

Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre menopausia de una población menopáusica colombiana con acceso a un servicio de salud (EPS)*

BERNARDO MORENO ESCALLÓN**, DIANA MARCELA GARCÍA DÍAZ***, MARGARITA GÓMEZ CHANTRAINE****, GINA AROCHA ZULUAGA*****

RESUMEN

Objetivos: evaluar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre menopausia, de una población climatérica bogotana, con el objeto de diseñar estrategias educativas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida durante el climaterio.

Método: estudio de corte transversal a seis meses, en una muestra de 409 mujeres seleccionada aleatoriamente de una población climatérica bogotana de 15.560 mujeres de 46 a 56 años de edad, adscritas a una EPS.

Instrumentos: cuestionario de auto-reporte para evaluar las variables demográficas y las variables psico-sociales definidas en el estudio (conocimientos, creencias, actitudes y prácticas saludables).

Resultados: de las 409 pacientes encuestadas, 60% eran menopáusicas y 40% premenopáusicas con una edad promedio de 52.9 años. El nivel de conocimiento sobre menopausia de todo el grupo fue del 46.8%. Este nivel fue más alto en las menopáusicas que en las premenopáusicas y en las pacientes con nivel educativo y estrato socioeconómico altos. La actitud hacia la menopausia fue más negativa que positiva. Las creencias del grupo total se ubicaron en un punto medio entre positivas y negativas; sin embargo se encontró un nivel de creencias más negativas en las pacientes con bajo nivel educativo. El grupo del estudio percibió grandes deficiencias en la información sobre menopausia proveniente de su servicio de salud. Solo el 8.7% de las pacientes reciben la información sobre menopausia del personal de la salud. La actividad física evaluada con test de IPAQ de todo el grupo resultó ser baja. Un 60% de las pacientes tenía una ingesta de calcio por debajo de los niveles recomendados. Solamente el 3% de las pacientes eran usuarias de terapia hormonal de suplencia.

Conclusiones: este estudio es novedoso en los resultados y en la metodología, pues no existen investigaciones similares en nuestro país. Además es relevante porque podría servir de modelo para otros estudios y hace aportes en conocimiento para procesos formativos sobre la menopausia.

Palabras clave: menopausia, climaterio, conocimientos, creencias, actitudes, actividad física, ingesta de calcio, servicios de salud.

* INSTITUCIÓN: Fundación Santa Fe de Bogotá y Centro de Estudios e Información en Salud.

** Ginecólogo Endocrinólogo Universidad de Pennsylvania, Epidemiólogo Clínico Universidad Javeriana. Coordinador Unidad de Menopausia Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB).

Investigador adscrito al CEIS (Centro de Estudios e Información en Salud de la FSFB).

Profesor de Ginecología y Endocrinología Femenina de la Universidad de los Andes. Correo electrónico: bernardo.moreno@ama.com.co.

*** Psicóloga, Magíster en Psicología Universidad de Los Andes.

**** Ginecóloga Obstetra Universidad Nacional.

***** Nutricionista Investigadora del CEIS.

ABSTRACT

Objective: to assess knowledge, attitudes, beliefs and behaviors in the Menopause in a climacteric women in Bogotá city, Colombia, in order to perform in the future, educational programs about menopause fitted to necessity of this population in order to improve the quality of life during the climacteric stage.

Methods and instruments: a cross-sectional survey during 6 months, in a random sample from a population in Bogotá city of 15.560 climacteric women, 46 – 56 years old, were asked to fill out a questionnaire in order to assess the demographic and psycho-social characteristics as well.

Results: a total of 409 women were surveyed. 60% and 40% of the patients were post-menopausal and premenopausal respectively. The mean age was 52.9 years. The global knowledge score was 46.8%. The knowledge about menopause was higher in post-menopausal women, in well educated people and high social status people. The menopausal attitudes were more negative than positive in the whole group. The menopausal beliefs were in the mid point between positive and negative ones; however people with lower education had more negative beliefs. The information about menopause coming from the health service was very poor as well as the information coming from the medical doctor (8.7%). Physical activity levels were low in whole group. 60% of the population had a low calcium intake, and only 3% of the patients of the present study were hormone users.

Conclusions: this article reports interesting results useful to increase the knowledge in the menopause field, because those kinds of studies with the methodology we used are not very common in this country. In addition, the survey methodology used in this research could be a new fashion way useful for future research and for educative process in menopause.

Key words: menopause, climacteric knowledge, beliefs, attitudes, and health behaviors, physical activity, calcium intake, health services.

Introducción

Debido al aumento de la expectativa de vida en la mujer y a la aparición de un estado de deficiencia hormonal que comienza con la menopausia y que se prolonga por 25 a 30 años, aparecen consecuencias a corto, mediano y largo plazo que afectan en forma relevante a la mujer tanto en su calidad de vida como en su longevidad, y en su conjunto constituyen una condición que se denomina síndrome climaterico. Dicha condición requiere de acciones de previsión que permitan a las mujeres estar preparadas para enfrentar todos los efectos que se deriven de ella, manteniendo niveles altos de bienestar y calidad de vida.

El bienestar de las mujeres durante el climaterio se ha visto afectado por factores como la baja adherencia de las pacientes a los tratamientos, la escasa consulta y uso de los servicios médicos y de salud, la información insuficiente sobre el climaterio y la menopausia

y la ausencia de prácticas saludables que incluyen hábitos de alimentación, actividad física, entre otros.

Frente a la falta de información y conocimiento acerca de las implicaciones del climaterio en la vida de las mujeres, los procesos formativos y educativos se han convertido en una importante estrategia con la que se pretende llenar los vacíos de información y fortalecer el conocimiento respecto al tema. Sin embargo, estas estrategias han sido diseñadas sobre la base de lo que diferentes profesionales en el área de la salud consideran que necesitan saber y aprender las mujeres, pero en realidad no hay información acerca del impacto de estas intervenciones en la calidad de vida de las mujeres, ni se han tenido en cuenta otros factores como son las creencias, expectativas y actitudes relacionadas con el climaterio y específicamente con la menopausia, que además del conocimiento e información, son factores fundamen-

tales para la comprensión de la forma en que las mujeres experimentan el climaterio.

Lo que las mujeres conocen, piensan, opinan y hacen o dejan de hacer acerca de la menopausia es el resultado de la información (buena y mala) que les llega a través de los medios masivos de comunicación (radio, TV, prensa, revistas, internet, etc.), lo que oyen o experimentan de sus amigos y familiares y algo de esa información también proviene de los proveedores de la salud.

Muchas veces las intervenciones educacionales se hacen solamente sobre la base de los conocimientos de la literatura médica y a la experiencia que tenga el médico y no siempre se tiene en cuenta para el diseño de esas intervenciones, la percepción que tienen los pacientes con relación a la menopausia y el climaterio y aquí podría radicar la falla o el éxito incompleto en el diseño de esas intervenciones (que generalmente son muy costosas) y que algunas veces no tienen el impacto esperado.

Hoy la medicina moderna ha comenzado a tener en cuenta las necesidades de cada paciente y la ha involucrado en el proceso de decisión respecto a tratamientos, terapias, cambio de hábitos, entre otros. Cuando el paciente está involucrado en su propia decisión se siente con mayor compromiso voluntario y existe mayor probabilidad que siga las recomendaciones formuladas por su médico, de ahí que conocer lo que las pacientes piensan o perciben o sienten, o desean o no, para incluirlo en el diseño de procesos y estrategias formativas y educativas, hará que el paciente se sienta parte del mismo y por lo tanto lo hará más receptivo a todos los conocimientos que de allí provengan¹.

Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un determinante del cambio conductual, sí se ha demostrado que la información sobre algún aspecto determinado es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento. Así mismo, las intervenciones preventivas que intentan evitar comportamientos de riesgo que afecten la salud y el bienestar resultan mejores si consideran además de los aspectos cognitivos, otros factores psico-sociales como son las actitudes, expectativas, intereses, creencias, entre otros².

Pregunta de investigación

Como punto de partida de esta investigación se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre menopausia de mujeres en climaterio (con acceso a un servicio de salud) y cuáles son sus creencias, actitudes y prácticas con relación al tema?

Participantes

Como población de referencia se tuvo en cuenta las mujeres en climaterio, como población blanco las mujeres en climaterio de la ciudad de Bogotá, como población de estudio las mujeres en climaterio entre los 46 y 56 años de edad usuarias de una EPS de Bogotá y que estaba compuesta por 15.560 mujeres. La muestra fue seleccionada de esta población mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple por la técnica de números aleatorios hecho por un computador.

Se incluyeron en el estudio las pacientes con ese rango de edad y pertenecientes a esa EPS, que manifestaron estar interesadas en ser entrevistada a través de un cuestionario y aceptaron las condiciones del consentimiento informado específico para esta investigación. Se excluyeron aquellas pacientes elegibles con condiciones médicas precarias (cáncer avanzado, Alzheimer, trastornos mentales, alcoholismo, paraplejia, sordera, mudas e invidentes) que les impedían participar adecuadamente en el estudio o elegibles que fuesen iletradas.

El tamaño de la muestra fue calculado con el Programa “Cálculo del Tamaño de la Muestra v. 1.1” de la Unidad de Epidemiología de la Universidad Javeriana, y se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: tamaño de la población: 15.560 personas; prevalencia de conocimiento esperada en la población: 50%; diferencia máxima esperada: 5%; error tipo I: 5% con un tipo de cálculo a 2 colas. Ajuste de la muestra del 10% por cuestionarios perdidos o mal diligenciados. Muestra mínima requerida para el estudio sin ajuste: 375 personas.

Este estudio descriptivo de corte transversal en el cual se analizaron las variables demográficas (edad, escolaridad, estado civil, fecundidad, estrato socio-económico, ocupación y estadio

climaterico) y las variables psicosociales (conocimientos, creencias, actitudes y prácticas saludables sobre la menopausia) se realizó entre el 1 de octubre/2007 y el 31 de marzo/2008.

La muestra de pacientes seleccionada fue convocada individualmente por teléfono y correo y a través de estos medios las pacientes eran informadas e invitadas a participar en un taller de menopausia en donde el cuestionario del estudio era aplicado.

La carta de invitación contenía los términos de un consentimiento informado, además la paciente sabía que estaba participando voluntariamente en un estudio, que la información era confidencial e iba a ser utilizada solamente para fines investigativos y beneficio de ellas mismas.

Definición de las variables del estudio

En la tabla 1 se encuentran las definiciones operativas de cada una de las variables del estudio.

Estado climatérico: el estado de climatérico se define a través de las siguientes categorías:

Premenopausia: es el periodo comprendido entre la menarquia y el inicio de la perimenopausia. Las mujeres en esta época son fértiles y tienen ciclos menstruales regulares.

Perimenopausia: es el periodo que comienza al término de la premenopausia y termina con la menopausia. La mujer pasa de tener ciclos menstruales regulares a tener ciclos irregulares y a presentar algunos síntomas clínicos relacionados con la menopausia.

Menopausia: es cuando se retira definitivamente la menstruación por un año.

Posmenopausia: es el periodo comprendido entre la menopausia y el comienzo de la senectud hacia los 65 años de edad.

Climaterio: es el conjunto de cambios fisiológicos y psicológicos debidos a una disminución progresiva de la función ovárica, que se inician al final de la vida reproductiva de la mujer (y esto coincide con el inicio de la perimenopausia) y terminan al final de la posmenopausia. El climaterio incluye la menopausia y las etapas antes y después de este evento.

Instrumentos de medida

1. *Conocimientos*: mediante una escala con nueve ítems en forma de test con cuatro ítems y una sola respuesta correcta. Se consideró un nivel bueno o de aprobación del test cuando se obtenía 5/9 respuestas correctas. A cada pregunta se le daba un puntaje de 10 cuando la respuesta era correcta y de 0 cuando era incorrecta, de tal manera que al sumar los puntajes de esta sección de conocimientos se obtenía un puntaje mínimo de 0 o máximo de 90. El coeficiente de confiabilidad alfa de esta sección del cuestionario fue de 0.50.

2. *Actitud*: de acuerdo con la teoría de acción razonada, del comportamiento planeado de Fishbein y Ajzen^{6,7} y con los planteamientos de Conner, Sparks y Flórez^{8,9}, la actitud hacia la menopausia se midió a través de tres indicadores: a) la favorabilidad hacia la menopausia, b) expectativas de resultados, y c) valoración de resultados.

Por una parte, la favorabilidad se evaluó a través de siete ítems organizados en escala de Likert con cinco opciones de respuesta y un rango de puntaje de 7 mínimo y máximo 35, con un coeficiente de confiabilidad de 0.78.

De acuerdo con los planteamientos de Conner & Sparks⁸ la actitud personal está determinada además de la favorabilidad, por la interacción entre las expectativas de resultados y la valoración de los mismos. Esta interacción se define como la multiplicación de las expectativas de resultado y su correspondiente valoración. Por esta razón, para la calificación en esta escala, se multiplicó el puntaje de cada una de las expectativas de resultado (ocho en total) por el puntaje correspondiente a la valoración que la participante hizo de ese resultado.

La interpretación de los resultados de los indicadores de la actitud son los siguientes:

Favorabilidad: puntajes altos indican mayor favorabilidad hacia la menopausia.

Expectativas de los resultados: puntajes altos indican percepción de mayor probabilidad de que se den esos resultados cuando se presente la menopausia.

Valoración de los resultados: puntajes altos indican una valoración positiva sobre las

Tabla 1. Definición operativa de las variables del estudio.

Variable	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Escolaridad	Último grado de educación que alcanzó la persona	Ordinal	Nivel educativo: 1. Ninguno 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Universitaria 7. Especialización o posgrado o doctorado
Estado civil	Estado civil de la persona	Categórica	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
Fecundidad	Paridad	Categórica	1. Sí; 2. No 1. Estrato 1 y 2: Bajo
Estrato social	Estrato de la vivienda donde habita la persona	Categórica	2. Estrato 3 y 4: Medio 3. Estrato 5 y 6: Alto 1. Menopausia
Estado climatérico	Fecha de la última menstruación y frecuencia menstrual	Categórica	2. Premenopausia 3. Perimenopausia 4. Posmenopausia
Conocimiento de la menopausia	Nivel de conocimiento sobre la menopausia de acuerdo a una encuesta específica	Continua	De acuerdo con los rangos de puntaje obtenidos en la escala de conocimientos se definieron las siguientes categorías: 1. Bueno: $\geq 55\%$ de las respuestas acertadas de la encuesta (5/9). 2. Malo: $< 55\%$ de las respuestas acertadas de la encuesta.
Creencias sobre la menopausia	Creencias sobre la menopausia (positivas y negativas) de acuerdo con una encuesta específica	Continua	Escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. La escala de creencias mide dos factores (creencias positivas y creencias negativas) y cada factor tiene un puntaje.
Actitud sobre la menopausia	Actitud (positiva o negativa) sobre la menopausia evaluada de acuerdo a una encuesta específica	Continua	Se midió a través de tres factores: a) favorabilidad, b) expectativas de resultado y c) valoración de resultados. La escala para cada uno de los factores es de tipo Likert, organizada en cinco opciones de respuesta. Para cada uno de los factores se diseñaron escalas de medida, cada una con puntaje específico. La suma de los puntajes obtenidos en cada factor da como resultado un puntaje total para actitud que, de acuerdo con los rangos, se divide en dos categorías: actitud positiva y actitud negativa.
Prácticas sobre la menopausia	Ejercicio medido en escala de IPAQ	Continua	Actividad física fue medida en MET-Minutos/semana. De acuerdo con rangos de puntaje definidos para esta escala la actividad física se dividió en tres categorías: a. Baja b. Moderada c. Alta
Servicios de salud	Acceso y calidad de servicios de salud y uso de servicios de salud, medida a través de una encuesta específica.	Continua	Acceso y calidad de los servicios de salud fue medida a través de una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. El factor uso de los servicios de salud fue medido a través de una escala con dos opciones de respuesta (SI /NO)
Práctica sobre la menopausia	Ingesta de calcio semanal derivado de alimentos	Continua	Calcio ingerido por semana y medido en mg.
Tratamiento de la menopausia	Uso terapia hormonal de suplencia continua por 3 meses o más	Categórica	Tipo de terapia: 1. Usuaria de hormonas 2. No usuaria de hormonas

consecuencias que puede tener la menopausia sobre las mujeres en términos de bueno o malo.

3. *Creencias*: se evaluaron con 11 ítems organizados en escala de Likert con cinco opciones de respuesta. Para esta escala se definieron dos factores: creencias positivas hacia la menopausia y creencias negativas hacia la menopausia. Para el puntaje global de creencias se suman los puntajes obtenidos en los dos factores.

Para el caso de creencias positivas, puntajes altos en esta sub-escala indican tendencia a las creencias positivas; para el caso de las creencias negativas, puntajes altos en esta sub-escala indican menor tendencia a las creencias negativas.

4. *Servicios de salud*: para evaluar servicios de salud, se diseñó una escala de 14 ítems, en los que se preguntó, por una parte, acerca de la accesibilidad y calidad de los servicios de salud que tienen que ver con la prevención de riesgos y la atención de afecciones durante la menopausia, y por otra, acerca del uso de los servicios de salud, específicamente en términos de consultas al ginecólogo y realización de exámenes de ginecología, por lo menos una vez al año.

Para el caso de accesibilidad y calidad de los servicios de salud: se diseñó una escala con nueve ítems organizados en escala de Likert, con cinco opciones de respuesta, que preguntan sobre la facilidad de acceder a los servicios de salud y la calidad de la información que reciben sobre aspectos médicos y psico-sociales asociados a la menopausia. Puntajes altos indican mayor accesibilidad y calidad del servicio médico.

Para evaluar uso de los servicios de salud: se diseñó una escala con cinco ítems organizados en una escala de respuesta Sí o No, los cuales preguntan sobre el uso de servicio médico en lo referente a ginecología. Puntajes altos indican mayor uso del servicio médico en la especialidad de ginecología.

5. *Actividad física*: la actividad física como otra de las prácticas saludables definidas para este estudio, de la muestra poblacional se evaluó mediante el Test de IPAQ (Internacional Physical Activity Questionnaire)¹⁴ el cual está aceptado universalmente y ya ha sido validado en nuestro medio¹⁵.

La actividad física está medida en “MET-minutos”. Los METS son múltiplos de la tasa de metabolismo basal y un MET-minuto resulta de multiplicar el factor o puntaje MET de una actividad determinada por la cantidad de minutos que se practica esa actividad.

Los factores o puntajes para cada actividad física son los siguientes: caminar = 3.3 METs; actividad física de moderada intensidad = 4.0 METs y actividad física de vigorosa intensidad = 8.0 METs. Por ejemplo, si una persona camina 30 minutos al día durante 5 días a la semana, el cálculo sería el siguiente: $3.3 \times 30 \times 5 = 495$ MET-minutos/semana.

El cuestionario IPAQ también tiene unos criterios de actividad física para ser expresada en tres variables categóricas, a saber: alta, moderada y baja.

Alta: actividad vigorosa al menos tres días a la semana que produzcan un mínimo de 1.500 MET-minutos/semana o cualquier combinación de actividad física moderada, vigorosa o de caminar durante siete días a la semana que produzcan al menos 3.000 MET-minutos/semana.

Moderada: actividad física vigorosa por 20 minutos/día durante tres o más días a la semana o actividad física vigorosa y moderada y/o caminar al menos 30 minutos al día durante cinco o más días y que estas combinaciones produzcan al menos 600 MET-minutos/semana.

Baja: ninguna actividad física o alguna pero que no alcanza los criterios de una actividad alta o moderada.

6. *Ingesta de calcio*: en este estudio se tuvo en cuenta dentro de las prácticas saludables, la ingesta de calcio y para evaluar esta variable se diseñó una encuesta nutricional con el soporte de una experta en investigación nutricional, la cual mide la ingesta diaria y semanal de calcio procedente de los alimentos.

Para la aplicación de este instrumento, se diseñaron modelos en espuma de poliuretano y madera de diferentes tamaños y formas de derivados sólidos de la leche (quesos); y para los alimentos líquidos se diseñaron modelos fotográficos de vasos, pocillos, platos y cucharas

previamente estandarizados. Estos modelos ya habían sido aplicados en otras investigaciones realizadas por la nutricionista asesora para poderlos estandarizar con relación a la cantidad de calcio aportada por cada uno de los derivados de la leche¹².

Además de la cuantificación de la ingesta de calcio aportada por los alimentos y los suplementos, también se calcularon las calorías y las proteínas contenidas en esos alimentos derivados de la leche y se expresaron en calorías y gramos ingeridos por semana respectivamente. El punto de corte para los requerimientos diarios de calcio se estableció en 1.200 mgs/día o 8.400 mgs/semana. Las recomendaciones calóricas y de proteínas promedio diarias para una persona en menopausia son de 1900 calorías y 52 gramos de proteína respectivamente¹³.

Convocatoria de pacientes para diligenciamiento del cuestionario

La estrategia para convocar a las pacientes seleccionadas para el diligenciamiento del cuestionario, fue el diseño de un taller sobre menopausia. Al inicio del taller se aplicaba el cuestionario general y la encuesta nutricional. Cuando las pacientes lo terminaban de completar se recogían y enseguida se procedía a dictar una conferencia relacionada con aspectos generales de la menopausia, nutrición y psicología. Al terminar esta última conferencia se realizaba una mesa redonda y sección de preguntas para las asistentes.

Análisis de la información

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 14. Los datos demográficos se resumieron en tablas de frecuencias y porcentajes; para las variables continuas se calcularon promedios y desviación estándar.

Además para las variables: actitudes, creencias y servicio de salud, se calcularon las medianas y rangos intercuartílicos.

Para verificación de la consistencia interna de las escalas de cada una de las variables se calculó el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach.

Por último, para la sistematización de la información y análisis químico del calcio de los alimentos se empleó el programa de cómputo de ProPAN (Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño) que es una herramienta desarrollada por la OPS. Esta versión del programa de cómputo de ProPAN está basada en la versión en inglés de Epi Info 6.0 (Dean y col., 1995), un programa de cómputo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta, EE.UU.¹⁷.

Aspectos éticos

En el diseño del presente estudio se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos: Justificación del estudio, aceptación verbal y escrita por parte de las participantes y aprobación del estudio por parte de dos Comités de Ética e Investigación. Además se garantizó confidencialidad de la información y utilización de la misma solamente para fines puramente académicos.

Resultados

Variables demográficas

Un total de 442 pacientes fueron contactadas e invitadas a los talleres sobre aspectos psicosociales de menopausia; 415 asistieron en grupos de 40 personas en promedio, durante las diez sesiones que se llevaron a cabo durante un periodo de seis meses. Seis cuestionarios fueron excluidos porque las pacientes no cumplían los criterios de inclusión, quedando de esta forma 409 cuestionarios para el análisis de los datos. El porcentaje de respuesta de cada una de las preguntas del cuestionario estuvo por encima del 90%.

El rango de edad de las pacientes fue de 46 a 56 años con un promedio de 52.91 años; los estratos socioeconómicos se establecieron con base en los recibos de servicio público de la vivienda de cada paciente. De las pacientes el 12.7% eran de los estratos 1 y 2; el 70% de los estratos 3 y 4 y 17.3% de los estratos 5 y 6.

El tiempo promedio de estar residiendo en la ciudad de Bogotá fue de 40.7 años. La mayoría de mujeres del estudio eran casadas (53.1%).

El 58.8% de la población reportó haber realizado estudios técnicos o estudios profesionales o estudios de posgrado. En contraste el 5.4% había cursado primaria incompleta y el 6.8% primaria completa.

La mayoría de pacientes eran trabajadoras (60.2%) y sólo el 38% estaban dedicadas al hogar. Un bajo porcentaje dedicaba la mayoría de su tiempo al estudio (1%) aunque un 11% combinaba estudio con trabajo.

El 19.8% de las pacientes manifestaron estar pensionadas y el 37.2% estar retiradas y sin pensión. Con relación a la fecundidad el 83.4% había tenido hijos. Por otra parte, sólo el 3% de las pacientes estaba tomando terapia hormonal de reemplazo.

El 98.5% de las pacientes nunca había asistido a un taller, curso o seminario sobre menopausia.

Tabla 2. Distribución de pacientes por estado climatérico y edad.

Estado climatérico	No. pacientes (%)		Edad promedio ($\pm$ DS)
Premenopausia	68	16.6	51.71 $\pm$ 2.66
Perimenopausia	96	23.5	52.41 $\pm$ 2.13
Menopausia	45	11	52.88 $\pm$ 2.16
Posmenopausia	200	48.9	53.57 $\pm$ 2.09
Total	409	100	52.91 $\pm$ 2.30

* Desviación estándar.

Con relación al estado climatérico se encontró que el 60% de las pacientes del estudio eran menopáusicas y el otro 40% estaban distribuidas entre premenopáusicas y perimenopáusicas.

El promedio de edad de cada uno de los subgrupos de climaterio es bastante similar. Es interesante observar cómo cierto grupo de mujeres aún está menstruando regularmente hacia los 51 años de edad (16.6%) (Tabla 2).

En la tabla 3 están resumidos los resultados de las variables psicosociales del estudio.

Variables psico-sociales

Conocimientos: de acuerdo a la definición operativa de conocimientos sobre menopausia, el porcentaje de pacientes que tuvo 55% o más de las respuestas correctas (5/9: Conocimiento bueno) fue del 33.8%. El conocimiento global sobre la menopausia de la muestra del estudio en el cual se tiene en cuenta todas las respuestas correctas fue del 46.8% sobre el puntaje total posible. Este porcentaje equivale a la cifra promedio de 38.36 mostrada en la tabla 3 y equivale a una mediana de 40 (4/9 respuestas correctas), que significa que el grupo en términos generales tiene conocimientos regulares sobre la menopausia.

En las tablas 4 y 5 se encuentra la distribución de frecuencias de las pacientes de acuerdo

Tabla 3. Resumen de los estadísticos descriptivos de las variables del estudio.

Variable	Rango Escala	Mediana Escala	Mediana Muestra	Rango	P25	P75	Moda	Media ($\pm$ DS)*
				IQ				
Conocimientos	0-90	45	40	20	30	50	40	38.36 $\pm$ 16.8
Actitud total	20-350	185	138	37.5	120.75	158.25	138	
Favorabilidad	7-35	21	21	5	19	24	22	
Total expec x Resultados (§)	13-325	169	115	37	101	138	112	
Total creencias	13-65	39	41	7	38	45	40	
Creencias (+)	6-30	18	18	5	15	20	19	
Creencias (-)	7-35	21	24	6	21	27	23	
Acceso y calidad serv. salud	10-50	30	23	9	19	28	20	
Uso servicios salud	0-50	25	40	20	30	50	40	34.87 $\pm$ 13.3

* Desviación estándar; (§) Expectativas x valoración de resultados.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre menopausia del grupo total del estudio.

Conocimiento (No. Respuestas Correctas / 9)	No. de pacientes	%
Bajo: ≤ 2	87	21.2
Intermedio: 3-4	184	45
Bueno: ≥ 5	138	33.8
Total	409	100

Tabla 5. Porcentaje de respuestas correctas / pregunta.

Tópico de la pregunta	Frecuencia	%
Definición de la menopausia	294	72
Edad de la menopausia	332	82
Sexualidad en la menopausia	313	76.5
Tabaquismo y menopausia	36	8.9
Tratamiento de la menopausia	75	18.3
Definición de climaterio	121	29.6
Hormonas y cáncer de seno	129	31.5
Osteoporosis y menopausia	159	39
Enfermedad cardiovascular	110	26.9

al nivel de conocimientos y al tipo de preguntas respondidas correctamente. Ocho pacientes no contestaron ninguna pregunta acertada. La pregunta que tuvo el mayor número de repuestas correctas (82%) fue la referente a la edad en que se presenta más frecuentemente la menopausia. En contraste la pregunta que tuvo el menor porcentaje de respuestas correctas (8.9%), se refiere a la relación entre el tabaquismo y la menopausia. El 72% saben la definición de menopausia; el 76% saben que la humedad vaginal disminuye en la menopausia. Entre el 30 y 40% conocen los riesgos asociados entre cáncer del seno, la terapia hormonal, la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis, con la menopausia. El 29% saben la definición del climaterio. Solo el 18% sabe que la terapia hormonal de reemplazo es la más efectiva para el tratamiento de los síntomas vasomotores.

La variable “conocimientos” se exploró en función de las variables demográficas para determinar si existían algunas tendencias, al menos en forma descriptiva.

Se observó una tendencia ascendente en el nivel de conocimiento en los grupos de nivel

educativo más alto. Cuando se analizan los mismos datos como medianas, las diferencias no son tan notorias entre cada nivel educativo, sin embargo, se observan diferencias entre el grupo con educación superior con relación al grupo con educación básica.

También se encontró un valor promedio mayor de conocimientos en las pacientes menopáusicas que en las premenopáusicas. En igual forma se encontró una tendencia ascendente en los valores promedio de conocimiento desde los estratos socioeconómicos bajos hacia los estratos socioeconómicos superiores.

No se encontraron mayores diferencias cuando se analizaron los conocimientos con relación a las otras variables demográficas como el estado civil, la ocupación y la fecundidad.

Actitudes

Como se mencionó anteriormente, la actitud total se evaluó a través de la favorabilidad hacia la menopausia y el producto de la expectativas de resultado (las consecuencias que las mujeres consideran que puede tener la menopausia en sus vidas) y la valoración de esos resultados en términos de bueno o malo (es la evaluación de esas consecuencias que tiene para ella la menopausia en términos de bueno o malo).

En la tabla 6 se presenta la frecuencia y proporción de respuestas dadas por las pacientes cuando se les preguntó sobre su percepción hacia la menopausia evaluada a través del componente de favorabilidad hacia la menopausia. Esta se encontró en un punto medio entre favorable y desfavorable. En una escala con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 35, la mediana de todo el grupo fue de 21 (mediana de la escala: 21). Aunque en la mayoría de los ítems mencionados en esa tabla las respuestas estuvieron en un punto neutro, el 36% de las pacientes consideran la menopausia como algo saludable, el 43% como algo incómodo y el 59% como algo anormal. Es de anotar que hubo un porcentaje de respuesta por encima de 98%.

En las tablas 7 (expectativas de resultados) y 8 (valoración de los resultados) se presentan la frecuencia y proporción de respuestas dadas por las pacientes de acuerdo a cada ítem y al total de pacientes que respondieron cada uno

Tabla 6. Actitud: componente de favorabilidad hacia la menopausia.

	Yo siento que la menopausia es un cambio ...				
*1	*2	*3	*4	*5	¶ Total
Muy bueno 21 (5.2)	Bueno 62 (15.3)	Ni bueno ni malo 237 (58.7)	Malo 73 (18)	Muy malo 11 (2.7)	No. (%) 404 (98.8)
Muy perjudicial 17 (4.1)	Perjudicial 79 (19.4)	Ni perjudicial, ni beneficioso 235 (57.7)	Beneficioso 68(16.7)	Muy beneficioso 8 (1.9)	407 (99.5)
Muy peligroso 12 (2.9)	Peligroso 62 (15.1)	Más o menos peligroso 109 (26.6)	Poco peligroso 86 (21)	Nada peligroso 140 (34.2)	409 (100)
Muy agradable 29 (7.1)	Agradable 159 (39.3)	Ni agradable ni desagradable 174 (43)	Desagradable 38 (9.4)	Muy desagradable 4 (0.9)	404 (98.8)
Muy incómodo 63 (15.4)	Incómodo 176 (43.1)	Ni incómodo, ni cómodo 125 (30.6)	Cómodo 36 (8.8)	Muy incómodo 8 (2)	408 (99.8)
Muy saludable 54 (13.4)	Saludable 146 (36.3)	Más o menos saludable 123 (30.1)	Poco saludable 76 (18.9)	Nada saludable 3 (0.7)	402 (98.2)
Muy normal 4 (0.9)	Normal 18 (4.4)	Ni normal, ni anormal 50 (12.3)	Anormal 241(59.5)	Muy anormal 92 (22.7)	405 (99)

* Puntajes en la escala de Likert; ¶: Total de respuestas por Ítem.

Tabla 7. Actitud (componente de expectativa de resultados), frecuencia y proporción de respuestas dadas por los pacientes: Total y por ítem No. (%).

Ítem		*Escala	de	Likert		
“Yo espero que en la menopausia...”	1	2	3	4	5	Total
Cambien las relaciones con mi familia	105(26.6)	87(22.0)	79(20.0)	92(23.3)	31(7.9)	394(96.3)
Aumente la frecuencia sexual	92(23.1)	141(35.5)	74(18.6)	71(17.9)	19(4.8)	397(97.0)
Se suspenda la menstruación	73(18.1)	31(7.7)	23(5.7)	63(15.6)	213(52.8)	403(98.5)
Me vuelva menos atractiva físicamente	118(29.6)	92(23.1)	84(21.1)	78(19.6)	25(6.2)	398(97.3)
No tenga posibilidad de embarazarme	92(23.0)	9(2.2)	16(4.0)	58(14.5)	199(49.8)	400(97.8)
Disminuyan las oportunidades de trabajo	108(27.2)	67(16.9)	60(15.1)	81(20.4)	81(20.4)	397(97.0)
Tenga mayor comunicación con mi pareja	55(13.8)	72(18.0)	121(30.4)	85(21.3)	65(16.3)	398(97.3)
Cambie mi estado de ánimo	30(7.6)	37(9.3)	87(22.0)	127(32.1)	114(28.9)	395(96.6)
Tenga más tiempo libre	71(18.5)	69(17.8)	79(20.5)	89(23.1)	76(19.8)	384(93.9)
Me sienta diferente conmigo misma	56(14.3)	56(14.3)	90(23.0)	102(26.0)	87(22.2)	391(95.6)
Ocurran cambios físicos en mi cuerpo	26(6.4)	28(6.9)	59(14.6)	117(28.9)	174(43.0)	404(98.9)
Comience a envejecer rápidamente	48(12.0)	55(13.8)	101(25.3)	111(27.9)	83(20.8)	398(97.3)
Cambie mi estado de salud	31(7.7)	39(9.6)	84(20.8)	106(26.2)	144(35.6)	404(98.8)

*1: Nada posible que suceda; 2: Poco posible que suceda;

3: Más o menos posible que suceda; 4: Posible que suceda; 5: Muy posible que suceda.

Tabla 8. Actitud (componente de valoración de resultados) Frecuencia y proporción de respuestas dadas por los pacientes: Total y por ítem No. (%).

Ítem	*Escala de Likert					
“En esta etapa de mi vida alrededor de la menopausia”...	1	2	3	4	5	Total
Cambiar las relaciones con mi familia sería...	206(51.1)	120(29.8)	27(6.7)	30(7.4)	20(4.9)	403(98.5)
Aumentar la frecuencia sexual sería...	16(3.9)	24(5.9)	125(30.7)	146(35.8)	96(23.6)	407(99.5)
No volver a tener la menstruación sería algo...	22(5.4)	45(11.0)	130(31.9)	118(29.0)	92(22.6)	407(99.5)
Ser menos atractiva físicamente sería para mí...	149(37.9)	150(38.1)	74(18.8)	16(4.0)	4(1.0)	393(96.0)
No tener posibilidad de embarazarme sería...	14(3.6)	30(7.7)	100(25.8)	141(36.4)	102(26.3)	387(94.6)
Disminuir las oportunidades de trabajo sería...	192(48.0)	148(37.0)	43(10.7)	10(2.5)	7(1.8)	400(97.8)
Tener mayor comunicación con mi pareja sería...	28(6.9)	13(3.2)	28(6.9)	119(29.3)	217(53.6)	405(99.0)
Cambiar mi estado de ánimo sería algo...	131(33.2)	134(34.0)	21(5.3)	42(10.7)	66(16.7)	394(96.3)
Tener más tiempo libre para otras cosas sería...	9(2.2)	11(2.8)	20(5.0)	130(31.8)	228(57.2)	398(97.3)
Sentirme diferente conmigo misma sería...	89(22.4)	138(34.8)	58(14.6)	66(16.6)	46(11.6)	397(97.0)
Tener cambios físicos en mi cuerpo sería...	66(16.6)	152(38.1)	132(33.1)	42(10.6)	6(1.5)	398(97.3)
Envejecer con mayor rapidez sería...	207(51.1)	145(35.8)	44(10.9)	7(1.7)	2(0.5)	405(99.0)
Cambiar mi estado de salud sería...	196(49.0)	124(31.0)	18(4.5)	24(6.0)	38(9.5)	400(97.8)

*1: Muy negativo; 2: Negativo; 3: Ni positivo ni negativo; 4: Positivo; 5: Muy positivo.

de ellos. El porcentaje de respuesta estuvo por encima del 93%.

El 31% de las pacientes esperan un cambio en sus relaciones familiares durante la menopausia y el 80% opina que sería malo o negativo ese cambio. El 59% tiene pocas esperanzas sobre un aumento en la frecuencia en sus relaciones sexuales en la menopausia.

El 61% espera que en la menopausia cambie su estado de ánimo. El envejecimiento más rápido durante la menopausia fue valorado como algo negativo en el 87% de las mujeres. El 72% espera cambios en su cuerpo durante esta etapa y el 62% espera que ocurran cambios en su salud. El 41% espera tener menos oportunidades de trabajo en la menopausia.

El producto de las expectativas de resultado multiplicado por la valoración de resultados fue de 115 en un escala con un puntaje mínimo de 13 y máximo de 325 (mediana de la escala: 169), lo cual está por debajo y significa una visión un poco más pesimista y menos positiva hacia las consecuencias que pueda tener la menopausia.

La actitud personal, que es el resultado de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores (favorabilidad y expectativas, valoración de resultados), mostró valores bajos (mediana: 138) con relación a la mediana en una escala con valor mínimo de 20 y máximo de 350, con una mediana de 185.

Esto significa que existe una actitud más negativa que positiva en la muestra del estudio. Los ítems que más afectaron este resultado fueron: pérdida del atractivo físico, disminución de las oportunidades de trabajo y cambio en las relaciones con la familia.

No se encontraron mayores diferencias en actitud hacia la menopausia, de acuerdo con el estrato socio-económico, nivel educativo, estado civil, ocupación, composición familiar ni estatus de climatérico.

Creencias

Para la escala total de creencias, la mediana fue de 41, teniendo en cuenta que el valor mínimo para la escala fue 13 y máximo de 65.

Tabla 9. Creencias. Frecuencia y proporción de respuestas dadas por los pacientes:
Total y por Ítem. No. (%).

Ítem	*Escala de Likert					
“Yo creo que ...”	1	2	3	4	5	Total
La menopausia marca el comienzo de una nueva y promisorio etapa de la vida.	52(12.8)	57(14.0)	86(21.3)	134(33.1)	76(18.8)	405(99.0)
Todas las mujeres que experimentan la menopausia sufren de malestares físicos (dolor de cabeza, pérdida de apetito, calores, por ejemplo).	67(16.7)	117(29.1)	59(14.7)	104(25.9)	54(13.5)	401(98.0)
Las mujeres que están en la etapa de la menopausia sienten que son menos útiles en la sociedad.	12(2.9)	44(10.8)	46(11.3)	160(39.4)	44(10.8)	406(99.2)
En la menopausia las relaciones familiares (con esposo, hijos u otros parientes) se fortalecen.	20(5.5)	65(17.9)	178(48.9)	68(18.7)	33(9.0)	364(89.0)
La menopausia representa una etapa de tranquilidad en la vida de la mujer.	34(8.7)	102(27.6)	119(30.4)	110(28.1)	26(6.6)	391(95.6)
En la menopausia es más difícil conservar los amigos y conseguir amistades nuevas.	9(2.2)	47(11.7)	105(26.1)	140(34.8)	101(25.1)	402(98.2)
Todas las mujeres que llegan a la menopausia experimentan sentimientos de soledad.	28(7.7)	93(25.4)	83(22.7)	101(27.6)	61(16.6)	366(89.5)
Las mujeres en la menopausia tienen vida sexual más satisfactoria.	30(8.5)	87(24.4)	140(39.4)	73(20.6)	25(7.0)	355(86.8)
Una mujer cuando llega a la menopausia tiene mayor posibilidad de enfermarse.	32(8.7)	146(39.6)	91(24.7)	66(17.9)	34(9.2)	369(90.2)
Cuando las mujeres llegan a la menopausia pierden su atractivo físico.	12(3.3)	44(12.1)	93(25.5)	134(36.8)	81(22.2)	364(89.0)
La menopausia es una señal del deterioro físico del organismo.	20(5.5)	87(24.1)	76(21.0)	104(28.8)	74(20.5)	361(88.2)
Las mujeres que llegan a la menopausia se sienten más realizadas que las que no han llegado aún.	60(14.8)	147(36.3)	135(33.3)	46(11.4)	17(4.2)	405(99.0)
En la menopausia las mujeres tienen mejor comunicación con su pareja	29(7.1)	98(24.1)	163(40.1)	91(22.4)	25(6.1)	406(99.3)

*1: Totalmente en desacuerdo; 2:En desacuerdo; 3:Ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4:De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

Este resultado indica que el porcentaje de mujeres que tienen menos creencias negativas y más creencias positivas (en optimistas) es similar al porcentaje de mujeres que tienen más creencias negativas y menos creencias positivas hacia la menopausia (mujeres pesimistas).

Con relación a algunos ítems específicos se encontró lo siguiente: 50% de las mujeres creen que en la menopausia son menos útiles para la sociedad, mientras que el 14% creen lo contrario. El 60% creen que en la menopausia es más difícil conservar los amigos y conseguir nuevas

amistades; el 14% cree lo contrario. El 27% creen que en la menopausia existe mayor probabilidad de enfermarse; el 48% opina lo contrario. El 15% creen que las mujeres que llegan a la menopausia se sienten más realizadas que las que no han llegado aún; sin embargo, el 51% piensa lo contrario (Tabla 9).

Con relación a las creencias sobre la menopausia no se encontraron diferencias de acuerdo con las variables demográficas.

Prácticas saludables

Recordemos que para este estudio se consideraron tres prácticas como saludables en la menopausia, ellas son: uso de los servicios de salud (con dos indicadores: acceso y calidad de servicios de salud y uso de servicios de salud), actividad física e ingesta de calcio.

Respecto a los indicadores de la variable servicios de salud, se encontró un valor de mediana alto en el “uso de los servicios de salud”⁴⁰ en contraste con la mediana obtenida en el indicador “acceso y calidad de los servicios de salud”²³.

En la tabla 10 se presentan los porcentajes en cada una de las opciones de respuesta de los ítems de la escala de acceso y calidad de los servicios de salud.

Respecto a la actividad física, la cual fue evaluada a través del cuestionario específico para este efecto (IPAQ), los resultados se analizaron como variables continuas (con valores absolutos) en MET-minutos/semana y los promedios fueron bajos en las tres modalidades de ejercicio (actividad vigorosa, moderada y caminar). En igual forma los resultados se analizaron como variables categóricas y se establecieron los siguientes puntos de corte de acuerdo a la actividad física: baja: < 600 MET-minutos/semana; moderada: 600 – 1499 MET-minutos/semana y alta: 1500 y más MET-minutos/semana.

De acuerdo con lo anterior, el 75% de los pacientes tuvieron una actividad física baja en las tres modalidades de ejercicio (caminar, ejercicio moderado y ejercicio vigoroso); el 18% una actividad física moderada y el 7% alcanzó una actividad física alta, lograda en una de las tres

Tabla 10. Evaluación escala de acceso a salud y calidad de atención de los pacientes.

Ítem de la pregunta	Respuesta pacientes	No.	%	*IC 95%
Facilidad para encontrar información en EPS sobre menopausia	Muy difícil y difícil	393	47.0	42.0 a 52.0
Conocimiento sobre dónde encontrar información acerca de la menopausia en la EPS	No tiene ni idea	401	60.0	55.3 a 64.7
Calificación sobre información de menopausia por parte de la EPS	Mala y deficiente	391	60.0	55.0 a 64.8
Explicación del MD-EPS sobre síntomas y tratamiento Menopausia	Nunca, casi nunca y algunas veces	399	80.0	76.0 a 83.9
Oportunidad de cita con ginecólogo EPS	Muy difícil y difícil	400	63.5	58.8 a 68.2
Frecuencia en organizar actividades de menopausia en EPS	Nunca y casi nunca	399	98.8	97.7 a 99.8
Frecuencia en información oportuna sobre actividades en salud	Nunca y casi nunca	393	84.0	82.1 a 87.6
Calidad de servicio de la EPS en cuanto a información y orientación de la menopausia	Mala y deficiente	403	75.4	71.2 a 76.9

*IC: Intervalo de confianza.

Tabla 11. Descripción de actividad física por categorías de ejercicio.

Tipo de ejercicio	Baja < 600 Met-min/sem	Moderada 600 – 1499 Met- minutos/sem	Alta >1500 Met- minutos/sem.
	No. Pacientes (%)	No. Pacientes (%)	No. Pacientes (%)
Caminar	295 (74.80%) *(69.8, 79.7)	88 (22.30%) *(13.6, 31.0)	11 (2.79%) *(0.7,12.5)
Moderado	303 (81.60%) *(77.2, 85.9)	57 (15.30%) *(6.0, 25.0)	11 (2.96%) *(0.7,12.7)
Vigoroso	257 (68.70%) *(75.9, 87.9)	60 (16.00%) *(6.7, 25.0)	57 (15.20%) *(5.8,24.5)
Promedio %	75.00%*(69.0, 80.0)	18.00% *(8.8, 27.0)	7.00% *(2.8, 16.0)

* IC 95%: Intervalo de confianza.

modalidades de ejercicio. En la tabla 11 se aprecian los resultados globales de este análisis.

Finalmente, con relación a la ingesta de calcio, de los registros de las 409 mujeres que participaron en el proceso de recolección de la información se tuvieron en cuenta 359 para el análisis de los datos en esta variable; es decir, se incluyó el 88% de la información, dado que aunque en todos los momentos de diligenciamiento del instrumento hubo acompañamiento por parte de dos profesionales en nutrición y del equipo investigador, algunas personas no contestaron en forma completa la encuesta nutricional y por lo tanto estos datos no fueron considerados para el análisis.

Para establecer los niveles de adecuación de ingesta energía y nutrientes se tomaron como adecuados todos aquellos porcentajes que estén entre 90% y 100%.

Es importante aclarar que para el caso del análisis de ingesta de calorías y proteínas, se pueden realizar apreciaciones en torno al por-

centaje del valor calórico total y de necesidades de proteínas que fueron aportados por los alimentos fuentes de calcio consumidos, ya que no se pueden establecer niveles de adecuación, en tanto que sólo se indagó por el número y tamaño de las porciones de leche y derivados consumidos semanalmente por las participantes del estudio.

Respecto al aporte de calorías por el consumo de alimentos fuente de calcio se observa que de estos proviene la tercera parte de las calorías requeridas en el día por las mujeres incluidas en el estudio; esto se debe a que la leche y sus derivados por lo general aportan cantidades considerables de grasa elevando el nivel de calorías ingeridas. En este sentido es importante señalar que de acuerdo con los factores de Atwater por cada gramo consumido de grasa ingieren 9 calorías.

La leche y sus derivados son una importantísima fuente de proteínas de alto valor biológico pues son de origen animal; en este sentido

Tabla 12. Resultados de la ingesta diaria y semanal de proteínas y calcio y aporte energético de la muestra del estudio comparado con las recomendaciones (359 pacientes).

Nutriente	Recomendaciones		Consumo promedio			Consumo valor mediano	
	Día	Semana	Día	Semana	Día	Semana	% de aporte
Calorías	1.900	13.300	620	4.342± 4.910 (DS)*	412	2.885	33%
Proteínas (Gramos)	52	364	34.5	241.3 ± 307 (DS)*	22.5	156	66%
Calcio (mg)	1.200	8.400	1.319 ± 1.473 (DS)*	9.231 ± 10.308 (DS)*	920.4	6.442	77%

* Desviación estándar.

se identifica un aporte importante de este nutriente.

Aunque el promedio de ingesta de calcio del grupo evaluado fue de 1.319 mgs diarios o 9.231 mgs /semana respectivamente y que son valores que están por encima de los valores recomendados de acuerdo a la tabla 12, los rangos son tan amplios lo mismo que las desviaciones estándar, que la mejor forma de analizar estos resultados es con los valores de las medianas para obtener cifras más acordes con la realidad.

De acuerdo a la tabla en mención se encontraron cifras de consumo de calcio de 920.4 mgs diarios y 6442 mgs/semana respectivamente y que están por debajo de los valores recomendados. Teniendo en cuenta el punto de corte de ingesta diaria de calcio (1.200 mgs/día), se encontró que el 60% de las pacientes (215/359) tenían un consumo diario por debajo de ese valor y el 40% por encima (144/359), confirmando de esta manera la observación hecha anteriormente sobre la utilización del valor de la mediana en lugar de la media.

De igual forma, el porcentaje de adecuación del 77% está por debajo de lo establecido (90-100%); 103 pacientes (28.7%) utilizaban calcio como suplemento pero solamente en dos casos el consumo diario de calcio alcanzó los 1.200 mgs, aunque 68 de las 103 pacientes utilizaban la dosis recomendada como suplemento de 600 mgs/día.

De acuerdo con la información obtenida, el 100% de las mujeres incluidas en el estudio consumían al menos un alimento fuente de calcio.

Finalmente, para las variables incluidas en la categoría de prácticas saludables (servicios de salud, actividad física e ingesta de calcio), no se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el estrato socio-económico, el nivel educativo, el estado civil, la ocupación, la composición familiar ni el estatus de climatérico.

Aunque todos los resultados pueden ser interesantes, los autores deben seleccionar los más relevantes y disminuir el número de tablas, pues a esta altura van 22 tablas y creo que en la mayoría de revistas no aceptan más de ocho tablas, algunas deben tratar de agruparse.

Discusión

En este estudio de corte transversal se investigaron las variables psico-sociales de una población menopáusica de la ciudad de Bogotá, seleccionada al azar. Por el tipo de diseño epidemiológico se hizo un análisis descriptivo de los resultados los cuales se comentan y comparan con otros estudios similares.

El estimado o prevalencia de conocimiento global sobre menopausia de esta población fue del 46.8% y este valor quedó dentro del rango de valores esperados cuando se hizo el cálculo del tamaño de la muestra ($50 \pm 5\%$). Esta cifra no es posible compararla con los estudios nacionales, debido a que en aquellos se han utilizado criterios diferentes para definir conocimientos en menopausia.

El estudio de Monterrosa¹⁸ describe porcentajes de conocimiento sobre ciertas preguntas específicas como la definición de la menopausia y la edad en que se presenta la misma. Dicho estudio describe cifras de conocimiento para esas preguntas de 62.8% y 17.8% respectivamente. En la presente investigación esas preguntas tuvieron una respuesta correcta en el 76.3% y el 82.2% respectivamente. El autor en mención no presenta una cifra global de conocimiento que sea comparativa a la encontrada en este estudio.

Vera y col.¹⁹ encontraron que 33% de los adolescentes y 51.9% de los adultos respondieron correctamente la definición de la menopausia. Sobre la edad en la cual se presenta más frecuentemente la menopausia, el 75.2% de los adolescentes y el 89.3% de los adultos respondieron correctamente. Ellos tampoco mencionan una cifra global de conocimiento. Las comparaciones con el presente estudio son imprecisas porque la metodología y tipo de poblaciones son diferentes.

El tercer artículo nacional, publicado por Ossa JE y col.²⁰, está referido a los conocimientos sobre menopausia de un grupo de estudiantes de último grado de medicina. El 43.74% del grupo respondió correctamente la mayoría de las preguntas. Aunque los resultados por población no son comparativos, son preocupantes, porque son el grupo de estudiantes de último año de medicina que están próximos a iniciar su

práctica como médicos generales y por tanto son quienes tienen la responsabilidad de transmitir sus conocimientos a la población menopáusica, entre otras.

Es llamativo el número escaso de publicaciones nacionales al respecto, razón por la cual los resultados de este estudio son un aporte importante al estudio del tema en el contexto nacional.

También llama la atención, el porcentaje de mujeres participantes del presente estudio, que saben la definición y la edad más frecuente en la cual se presenta la menopausia; en contraste solo un 8.9% de las encuestadas que conocen sobre la relación entre el tabaquismo y la menopausia.

La tercera parte de las pacientes respondieron correctamente las preguntas sobre los riesgos de ciertas enfermedades asociadas a la menopausia y su tratamiento (osteoporosis, cáncer de seno y enfermedad cardiovascular). Solo el 19% de las pacientes sabían que la terapia más efectiva para el tratamiento de la sintomatología vasomotora del climaterio eran las hormonas. Esto podría ser explicado por la mala información acerca de la terapia hormonal de reemplazo surgida en el pasado y proveniente de los medios de comunicación; y por el gran auge de las medicinas alternativas y naturistas que anuncian sus productos sin ningún control (“no perjudiciales por ser naturales”) en todos los medios masivos (TV, radio, e internet).

Lo anterior también podría explicar por qué hubo un porcentaje tan bajo de usuarias de terapia hormonal de reemplazo (TH) en este grupo de mujeres participantes en este estudio (3%). Esta cifra contrasta con la encontrada por el autor de 78% de usuarias de TH en un foro de menopausia dictado a 400 pacientes peri y menopáusicas de la ciudad de Bogotá en el año 1998, en la misma aula donde se llevaron a cabo los talleres de menopausia del estudio²¹.

Otro resultado importante fue el mejor nivel de conocimientos sobre menopausia encontrado en el grupo de mujeres con educación superior comparado con el nivel en las mujeres con educación básica.

También se encontró una tendencia de mejores conocimientos sobre la menopausia en el

grupo de menopausia comparado con el grupo de premenopausia. Una posible explicación es que el grupo de menopáusicas que está viviendo el proceso climatérico se interese más por buscar ayuda e información sobre menopausia que la premenopáusica que percibe un poco más lejano ese proceso.

Además se encontró una tendencia a tener mejor nivel de conocimiento en los estratos altos que en los bajos y esto es debido a que las pacientes de estratos más altos tienen mayor posibilidad de alcanzar un mejor nivel de educación.

El promedio de la actitud hacia la menopausia está por debajo de la mediana, significando esto una tendencia o actitud más negativa que positiva hacia la menopausia. Por otra parte el porcentaje de usuarias de TH fue muy bajo (3%). Estos dos resultados merecen tenerse en cuenta por dos razones: un predictor importante para el uso de la TH son las actitudes negativas hacia la menopausia²²; y por otra parte, la utilización de la TH a pesar de los cuestionamientos en el pasado sigue estando vigente y aceptada por la comunidad médica internacional y puede ser una práctica correcta y saludable, si se utiliza en forma individualizada y controlada, y debe ser tenida nuevamente en cuenta como parte de la información que se le tiene que dar a los pacientes²³.

El promedio en el nivel de creencias sobre la menopausia de todo el grupo se ubicó hacia la mediana de la escala. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas según el nivel educativo. Las mujeres con niveles bajos de escolaridad tuvieron tendencia de sus creencias por debajo de la mediana de la escala, significando esto una tendencia a tener más creencias negativas que positivas hacia la menopausia. La importancia de este resultado a tener en cuenta es para el diseño de futuras intervenciones, que estén relacionadas con la educación y formación sobre el tema de menopausia.

Específicamente, en lo relacionado con TH, consejería y recomendaciones, las mujeres que tienen intención de utilizar TH expresan más creencias negativas hacia la menopausia en forma significativa que las que no tienen intención de utilizar TH¹¹.

Pan HA.²⁴, en su artículo, hace referencia sobre la percepción de las poblaciones asiáticas (incluidos Japón y China) hacia la menopausia la cual es vista como algo natural y positivo y por eso la sintomatología del climaterio es reportada con menor frecuencia que en los países occidentales (85% en Holanda; 10% en Japón y 38% en Taiwán). Esto también está relacionado con el uso de terapia hormonal de suplencia (10% en Taiwán, 6% en Hong Kong, en China < 1% y en los países occidentales 20%).

La evaluación de servicios de salud, medida a través de los indicadores: acceso y calidad del servicio de salud y uso de servicio de salud, lo cual se relaciona con control médico por lo menos una vez al año y la realización de exámenes paraclínicos.

Con relación al primer indicador, un alto porcentaje de la muestra de este estudio evalúa la calidad del servicio de salud, en lo que se refiere a la atención en menopausia, como deficiente y como mala la calidad de la información que reciben en el servicio de salud sobre el tema.

La información sobre menopausia proveniente de los profesionales de la salud muestra algunas cifras de la literatura internacional que varía entre el 18 y el 49%^{10,24,25}. En el presente estudio la información provenía del médico solo en el 8.7%. Asumiendo que esta es la información verdaderamente cierta y exacta, significa que el 90% de la información restante la están recibiendo las mujeres de los medios de comunicación masivos, periódicos, revistas, internet, amigos y familiares.

Un resultado novedoso de este estudio es haber trabajado con un cuestionario de conocimientos construido con ítems de encuestas disponibles en la literatura médica, luego validado por un grupo de expertos y sometido a un estudio piloto y a un análisis de la consistencia interna. Por otra parte, los resultados de conocimientos medidos con este cuestionario tienen la desventaja de no poderse comparar con los estudios nacionales disponibles, los cuales han utilizado otros parámetros para medir el conocimiento.

Parte del objetivo de este estudio era recoger la percepción de la mujeres en climaterio a

través de sus conocimientos, actitudes, creencias y prácticas y analizar las asociaciones con las variables demográficas y que esta información sirviese de sustrato para diseñar estrategias de educación en climaterio o al menos para generar algunas ideas o tópicos para complementar esas estrategias y además que estuviesen diseñadas a la medida de las necesidades de esa población.

En la misma forma que se construyó el cuestionario de conocimientos, el cuestionario de actitudes con sus tres componentes y el de creencias, también se alimentaron de ítems de la literatura médica internacional y de la información de las pacientes reunidas en grupos focales con el objeto de tener la percepción local de mujeres menopáusicas.

Igualmente, estos cuestionarios fueron analizados por un grupo de expertos y además se hizo un análisis para la consistencia interna (alfa de Cronbach). Esta metodología para evaluar estas variables en una población climatérica también es algo novedoso de este estudio para nuestro medio.

Las actitudes y las creencias de las personas son características bastante arraigadas y locativas²⁶⁻²⁸ y que de acuerdo a teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen son aspectos determinantes de la intención de un comportamiento.

Por eso el conocimiento por sí solo no es un indicador de cambio conductual². El incremento del conocimiento solo, no garantiza el aumento del éxito de una determinada acción²⁹. Sin embargo, para iniciar cualquier acción o generar un cambio de comportamiento se necesita cierta cantidad de información como punto de partida o sustrato cognitivo. Por tal razón, los conocimientos, las actitudes y las creencias son variables que se han tenido en cuenta para el estudio y comprensión del comportamiento de personas afectadas o en riesgo de ser afectadas por ITS's, VIH/SIDA, cáncer, entre otras.

Otro aporte importante al conocimiento por parte de este estudio, fue la evaluación del ejercicio mediante un test ya validado (IPAQ, versión corta). en pacientes en climaterio y del cual tampoco existen reportes en la literatura nacional. El grupo mostró promedios bajos de

actividad física en las tres modalidades (actividad física vigorosa, moderada y caminar).

Gómez LF y col. midieron el nivel de actividad física global en una población adulta de la ciudad de Bogotá, utilizando el Test de IPAQ (versión corta). Ellos reunieron 3000 pacientes adultos de ambos sexos (1.212 mujeres y 1788 hombres) entre los 18 y 65 años de edad y encontraron que los niveles de actividad física eran más bajos en las mujeres que en los hombres y que el nivel de actividad física entre irregular e inactiva fue del 68% en las mujeres³³.

Estas cifras que se replican cualitativamente en dos estudios cuya medición de la actividad física se hizo con el mismo test, son preocupantes si se tiene en cuenta que las enfermedades que tienen más morbilidad y mortalidad en las mujeres menopáusicas son las de tipo cardiovascular^{34,35} y el ejercicio es una variable que funciona inversamente proporcional a este tipo de enfermedades.

Los valores encontrados con relación a la ingesta de calcio en la mayoría en el grupo que participó antes en el estudio estuvieron por debajo de los requerimientos sugeridos y esto va de acuerdo con la realidad nacional, si se tiene en cuenta que el 85.8% de los colombianos no cubre los requerimientos del mineral, de acuerdo a lo que reporta la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005 (ENSIN). En igual forma estos resultados coinciden con el Departamento de Nutrición de la Universidad Nacional, en donde se encontró que el 81.3% de la mujeres con osteoporosis posmenopáusica tenían ingestas de calcio por debajo de los 800 mgs/día¹³.

Aunque en el presente estudio se tomaron como cifras de requerimientos de calcio para población menopausia de 1.200 mgs/día, algunos otros estudios muestran requerimientos de 1000 mgs/día para pacientes en terapia hormonal de suplencia y 1.500 mgs/día para pacientes sin terapia hormonal^{13, 36, 37}. En este contexto y teniendo en cuenta que sólo el 3% de esta población tomaba terapia hormonal, resultaría que solamente el 29% de las mujeres (con ingesta 1.500 mgs/día o más) del estudio estaría recibiendo adecuadas cantidades del calcio.

Como se mencionó anteriormente, es importante resaltar que sólo 103 de las mujeres suplementaban la ingesta del mineral, a partir de productos no alimentarios, y solamente en dos casos se alcanzan los requerimientos totales diarios de calcio.

Ahora, como es bien sabido, la suplementación de calcio se hace por recomendación médica y en la mayoría de las mujeres menopáusicas se recomienda hacer uso de estos productos, para de alguna manera generar tranquilidad en cuanto a la pérdida de densidad de ósea por la eliminación de calcio y rápida resorción ósea y de esta manera prevenir la osteoporosis. Sin embargo, la utilización o no del producto y la cantidad de la dosis depende de varios factores: nivel de ingesta de calcio proveniente de los alimentos, no sólo el actual sino lo que refleje la historia dietética en cuanto al consumo de alimentos fuente del mineral, a lo largo de la vida, en especial en las etapas de crecimiento; también depende de si se consume o ha consumido alimentos enriquecidos con calcio y de otros aspectos como los niveles de absorción de acuerdo al tipo de suplemento que se utilice, de si se hace uso o no de terapia de reemplazo hormonal, entre otros.

Como dato interesante y para resaltar de este estudio se encontró que gran parte de las participantes del mismo mencionaron como suplementos de calcio: la leche y sus derivados, leche Klim alta en calcio, Ensure, la leche de soya, el Isofem, las cápsulas de vitamina E, la linaza, el Omnilife, el Herbalife, fresylpausia y el Omega 3.

De acuerdo con lo anterior, se hace recomendable establecer estrategias verificables para que la educación, información y orientación que se brinde no sólo en lo asistencial sino a través de los medios publicitarios, a las personas para este caso específico, las mujeres menopáusicas, aporte elementos de juicio para la formación del criterio que les permita establecer la diferencia entre un suplemento, un complemento, un producto enriquecido con calcio, las fuentes dietarias de calcio, productos que han sido lanzados al mercado porque mejoran la calidad de vida de las personas en este u otros estados fisiológicos y sobre todo alertarlas frente a los falsos beneficios de otros.

También es importante señalar los sesgos que amenazan este tipo de estudios y las medidas que se tomaron para poderlos controlar. Los estudios de corte transversal se pueden diseñar sobre una población ya cautiva como por ejemplo pacientes de una clínica de menopausia, del consultorio privado o de una consulta externa de un hospital. En estos casos, aunque es más fácil y más rápido obtener la muestra, el muestreo termina siendo muchas veces por conveniencia o sea que no es un muestreo probabilístico y de esta forma no es posible garantizar la generalización de los resultados y si se hace el estudio de esta forma se estaría cometiendo un posible sesgo de selección.

En este estudio con el objeto de controlar ese potencial sesgo de selección se recurrió a un muestreo probabilístico mediante un muestreo aleatorio simple con el objeto de asegurar la validez de inferencia o generalización de los resultados.

También pueden presentarse en estos estudios sesgos en la medición con relación a la información obtenida a través del instrumento de recolección de la información o cuestionario de la siguiente manera: diseño de las preguntas en cuanto comprensión y claridad de las mismas; que no induzcan a una respuesta determinada; facilidad de respuesta; presentación de la pregunta en la forma (tipo de letra, papel, etc.), longitud del cuestionario.

En este estudio tal como se describió anteriormente, no se utilizó un cuestionario ya existente porque no existía, sino que hubo necesidad de diseñar uno específico para este estudio y esto podría ser una potencial fuente de sesgo para recoger adecuadamente la información.

Para tratar de controlar este sesgo y mejorar los ítems o preguntas de cada sección del cuestionario, se recurrió al concepto de expertos que sugirieron modificaciones de algunas preguntas para que fuesen más comprensibles.

La otra estrategia después de construir un cuestionario preliminar, fue la de someterlo a un estudio piloto, de donde surgieron por parte de las pacientes otras sugerencias para el cambio de algunas preguntas y el cambio del orden de algunas secciones. También se hizo un pilotaje específico sobre la sección de conocimien-

tos después del estudio piloto en un grupo de pacientes menopáusicas de la consulta externa, para utilizar terminología más comprensible.

Para el diseño de los ítems de creencias y actitudes sobre la menopausia y tener una percepción más realista y locativa sobre la menopausia de nuestra pacientes, se procedió a técnica de grupos focales para enriquecer esas secciones y esto en cierta forma genera un control en el diseño de los ítems de esas secciones que de otra forma estarían sometidos a la percepción del investigador o simplemente lo que dice la literatura médica con posibilidad de sesgo en la información. Dentro de los mismos grupos focales se trató de conformar grupos homogéneos en cuanto a estrato socio-económico, nivel educativo, estado civil y paridad, para que los pacientes pudiesen sentirse más cómodos en dar sus opiniones.

La otra fuente posible de sesgo de información estaba prevista en el momento del diligenciamiento del cuestionario definitivo debido a la longitud del mismo y por esta razón esto podría generar diligenciamiento incompleto. Para este posible evento se concedió un tiempo amplio para el diligenciamiento del cuestionario y además se invitó al taller personal que les diera soporte a los asistentes para el diligenciamiento del cuestionario. En la sección de la encuesta nutricional se les dio además soporte con ayuda audiovisual y con personal del Departamento de Nutrición.

A pesar de esta medida, la encuesta nutricional no se diligenció en el 100% en forma satisfactoria y esto pudo ser debido a falta de comprensión de la encuesta, fatiga de las encuestadas ya que la encuesta se hacía al final del cuestionario o posiblemente esta encuesta está diseñada para aplicarla a grupos más pequeños en número de integrantes.

Limitaciones del estudio

1. La naturaleza transversal de las mediciones no permite establecer relaciones de causalidad en las asociaciones observadas.
2. El cuestionario de recolección de la información es bastante extenso y esto aumenta las probabilidades de diligenciamiento incompleto.

3. El cuestionario sobre nutrición y medición del calcio en los alimentos fue llenado de forma deficiente y por eso solo pudieron ser tenidas en cuenta para el análisis, 359 encuestas de las 409 del total del estudio.
4. En cuanto hábitos (cigarrillo, café, alcohol) y tratamientos de la menopausia (hormonal y terapias alternativas no hormonales) que son importantes como prácticas saludables y no saludables de la menopausia no se tuvieron en cuenta porque de haberlo hecho en forma adecuada extendería muchísimo más el cuestionario de lo que estaba.
5. Otro campo importante en el climaterio es la sexualidad y tampoco se exploró a profundidad porque también implicaría una extensión importante en el cuestionario.
6. La evaluación de conocimientos con la escala en mención mostró valores de consistencia interna un poco bajos (alfa: 0.50). Esto podría generar un sesgo en los resultados relacionados con los conocimientos sobre la menopausia.

Conclusiones

1. El nivel global de conocimientos de esta población de estudio fue de tipo intermedio. Un 21% de la misma tiene prácticamente un desconocimiento completo de la menopausia.
2. Se encontró una tendencia a tener un mejor nivel de conocimientos en las mujeres con niveles de educación superior, pertenecientes a estratos sociales altos y que se encuentran viviendo la menopausia.
3. Se observó una tendencia más pesimista y menos positiva hacia las consecuencias que puede ocasionar la menopausia en la vida de las mujeres.
4. La pérdida del atractivo físico, disminución de oportunidades de trabajo y cambio en las relaciones con la familia fueron los ítems que más incidieron sobre una actitud más negativa sobre la menopausia, debido a que estos eventos se evalua-

ron con una alta probabilidad de suceso y con consecuencias negativas para la vida de las mujeres.

5. La percepción de la menopausia a través de las creencias giró alrededor de un punto medio entre las creencias positivas y las creencias negativas.
6. Las posibilidades de acceso al servicio de salud con el fin de obtener información y orientación sobre la menopausia con bastante deficientes tanto en la calidad como en las oportunidades.
7. La información sobre menopausia que reciben las mujeres directamente de su médico es también muy deficiente y esto expone a esta población a que acuda a otras fuentes de información procedente de los medios de comunicación que también brindan una información incompleta y superficial, en muchas ocasiones sesgadas por las creencias y mitos culturales que se tienen al respecto.
8. La actividad física medida a través el Test de IPAQ, en las modalidades de caminar, ejercicio moderado y ejercicio vigoroso fue baja.
9. La ingesta de calcio tanto diaria como semanal de esta muestra poblacional estuvo por debajo de los requerimientos recomendados para mujeres en esta época de la vida.

Recomendaciones

Se sugiere afinar y mejorar el instrumento de medida en algunas de sus escalas en la siguiente forma:

1. La escala de conocimientos necesita mejoría de su consistencia interna y podría lograrse agregándole otros ítems y otras preguntas diferentes a las planteadas en el cuestionario, como por ejemplo ítems relacionados con toda la sintomatología vasomotora del climaterio, sobre terapia y sexualidad. Luego, someter nuevamente esta escala a un estudio piloto y conseguir de nuevo el aval de los expertos.
2. Los ítems que conforman las escalas de actitud y creencias hacia la menopausia

podrían ser evaluadas a través de un análisis factorial para reducción de datos o información, dejando aquella que tenga un peso importante o sea representativa del dominio que se quiere evaluar (actitud o creencia).

3. La encuesta nutricional no se recomienda ser aplicada a grupos grandes de pacientes, en la forma que se hizo en este estudio, porque el llenado de la encuesta va a ser deficiente. Se recomienda para ser aplicada en forma de entrevista personal y con la ayuda de los modelos alimentarios que se utilizaron en el estudio. Se podría aplicar como máximo a grupos de 10 pacientes asistidos por una persona adiestrada.
4. El diseño de estrategias pedagógicas dirigidas al fortalecimiento de las creencias positivas, y reducción de las creencias negativas podrían resultar en una herramienta útil para la promoción del uso de servicios de salud como práctica saludable en la menopausia.
5. Es posible promover la actividad física a través del fortalecimiento de los conocimientos, favorabilidad hacia la menopausia y creencias positivas. Este punto es muy importante si se tiene en cuenta que el problema de salud más importante que se presenta en la menopausia es el relacionado con el área cardiovascular, y el ejercicio juega un papel de suma importancia como hábito saludable y profiláctico.
6. Diseño de conferencias y talleres dirigidos a desmitificar el mal uso de los suplementos de calcio y orientar el uso de los complementos, productos naturales y alternativos utilizados para el manejo de la menopausia.
7. Se sugiere el trabajo en talleres formativos e informativos que incluya las siguientes temáticas: tabaquismo y los efectos en la menopausia, cambios en la dimensión de la sexualidad, las relaciones familiares y sociales y aspectos cardiovasculares asociados a la menopausia.

En resumen: en el presente estudio se encontró una población climatérica seleccionada al

azar, representativa de una EPS de la ciudad de Bogotá, que tiene unos conocimientos regulares sobre la menopausia; que tienen una percepción más pesimista y menos positiva hacia la menopausia; que hace poco ejercicio, que tiene una ingesta de calcio baja, que recibe una información inadecuada de la misma y no se encuentra en terapia hormonal de reemplazo.

Todas estas características hacen que esta sea una población vulnerable a desarrollar problemas de salud en el futuro, si no se toman medidas preventivas desde ahora.

Finalmente, a pesar de ser un estudio descriptivo de corte transversal, hace aportes importantes para incrementar el conocimiento en el área de la menopausia y el climaterio, esto teniendo en cuenta que no existen estudios elaborados con esta metodología en nuestro ámbito nacional. Por otra parte, los objetivos del estudio se cumplieron porque sus resultados van a ser utilizados para generar nuevos estudios y para diseñar estrategias de educación en menopausia más acordes a las necesidades de nuestra población. Por ser un estudio novedoso en su metodología podrá servir de referencia para otros investigadores que estén trabajando en este campo.

Agradecimientos

Queremos agradecer al Centro de Estudios e Información en Salud de la Fundación Santa Fe por su soporte académico, financiero y logístico, a la Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Javeriana por el soporte epidemiológico en el diseño de este estudio y a la Organización Sanitas Internacional por haber facilitado la base de datos de sus afiliados a la EPS en la cual se llevó a cabo el presente estudio.

Referencias

1. NAMS Achieving Long-Term Continuance of Menopausal ERT/HRT: Consensus Opinion of the North American Menopause Society. *Menopause* 1998; 5: 69-76.
2. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica* 2003; 34: 186-195.

3. González O, Arteaga E, Contreras P. *Menopausia y Longevidad – Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica*. Santiago de Chile, Chile, Ed Bywaters, 1998.
4. Fredman M, Walton-Moss B, Zacur H. *Health, Hormones and Happiness – Creating Wellness for Midlife and Beyond*. The Johns Hopkins University School of Medicine and the Institute for Johns Hopkins Nursing. Baltimore. Ed QMC, 2001.
5. World Health Organization. *Research of the menopause, report of a WHO stititific group*. Ginebra; WHO Technical Report Series No. 670, 1995.
6. Ajzen, I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
7. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
8. Corner M, Sparks P. The Theory of Planned Behavior and health behaviors. Predicting health behavior. En: Conner, M & Norman, P (Eds). *Research and practice with social cognition models*. Buckingham. UK: Open University Press. 1996; 121-162.
9. Flores E., Tschann, J.M., Van Oss B. Latin adolescent: predicting intention to have sex. *Adolescence* 2002; 37: (48) 659-679.
10. Kaufert P, Boggs P, Ettinger B. Women and Menopause: Beliefs, Attitudes, and Behaviors. The North American Menopause Society 1997 Menopause Survey. *Menopause* 1998; 5: 197-202.
11. Hunter M., Lih Mei Liao K. Intentions to use hormone replacement therapy in a community sample of 45-years old women. *Maturitas* 1994; 20: 13-23.
12. Borda C. *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2005*. ICBF. Ed Panamericana 1ª. Ed, Noviembre, 2006. Forma e Impresos SA ISBN 9789586230872.
13. Perdomo, MP. Nutrición y menopausia: enfoque actual. *Rev Col de Menop* 1998; 4(1): 7-15.
14. International Physical Study. International Physical Activity Questionnaire. 2002. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/>
15. Craig CL, Marshal AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35: 1381-1395.
16. Muñoz J. *Análisis Cualitativo de datos con Atlas/ti*. v.2.4 Mayo 2003. <http://www.incluirong.org.ar/docs/manualatlas.pdf>.
17. OPS. *ProPAN: Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño*. Universidad de Emory, EEUU; Instituto de Investigación Nutricional, Perú; Instituto Nacional de Salud Pública, México y Organización Panamericana de la Salud, EEUU. Octubre 2003. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/nu/ProPAN-index.htm>.
18. Monterrosa A, Barrios J, Bello AM. Conocimientos y creencias sobre menopausia en mujeres mayores de 40 años de edad, naturales del Palenque de San Basilio, Bolívar, Colombia. *Rev Col de Menop* 1999; 5: 37-46.
19. Vera AH, Renteria S. Conceptos y Creencias sobre Menopausia. Estudio en 240 mujeres distribuidas en dos grupos de edades. *Rev Col de Menop* 1996; 2: 38-69.
20. Ossa JE, Penagos GS, Gutiérrez F, Uribe F, Botero JE. Menopausia: actitudes y conocimientos en un grupo de médicos internos, de la facultad de Medicina, de la Universidad de Antioquia. *Rev Col Obst Ginecol* 2000; 51: 89-92.
21. Moreno-Escallón B. Educación en Salud a la mujer en climaterio. ¿Vale la pena? ¿Tiene algún impacto? *Rev Col de Menop* 2000; 6: 49-58.
22. Anderson, D. Posner, N. Relationship between psychococial factors and heath behaviors for women experiencing menopause. *Int. J. Nursing Practice* 2002; 8: 265-273.
23. Meeting Abstracts of the 12th World Congress on the Menopause. *Climateric* 11 (Supp 2) ISSN 1369-7137, May. 2008.
24. Pan H.A, Wu M.H, Hsu, C.C, Yao BL, Huang K.E. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002; 41: 269-274.
25. Utian WH, Schiff I. NAMS-Gallup Survey on Women's Knowledge, information Sources, and Attitudes to Menopause and Hormone Replacement Therapy. *Menopause* 1994; 1: 39-48.
26. Sierra-Bravo R. *Escalas de las Ciencias sociales en Técnicas de investigación Social y ejercicios*. Madrid, Paraninfo, 1985; 339.

27. López H. *Creencias y Actitudes. El cambio social, en Sociolingüística*. Madrid. Ed. Redos, 1989; 233.
28. Zimbardo PG, Ebbesen EB, Maslach C. *Examen de las teorías de la actitud y el cambio de la conducta en: Influencias sobre las actitudes y modificación de conducta. Introducción al método y el poder personal*. Bogotá Fondo educativo interamericano 41, 1982.
29. Liao KLM, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas* 1998; 29: 215-224.
30. Navarro E. *Conocimientos, Actitudes, y Practicas sobre el Sida*. [www.universia.net.co/vih-sida/pedagogica/conocimientos-actitudes y prácticas sobre el sida.html](http://www.universia.net.co/vih-sida/pedagogica/conocimientos-actitudes-y-practicas-sobre-el-sida.html).
31. Fernández MA. Conocimientos, creencias y prácticas en relación a la Amebiasis Intestinal. *Rev Cub Med* ISSN 0034-7523, 1998.
32. Cabeza E, Catalán G. Conocimientos, Creencias, y Actitudes de la Población femenina de Mallorca respecto al cáncer. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 489-499.
33. Gómez LF, Duperly J, Lucumi Y, Gómez R. Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia) . Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2005; 19: 206-213.
34. Bush TL. The Epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. *Ann NY Acad Sci* 1990; 592: 263-271.
35. Gorodeski GI, Utian WH. Epidemiology and risk factors of cardiovascular disease in postmenopausal women. In: Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal woman: Basic and clinical aspects*. 2nd. ed Philadelphia, PA; Lippincott Williams & Wilkins. 1999; 331-360.
36. Gómez G. y Alfaro S. Nutrición y menopausia. *Rev Col de Menop*. 2002; 8(2): 126-144.
37. Uriza G, Alwer R., Guerra O., Onatra W, Sánchez C. Recomendaciones para el manejo del Climaterio en el ISS. *Rev Col de Menop* 1998; 4(1): 18-24.