se esté desarrollando, como lo son la adolescencia de los hijos, la salida de los hijos del hogar, el paso de los años de la pareja, la muerte del compañero, la jubilación laboral de cada uno de los miembros de la pareja, entre otros”<sup>42</sup>.

Las mujeres que experimentan un gran florecimiento durante su estado menopáusico y un aumento en su autoestima son aquellas que desempeñan papeles en los cuales el intelecto, el juicio, la creatividad o la fuerza espiritual son primordialmente valorizados: políticas, educadoras, juristas, médicas, jefas de enfermeras, terapeutas, etc. Mientras que las mujeres cuya valía antes se juzgó primordialmente según su aspecto y su atractivo sexual como las actrices de cine, bailarinas, muchas amas de casa y madres se ven disminuidas en su condición. Se sabe que las esposas de clase media que se dedican excesivamente a sus hijos son las que más probablemente sufren de depresión en este estadio vital. Pero ellas también pueden cambiar una imagen personal deteriorada si están dispuestas a dejar el consuelo de lo que les es familiar y correr el riesgo de empezar un nuevo camino en su segunda adultez. Las mujeres que establecen estrechos vínculos con sus nietos pueden volverse indispensables y a menudo disfrutan de una intimidad tierna y juguetona que las acerca a ellos más de lo que lo estuvieron con sus propios hijos.

Otro motivo para el temor inspirado por la perspectiva de la menopausia es el presupuesto de que tiene lugar en un momento dado. Las mujeres tienen mucho miedo de que a los 49 años, todas estas cosas sobre las que han leído como son las enfermedades cardíacas, osteoporosis, atrofia vaginal, les ocurran a la vez. Es importante, entonces, distinguir entre las diversas fases de la larga transición menopáusica. Probablemente más cambios tienen lugar durante este proceso que en ningún otro momento de la vida adulta de la mujer. Y a medida que se pasa por los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la transición,

---

<sup>42</sup> DEUTSH, Op. cit., p. 435



se producen drásticos cambios en la perspectiva. Puede haber una transformación en el sentido del tiempo, del yo en relación con los demás y una reelaboración de los aspectos negativos respecto de los positivos que entraña pasar a un nuevo y desconocido estadio vital.

Durante siglos el ideal del yo femenino coincide con los atributos requeridos para desempeñar el rol que siempre le ha sido asignado a la mujer, como es el de amorosa, dócil, comprensiva generosa, altruista y postergada, e igualmente el de cuidadora de la vida (procreación) y de las relaciones. Por esto algunas mujeres experimentan profundas depresiones relacionadas con el cese de la reproducción, los cambios físicos y a su vez la falta de atractivo, mientras que otras sienten plena libertad para expresar su sexualidad.

La crisis de la mitad de la vida representa una ruptura progresiva porque la sociedad actual aún no ha determinado un papel para la mujer menopáusica y en ocasiones ésta no consigue creárselo, ya que está acostumbrada a ser requerida y se desorienta fácilmente ante la independencia de sus hijos, experimentando una sensación muy notoria de vacío interior de que ya no sirve más, de que ha perdido importancia su labor en el hogar. Esta sensación la lleva a descalificarse y, en consecuencia, a sentirse también disminuida como persona y como mujer. Nada la ha preparado para éste cambio, pues siente que no es tenida en cuenta ni tomada en serio, invadiéndole una sensación de inutilidad. “Ésta fractura existencial de pronto aparece con la ruptura inconciliable entre sus sueños y la realidad, lo que la lleva a autoreprocharse ante la confrontación con sus hijos y los conflictos con su pareja”<sup>43</sup>.

En tal sentido, asegura Avis<sup>44</sup>, que la visión que una mujer tenga de la menopausia puede depender del valor que da a ser joven y atractiva, sus actitudes hacia los papeles femeninos y sus propias circunstancias. Una mujer sin hijos puede ver la menopausia como el fin de la posibilidad de la maternidad mientras que una mujer que los ha tenido y criado puede verla como una oportunidad de mayor libertad y placer sexual.

El momento de la menopausia se afronta desde dos perspectivas de acuerdo a los eventos ocurridos durante la juventud y períodos anteriores a la menopausia, es decir, “una mujer que haya gozado plenamente su sexualidad y vivido el día a día

---

<sup>43</sup> MONTANE, Maria Dolores. Menopausia, como afecta a las mujeres y como resolverla. Colombia: Manual Moderno, 1994. p. 148

<sup>44</sup> AVIS, 1999, citado por PAPALIA, Diane; WENDKOS, Sally y DUSKIN, Ruth. Desarrollo Humano. 8 ed. Colombia: McGraw – Hill. 2001. p. 565

a plenitud, no enfrentará de forma traumática y dolorosa el período de la menopausia pero aquella mujer que sublimó tanto esa energía sexual, tenderá a sufrir profundas depresiones al ser testigo de su propio marchitamiento al paso de los años”<sup>45</sup>.

Causante y coadyuvante de éstas depresiones, se encuentra “la dependencia del juicio del otro en el mantenimiento de la autoestima y la correspondencia del mismo, cuando más se amalgama una mujer con el objeto de su amor, cuanto más sacrifica a éste sus ideales tanto más perderá su independencia, desarrollando sentimientos de impotencia e inseguridad de sus propios valores”<sup>46</sup>, entendiéndose que para la mayoría de las mujeres el bienestar descansa en la experiencia de estar incluidas, de ser parte activa de una relación y cuidar de ella.

En relación con la sexualidad en la menopausia, existen prejuicios culturales como que la menopausia puede transformar en maníacas sexuales a las mujeres hasta entonces virtuosas o que a partir de ella desaparecen los deseos sexuales. Lo cierto es que “cada mujer vive su sexualidad dentro de un contexto sociocultural determinado y de acuerdo a las características de su personalidad, las huellas de su educación y de su historia, los prejuicios y mitos que comparte”<sup>47</sup>.

La sexualidad definida como “una parte propia de la personalidad, es también una emoción humana. Se trata de una mezcla de atracción, deseo, gusto, afecto, caricias, sensaciones corporales y genitales que se identifican y expresan integralmente, haciendo que hombres y mujeres se encuentren y se reconcilien con su yo y con su humanidad. Por eso es la forma más profunda de comunicación consigo mismo y con el otro”<sup>48</sup>, está presente desde el nacimiento hasta la muerte, por lo tanto una mujer no puede ser juzgada vieja para el sexo, ni considerar que la menopausia pueda ser un impedimento para liberar esa energía libidinal; por el contrario la sexualidad se encuentra ligada al *erotismo*, definido como “la posibilidad de manipular el deseo, de hacerlo mucho más consciente, permitiendo el ejercicio de la sexualidad no solo con afanes de reproducción o genitalidad sino como una experiencia que involucre todo el sujeto y donde este en juego su voluntad, conciencia y goce por la unión afectivo-sensual con el otro ser”<sup>49</sup>.

---

<sup>45</sup> BEAUVOIR, Simone de. Tomo I. El segundo sexo. Argentina: Siglo veinte, 1977. p. 74

<sup>46</sup> RODRÍGUEZ, Beatriz. Climaterio femenino: del mito de una identidad posible. Buenos Aires: Editorial, 2000. p. 86

<sup>47</sup> Ibid., p. 89.

<sup>48</sup> NADER, Lucía y PALACIOS, Martha Lucía. Sexo y familia. Bogotá: Planeta, 1993. p.15.

<sup>49</sup> ARBOLEDA, Rubiela. Corporeidad y Sexualidad. Universidad de Antioquia: Revista Kinesis, número 34, 2002. p. 66.

La menopausia por si misma no parece tener un efecto negativo mayor sobre el interés sexual. “Contrariamente a la mitología de la menopausia, un gran número de mujeres posmenopáusicas experimentan un aumento de la libido, que en parte se puede deber al efecto sin contrarrestar de los andrógenos por la deficiencia estrogénica posmenopáusica, o al declinamiento del temor a un embarazo no planeado”<sup>50</sup>. Los cambios físicos normales, un cuerpo menos firme, el cabello gris, las arrugas, tienden a hacer sentir a algunas mujeres que son menos atractivas para el sexo opuesto, y pueden vacilar antes de expresar su interés sexual.

El tema que las mujeres probablemente planteen menos ante su ginecólogo es cualquier cambio en el interés sexual. Las enfurecidas hormonas de la adolescencia súbitamente se convierten en las tranquilas hormonas de la menopausia.

“Muchas mujeres, después de la menopausia, si son sanas y felices, no experimentan una disminución de su impulso sexual, pero un gran número lo advierte, porque los médicos no les preguntan a las mujeres acerca de su deseo sexual. Dado que se tiende a vivir más, este gran número de mujeres que enfrentan una disminución del deseo sexual puede ser un asunto muy grave”<sup>51</sup>. Se ha descubierto que hay un decidido cambio fundamental en la respuesta sexual desde la premenopausia a la perimenopausia. La disminución del deseo sexual está vinculada con la sequedad vaginal, lo cual sugiere tanto factores hormonales como psicológicos.

La capacidad de experimentar placer sexual en la mujer menopáusica, está disminuida en relación con tres factores: su salud física, la integridad de su sistema nervioso central y la represión cultural de su sexualidad.

La salud física de la mujer tiene que ver con los cambios fisiológicos, que como se sabe afectan la esfera genital; las diferencias fisiológicas pautadas por su experiencia juvenil, así como la ausencia de enfermedades invalidantes y graves, influyen sobre la capacidad de experimentar deseo, y su respuesta sexual.

La sexualidad en las personas y más específicamente en la mujer, se relaciona con la *corporeidad*, es decir, con la conciencia sobre el propio cuerpo que permite la posibilidad de percibir y captar los mensajes que él envía, lo que indica que se

---

<sup>50</sup> GUPTA, K. Geriatria clínica: disfunciones sexuales en la mujer. sl: sn, 1990. p. 197-203.

<sup>51</sup> SHEEHY, Gail. Menopausia, el pasaje silencioso. Bogotá: Atlántida: Bogotá, 1993. p.107.

cuenta con un cuerpo vivo con sentidos, ritmos y voces que permanentemente están comunicando cosas sobre él y en consecuencia de la persona misma, y que a la vez brinda la posibilidad de comunicarse e interactuar con el otro.

Freud<sup>52</sup> afirma que el yo es ante todo corporal, por lo tanto la menopausia altera la imagen corporal de la mujer, convirtiendo el cuerpo en un reloj biológico caracterizado por la aparición de arrugas, el aumento de peso, entre otros fenómenos, que producen cambios en la percepción de la realidad y generan pérdida de control.

El *yo corporal* de Freud<sup>53</sup> es un concepto reducido a lo libidinal, siendo su teoría importante para la comprensión del papel del cuerpo en las primeras experiencias, tales como la sensación de abandono, de dominio, de construcción del propio organismo o de orientación en el mundo, lo cual explica porque cada persona vive su cuerpo según su propia historia y las experiencias personales de satisfacción o frustración de la libido. Adler<sup>54</sup> discípulo de Freud, interpreta el cuerpo en relación con el ansia de poder y concede gran importancia a la carga emocional que representa para el individuo las características de su propio cuerpo, es decir que cuando las capacidades corporales no se adecuan a lo deseado, el sentimiento de inferioridad se exaspera y puede ser el núcleo de la neurosis.

Es en el momento de la menopausia en el que la mujer se despide de su capacidad para gestar y así mismo de su cuerpo joven, lo cual resulta ser un duro golpe para quienes niegan el paso de los años y por ende la vivencia de un duelo por la pérdida de aquella juventud, y de su atractivo físico; siendo esto una clara manifestación de un proceso de desadaptación.

Culturalmente se considera el atractivo físico como mecanismo de seducción sexual de la mujer, estimándose las señales de envejecimiento como destructoras de éste atractivo, lo que lleva a la mujer menopáusica a un desajuste en el área de su sexualidad.

Riso<sup>55</sup>, afirma que en casi todas las épocas y culturas, la “belleza” ha sido admirada y la “fealdad” ha sido sancionada, el juicio estético que la cultura da a la

---

<sup>52</sup> FREUD, Sigmund. . Tomo 22. Obras completas. Argentina: amorrortu editores. 1993. p. 123

<sup>53</sup> Ibid., p. 124.

<sup>54</sup> Ibid., p. 124.

<sup>55</sup> RISO, Walter. Aprendiendo a quererse a si mismos. Barcelona: norma, 1996. p. 34

aparición física tiene importantes secuelas para el autoesquema en general. Como es sabido, el envejecimiento cambia la apariencia física, alejándose cada vez más del ideal social de belleza y disminuyéndose el éxito con el sexo opuesto; por lo tanto puede decirse que uno de los autoesquemas que más se afecta en la adultez intermedia es la autoimagen, influyendo notablemente en el ajuste sexual, por lo que merece en este estudio una consideración especial.

Chrisley & Ghiz<sup>56</sup>, corroboran las anteriores afirmaciones, reconociendo que uno de los aspectos del autoesquema más afectados en el proceso de menopausia es la autoimagen, principalmente por el valor que se da a los cambios físicos que dependen de la edad y afectan la imagen corporal, como la disminución del metabolismo, la falla ovárica, la modificación de la estructura facial, y el aumento en los problemas de salud, que en muchas ocasiones conllevan a procedimientos quirúrgicos de extirpación como la mastectomía y la ooforectomía.

Aunque la belleza exterior no es el verdadero problema, si lo es la falta de sincronía entre la imagen interna idealizada que tienen de sí mismas; “las mujeres que fueron en la cúspide de su período núbil y los espacios vacíos de su personalidad que más tarde o más temprano, tienen que llenar con nuevos rostros, cuerpos y espíritus”<sup>57</sup>.

Cuando una mujer considera y acepta el Cambio, es natural que se centre totalmente en la pérdida de los poderes que se han dado por sentado en los estadios anteriores. El aspecto juvenil del que siempre podían aprovecharse y los mágicos poderes de procreación conectados al ciclo de la vida: tales como el haber sido una mujer bien formada. La mujer menopáusica debe dejar ir o al menos dejar de aferrarse a su imagen joven, para encontrar una fuente de vitalidad y entusiasmo, que consiste en encontrar la propia pasión y seguirla, de todo corazón y con el goce merecido.

Según Arboleda<sup>58</sup>, la sexualidad en la cultura colombiana está relacionada con la belleza y además con la juventud, en ésta cultura ser joven es un valor y ser un adulto mayor es en consecuencia un antivalor, no hay una estética del adulto mayor, toda la estética que actualmente se divulga es una estética juvenil; esto quiere decir que no se ha reconstruido una estética del adulto mayor que permita otorgarles valores estéticos a la imagen y concepto de ellos mismos. Si se toma el envejecimiento como un antivalor asociado con la fealdad, con la pérdida de la

---

<sup>56</sup> CHRISLEY, J & GHIZ, L. Body image issues of older women. sl: mundo medico. p. 67-75

<sup>57</sup> SHEEHY, Gail. Menopausia, el pasaje silencioso. Bogotá: Atlántida, 1993. p.68.

<sup>58</sup> ARBOLEDA, Op. cit., p. 67

juventud y con ello la belleza, la sexualidad que va unida a esa idea de cuerpos, de belleza, de juventud parece desaparecer con la llegada a la edad adulta mayor, lo que se vuelve un problema para el adulto porque deja de concursar socialmente. La imagen y la autoimagen, es decir lo auto, poco existe porque casi todo se construye desde lo que el otro da desde el cuerpo, uno es el resultado de lo que uno tiene más una alteridad que es el resultado de mi relación con los otros; la identidad no es tanto el resultado de lo que se cree de sí mismo, sino lo que los otros reconocen en esa persona. De ahí se parte de que si una mujer cree que es bonita y los otros la juzgan como vieja, esa persona va a construir la autoimagen de acuerdo con lo que los otros proyecten de ella.

El papel femenino está determinado en gran parte por la funciones biológicas propias de la mujer que dependen de sus órganos reproductores, la lesión o pérdida de éstos órganos puede deteriorar la autoimagen. Bellerose & Binik<sup>59</sup>, realizaron un estudio concerniente a los efectos de la menopausia quirúrgica sobre la imagen corporal y la sexualidad; hallando que la autoimagen, es significativamente pobre en las mujeres ooforectomizadas que no se encuentran bajo terapia hormonal, mientras que las mujeres menopáusicas sin cirugías, reportan cambios positivos tanto en al autoimagen como en la sexualidad. En conclusión, estos hallazgos sugieren que la deficiencia hormonal se relaciona con la percepción negativa de sí, esto se refleja en que las mujeres sin ovarios y/o sin terapia hormonal de reemplazo poseen un pobre autoconcepto, así como quienes se encuentran bajo tratamiento hormonal sustitutivo perciben este estado como un acontecimiento bajo su control interno. El descenso hormonal, así como la pérdida de los órganos reproductores, se consideran como la posible explicación del menoscabo en la autoimagen de las mujeres menopáusicas.

Por otra parte, Masters y Johnson<sup>60</sup>, muestra evidencia de que la mujer mantiene la capacidad para una respuesta sexual fisiológica plena en los años más avanzados de la vida. Esta es una situación muy interesante, pues quienes tienen que ver con la salud deben estar enterados y tener un buen conocimiento futuro en relación con ella. Por tanto, parece ser que no hay un tiempo biológico más allá del cual la mujer no pueda experimentar una respuesta sexual completa. Es probable que se necesite de un ajuste sexual y ciertos cambios para continuar disfrutando, y es por ello muy importante que las mujeres y sus respectivas parejas entiendan las modificaciones normales que ocurren en el envejecimiento.

---

<sup>59</sup> BELLEROSE, S & BINIK, Y. imagen corporal y sexualidad en mujeres con ooforectomía. sl: mundo médico. p. 435- 459

<sup>60</sup> MASTERS, William; JOHNSON, Virginia y KOLODNY, Robert. Tomo 2. La sexualidad humana. Grijalbo: Colombia, 1985. p. 367.

Según Pierre Weil<sup>61</sup>, uno de los grandes principios que se deben seguir en las relaciones sexuales es que cada uno de los miembros de la pareja se preocupe por hacer feliz al otro; para lo cual es necesario que sepan que el hombre y la mujer llegan a la satisfacción sexual de diferente manera. El hombre inexperto busca en el acto sexual el alivio de una tensión interior, deseando así, obtener placer lo más rápidamente posible, aun cuando la mujer desea ternura y caricias previas, ya que ella llega lentamente a la satisfacción. Esa lentitud proviene del hecho de que el acto sexual de la mujer provoca una excitación progresiva de todo el organismo, aún diría de toda su persona, mientras que en el hombre la excitación se localiza. La unión sexual coronada por el éxito sólo existe cuando esos dos seres llegan al mismo tiempo a la satisfacción. Por ello es necesario que el hombre sepa esperar a su mujer y que ella comprenda la diferente naturaleza del hombre.

A menudo se dice que durante el acto sexual el hombre es activo y la mujer es pasiva, ésta concepción es errónea. Justamente sucede eso cuando el hombre no sólo niega la ternura y las caricias previas que su mujer espera y merece, sino también cuando llega a satisfacerse de manera egoísta. Por su parte muchas mujeres creen que deben permanecer en una actitud de pasividad, de tal manera que es difícil saber cuál es el momento de entrar en un estado de comunión total. Muchos creen que la psicología y el psicoanálisis modernos enseñan que la felicidad sexual consiste en no reprimirse y en no crearse complejos, satisfaciendo el instinto ante todo; pero las conclusiones de la psicología son diferentes, y, en cierto sentido, totalmente opuestas. La verdadera felicidad sexual, sólo se alcanza cuando se ha hecho feliz al otro, es decir, en este caso, a la pareja, entendida como “una relación de dos en la que se da un intercambio de emociones sanas, de gustos, de acuerdos en la cotidianidad y en la susceptibilidad de la unión”<sup>62</sup>.

Sin embargo, la armonía sexual no basta para que las parejas sean felices; sus personalidades deben armonizarse con respecto al carácter, al tipo físico, a la edad, al grado de instrucción y de educación. Pequeñas cosas de la vida cotidiana pueden influir en la vida de la pareja, ocasionando altibajos en las relaciones conyugales hasta que la pareja llega a un estado de equilibrio que podríamos llamar la madurez de la relación; en donde después de muchos conflictos y discusiones la pareja llega a una situación armónica que se logra realizando sacrificios recíprocos, pero también compartiendo las alegrías. En el plano sexual la exuberancia de la juventud ha pasado; la pareja determina que tiene su propio ritmo y siente que no debe excederse en éste aspecto sino quiere arriesgarse a no apreciar más éste elemento de la relación.

---

<sup>61</sup> WEIL, Pierre G. Relaciones humanas en el trabajo y la familia. Buenos Aires: Kapelusz, 1990. p. 162 - 177.

<sup>62</sup> NADER, Lucía y PALACIOS, Martha Lucía. Sexo y familia. Bogotá: Planeta, 1993. p.113.

“La armonía en pareja está vinculada al acceso al placer sexual o a la profunda vivencia del vínculo sexual. Este aspecto es valioso cimiento de la relación amorosa, que pone en juego toda la pasión y las emociones. Cuando es realmente parte del mundo sexo-afectivo no resulta únicamente en la descarga fisiológica de tensión sino que abarca íntegramente al individuo. Las personas ponen en ella a veces, aun sin quererlo, muchos de sus deseos y aspiraciones.

Las parejas no han sido preparadas para cuidar y enriquecer de forma creativa e ingeniosa su relación, que de facto no debe estar basada en mitos, prejuicios y las supersticiones absurdas sobre el sexo y los papeles tradicionales del hombre y la mujer; con lo que se podrá tener la posibilidad de entendimiento y desarrollo de la sexualidad propia y de pareja.

El buen sexo es aprendido y cultivado. “Una buena relación sexual emana de un intercambio de individualidades basado en el deseo, el afecto, el respeto, la autonomía y la igualdad recíproca. No es algo que él hace por ella, ni es algo que ella hace para él”<sup>63</sup>. Es algo que una persona hace con otra comprometiéndose con su propio placer y el del otro y asumiendo la búsqueda de nuevas posibilidades.

“La expresión sexual tiene muchas dimensiones y todas pueden gozarse: puede ser por diversión o en serio, rutina exploratoria o rutina cómoda, puede ser espontánea o planeada, puede ser creadora, tierna o apasionada, erótica o sensual, pero sobre todo ha de ser descomplicada”<sup>64</sup>.

Las mujeres menopáusicas no deben dar relevancia a patrones estéticos de belleza, pues frente a ellos la gran mayoría ha de sentir que su cuerpo es poco atractivo y tenderá a esconderlo, limitando así su espontánea expresión y disfrute. Desde que nace, y dependiendo del tipo de vivencias, cada persona va construyendo un sistema de preferencias sexuales que predispone al organismo a desarrollar múltiples y variados elementos con los cuales va a aproximarse a una sexualidad más enriquecida.

Para las parejas es importante darse un tiempo especial en el cual puedan descubrir y confrontar mutuamente sus pensamientos, sentimientos, necesidades

---

<sup>63</sup> Ibid, p.134.

<sup>64</sup> Ibid p.134.



y deseos. Esto les permitirá construir sus propios juegos, su mundo erótico, y un ambiente que resulte tan estimulante a la experimentación y a la ruptura de la monotonía, posibilitando la pasión y las emociones a pesar del paso de los años.

En tal sentido, Rojas<sup>65</sup> afirma que aunque la actividad sexual disminuye con la edad, la pareja puede seguir expresando sus sentimientos mediante la comunicación íntima. Pueden reír juntos, compartir anécdotas, manifestar su ternura mediante el contacto físico, el tocar y el acariciar. Estos no son medios para un fin, son un fin en sí mismos. Constituyen la posibilidad de la expresión del placer sensual. Ahí reside la fuente de emoción de la cual fluye la sexualidad. El contacto físico y el diálogo íntimo son una continuidad de su expresión amorosa, que hacen parte del principio y el fin de la unión genital, y brinda a la pareja seguridad de que su compañero lo va a entender y va a reaccionar, por limitado que pueda ser el grado de excitación erótica que sienta en ese preciso momento.

En las creencias populares se afirma el hecho de que muchos conflictos de las parejas se solucionan en el lecho. No se puede desconocer que un organismo enojado e insatisfecho bloquea la posibilidad del diálogo; es aquí donde se hace necesaria la búsqueda del espacio cotidiano no íntimo para dirimir la diferencia. El acuerdo y la satisfacción sexual incitan a la ternura y a la gratitud y son una de las formas más completas de comunicación en pareja<sup>66</sup>.

La comunicación, definida como “la forma de interactuar, de compartir situaciones, sentimientos, pensamientos y expresiones humanas”<sup>67</sup>, es inherente a la existencia, debido a que siempre habrá algo que comunicar, como los sentimientos, pensamientos, deseos, la expresividad, la inexpresividad que de alguna forma indican la posición que se está asumiendo frente al otro; que han sido determinadas por una estructura biológica, por un organismo con una capacidad básica de expresión, por el moldeamiento cultural y social, y por los aprendizajes que sellan y determinan formas de comunicación específicas y adquiridas.

Toda pareja debe establecer una comunicación clara y precisa que facilite la toma de decisiones, en aras de llegar a la solución de los diversos problemas que se puedan presentar en una relación. Las preguntas parecen una forma normal de conducir la conversación, se formulan para obtener Información, apoyo, para

---

<sup>65</sup> ROJAS, Nelly. La pareja como vivir juntos. Planeta: Bogotá, 1994. p.120.

<sup>66</sup> NADER. Op. cit. p.115.

<sup>67</sup> Ibid, p.119.

enterarse de los deseos del otro, para negociar, para tomar decisiones y para tratar de descubrir los secretos del otro.

En una relación de pareja las posiciones de cada miembro son válidas desde su óptica personal, donde se hace importante reconocer y aceptar al otro, en pro de mejores conciliaciones. Esa puede ser la clave de una buena comunicación de pareja.

Una mujer que experimenta en el día a día que su pareja le valora, la tiene en cuenta, que se siente tratada con cariño y deseo por él, y que nota que su hombre es capaz de aceptar los cambios que la edad implica en la vivencia de la sexualidad y sensualidad compartida, tiene una probabilidad alta de tener unas relaciones sexuales que resultan satisfactorias para ambos. Una mujer que vive su relación de pareja como desagradable, inexistente, o en ocasiones degradante, va a evitar el contacto sexual con el hombre en cuestión de manera progresiva, no porque es menopáusica, sino por que no hay nada atractivo en ello. La pareja en la fase menopáusica o posmenopáusica tiene unas exigencias psicofísicas diferentes, y no todas las parejas están dispuestas a hacer los cambios necesarios para mantener el nivel de satisfacción para ambos. A través de tratamientos hormonales, las mujeres consiguen escapar a los sofocos, los vértigos, la fatigabilidad, la sequedad de las mucosas, y parte de los altibajos anímicos, pero no al desencanto de una mala relación de pareja. Parece ser que el hecho de estar casado, en relación con la depresión, actúa de manera diferente en ambos sexos; a los hombres les protege de deprimirse, a las mujeres les aumenta el riesgo.

Cuando se habla de ajuste sexual en la menopausia, según el diccionario de psicología, se entiende por ajuste, “el proceso de acomodación funcional, a veces transitoria, por la que una persona puede adaptarse mejor al entorno circundante o al propio yo interior, siendo la adaptación un proceso de aproximación del comportamiento ante una conducta hasta entonces no habitual en la estructura de un individuo; para Piaget, la adaptación es el mecanismo biológico que caracteriza el funcionamiento de la inteligencia que es considerado como el equilibrio entre los procesos de asimilación y acomodación”<sup>68</sup>. Según Acuña<sup>69</sup>, la sexualidad se precisa como el contexto de toda comunicación en el entorno físico e intelectual que está alrededor de la actividad sexual del ser humano, como el estilo y la manera de llevar a cabo la comunicación sexual con sus aspectos vitales, físicos y psicológicos.

---

<sup>68</sup> CANDA, Fernando. Diccionario de Pedagogía y Psicología. España: cultural, 1999. p. 11-16

<sup>69</sup> ACUÑA, A. Sexo y edad: de la madurez a la vejez. Bogotá: planeta, 1984. p. 120

De esta forma se plantea la adaptación a la sexualidad de la mujer, después de pasar por el cambio hormonal, psicológico y social que genera su deficiencia estrogénica, en la menopausia. González<sup>70</sup>, señala que el comportamiento sexual del individuo es una preocupación constante en el ser humano a través de su existencia; adquiriendo un valor especial en la época de la menopausia, no solo en las mujeres sino también en los hombres, este valor está motivado por el temor a la inestabilidad que genera el paso de los años con su declinar físico, social y psicológico.

A pesar de la evolución de la sexualidad y el dominio actual sobre ella; existe aún una actitud poco racional que sigue considerando la reproducción como un factor inherente a la conducta sexual; desde esta perspectiva, la mujer menopáusica, que ha finalizado su edad fértil, es improductiva y por lo tanto su actividad sexual innecesaria. En el ámbito sexual se sigue viendo afectada con la actitud frente al envejecimiento, llevando la mujer la peor parte. Si bien es cierto que la menopausia marca el final de la edad fértil de la mujer, no marca el fin de su funcionamiento sexual que continua durante muchos años más, mientras ésta mantenga un estado de salud bueno y disponga de una pareja interesada en la actividad sexual.

Parece ser que en aquellas sociedades en las que se le trata con respeto a las mujeres mayores, el paso a la menopausia no conlleva desajustes psicológicos que se consideran dignos de mención. Es el miedo excesivo a la vejez, que convierte los cambios biológicos relacionados con el envejecimiento en sospechosos de ser constitutivos de enfermedad. Con ello, el envejecimiento se despoja de la posibilidad de ser considerado como algo normal. Se convierte en algo "malo", con un tratamiento necesario, y la expectativa de una "curación". Persiguiendo el mito de la juventud eterna, el remedio puede ser peor que la enfermedad. Ninguna edad de la mujer debería ser privada del respeto de los demás, y de la consideración de ser receptora digna de afecto expresado de maneras diferentes. Esto incluye una apertura para nuevas formas de vivir, el cuidado de la salud física y psíquica, y una resonancia positiva social. El principio del siglo XX trajo una revolución sexual con la ruptura del tabú alrededor de la sexualidad infantil y la divulgación de las teorías de Sigmund Freud. Es posible que el umbral del siglo XXI traiga consigo la ruptura del tabú referente al sexo posmenopáusico, y una mayor libertad de ser lo que son de manera plena, y a todas las edades, tanto mujeres como hombres: personas con derecho a una sexualidad dinámica y cambiante.

---

<sup>70</sup> GONZALEZ, D. Sexualidad en la menopausia. En: revista colombiana de menopausia. Vol. 1, No. 2 (mayo, 1995); p. 18

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Para la elaboración de un trabajo de investigación es imprescindible que el diseño utilizado sea acorde al tipo de investigación a desarrollar, de tal manera que permita obtener información precisa y a la vez alcanzar exitosamente los objetivos propuestos al inicio del trabajo.

En la investigación que se llevó a cabo, se pretendió describir un fenómeno social que merece ser estudiado, tratado y evaluado. Por lo cual se situó en el enfoque epistemológico positivista, de corte cuantitativo, con un diseño de tipo exploratorio - descriptivo, que permite la descripción, registro, análisis e interpretación de los aspectos importantes que componen el fenómeno a estudiar, y así documentar asuntos de un hecho social que ocurren de forma natural en la vida de las protagonistas. La investigación cuantitativa está dirigida a determinar cómo esta la situación de las variables que deben estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un evento y en quiénes ocurre, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno.

En relación con este, el diseño que se siguió en la investigación incluyó dos tipos de estudios en las distintas etapas de su desarrollo, iniciándose como exploratorio y terminando como descriptivo; es decir, descriptivo pero contiene elementos exploratorios. Exploratorio porque la literatura revela guías no estudiadas e ideas vagamente vinculadas con el problema de investigación; y descriptivo porque la literatura revela que existen piezas y trozos de teoría con apoyo empírico moderado, que han detectado y definido ciertas variables; en los cuales se puede fundamentar el estudio y adicionar variables a medir.

El objetivo del diseño exploratorio, es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes; “investiga problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones – postulados verificables”<sup>71</sup>. Por lo tanto para la consecución de los objetivos de esta investigación, se indago sobre aspectos que integraban e influían en la dinámica

---

<sup>71</sup> Dankhe, citado en HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. México: McGraw – Hill , 2000. p. 58 - 59

de la adaptación sexual de la mujer menopáusica, en donde se contribuyó al conocimiento de las variables propias del ajuste sexual y se brindó pautas para investigaciones futuras en las que se involucren factores que faciliten la descripción de la población menopáusica del municipio de Neiva.

“Los diseños descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. Buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan independientemente diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno, para así describir lo que se investiga”<sup>72</sup>, puede integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y como se manifiesta el fenómeno de interés. Como mencionan Sellitz<sup>73</sup>, en ésta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo lograr precisión en ésta medición y especificar quiénes deben estar incluidos en la medición.

Al realizar una exploración descriptiva del ajuste sexual durante la menopausia; describiendo analíticamente sus características y haciendo énfasis en lo referente a los aspectos médicos y psicológicos asociados a la acomodación de las funciones sexuales, en una muestra constituida selectivamente tomada de las usuarias de los consultorios ginecológicos de la ciudad, permitió encontrar aspectos característicos de dicha población y brindó elementos que contribuyeron a mejorar el engranaje interdisciplinario que requiere el proceso de la mujer menopáusica del municipio de Neiva. Por lo tanto, este fue un estudio esencialmente descriptivo que permitió adquirir información sobre aspectos de carácter psicológico que inciden en el ajuste sexual en la menopausia; a través de un análisis descriptivo en donde se interrogó por las experiencias de las mujeres durante la menopausia, la edad promedio de la menopausia, entre otros.

La técnica cuantitativa que se utilizó fue la *encuesta*, porque permite, según Gaitán y Piñuel,<sup>74</sup> “medir las respuestas, es decir, hacer cuantificables las cuestiones que se estimen relevantes para los objetivos de la investigación”. Además facilita la recolección de la información, porque su aplicación da la posibilidad del anonimato total, lo cual permite ampliar la tasa de sinceridad en las respuestas y dar una mayor confiabilidad a la investigación, al tener en cuenta que el tema tratado es el ajuste sexual de las participantes.

---

<sup>72</sup> HERNÁNDEZ, Op. cit., p. 60

<sup>73</sup> Citado en HERNÁNDEZ, Op. cit, p.65

<sup>74</sup> Citado en HERNÁNDEZ, Op. cit, p.66

Se hizo también necesario el uso de instrumentos como el *cuestionario*, definido como “un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir”<sup>75</sup>, el cual abarco una serie de temas definidos que permitieron conocer el ajuste sexual de las protagonistas durante la menopausia; por medio de una guía de preguntas cerradas con respuesta de opción múltiple, que “otorga al informante la oportunidad de expresar un determinado rango de puntos de vista”<sup>76</sup>.

## 6.2 POBLACIÓN

Para la realización de los objetivos de esta investigación, se hizo necesario estudiar a las mujeres que asistían a consulta en los diversos consultorios ginecológicos del municipio de Neiva, que se encontraban en el proceso de menopausia, es decir mujeres que se hallaban en la edad adulta intermedia comprendida entre los 45 y 55 años de edad.

En común acuerdo con el ginecólogo se estableció la selección de las mujeres que cumplieran con los requisitos estipulados para la investigación, con la colaboración de la secretaria quien hacia la presentación formal de las psicólogas encargadas de aplicar el instrumento que recogió la información necesaria para la realización de los objetivos la presente investigación.

A través de una entrevista exploratoria, persona a persona, a las pacientes de los consultorios ginecológicos (ver anexo A), se obtuvo información relevante referente a los criterios de selección de la muestra, esta entrevista arrojó datos que permitieron establecer los aspectos sociodemográficos de la población objeto de estudio y por ende se concluyó que estos datos no eran pertinentes dentro del instrumento de investigación, pues la población se caracterizó por tener rasgos homogéneos.

La muestra de personas elegidas para ésta investigación, estuvo constituida por 60 mujeres seleccionadas por conveniencia, cuyos criterios de selección fueron: menopausia natural y no producto de un procedimiento quirúrgico, cuyo último período menstrual haya sido aproximadamente entre 12 y 15 meses, que estuvieran consumiendo terapia hormonal sustitutiva; pertenecientes a los niveles socioeconómicos tres y cuatro; nivel de educación básica primaria, secundaria o universitario; y con pareja sexual.

---

<sup>75</sup> HERNÁNDEZ, Op. Cit, p.

<sup>76</sup> POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill, 1997.

## 6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 6.3.1 TÉCNICAS

La siguiente técnica permitió obtener información sobre la descripción del ajuste sexual de los sujetos participantes en el estudio.

La técnica que se utilizó fue:

- **Encuesta**

Este estudio se realizó por medio de una encuesta. Esta es una técnica cuyo objetivo “es recolectar información acerca de la frecuencia, distribución e interrelación de ciertas variables en el seno de una población. Las encuestas recaban información acerca de un grupo de personas mediante técnicas de auto informe, es decir, procedimientos de obtención de datos que impliquen la entrega directa de información por parte de la persona que está siendo estudiada y en las que el sujeto responde a una serie de preguntas formuladas por el investigador. Cualquier información cuya obtención mediante pregunta directa al individuo resulte confiable, es susceptible de ser incluida en una encuesta, además las encuestas también se emplean para recolectar información acerca de los conocimientos, opiniones, actitudes e intereses del entrevistado”<sup>77</sup>.

La encuesta permitió entonces, “medir las respuestas, es decir, hacer cuantificables las cuestiones que se estimen relevantes para los objetivos de la investigación”<sup>78</sup>. (Gaitán - Piñuel; 1998).

Las ventajas que ofreció esta técnica para ésta investigación, además de las antes mencionadas, fue su flexibilidad y amplio alcance que permitió aplicarla a una gran cantidad de población, contener gran cantidad de temas y proporcionar información susceptible de ser utilizada para el logro de los objetivos de la investigación; así mismo permitió recolectar información acerca de las variables medicas y psicológicas de la muestra poblacional especificada, la aplicación del

---

<sup>77</sup> POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill, 1997.

<sup>78</sup> GAITÁN y PIÑUEL. Citado en HERNANDEZ, Op. Cit, p.

instrumento en corto tiempo y el anonimato total, permitió ampliar la tasa de sinceridad en las respuestas, haciendo confiable el estudio.

Entre las diversas formas de recolectar la información en una encuesta, se encuentra la entrevista personal, la entrevista telefónica y el cuestionario. Para objeto de esta investigación se llevó a cabo éste último, el cual es de auto administración, es decir que se entrega el formato a los encuestados para que ellos mismos lean las preguntas y las respondan por escrito.

Para la recolección de la información, la encuesta fue aplicada personalmente por las investigadoras de forma individual en la recepción de los consultorios ginecológicos, en donde se brindó las respectivas instrucciones sobre la forma de diligenciar el cuestionario, se solicitó la firma autorizando la aprobación para participar dentro de la investigación (ver anexo B), posterior a esto se entregó a cada participante el instrumento y se recogió en el tiempo que se había estipulado para su diligenciamiento.

### **6.3.2 INSTRUMENTOS**

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema y los objetivos que guiaron ésta investigación, se utilizó como instrumento para obtener información completa y detallada de los hechos, el:

- **Cuestionario**

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de sus preguntas puede ser tan variado como los aspectos que mida. “En el caso de las preguntas cerradas, éstas contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas y definidas a priori por el investigador; es decir, se le presentan al respondiente las posibilidades de respuesta y el debe elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta. Y en otros casos donde el respondiente puede seleccionar más de una opción o categoría de respuesta o en donde tiene que jerarquizar opciones”<sup>79</sup>, “permitiendo al informante la oportunidad de expresar un determinado rango de puntos de vista.”<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> HERNÁNDEZ, , Op. cit., p. 276 - 278

<sup>80</sup> POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill, 1997.



“Las preguntas cerradas son fáciles de codificar y preparar para su análisis, requieren de un menor esfuerzo por parte de los respondientes. Éstos no tienen que escribir o verbalizar pensamientos, sino simplemente seleccionar la alternativa que describa mejor su respuesta, requiriendo de menos tiempo para responderla”<sup>81</sup>.

El cuestionario que se tomó como base para la realización de ésta investigación, fue construido por la investigadora Natalia Rosas Castañeda, quien se basó en la revisión biográfica y en la experiencia con pacientes de los servicios de climaterio y preparación a cirugía del Instituto Materno Infantil. “Con éste cuestionario se estableció sí factores como estrato socioeconómico, convivencia con el compañero, consumo de terapia hormonal de reemplazo, historia de síndromes hormonales y tipo de menopausia, intervenían o no en el ajuste psicosexual; hallándose que el único factor que afectó la adaptación sexual de la muestra fue la menopausia quirúrgica”<sup>82</sup>. Este instrumento fue desarrollado y validado en la población cundinamarqués que tiene raíces y características culturales completamente distintas de la población huilense.

Por tal razón, éste cuestionario fue modificado según el contexto cultural en el que se llevó a cabo la investigación, los objetivos de ésta y a partir de los aspectos teóricos relevantes desarrollados en el marco conceptual que iluminaron este estudio. El cuestionario estuvo constituido por 54 preguntas cerradas, conformadas con un enunciado y cuatro o cinco opciones de respuesta, que aparecen identificadas con las letras minúsculas a, b, c, d y e; en la que solo una de las opciones describe mejor la respuesta de las participantes (ver anexo C). Lo que permitió recoger datos en forma ordenada y estructurada, involucrando variables susceptibles de relacionarse con el ajuste sexual durante la menopausia.

El cuestionario se dividió en dos partes, que evaluaron respectivamente los aspectos médicos y los aspectos psicológicos.

- *Aspectos Médicos:* compuesto por 15 preguntas que indagaron específicamente sobre tres variables:

Historia Ginecológica: se consultó a través de tres preguntas.

---

<sup>81</sup> Ibid. p. 280 – 281

<sup>82</sup> Castañeda, Natalia Rosas. Estudio descriptivo del ajuste sexual en un grupo de mujeres menopáusicas atendidas en el Instituto Materno Infantil. Santa Fe de Bogota, 1999. Tesis (psicólogo). Universidad Nacional, facultad de ciencias humanas, programa de psicología.

Terapia Hormonal Sustitutiva: se indagó a través de una pregunta.

Historia Sexual: se averiguó a través de seis preguntas.

Presencia de sintomatología física asociada a la menopausia: se determina la existencia de síntomas a través de cinco preguntas.

- *Aspectos Psicológicos:* compuesta por 39 preguntas que exploran tres variables:

Presencia de sintomatología psíquica asociada a la menopausia: se determina la existencia de síntomas a través de cuatro preguntas.

Autoimagen: se explora a través de seis preguntas acerca de los cambios ocurridos durante la menopausia.

Relación con la pareja: se indaga la percepción de esta, mediante 15 preguntas.

Ajuste Sexual: se determina mediante 14 preguntas, haciendo referencia a los cambios en la sexualidad.

El cuestionario fue anónimo y desarrollado en el municipio de Neiva, para describir la adaptación a la sexualidad en una muestra de población menopáusica de mujeres entre 45 y 55 años de edad, procedentes de los consultorios ginecológicos, en donde se verificó si los aspectos médicos y psicológicos influían sobre el ajuste sexual durante la menopausia. Las propiedades psicométricas del cuestionario fueron bien documentadas, constituyendo una herramienta específica para medir y brindar información importante en relación a la calidad de vida.

### **6.3.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

Para validar el instrumento se empleó en primer lugar la revisión por expertos y en segundo lugar se realizó la aplicación de la prueba piloto.

En primera instancia se entregó el instrumento conformado por 75 ítems, a tres personas expertas, quienes sugirieron revisar algunos indicadores que al parecer se repetían; por lo tanto se suprimieron diez ítems que no contaban con un lenguaje claro, algunos ambiguos y aquellos que no se centraban en el tema, se replantearon tres a los cuales se les mejoró el lenguaje y se agregaron dos más; obteniendo como resultado 67 ítems.

Posterior a ésta revisión, se aplicó la prueba piloto, en donde participaron ocho mujeres menopáusicas procedentes de los consultorios ginecológicos del municipio de Neiva, que presentaban características similares a la población objeto de estudio. En base a la prueba piloto se evaluó el formato de presentación de los ítems que permitió modificar la redacción de algunas preguntas, suprimir ítems, reducir el número de opciones de respuesta, observar la facilidad y comprensión en las mismas y el tiempo de aplicación del cuestionario.

#### **6.3.4 PLAN DE ANÁLISIS**

Los datos que se obtuvieron por medio de la aplicación del cuestionario fueron sistematizados en el programa Excel 2000, con el que se obtuvo el máximo beneficio a la hora de crear cálculos estadísticos de la información. Se utilizó operaciones con filas, columnas, celdas y rangos que indicaban el nombre del ítems con sus respectivas opciones de respuesta, la frecuencia en que se repetía cada opción y el porcentaje de estas, facilitando la representación de los ítems en gráficos con sus respectivos porcentajes, en una forma más clara.

#### **6.3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Se partió de la premisa de que una de las características principales del psicólogo es el trato directo con los lazos afectivos de los seres humanos y que son seres humanos subjetivos que tienen una historia de vida, experiencias y aprendizajes, fundamentados en una tabla de valores formados por la cultura y la sociedad; podemos entender entonces que para lograr una verdadera objetividad, no sólo del conocimiento científico de la psicología, sino también para ser unos profesionales íntegros y honestos, el psicólogo debe aprender a referir sus situaciones emocionales, subjetivas, así como sus prejuicios para que estos no influyan en las conductas o sobre las interpretaciones de los pacientes.

Para efectos de la investigación y el adecuado manejo de la ética profesional, se tuvo en cuenta que la población objeto de estudio fuera informada acerca de la

naturaleza de la investigación, quienes debían dar su consentimiento para que fueran evaluadas y analizadas por las investigadoras (ver anexo B). Las opiniones de todas las encuestadas fueron sumadas y reportadas en la investigación pero no se reportaron datos individuales, por consiguiente las respuestas fueron confidenciales y anónimas.