# Conocimientos, creencias y actitudes asociadas a comportamientos saludables durante el climaterio de una población de mujeres climatéricas de la ciudad de Bogotá, con acceso a un servicio de salud (EPS) 2ª parte (correlación y regresión)

Recibido para publicación: agosto 12 de 2010. Revisado y aceptado: octubre 8 de 2010

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

## RESUMEN

**Objetivos.** Analizar la correlación entre el nivel de conocimientos, la percepción sobre la menopausia, y la influencia de estas variables sobre las conductas saludables, con el objeto de elaborar estrategias futuras en educación diseñadas a la medida de esa población, y que sirvan para hacer un manejo más racional de la menopausia.

**Material y métodos.** Estudio de corte transversal a 6 meses, en una muestra obtenida de una población climatérica bogotana de 15.560 mujeres de 46 a 56 años de edad, seleccionada aleatoriamente que respondieron un cuestionario autoadministrado para evaluar las variables demográficas y las variables psicosociales como los conocimientos, actitudes y creencias sobre la menopausia y las prácticas (asistencia médica; ejercicio e ingesta de calcio). Se calcularon medias para las variables continuas; análisis de correlación de Persson para las variables independientes y dependientes y ANOVA para comparación de medias. Además, análisis de regresión para identificar la incidencia de las variables independientes sobre la variabilidad de las dependientes.

**Resultados.** 415 mujeres fueron encuestadas. Se encontraron correlaciones significativas y positivas entre la actitud personal y sus dos indicadores (favorabilidad y total de expectativas por valoración de resultados). También con creencias sobre la menopausia y específicamente con creencias negativas. En cuanto a la favorabilidad hacia la menopausia, se presentaron correlaciones significativas y positivas con creencias en general y particularmente con sus indicadores creencias positivas y negativas; además de correlacionar con acceso y calidad de los servicios de salud y con actividad física. También se encontró correlación positiva y significativa entre las creencias negativas y el uso de los servicios de salud y entre las creencias positivas y la actividad física - caminar. En la misma forma se encontraron correlaciones positivas y significativas entre las creencias positivas, las creencias negativas y la ingesta de calcio, proteínas y calorías semanales.

* Ginecólogo Endocrinólogo Universidad de Pensilvania, 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.
*** Nutricionista Investigadora
**** Ginecóloga Obstetra Universidad Nacional.
Fundación Santa Fe de Bogotá y Centro de Estudios e Información en Salud.
Solicitud Separatas: Bernardo Moreno Escallón. Correo electrónico: bernardo.moreno@ama.com.co.

La favorabilidad hacia la menopausia y los conocimientos son predictores de ejercicio y acceso al servicio de salud, mientras que tener menos creencias negativas y más positivas sobre la menopausia son predictores de la ingesta de calcio y del control médico rutinario.

**Conclusiones.** Aunque la transmisión del conocimiento es importante como punto de partida, se debe trabajar en la elaboración de estrategias que sirvan para comprender las creencias y modificar las actitudes hacia la menopausia y de esta manera influir en forma esencial para que se genere un cambio de comportamiento hacia las prácticas saludables.

**Palabras clave:** menopausia, climaterio, conocimientos, creencias, actitudes.

## ABSTRACT

**Objective.** To assess the correlation between knowledge, attitudes, beliefs and behaviors in the menopause and the influence of these variables on health behavior 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 as health practices (physical exercise, medical control and nutrition). Mean, median, Persson´s Correlation, ANOVA analysis and Regression Analysis were calculated.

**Results.** A total of 415 women were surveyed. Significant and positive correlations between personal attitudes and their components (favorability expectancy and outcomes values) were founded, as well as with negative beliefs towards menopause. There was also a significant correlation between favorability towards menopause and beliefs and health practices (physical exercise, medical control) and between negative beliefs and use of health services and between positive beliefs and physical exercise. Significant and positive correlations between positive and negative beliefs and calcium intake were also founded. The favorability through menopause and knowledge are predictors of physical exercise and health service access, and also to have less negative beliefs and more positive ones are predictors of calcium intake and routine medical control.

**Conclusions.** Although the knowledge teaching about menopause is an important preliminary approach, is also very important to make strategies towards beliefs, understanding and attitudes change in order to determine health behavior

**Key words:** menopause, climacteric, knowledge, beliefs, attitudes.

## Introducción

El incremento de la expectativa de vida propio de la sociedad moderna ha hecho que las mujeres soporten por varias décadas de su ciclo vital un déficit hormonal fisiológico (entre 25 y 30 años). Las consecuencias de dicho estado a corto, mediano y largo plazo, que afectan tanto la calidad de vida como la longevidad de la mujer, constituyen en su conjunto la condición denominada 'síndrome climatérico'. Se ha observado que el bienestar de las mujeres durante el climaterio se ve afectado por factores diversos, como la ausencia de prácticas saludables relacionadas con la alimentación y la actividad física, la deficiente información sobre el climaterio y la menopausia, así como también con el escaso uso de los servicios de salud y la baja adherencia a los tratamientos diseñados para enfrentar las molestias de la menopausia y el climaterio.

Estudios realizados en el pasado[1] cuyos resultados cayeron infortunadamente en manos de los medios de comunicación antes que en las de los médicos y que en forma apresurada y bastante irresponsable la hicieron llegar al público,

generaron pánico y le hicieron suspender la terapia a muchas mujeres que posiblemente estaban recibiendo beneficios. Esto desató una verdadera confusión entre las pacientes y aun entre los médicos; hoy en día la información que recibe la mujer al respecto se encuentra deformada y esto, por supuesto, afecta el manejo que se les está dando a las pacientes que no saben a ciencia cierta cómo actuar frente a su menopausia.

Frente a las deficiencias en la información acerca del climaterio, en particular, se han diseñado estrategias educativas cuya característica principal es que sólo toman en consideración lo que los profesionales de la salud piensan que necesitan saber y aprender las mujeres. Es decir, poco se ha tenido en cuenta el conocimiento y las creencias, expectativas y actitudes que las mujeres poseen sobre la menopausia y el climaterio y que son fundamentales en la forma en que ellas experimentan y toman decisiones frente a tal condición.

Los procesos educativos por parte de la comunidad médica hacia las pacientes son de suma importancia porque son los que contienen el mejor soporte científico para que ellas puedan orientar adecuadamente el manejo del climaterio y la menopausia; a su vez esas intervenciones educacionales deben darse con cierta continuidad, para que las pacientes permanezcan adheridas a los tratamientos y así estos puedan surtir los efectos deseados, considerando que el climaterio es una condición que dura muchos años. Por otra parte, los conocimientos adquiridos por el desarrollo científico son cambiantes, lo mismo que la interpretación de los mismos suministrados por los medios masivos de comunicación.

Lo que se quiere con las personas, es que todo el esfuerzo educativo a través de la transmisión de conocimientos no se quede en el plano puramente informativo sino que conociendo otros aspectos psicosociales se puedan canalizar para poder ayudar a modificar los comportamientos saludables hacia futuras investigaciones.

Como este artículo es complemento de otro publicado por el autor[2] utilizando la misma información, para el lector que no esté familiarizado con las variables definiciones y metodología de ese estudio, lo referimos al mismo y para que los resultados presentados en este artículo tengan algún sentido se presentaran los principales resultados del primero.

## Metodología

Para el desarrollo del marco teórico y del estado del arte se hizo una búsqueda en la base de datos Medline a través del PubMed en términos MeSH y en las bases de datos en ciencias sociales Ebsco y Psycholit. Las palabras clave empleadas para la búsqueda fueron: *menopause*, *knowledge*, *attitudes*, *believes*, *practice*, *health behaviour*, *climateric* y *hormone replacement therapy*.

También se investigó en la biblioteca Cochrane utilizando los mismos términos MeSH. Se consultaron además los índices de las siguientes publicaciones: *Revista Colombiana de Menopausia, Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia y Revista Controversias en Ginecología y Obstetricia.* Igualmente se revisaron libros de texto *(Menopausia y Longevidad* del año 1998[3] y *Health, Hormones and Happiness,* del Johns Hopkins, del año 2001[4].

De esta búsqueda bibliográfica se seleccionaron sin límite en el tiempo aquellos estudios nacionales e internacionales relacionados con los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en el climaterio y menopausia, y que describieran en forma aislada o en forma grupal esas variables En particular se prestó atención a las metodologías utilizadas en dichos estudios que sirvieran de punto de referencia tanto para el diseño del instrumento de recolección de información del presente estudio como para comparar los resultados.

Fueron incluidas pacientes en climaterio entre los 46 y 56 años usuarias de la EPS en Bogotá, que manifestaron estar interesadas en ser entrevistada a través de un cuestionario y aceptaron las condiciones del consentimiento informado específico para este estudio. Se excluyeron aquellas pacientes elegibles con condiciones médicas precarias (cáncer avanzado, alzheimer, trastornos mentales, alcoholismo, paraplejía, sordera, mudez e invidencia) que les impedían participar adecuadamente en el estudio o elegibles que fuesen iletradas.

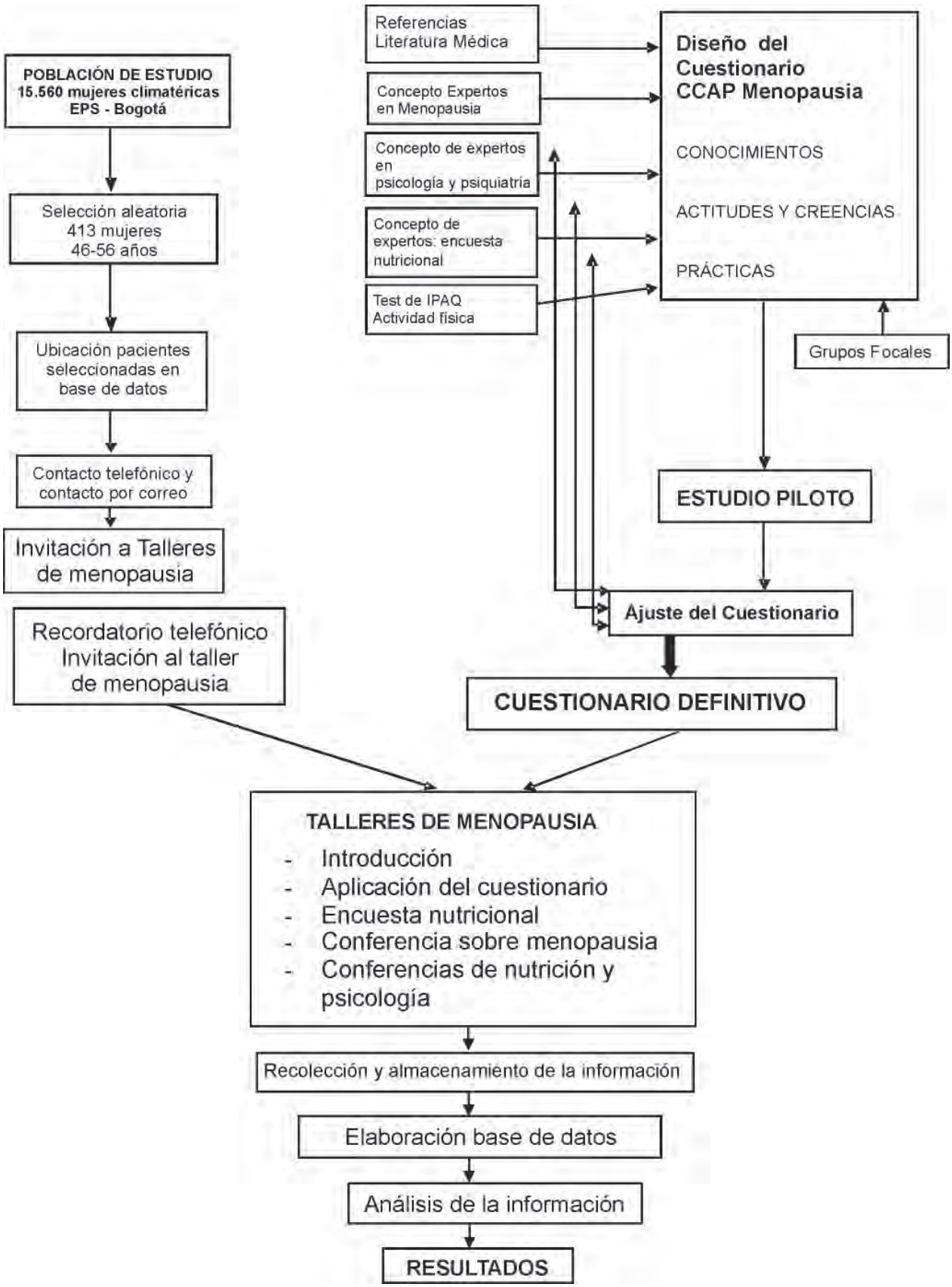



**Figura 1.** Diagrama del estudio de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en la menopausia.

En el diagrama de la figura 1 se resumen los pasos que se siguieron para el diseño del presente estudio. Paralelamente al trabajo de consecución de la base de datos y selección de la muestra de las pacientes del estudio, se inició la construcción del cuestionario sobre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de la menopausia. El cuestionario fue diseñado con base en aportes de la información publicada en la literatura médica universal[5-11] y también teniendo en cuenta los conceptos de expertos en cada uno de esos ítems.

**Análisis de la información**: los datos fueron analizados con el programa SSPS, versión No. 14. Se realizaron análisis de correlación de Pearson, para las variables independientes y dependientes y finalmente se realizaron análisis de regresión para identificar la incidencia de las variables independientes sobre la variabilidad de las variables dependientes de este estudio.

Finalmente, en el diseño del presente estudio se tuvieron 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 académicos.

## Resultados

A continuación se resumen algunos de los resultados del articulo original[2]. Se tuvieron en cuenta 409 cuestionarios que cumplieron los requisitos para el análisis.

El promedio de edad de las pacientes fue de 52,9 años. 12,7% de las pacientes eran de estrato 1 y 2; 70%, de estrato 3 y 4 y 17,3% de estrato 5 y 6. La mayoría de mujeres del estudio eran casadas (53,1%). 60% de las pacientes del estudio eran menopáusicas y el otro 40% estaban distribuidas entre premenopáusicas y perimenopáusicas. Sólo el 3% de las pacientes estaba tomando terapia hormonal de reemplazo en el momento de la encuesta.

### *Variables psicosociales*

**Conocimientos:** de acuerdo con el número de respuestas correctas en el cuestionario, 33,8% tenía buen conocimiento; 45%, conocimiento intermedio y 21,2%, conocimiento deficiente sobre la menopausia. Con relación a otras variables demográficas, se encontró una tendencia ascendente en el nivel de conocimiento a partir de los grupos con nivel educativo más bajo hacia los de nivel educativo más alto. También se encontró un valor promedio mayor de conocimiento en las pacientes menopáusicas en comparación con las premenopáusicas.

**Actitudes:** 36% de las pacientes consideran la menopausia como algo saludable; 43%, como algo incómodo, y 59%, como algo anormal. No se encontraron tendencias diferenciales en actitud hacia la menopausia, de acuerdo con estrato socio-económico, nivel educativo, estado civil, ocupación, composición familiar ni estatus climatérico.

**Creencias:** el porcentaje de mujeres que tiene menos creencias negativas y más positivas (mujeres optimistas) es similar al porcentaje de mujeres que tiene más creencias negativas y menos positivas sobre la menopausia (mujeres pesimistas).

El 50% de las mujeres creen que en la menopausia son menos útiles para la sociedad, mientras que 14% creen lo contrario. 60% creen que en la menopausia es más difícil conservar los amigos y conseguir nuevas amistades; 14% cree lo contrario. 27% creen que en la menopausia existe mayor probabilidad de enfermarse. 48% opina lo contrario. 15% creen que las mujeres que llegan a la menopausia se sienten más realizadas que las que no han llegado aún; sin embargo, 51% piensa lo contrario. Con relación a las creencias sobre la menopausia y las otras variables demográficas no se encontraron tendencias en ninguna de esas variables.

**Prácticas saludables:** se consideraron como indicadores las siguientes prácticas: utilización de los servicios de salud, acceso y calidad de los mismos, actividad física e ingesta de calcio.

El 75% de las pacientes tuvieron una actividad física baja en las tres modalidades de ejercicio (caminata, ejercicio moderado y ejercicio vigoroso); 18% realizó actividad física moderada y 8% alcanzó una actividad física alta.

Con relación a la ingesta de calcio y teniendo en cuenta el punto de corte de ingesta-calcio diario

recomendado (1.200 mgs/día), se encontró que 60% de las pacientes realizaban un consumo diario por debajo de ese valor y 40%, por encima.

**Análisis de correlación:** para establecer cuál era el grado y la dirección de la asociación entre las diferentes variables del estudio se realizó un análisis de correlación de Persson, y los resultados se presentan en la Tabla 1.

Se encontraron correlaciones significativas y positivas entre la actitud personal y sus dos indicadores (favorabilidad y total de expectativas por valoración de resultados). También con creencias hacia la menopausia y específicamente con creencias negativas. En cuanto a la favorabilidad hacia la menopausia, se presentaron correlaciones significativas y positivas con creencias en general y particularmente con sus indicadores: creencias positivas y negativas; además, se correlacionó con acceso y calidad de los servicios de salud y con actividad física. También se encontró correlación positiva y significativa entre las creencias negativas y el uso de los servicios de salud y entre las creencias positivas y la actividad física – caminar. En la misma forma se encontraron correlaciones positivas y significativas entre las creencias positivas, las creencias negativas, las creencias totales y la ingesta de calcio, proteínas y calorías semanales.

**Análisis de regresión:** para indagar acerca de cuál de las variables predictoras explicaba mejor la realización de prácticas saludables, para este estudio se definieron tres: actividad física, servicios de salud e ingesta de calcio. Se realizaron análisis de regresión por el método de *stepwise*. Los resultados de este análisis de presentan en la Tabla 2.

En cuanto a la actividad física, los resultados señalan que la variabilidad de la actividad física es explicada en un 10% por la favorabilidad, lo que quiere decir que las mujeres que presentan mayor favorabilidad hacia la menopausia realizan mayor actividad física (Tabla 2).

**Tabla 1.** Matriz de correlación de las variables del estudio

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Actitud personal | 1,00 | 0,19 | 0,99 | -0,05 | -0,12 | -0,20 | 0,07 | -0,07 | -0,06 | -0,05 | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,03 |
| 2. Favorabilidad | | 1,00 | 0,02 | 0,02 | 0,21 | 0,17 | 0,19 | 0,01 | 0,10 | -0,04 | 0,11 | 0,08 | 0,02 | 0,10 |
| 3. Expectivas * Val. Resultados | | | 1,00 | -0,05 | -0,16 | -0,23 | 0,04 | -0,07 | -0,08 | -0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,04 | 0,02 |
| 4. Conocimientos | | | | 1,00 | 0,17 | 0,17 | 0,11 | 0,08 | 0,10 | 0,04 | 0,09 | 0,14 | 0,05 | 0,04 |
| 5. Creencias | | | | | 1,00 | 0,91 | 0,70 | 0,09 | 0,00 | 0,11 | 0,07 | 0,08 | 0,04 | 0,01 |
| 6. Creencias negativas | | | | | | 1,00 | 0,35 | 0,09 | 0,00 | 0,10 | 0,05 | 0,02 | 0,03 | 0,01 |
| 7. Creencias positivas | | | | | | | 1,00 | 0,05 | 0,01 | 0,05 | 0,07 | 0,14 | 0,04 | -0,01 |
| 8. Servicios de salud | | | | | | | | 1,00 | 0,52 | 0,91 | 0,08 | 0,03 | 0,10 | 0,04 |
| 9. Acceso y calidad de SS | | | | | | | | | 1,00 | 0,11 | 0,06 | 0,06 | -0,01 | 0,05 |
| 10. Uso de SS | | | | | | | | | | 1,00 | 0,06 | 0,00 | 0,12 | 0,02 |
| 11. Actividad física | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,44 | 0,62 | 0,90 |
| 12. Actividad caminar | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,12 | 0,12 |
| 13. Actividad moderada | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,38 |
| 14. Actividad vigorosa | | | | | | | | | | | | | | 1,00 |

| | |
|---|---|
| Correlación significativa a nivel de | 0,01 |
| Correlación significativa a nivel de | 0,05 |

**Tabla 2.** Resultados del análisis de regresión de variables predictoras y sus indicadores con actividad física.

| | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Cambio en R cuadrado | Beta |
|---|---|---|---|---|---|
| Favorabilidad | 0,113(a) | 0,013 | 0,01 | 0,013 | 0,113 |

Variable Criterio: Actividad Física

Respecto a cada una de las modalidades de actividad física evaluadas en este estudio (actividad física vigorosa, moderada y caminar) los resultados de los análisis de regresión señalan que la actividad física caminar es explicada en un 29% por las creencias positivas sobre la menopausia y por los conocimientos sobre la misma (Tabla 3).

Respecto a los servicios de salud y sus indicadores, los análisis de regresión muestran que la accesibilidad y calidad de los servicios de salud es explicada en un 15% por los conocimientos sobre la menopausia y la favorabilidad (Tabla 4). En cuanto al uso de los servicios de salud, éste es explicado en un 8% por las creencias negativas (Tabla 5).

Con relación a la ingesta de calcio se hicieron los siguientes análisis de regresión (Tabla 6).

En cuanto a la ingesta de calcio, los resultados de los análisis de regresión señalan que la ingesta de calcio semanal es explicada en un 18% por las creencias negativas sobre la menopausia; esto quiere decir que las mujeres que tienen menos creencias negativas sobre la menopausia tienen una mayor ingesta de calcio (Tabla 6).

En el análisis de la Tabla 7 se muestra que la ingesta de calcio es explicada en un 23% por las creencias negativas y las creencias positivas sobre la menopausia, lo que significa que las mujeres que tiene menos creencias negativas y más positivas hacia la menopausia tienen una mayor ingesta de calcio.

## Discusión

Los resultados del análisis de correlación indican que hay correlaciones positivas y significativas entre la actitud personal y las creencias sobre la menopausia, lo cual permite explicar, en parte, los bajos promedios en actitud personal cuando también se dan bajos promedios en

**Tabla 3.** Resultados del análisis de regresión de variables predictoras y sus indicadores con actividad física- caminar.

| | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Cambio en R cuadrado | Beta |
|---|---|---|---|---|---|
| Creencias Positivas | 0,139(a) | 0,019 | 0,017 | 0,019 | 0,126 |

Variable Criterio: Actividad Física – Caminar

**Tabla 4.** Resultados del análisis de regresión de variables predictoras y sus indicadores con accesibilidad y calidad de servicios de salud.

| | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Cambio en R cuadrado | Beta |
|---|---|---|---|---|---|
| Conocimientos | 0,100(a) | 0,01 | 0,008 | 0,01 | 0,098 |
| Favorabilidad | 0,140(b) | 0,019 | 0,015 | 0,01 | 0,098 |

Variable Criterio: Accesibilidad de los servicios de salud

**Tabla 5.** Resultados del análisis de regresión de variables predictoras y sus indicadores con uso de servicios de salud.

| | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Cambio en R cuadrado | Beta |
|---|---|---|---|---|---|
| Creencias negativas | 0,102(a) | 0,01 | 0,008 | 0,01 | 0,102 |

Variable Criterio: Uso de servicios de salud

**Tabla 6.** Resultados del análisis de regresión de variables predictoras y sus indicadores con ingesta de calcio.

| | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Cambio en R cuadrado | Beta |
|---|---|---|---|---|---|
| Creencias negativas | 0,142 | 0,02 | 0,018 | 0,02 | 0,142 |

Variable Criterio: ingesta de calcio

**Tabla 7.** Resultados del análisis de regresión de variables predictoras y sus indicadores con ingesta de calcio.

| | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Cambio en R cuadrado | Beta |
|---|---|---|---|---|---|
| Creencias negativas | 0,142 | 0,02 | 0,017 | 0,02 | 0,142 |
| Creencias positivas | 0,169 | 0,029 | 0,023 | 0,015 | 0,110 |

Variable Criterio: ingesta de calcio

creencias. Esto quiere decir que persiste una actitud negativa hacia la menopausia, la cual además está asociada con creencias negativas sobre la misma.

Adicionalmente, los resultados señalan que la favorabilidad hacia la menopausia también se correlaciona positivamente con creencias y sus indicadores (creencias negativas y creencias positivas), lo cual es un resultado que debe tenerse en cuenta en el diseño de estrategias pedagógicas que tengan como propósito incidir en la actitud de las mujeres hacia la menopausia.

Una ruta por la cual se pueden afectar las actitudes hacia la menopausia y lograr cambios hacia una actitud positiva, es la de desmitificar las creencias negativas y con ello propiciar la transformación de conceptos culturales que definen la menopausia como una etapa negativa del ciclo vital, caracterizada por las pérdidas y las deficiencias en las esferas social, familiar, laboral, productiva, afectiva, personal, física, entre otras.

En este sentido, el planteamiento de Ajzen & Fishbein[12-13] cobra relevancia en la medida en que señala que la información, entre otros factores, tiene una influencia importante sobre las creencias y las actitudes, que a su vez son determinantes en la intención de ejecutar una acción o comportamiento.

Es así como los procesos informativos y formativos pueden constituirse en una estrategia que contribuya a desmitificar creencias negativas, incrementar y mejorar la calidad de la información que tienen las mujeres sobre el climaterio y la menopausia específicamente.

En cuanto a servicios de salud, se destacan el alto promedio en uso de los servicios del mismo, en contraste con el bajo promedio en acceso y calidad de los servicios de salud. Además estos dos indicadores correlacionan significativa y positivamente con favorabilidad (indicador de la actitud personal). Esto quiere decir que quienes tienen mayor favorabilidad hacia la menopausia perciben mayor facilidad de acceso y calidad de los servicios de salud, además de usarlos con mayor frecuencia.

Éste es un resultado relevante para el diseño y ejecución de estrategias dirigidas a promover el uso de los servicios de salud, especialmente el de ginecología durante la menopausia, ya que si se propicia entre las mujeres una actitud positiva y mayor favorabilidad hacia la menopausia, se contribuye a que acudan a los servicios de salud disponibles con mayor frecuencia.

Un factor que influye de manera importante en el uso o no de los servicios de salud son las creencias sobre la menopausia, es decir, la disminución de creencias negativas y fortalecimiento

de creencias positivas, a través de estrategias pedagógicas y de formación. Esto puede resultar una herramienta útil para la promoción del uso de servicios de salud como práctica saludable en la menopausia.

Los resultados de este estudio también señalan que la actividad física es explicada por la favorabilidad (indicador de la actitud personal), y en forma específica esa actividad física en lo que se refiere a caminar es explicada en primera medida por creencias positivas y por los conocimientos hacia la menopausia.

Estos resultados, que son coherentes con las planteamientos de la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1991)[12] al señalar que la actitud personal y las creencias hacia la menopausia son factores determinantes para la realización de actividad física durante la menopausia. Así mismo coinciden con los resultados encontrados por Anderson, D. & Posner, N. (2002)[14] quienes plantean que las actitudes y las creencias, además de las percepciones individuales que se tengan sobre la menopausia, influyen de manera importante sobre la variabilidad en la ejecución de comportamientos saludables.

Entre las medidas preventivas de la osteoporosis, además de la ingesta de calcio, está el ejercicio de apoyo de peso: caminar, correr y pedalear[15]. Los análisis de regresión del estudio coinciden con esta recomendación, si se tiene en cuenta que las creencias positivas sobre la menopausia hacen que las pacientes realicen mayor actividad física como caminar y además tienen una mayor ingesta de calcio.

## Referencias


1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002;288:321-333.
2. Moreno-Escallón B., García DM., Gómez M., Arocha G. Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de una población menopáusica colombiana con acceso a un servicio de salud (EPS). *Rev. Col. Menop.* 2009;15:19-41.
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. Connelly MT, Rusinak D, Livingston W, Raeke L, Inui TS. Patient knowledge about hormone replacement therapy: implications for treatment. *Menopause* 2000;7(4):266-272.
6. 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.
7. Liao KLM, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas* 1998;29:215-224.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Chávez-Ayala R, Andrade-Palos P, Rivera-Rivera, L. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. Salud Pública Méx. 2002;44:385-391.
12. Ajzen, I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991;50:179-211.
13. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
14. Anderson, D. Posner, N. Relationship between psychosocial factors and heath behaviours for women experiencing menopause. *Int J Nursing Practice* 2002;8:265-273.
15. Perdomo, MP. Nutrición y menopausia: enfoque actual. *Rev. Col. Menop.* 1998;4(1):7-15.