

Líneas de Gestión

EN ATENCIÓN PRIMARIA



guía de educación para La salud

*a Las mujeres
en La etapa deL climaterio*





a Las mujeres
en La etapa
DEL CLIMATERIO

autores:

Amparo Diez Sánchez (Temas 1, 3, 6 y 8)
Enfermera del Centro de Salud de Palomarejos en Toledo.

Consuelo Vélez Carrillo (Tema 2)
Enfermera del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

Pilar Orgaz Gallego (Tema 4)
Médico del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

Amelia Ruiz Martil (Tema 5)
Enfermera del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

Belvis Arroyo Solera (Tema 7)
Enfermera del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

Olga Fernández Rodríguez (Tema 9)
Médico. Técnico de Salud de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Esmeralda Santacruz Salas (Temas 10 y 12)
Enfermera del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

Eva Sáez Torralba (Temas 11 y 13)
Enfermera del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

M^a Ángeles Gómez Núñez (Tema 14)
Psicóloga del C. de Salud de Palomarejos en Toledo.

Coordinadora del Proyecto:

Amparo Diez Sánchez

Colaboraciones:

Mariano Lázaro Rivero

Médico del Centro de Salud de Palomarejos por su aportación en los grupos de Educación para la Salud a las mujeres en la edad del climaterio.

Edición y Coordinación:

Dirección de Enfermería de Atención Primaria de Toledo:

Javier Carrasco Rodríguez: Director de Enfermería

M^a Isabel García Rodríguez: Responsable de Equipos de Enfermería

Esther Aguirre de la Peña: Responsable de Equipos de Enfermería

Edita:

SESCAM - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha/
Gerencia de Atención Primaria de Toledo

Diseño y maquetación:

Rail Comunicación

Depósito legal:

TO-305-2007

ÍNDICE

Introducción	9
1. Organización de la Educación para la Salud (Eps.) grupal.	13
2. Menopausia y Climaterio. Nociones generales.	20
3. Ejercicio físico y climaterio.	31
4. Prevención de la enfermedad ginecológica.	41
5. Alimentación saludable en el climaterio.	49
6. Ansiedad/Estrés: Técnicas de relajación.	62
7. Osteoporosis e Higiene Postural.	71
8. Enfermedades cardiovasculares y climaterio.	81
9. Tratamiento farmacológico en la menopausia.	86
10. El aparato reproductor y contracepción en la etapa del climaterio.	99
11. Consideración social de la menopausia.	117
12. La autoestima.	127
13. Comunicación asertiva. Negociación.	135
14. Sexualidad en el climaterio.	156
15. Lecturas recomendadas.	164



PRESENTACIÓN

Presentamos este Manual de Educación para la Salud a mujeres en una etapa normal de su vida como es el Climaterio.

Ha sido elaborado por profesionales de nuestro Área y recoge las actividades desarrolladas en grupo y coordinadas por Amparo Diez Sánchez, enfermera del Centro de Salud de Palomarejos. Los contenidos abarcan aspectos como síntomas de la menopausia, problemas y como prevenirlos.

Desde un enfoque global de Educación para la Salud, explica técnicas de aplicación específica en las áreas cognitivas, afectiva y de las habilidades de cada mujer, desde la esfera individual como persona, tan importante en esta etapa de la vida.

Así mismo aplica acciones a desarrollar en los Servicios de Salud, a través del Equipo de Atención Primaria y la organización sistematizada de Educación para la Salud grupal, junto a recomendaciones basadas en la propia experiencia del quehacer diario de estos profesionales, coautores, colaboradores y coordinadores del documento.

Queremos agradecer y reconocer en todos ellos su decisivo protagonismo en el contenido del libro, que la Atención Primaria del Área Sanitaria de Toledo, asume como línea estratégica de desarrollo.

Auguramos el éxito de Educación para la Salud en las mujeres en la etapa del climaterio, que producirá un importante beneficio para estas mujeres y para los profesionales, que sigan sus recomendaciones técnicas y que está dirigido a que las mujeres viven esta etapa de la vida de forma saludable.

Francisco Fernández Páez
Director Gerente
Gerencia Atención Primaria Toledo





PRESENTACIÓN

Promocionar la salud y prevenir la enfermedad, en todas las etapas de la vida de las personas, son los principales objetivos de esta Dirección de Enfermería, por eso impulsamos y abanderamos todas aquellas iniciativas que van encaminadas a conseguir estas metas tan importantes en salud.

En este caso nuestro trabajo ha ido encaminado a la mujer, en una edad de 45 a 65 años, etapa llamada Climaterio, e incluso antes, como fase previa de preparación y formación.

Este manual recoge conocimientos, habilidades y técnicas de educación para la salud con actividades grupales, que como está demostrado es un aprendizaje más eficaz que el individual, ya que la mujer puede poner en común con otras mujeres sus experiencias, problemas e inquietudes.

Por otra parte conociendo los cambios físicos y psíquicos, que van a producirse en el cuerpo de la mujer cuando llega la menopausia, podrá prevenir los problemas que puedan aparecer y asegurarse una buena calidad de vida.

Y por último este trabajo que presentamos refleja la ilusión, el trabajo en equipo y las ganas de un grupo de profesionales enamorados del trabajo bien hecho y sobretodo la tenacidad y constancia por sacar adelante esta iniciativa que ahora finalmente ha podido recogerse en un Manual.

Deseamos que sirva de herramienta y ayuda a otros compañeros en su trabajo diario con las mujeres.

Javier Carrasco Rodríguez
Director de Enfermería
Gerencia Atención Primaria Toledo



INTRODUCCIÓN

El climaterio es una etapa de límites imprecisos que se caracteriza por la pérdida gradual y progresiva de la función ovárica que implica una serie de cambios hormonales y ocasiona síntomas muy variables de unas mujeres a otras, en cuanto a diversidad, intensidad y duración.

El climaterio engloba la premenopausia, la menopausia, la perimenopausia y la postmenopausia:

- **Premenopausia:** Se inicia cuando comienzan a aparecer las manifestaciones del declinar de la función ovárica, su duración es entre 6-10 años, termina con la menopausia.
- **Menopausia:** Representa un síntoma, una fecha. Se refiere a la fecha de la última menstruación; para hablar de menopausia han de transcurrir al menos 12 meses de amenorrea. La menopausia precoz se define por el fallo ovárico a una edad inferior a 40-50 años.
- **Perimenopausia:** Numerosos autores definen así al tiempo comprendido entre el año anterior y el posterior a la fecha de la menopausia debido a las particularidades clínicas y endocrinológicas de este periodo: aparición de sintomatología vasomotora y alteraciones del ciclo.
- **Postmenopausia:** Es el periodo de vida de la mujer posterior a la fecha de menopausia, es decir, posterior a un año de menstruación.

Durante el periodo del climaterio se incrementan los problemas de salud de la mujer debido a:

- Aparición de síntomas derivados de la disminución estrogénica (síndrome climatérico).
- Aumento de riesgo cardiovascular y de osteoporosis.
- Aumento de la patología sociocultural y psicológica.

Todo ello, junto al aumento de la esperanza de vida en la mujer, hace que el climaterio constituya un problema sociodemográfico, sanitario y económico de primer orden, que precisa atención desde una perspectiva integral, donde el enfoque preventivo constituye un aspecto fundamental y que requiere en muchos casos la adopción de medidas terapéuticas específicas.

Población diana:

1. Mujeres jóvenes con menopausia artificial.
2. Mujeres con antecedentes y hábitos de riesgo de osteoporosis postmenopausica.
3. Mujeres entre 45 y 64 años inclusive, con sintomatología clínica manifiesta de hipoestrogenismo.
4. Todas las mujeres entre 45 y 64 años de la zona de salud que soliciten su inclusión en los grupos de educación para la salud.

Objetivo general:

Que las mujeres desarrollen conocimientos, actitudes y habilidades para vivir esta etapa de la vida de forma saludable.

Objetivos específicos:

ÁREA COGNITIVA:

Que las mujeres desarrollen conocimientos sobre:

- Consideración social de la menopausia. Roles sociales.
- La menopausia: ¿Qué es? ¿Por qué se produce? Su clínica.
- Diferencia entre menopausia y climaterio.
- Alimentación saludable.
- La importancia del ejercicio físico en el climaterio.
- Aparato reproductor y anticoncepción.
- La ansiedad/estrés. La relajación.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.

- Las relaciones. Relación de pareja. Sexualidad.
- La autoestima.
- Osteoporosis. Higiene postural.
- Prevención de enfermedades ginecológica.
- ¿Qué es el THS?.
- Comunicación: escucha activa. Comunicación asertiva. Negociación.
- Manejo de conflictos. Autocontrol.

ÁREA AFECTIVA:

Que las mujeres desarrollen:

- Actitudes positivas ante esta etapa de la vida.
- Actitudes de equilibrio entre cuidar y cuidarse.
- Actitudes de autoaceptación.
- Actitudes de comunicación.
- Actitudes de autovaloración.
- Actitudes de independencia.

ÁREA DE HABILIDADES:

Que las mujeres desarrollen habilidades:

- Para el manejo de la ansiedad.
- Para el control de la respiración.
- Habilidades de comunicación.
- Todas las habilidades necesarias para la realización de su autocuidado.



ORGANIZACIÓN De La eps. GRUPAL

1.

Metodología de captación:

Las personas del Equipo de Atención Primaria (EAP) que vayan a llevar a cabo la intervención, mantendrán una reunión con todos los miembros del EAP, en la que se informará de las características del curso de Eps. a quien va dirigido (mujeres entre 45 y 64 años), contenidos, finalidad, metodología... para que estos puedan ofertar la participación en las actividades a las mujeres que se pueden beneficiar de ella.

Se les pedirá que recojan algunos datos de las mujeres que estén interesados en participar para lo cual se les entregaran las fichas de captación en la consulta.

Una vez se disponga de todas las fichas, los Educadores formarán los grupos teniendo en cuenta el nivel de instrucción, si la menopausia esta confirmada o no, la situación laboral, familiar, riesgo de osteoporosis... Intentando formar los grupos de la forma más homogénea posible.

Metodología educativa:

CONTENIDOS:

Son todos aquellos objetivos específicos que están dentro del área cognitiva del área afectiva, y del área de habilidades.

OBJETIVOS DIDÁCTICOS:

Utilizados en las distintas etapas del proceso de aprendizaje. Nos van a orientar sobre el método educativo que hay que utilizar.

MÉTODOS Y TÉCNICAS:

- Expositivos.
- De investigación en aula.
- Desarrollo de habilidades.
- De análisis.

TIEMPO Y HORARIO:

Las sesiones se desarrollarán aproximadamente en una hora y media.

El horario se negociará con los participantes durante la primera sesión.

RECURSOS:

- Aula.
- Pizarra.
- Rotafolios.
- Retroproyector.

DISEÑO DE LAS SESIONES:

Para el diseño de las sesiones relacionaremos los contenidos, los objetivos específicos, didácticos, técnicas educativas teniendo en cuenta los tiempos y recursos.

EVALUACIÓN:

Evaluaremos el grado de consecución de los objetivos didácticos a través de:

- Cuestionarios a los participantes.
- Entrevista con los sanitarios que atienden a cada mujer en consulta para detectar posibles cambios observados.
- A través de actividades educativas, intencionalmente evaluativas.
- Después de cada sesión (evaluación intermedia).
- Al finalizar el curso (evaluación final).
- A corto y medio plazo (entrevista a sanitarios).

Evaluaremos además si las mujeres que forman el grupo han expresado su realidad, si han identificado y analizado factores que influyen, si han incorporado conocimientos nuevos, si han visto problemas y buscado soluciones.

La evaluación la realizarán además de los educadores, los educandos.



Ficha para la captación en las consultas

FECHA DE CAPTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

EDAD DOMICILIO

TELEFONO

MENOPAUSIA: CONFIRMADA

PREMENOPAUSIA

SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS:

ACTITUD ANTE ELLA:

SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN FAMILIAR

(Vive con hijos, pareja, otros familiares...)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

RIESGO DE OSTEOPOROSIS

RIESGO CARDIOVASCULAR

RIESGO PSICOSOCIAL

PROBLEMAS DE SALUD

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

INTERES EN REALIZAR EL CURSO

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA CAPTACIÓN:

Cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis postmenopausica

FACTORES DE RIESGO

PUNTUACIÓN

Factores raciales:	
Raza negra	0
Raza blanca	1
Raza amarilla	2
Antecedentes familiares:	
Osteoporosis	2
Fracturas	2
Antecedentes personales:	
Raquitismo	4
Fracturas	3
Malnutrición en la infancia	2
Hábitos de vida:	
Ejercicio físico programado	0
Ejercicio físico ocasional	1
Sedentarismo	2
Tabaco: No fumadora	0
Menos de 10 cig./día	1
Más de 10 cig./día	2
Alcohol: No bebedora	0
Bebedora social	1
Gran bebedora	2
Factores endocrinos:	
Peso bajo	1
Peso ideal	0
Obesa	2
Tiempo desde la menopausia sin THS (máximo 7 puntos)	1 punto/año
Hiperparatiroidismo	5
Hipertiroidismo	5
Diabetes tipo	2
Síndrome de cushing	2
Factores obstétricos:	
Nulípara	2
Más de 4 hijos	2
Tratamientos prolongados con:	
Anticonvulsivantes, antiácidos, hormonas tiroideas, corticoides	2
Otras enfermedades crónicas:	
Síndrome malabsorción/gastrectomía, Insuf. Renal o hepática crónica, mieloma, EPOC	2

TOTAL PUNTUACIÓN

Riesgo: (0-4 puntos = bajo)
(5-7 puntos = alto)
(> 7 puntos = posible osteoporosis postmenopausica)

Hoja resumen de la actividad (a rellenar por los educadores)

CENTRO DE SALUD EDUCADOR

FECHA GRUPO

Nº CHARLAS TIEMPO EMPLEADO

Nº PARTICIPANTES EN EL GRUPO

CONTENIDO

METODOLOGÍA UTILIZADA

.....

OBJETIVOS CONSEGUIDOS

.....

OBJETIVOS NO CONSEGUIDOS

.....

NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL GRUPO

.....

DIFICULTADES CON EL GRUPO

.....

INCIDENCIAS, OBSERVACIONES

.....

.....

Cuestionario de evaluación (a rellenar por las participantes)

1.- DINOS TU OPINION SOBRE EL CURSO EN GENERAL:

.....
.....

2.- ¿CREES QUE LAS CHARLAS HAN SIDO CLARAS?

.....

3.- ¿HAY ALGUN TEMA SOBRE EL QUE QUIERAS SABER MÁS?

.....

4.- EN TU OPINION: ¿HA SOBADO ALGUN TEMA?

.....

5.- ¿CREES QUE PUEDEN AYUDARTE LAS CHARLAS EN ESTA ETAPA DE TU VIDA? ¿EN QUE?

.....
.....

6.- ¿QUÉ TE HAN PARECIDO LOS EDUCADORES?

.....

7.- ¿HAS TENIDO PROBLEMAS CON EL HORARIO?

.....

8.- DI TRES COSAS QUE TE HAYAN GUSTADO:

.....
.....

9.- DI TRES COSAS QUE NO TE HAYAN GUSTADO

.....
.....

2. *menopausia* *y CLImaterio - NOCIONES GENERALES*

Contenidos

La menopausia: ¿Qué es? Tipos de menopausia. ¿Por qué se produce?

Clínica de la menopausia. Diferencias entre menopausia y climaterio.

Objetivos específicos

1. Actitudes positivas ante esta etapa de la vida.

Objetivos didácticos

1. Que las participantes expresen sus creencias y experiencias respecto a esta etapa del climaterio.
2. Que adquieran conocimientos sobre la menopausia, el climaterio y el control de síntomas.

Metodología

De investigación en aula- Rejilla (el grupo expresará los aspectos positivos y negativos en esta etapa de la vida), después el educador devolverá al grupo lo expresado resaltando el hecho de que hay factores físicos u hormonales y también factores psicosociales.

Información técnica: exposición.

Material necesario

- Fotocopias de la información técnica para repartir a las participantes.
- Cañón para proyección de diapositivas.
- Pizarra y tizas.

Trabajo de grupo: La Rejilla

¿QUÉ ES PARA VOSOTRAS LA MENOPAUSIA?

ASPECTOS POSITIVOS:

ASPECTOS NEGATIVOS:

Información técnica: menopausia-climaterio

¿Qué es la menopausia?

Por menopausia entendemos el cese permanente de la regla, habiendo transcurrido por lo menos un año desde la última regla y sin ningún sangrado menstrual.

Podríamos decir que es el momento en que se produce la última regla.

Suele producirse por término medio a los 50 años (entre 45 y 55 años).

Menopausia precoz: la que tiene lugar antes de los 45 años.

Menopausia tardía: la que se ocurre después de los 55 años.

Tipos:

- **Menopausia natural:** la que se produce progresivamente por un normal envejecimiento del ovario.
- **Menopausia artificial:** La que se produce por una intervención quirúrgica (extirpación de los ovarios con o sin histerectomía), radioterapia o quimioterapia.

La menopausia no es una enfermedad sino un proceso de envejecimiento natural que hay que afrontar de forma positiva.

Conociendo los cambios físicos y psíquicos que se van a producir en nuestro organismo, podremos prevenir los problemas de salud asociados con la menopausia (tales como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y la depresión) con el fin de asegurar nuestra calidad de vida en esta etapa que abarca de los 45 a los 60 años.

Nos olvidaremos de viejos mitos y creencias que tienen la visión negativa de que las mujeres solamente sirven para la procreación y que en esta etapa ya no se da el placer sexual.

Causas que influyen en la aparición de la menopausia

Los factores que pueden influir (según estudios realizados) son:

- **Herencia:** Las hijas seguirían el modelo de las madres.
- **Número de hijos:** Las mujeres sin hijos alcanzan antes la menopausia que las que han tenido hijos.
- **Nivel socioeconómico:** Cuanto menor es este nivel, más temprana es la menopausia (probablemente por la alimentación).
- **Raza:** Las mujeres de raza negra tendrían la menopausia antes que las mujeres de raza blanca aunque si el nivel de vida es similar también la edad de la menopausia podría no variar.
- **Clima:** Las mujeres que viven en altitudes elevadas tendrían antes la menopausia.
- **Tabaco:** Considerado un acelerador de la menopausia, cuanto más fume la mujer más pronto tendrá la menopausia. Se sabe que la nicotina es un tóxico directo sobre el ovario, sobre los centros superiores (hipotálamo) y sobre el hígado.
- **Alcohol:** Por las enfermedades que conlleva puede acelerar la menopausia si este se consumiera en exceso.



- Enfermedades ginecológicas o enfermedades generales.
- Cirugía.
- Radioterapia, quimioterapia.

¿Qué es el climaterio?

EL CLIMATERIO es un largo periodo en la vida de la mujer (entre 45 y 60 años) en el que se produce el paso progresivo del estado reproductivo al periodo no fértil.

FASES:

- **Perimenopausia:** Es el periodo, en meses o años, que precede a la menopausia.
- Suele ir acompañado de **alteraciones en el ciclo** tanto en lo que se refiere a la cantidad de pérdida como a la frecuencia de presentación, pudiendo ser las reglas muy abundantes, muy próximas entre sí, muy separadas o bien presentarse de forma anárquica. En esta etapa la mujer se queja de síntomas diversos: irritabilidad, insomnio, cefaleas, o hinchazón abdominal.
- **Menopausia:** El momento en que cesa la menstruación de manera definitiva. Es un signo del climaterio.
- **Postmenopausia:** Periodo que sigue a la menopausia. En esta fase desaparecen todos los síntomas derivados de la falta de hormonas (sofocos, sudoraciones, insomnio, irritabilidad, etc.).

¿Porqué se produce la menopausia?

Se produce por un agotamiento ovárico que de forma lenta y progresiva está ya programado desde el nacimiento.

El ovario es una glándula con doble función:

1. **Produce hormonas:**
 - Estrógenos.

- Progesterona.
- Testosterona (en menor cantidad).

2. Produce óvulos (necesarios para poder reproducirnos).

Clínica del climaterio

Aunque la menopausia es un proceso fisiológico y una etapa de envejecimiento natural por el que todas las mujeres tienen que pasar, cada mujer lo siente de muy distinta manera dependiendo de su entorno emocional y social.

Hasta hace poco la esperanza de vida no se prolongaba más allá de los 70 años, con lo que los efectos negativos de la menopausia casi no se conocían. Sin embargo, a raíz del espectacular aumento de la esperanza de vida conseguido en muy pocos años y que se sitúa alrededor de los 82 años para la mujer española, es cuando empezamos a darnos cuenta de los efectos negativos de la falta de hormonas sobre el organismo en los años posmenopáusicos, puesto que la edad de aparición de la menopausia no ha variado en este último siglo, presentándose aproximadamente a los 50 años. Esto hace que la mujer pase un tercio de su vida (25 a 30 años), en **déficit hormonal**.

Síntomas a corto plazo

- Sofocos.
- Sudoración.
- Palpitaciones.
- Calambres y hormigueos.
- Insomnio.
- Vértigo.
- Jaquecas.
- Irritabilidad

- Estado de ánimo depresivo.
- Disminución de la libido.
- Cansancio.
- Dificultad de concentración.
- Aumento de peso.

A corto plazo estas alteraciones pueden aparecer incluso meses o años antes del cese definitivo de las reglas y en general se manifiestan durante los 2 a 5 primeros años del periodo posmenopáusicos, afecta a un 75-80 % de las mujeres no con la misma intensidad en todas ellas.

LOS SOFOCOS: Son crisis vasomotoras, son el síntoma más característico aunque no todas las mujeres los padecen.

Se manifiestan como oleadas de calor que recorren el cuerpo desde el pecho, subiendo hacia la cabeza con lo que produce rubor de escote, cuello y cara.

Suele acompañarse de sudoración que puede ser más o menos profusa y en ocasiones, de palpitations y sensaciones de angustia.

El estrés, el calor y el alcohol pueden desencadenar y/o aumentar las sofocaciones.

Los sofocos se presentan durante el día o la noche, pueden durar segundos o minutos, durante al menos cinco años y provocan fatiga física, mental o insomnio.

En el caso de las mujeres intervenidas quirúrgicamente los sofocos se sienten con mayor intensidad.

CAMBIOS DE HUMOR: La falta de hormonas sexuales femeninas afecta de manera directa sobre el estado de ánimo de la mujer. La imposibilidad de tener más hijos y afrontar la vejez, hace que se sienta más insegura. Comienzan entonces los miedos, la angustia, la tristeza, la preocupación exagerada por las cosas, la ansiedad e incluso la depresión.

INSOMNIO: La falta de sueño, los ronquidos y los tirones musculares son síntomas habituales en el climaterio. A su vez, la falta de concentración y alteraciones del humor.

JAQUECAS: Surgen como consecuencia de la variación de los estrógenos en mujeres que de manera habitual sufrían migrañas durante la regla, pueden padecerla de manera más intensa todavía durante la perimenopausia y sin embargo desaparecer en la posmenopausia.

LOS CALAMBRES U HORMIGUEOS: Se llaman parestesias y es una sensación de hormigueo y de adormecimiento de las extremidades que suele asociarse al “síndrome de piernas inquietas”, más frecuente en el climaterio tardío (mujeres mayores de 60 años). Este síndrome, obliga a la mujer a levantarse por la noche y andar para que desaparezcan las molestias.

INCREMENTO DE PESO: Las mujeres suelen engordar un 6-10 % del peso que tenían antes. No se produce como consecuencia de una alteración en el patrón de la alimentación o en la actividad física.

La grasa localizada en muslos, caderas y senos se redistribuye y pasa a la zona de la tripa y la cintura. El aumento de peso y la redistribución grasa se consideran de riesgo en las enfermedades cardiovasculares.

Síntomas a medio plazo:

1. PROBLEMAS VAGINALES

- Sequedad vaginal.
- Sensación de picor o quemazón en la zona vulvar.
- Desaparición del flujo.
- Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).

2. PROBLEMAS URINARIOS

A. El Síndrome uretral que esta formado por:

- Polaquiuria (orinar muchas veces).
- Nicturia (orinar durante la noche).
- Urgencia urinaria (necesidad imperiosa de orinar).

B. Infecciones urinarias de repetición.

3. ENVEJECIMIENTO DE LA PIEL

A medio plazo la caída de los niveles de estrógenos, hace que disminuyan los niveles de colágeno y se produce una atrofia de la mucosa vaginal y también de algunas estructuras del aparato urinario.

DISPAREUNIA: Dolor durante las relaciones sexuales. Se produce porque a consecuencia de la falta de estrógenos la vagina está muy seca y adelgazada y se produce una atrofia vulvo-vaginal.

Estos cambios de la mucosa vaginal hacen que sea más vulnerable a infecciones. Además también las terminaciones nerviosas están más superficiales con el consiguiente aumento de la sensibilidad.

Por eso son frecuentes las molestias durante las relaciones sexuales y a veces los sangrados bulbo-vaginales producidos como consecuencia de pequeñas fisuras producidas por la sequedad y atrofia de todas esas zonas.

La mujer puede sentir una falta de deseo sexual ante el temor al dolor lo que hace que este dolor en un principio orgánico pueda convertirse en psicológico.

Este problema tiene solución pues en las farmacias se pueden encontrar cremas que lubrican esta zona. También el médico de cabecera o el ginecólogo puede recetarle si lo considera oportuno: hormonas femeninas en crema, parches o comprimidos que pueden solucionar este problema de sequedad vaginal y de infecciones.

PROBLEMAS URINARIOS: Algunas estructuras del aparato urinario, son también dependientes de los estrógenos, por lo que en la menopausia puede aparecer cierta patología urinaria.

La urgencia urinaria es la necesidad imperiosa de orinar, a veces con tanta intensidad que se tiene la sensación de que no se podrá evitar el escape de orina antes de llegar al servicio. A veces la mujer se orina cuando está llegando al servicio (en el ascensor, al poner la llave en la cerradura, etc.) Este problema se puede resolver con medicamentos específicos.

Infecciones urinarias de repetición: Muy frecuentes después de la menopausia y que afectan a más de un 10 % de mujeres mayores de 60 años.

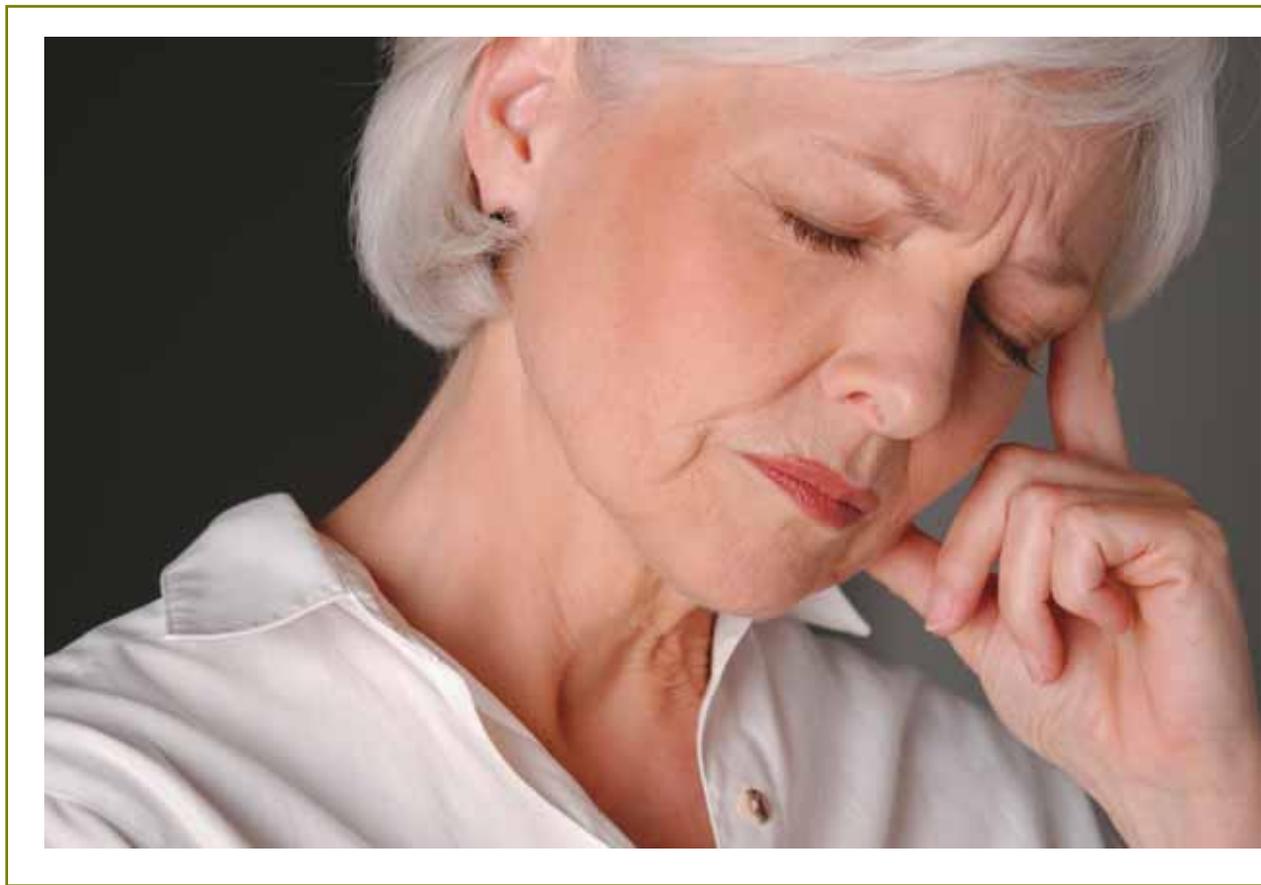
Otras veces las mujeres sufren de incontinencia urinaria por lo que la vulva está siempre húmeda y se favorece la infección produciéndose cistitis de repetición que a veces pueden desarrollarse con pequeños traumatismos como el coito.

Debemos diferenciar estos cuadros clínicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo (al toser, al reír, etc.) que no dependen de las hormonas.

ENVEJECIMIENTO DE LA PIEL: La carencia de estrógenos en el organismo incrementa la pérdida de colágeno de la piel, haciendo que esta esté más seca, fina y es más fácil que salgan hematomas.

Síntomas a largo plazo:

- Osteoporosis.
- Enfermedades cardiovascular.



BIBLIOGRAFÍA

- “La menopausia” de Monserrat Manubens Grau. Jefe de la Unidad de Menopausia del Institut Dexeus de Barcelona.
- Educación para la salud con grupos de mujeres en la etapa de la madurez. Guadalajara 2001.
- La menopausia- Salud V.- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.- Instituto de la Mujer. Coordinación de Concha Cifrián.

eJERCICIO físico y CLImaterio

3.

Contenidos

- Concepto de ejercicio físico.
- Beneficios del ejercicio.
- Buscar tiempo.
- Recomendaciones para realizar ejercicio físico.

Objetivos específicos

1. Que el grupo de mujeres desarrolle conocimientos sobre la importancia del ejercicio físico.
2. Que desarrolle actitudes positivas ante esta etapa de la vida.
3. Que desarrollen actitudes de independencia.
4. Que desarrollen las habilidades necesarias para la realización de su autocuidado.

Objetivos didácticos

1. Ver el conocimiento que el grupo tiene sobre las ventajas del ejercicio físico.
2. Que adquieran esos conocimientos.
3. Entrenamiento del ejercicio físico y ejercicios de Kegel.

Metodología

- Cuestionario entregado al grupo de mujeres.
- Información técnica: exposición.
- Actividades de gimnasia y práctica de los ejercicios de Kegel.

Material necesario

- Fotocopia del cuestionario.
- Bolígrafos.
- Cañón.
- Ordenador para proyección de diapositivas.
- Aula para realizar la gimnasia.
- Colchonetas.
- Globos.
- Picas.

Cuestionario

¿CÓMO CREES QUE INFLUYE EL EJERCICIO FÍSICO EN ESTA ETAPA DE TU VIDA?

¿VES INCONVENIENTES A LA HORA DE REALIZAR EJERCICIO?

¿HAS OIDO HABLAR DE LOS EJERCICIOS DE KEGEL?

Información técnica: ejercicio físico

Hace algunos años el DR. William C. Roberts en el editorial de una famosa revista médica de cardiología de los Estados Unidos decía conocer un agente que:

“Disminuye las grasas, es antihipertensivo, mejora el funcionamiento del corazón, disminuye la frecuencia cardíaca, dilata las arterias, es diurético, es reductor del peso, estimula el funcionamiento intestinal, disminuye el azúcar, es tranquilizante y con cualidades de antidepresivo e hipnótico”.

Este sería el medicamento ideal ¿Cómo conseguirlo? ¿Cuánto cuesta? ¿Cuál es la prescripción médica sugerida?!

Este mágico medicamento es la práctica del **EJERCICIO FÍSICO REGULAR**.

Lo consideramos medicamento puesto que requiere de una prescripción de acuerdo a las características individuales (edad, sexo, peso, estado de salud, gustos...).

Como en cualquier receta es necesario especificar el medicamento (tipo de ejercicio recomendado), es necesario también recomendar la dosis (intensidad del ejercicio), duración del tratamiento (por cuanto tiempo), la frecuencia (cada cuanto se debe realizar el ejercicio), cambios del tratamiento (progresión) así como ciertas contraindicaciones y efectos secundarios por controlar.

Concepto de ejercicio físico

El ejercicio físico es la actividad física recreativa, que se realiza en momentos de ocio o de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad laboral.

Es una afición que obtiene una vivencia placentera, comunicativa, creativa y social de nuestras prácticas corporales.

El ejercicio físico implica la realización de movimientos corporales planificados y diseñados específicamente para estar en forma física y gozar de buena salud.

El término de ejercicio físico incluye el de gimnasia, baile, deporte y educación física.

Beneficios del ejercicio físico regular

- 1. A nivel cardiovascular:** disminuye la frecuencia cardiaca y la presión arterial, mejora la eficiencia del funcionamiento del corazón y disminuye el riesgo de arritmias cardiacas (ritmo irregular del corazón).
- 2. A nivel pulmonar:** Aumenta su capacidad, el funcionamiento de los alvéolos, mejora el funcionamiento de los músculos respiratorios.
- 3. A nivel metabólico:** Disminuye la concentración de triglicéridos, colesterol LDL, aumenta la concentración de HDL, ayuda a disminuir y mantener un peso corporal saludable, normaliza la tolerancia a la glucosa, aumenta la capacidad de utilización de grasas como fuente de energía, el consumo de calorías y mejora el funcionamiento de la insulina.
- 4. A nivel de la sangre:** Reduce la coagulabilidad.
- 5. A nivel neuroendocrino:** Aumenta la producción de sudor, la tolerancia a los ambientes cálidos y la producción de endorfinas.
- 6. A nivel del sistema nervioso:** Mejora el tono muscular, los reflejos y la coordinación.
- 7. A nivel gastrointestinal:** Mejora el funcionamiento intestinal y ayuda a prevenir el cáncer de colon.
- 8. A nivel osteomuscular:** El tono y la fuerza muscular con la edad tiende a disminuir, la pérdida de tono de los músculos abdominales y la redistribución de la grasa por la pérdida de estrógenos, hacen que aumente el perímetro abdominal, ya que la musculatura es incapaz de actuar como sostén. Se producen además cambios en la estática que dan lugar a dolores lumbares imprecisos. Previene además la OSTEOPOROSIS.
- 9. A nivel Psíquico:** Incrementa la capacidad de fuerza de voluntad y de autocontrol, disminuye la ansiedad, el estrés, la agresividad y la depresión (incluso en depresiones leves o moderadas su efecto beneficioso puede ser comparable al de los tratamientos psicoterápicos), estimula además la creatividad, la capacidad afectiva y mejora la memoria y la autoestima de la persona.

Buscar tiempo

Es cierto que estamos habitualmente muy ocupados, pero no es menos cierto que dedicamos algunas horas al día a leer revistas, ver la televisión, hablar con los vecinos, tomar algo con los amigos u otras actividades similares. Sin duda, al menos una de ellas tendrá menos valor para nuestra salud que hacer ejercicio físico.

El deporte no solo aporta beneficios físicos. Puede ser un hecho social que nos permita mantener relación con otras personas en un ambiente más sano. Además el hecho de empezar a la vez que otros nos ayudarán a mantener la actividad. Convencer a algún amigo para que se anime también a empezar sería una buena táctica.

Recomendaciones para realizar ejercicio físico

1. Para que el ejercicio sea eficaz debe hacerse de forma regular y constante: 30 minutos/3 días por semana (como mínimo).
2. Comenzar poco a poco e ir aumentando la intensidad progresivamente.
3. Elegir actividades que nos gusten y sean adecuadas a las características personales.
4. Buscar compañía para el ejercicio ya que en solitario tiende a abandonarse.
5. El andar, trotar, nadar, hacer gimnasia o pedalear en bicicleta son ejercicios aconsejables, aunque de los más aconsejables es andar a "ritmo vivo" 30-40 minutos/4 veces por semana.
6. Parar al menor síntoma de mareo, dolor o vértigo.
7. Controlar el pulso durante el ejercicio.

¿Cómo localizar el pulso?

El pulso radial se ubica en la muñeca, con la palma de la mano derecha hacia arriba, colocando los dedos índices y corazón de la mano izquierda a continuación de la base del dedo pulgar de la mano derecha, presionando suavemente hasta sentir un pulso claro.

El número de latidos del corazón en estado de reposo está entre 65-80 latidos por minuto.

¿CÓMO CALCULAMOS EL ÍNDICE MÁXIMO DE LATIDOS?

Ejemplo: en una mujer de 50 años: $220 - 50 = 170$ latidos por minuto como máximo e intentaremos alcanzar un nivel que nos mantenga entre el 70-80 % de esa cifra que en nuestro caso corresponde a 119 latidos por minuto, en esa frecuencia cardiaca se debe mantener el ejercicio.

Riesgos potenciales del ejercicio físico

- Daño muscular o articular.
- Agravación de problemas cardíacos existentes o latentes.

Estos riesgos no implican la necesidad de ir al médico antes de iniciar una actividad física si se lleva a cabo un programa razonable, gradual y adecuado para cada edad y condición física. Sin embargo hay algunas personas con patologías muy concretas que deben consultar al médico antes de comenzar a realizar ejercicio físico como son los cardiópatas, personas con patología ósea como artritis, diabéticos con insulina o con historial familiar de enfermedad coronaria prematura.

Lo más importante en cualquier caso, es que uno comience a hacer ejercicio con un programa que implique un entrenamiento suave y de forma gradual se vaya incrementando su intensidad a lo largo de las jornadas sucesivas de ejercicios.

Ejercicios del piso pélvico para mujeres

¿CUALES SON LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO?

El piso de la pelvis está compuesto de capas de músculos y otros tejidos. Estas capas se extienden como una hamaca desde el coxis (Hueso de la cola) en la parte posterior hasta el hueso púbico en la parte delantera. El piso pélvico de la mujer sostiene la vejiga, el útero y el intestino. La uretra la vagina y el recto pasan a través de los músculos del piso pélvico. El piso de la pelvis cumple un importante papel en el control de la vejiga y el intestino, además de las sensaciones sexuales.

¿POR QUÉ PUEDEN DEBILITARSE LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO?

Los músculos del piso pélvico pueden debilitarse debido a:

- Embarazo y parto.
- Hacer fuerza constantemente para evacuar el intestino (estreñimiento).
- Repetido levantamiento de objetos pesados.
- Tos crónica (como la tos de los fumadores o bronquitis y asma crónicas).

- Cambios hormonales durante la **MENOPAUSIA**.
- Mal estado físico general.

BENEFICIOS DE LOS EJERCICIOS DEL PISO PÉLVICO

Es importante que las mujeres de todas las edades conserven la fuerza de los músculos del piso pélvico.

Las mujeres con incontinencia de esfuerzo, es decir aquellas que regularmente pierden orina al toser, estornudar o hacer ejercicio, pueden beneficiarse especialmente con estos ejercicios.

A medida que la mujer envejece, es importante que mantenga los músculos del piso pélvico fuertes, porque cambian al llegar la menopausia y se pueden debilitar. Los ejercicios rutinarios del piso pélvico ayudan a disminuir los efectos de la menopausia ayudando al sostén de la pelvis y control de la vejiga.

Los ejercicios de los músculos del piso pélvico pueden también ser útiles en combinación con un programa de entrenamiento de la vejiga, destinado a mejorar su control en las personas que sufren de una necesidad de orinar frecuentemente (incontinencia de urgencia).

¿CÓMO SE DEBE CONTRAER LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO?

Lo primero que se debe hacer es identificar correctamente los músculos que necesitan ejercitarse.

1. Siéntese o tiéndase cómodamente con los músculos de sus muslos, nalgas y abdomen relajados.
2. Contraiga el anillo muscular alrededor del ano como si estuviera tratando de controlar una diarrea o gas. Relájelo. Practique este movimiento varias veces, hasta que esté segura de que está ejercitando el músculo correcto. Trate de no apretar las nalgas.
3. Al orinar, trate de detener el chorro en la mitad, y luego suéltelo nuevamente. Haga esto sólo para darse cuenta de cuáles son los músculos correctos, y no lo repita más de una vez por semana para evaluar su progreso, ya que puede interferir con el vaciado normal de la vejiga.

HAGA LOS EJERCICIOS DEL PISO PÈLVICO

Si ya puede sentir el funcionamiento de los músculos ejercítelos de la siguiente manera:

1. Apriete y contraiga la parte alrededor del ano, la vagina y la uretra simultáneamente, LEVANTANDOLAS hacia adentro. Trate de mantener esta contracción firmemente mientras cuenta hasta cinco, luego suelte la contracción y relájese. Debe sentir una clara sensación de "saltar".
2. Repita ("apretar y levantar") y relájese. Es importante que descanse unos 10 segundos entre cada contracción. Si le es fácil mantener la contracción mientras cuenta hasta llegar a cinco, trate de mantenerla más tiempo, hasta unos 10 segundos.
3. Repita este ciclo tantas veces como le sea posible, hasta un máximo de 8-10 contracciones.
4. A continuación haga de cinco a diez contracciones cortas y rápidas, pero firmes.
5. Repita esta serie de ejercicios por lo menos 4 ó 5 veces diarias.

MIENTRAS HACE LOS EJERCICIOS:

- NO mantenga la respiración.
- NO empuje hacia abajo en vez de apretar y levantar.
- NO apriete el abdomen, nalgas o muslos.

HAGA BIEN LOS EJERCICIOS

Es importante hacerlos bien. Un número menor de ejercicios bien hechos beneficia más que varios hechos a medias. Cuando haya aprendido a hacer estos ejercicios, debe hacerlos regularmente prestando atención a cada serie.

Otras cosas que puede hacer para ayudar a los músculos del suelo pélvico:

- No levante sola objetos pesados.
- Evite el estreñimiento y evite hacer fuerza al vaciar el intestino.
- Mantenga su peso dentro del rango adecuado para su estatura y edad.

Obtener buenos resultados lleva tiempo, hemos de ser constantes y esperar unos tres meses para notar mejoras..... **NO ABANDONES.**

BIBLIOGRAFÍA

- González Gallego J. "Fisiología de la actividad física y del deporte". Interamericana McGraw-Hill 1992.
- Lamb D. R. "Fisiología del ejercicio. Respuesta y adaptación". Ed. Augusto E. Pila Teleña.
- Enciclopedia General del Ejercicio. Ed. Paidotribo. Michael J.Alter, Roger Apolinaire y otros (1999).
- Gimnasia después de los 40. Ed. Alas Autor: Miguel J. Perezx Carrillo.
- Protocolo de atención integral a la mujer menopausica. Área de Salud de Toledo, 1998.
- Programa de atención a la mujer. Área 9 Madrid 1999.

Documento elaborado por Atención Primaria Guadalajara 2000-2001: Educación para la salud con grupos de mujeres en la etapa de la maduras.

[http// es.geocities.com](http://es.geocities.com)

[http//aurasalud.com](http://aurasalud.com)

PREVENCIÓN De enfermedades GINECOLÓGICAS

4.

Contenidos

- ¿Qué problemas ginecológicos pueden presentarse en la perimenopausia?.
- ¿Qué podemos hacer para prevenirlos?.

Objetivos específicos

ÁREA COGNITIVA:

- Conocer las alteraciones y enfermedades más frecuentes de esta etapa de la vida.

ÁREA AFECTIVA:

- Conseguir una actitud de responsabilidad ante sus propios cuidados y su bienestar.
- Conseguir el equilibrio entre cuidar/cuidarse.
- Poder satisfacer las necesidades ente los demás y las suyas propias.

ÁREA DE LAS HABILIDADES:

- Adquirir las habilidades necesarias para su autocuidado (Por ejemplo: La autoexploración mamaria).

Objetivos didácticos

- Valorar los conocimientos del grupo sobre las enfermedades ginecológicas.
- Desterrar "mitos".
- Clarar dudas.

Metodología

Cuestionario breve con dos preguntas abiertas entregado y rellenado previamente a la charla.

Información técnica: Exposición del tema.

Material necesario

- Fotocopias del cuestionario.
- Bolígrafos.
- Cañón para proyección de las diapositivas.



Cuestionario

PREGUNTA 1:

¿QUE PROBLEMAS GINECOLÓGICOS CREES QUE PUEDEN APARECER EN LA MENOPAUSIA?

PREGUNTA 2:

¿CÓMO PIENSAS QUE PODRÍAN PREVENIRSE?

Información técnica: Prevención de enfermedades ginecológicas

El origen de los síntomas asociados a la menopausia es complejo interviniendo principalmente, factores hormonales (déficit de estrógenos y andrógenos) pero también otros no hormonales (envejecimiento, factores socio-culturales, dietéticos y el estilo de vida).

¿Qué trastornos pueden aparecer?

1.- TRASTORNOS MENSTRUALES:

Desde **proiomenorrea** (ciclos cortos, incluso dos reglas al mes), hasta **hipermenorra** (regla muy cuantiosa), **menorragia** (regla cuantiosa de larga duración) o **amenorrea** (ausencia de menstruación). Todo ello relacionado con cambios hormonales.

2.- SÍNTOMAS VASOMOTORES "SOFOCOS":

Junto con las alteraciones menstruales, es el motivo de consulta más frecuente, que ya ha sido comentado en charlas previas.

3.- ATROFIA UROGENITAL:

- 3.1. Atrofia vulvar y vaginal, con adelgazamiento de sus paredes, pérdida de la elasticidad, pérdida de la flora normal de lactobacilos con alcalinización del PH vaginal y sequedad, todo lo cual produce "**prurito**", "**dispareunia**" (dolor en el coito) y "**aumento de la susceptibilidad a infecciones**", caracterizadas por **leucorrea** (aumento del flujo vaginal) con cambios en el color u olor y picor o escozor vaginal. Ante estos síntomas, la mujer deberá consultar a su médico, para la realización de un exudado vaginal y tratamiento específico.
- 3.2. La disminución del colágeno en uretra y vejiga, ricas en receptores estrogénicos, conduce a su involución y atrofia, con el consiguiente incremento de "**infecciones urinarias e incontinencia**". Los síntomas más típicos, por los que debe consultar son: **Disuria** (dolor o quemazón al orinar), **polaquiuria** (aumento de la frecuencia miccional, siendo ésta, de pequeña cantidad) y **tenesmo vesical** (sensación de vaciado incompleto de la vejiga).

4.- DISMINUCIÓN DE LA MASA ÓSEA. OSTEOPOROSIS:

La falta de estrógenos aumenta la reabsorción del hueso y disminuye la masa ósea, con un aumento de la susceptibilidad para las fracturas. Podemos actuar sobre los factores de riesgo. Se comentará en próximas charlas.

Mitos a desterrar

A. DISFUNCIÓN SEXUAL Y PÉRDIDA DE LA LIBIDO

La libido puede verse afectada por la disminución de la secreción de andrógenos. Existen estudios en mujeres jóvenes con Tratamiento Hormonal Sustitutorio (THS), que señalan una mayor satisfacción sexual que las no tratadas, en gran parte debido a la mejora de la atrofia vaginal con los estrógenos.

También se ha constatado que las mujeres con una actividad sexual placentera previa a la menopausia y que la mantienen, consiguen un buen estado de lubricación al mantener la circulación vaginal, no presentado disminución de la actividad sexual en la postmenopausia.

B. EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Las mujeres tienen un perfil lipídico de menor riesgo que los varones del mismo grupo de edad (HDL alto y LDL bajo), atribuido a la acción de los estrógenos. En el caso de la menopausia precoz, el riesgo cardiovascular parece estar incrementado según diversos estudios.

En el resto de mujeres, ese incremento parece más relacionado con el aumento de factores de riesgo que aparecen con la edad que con la deprivación estrogénica en sí. La THS en menopausias mejora el perfil lipídico en **prevención primaria**, pero en **prevención secundaria** (estudio HERS) es ineficaz e incrementa en número de episodios tromboembólicos y la patología biliar.

El estudio MONICA (27 países) mostró gran variabilidad en los resultados sobre la tendencia de la mortalidad cardiovascular en hombres y mujeres, sugiriendo la influencia de otros factores además del sexo. El estudio WHI en el que se trataba con estrógenos a mujeres sanas para evaluar el beneficio de éstos, tuvo que ser suspendido al constatarse un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica y ACVA.



Actividades preventivas en mujeres menores de 65 años (PAPPS):

Además de las cardiovasculares y de osteoporosis, en la mujer hay unas pruebas específicas para “cribado” o detección precoz de cáncer de mama y de cervix (cuello uterino). El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud “PAPPS” recomienda:

- MAMOGRAFÍA BIENAL a partir de los 50 años. En Castilla la Mancha se hace a partir de los 45 años.
- CITOLOGÍA VAGINAL (test de Papanicolau) en mujeres sexualmente activas de 35 a 65 años. Inicialmente dos test consecutivos con periodicidad anual y después cada 5 años si fueran normales. En las mujeres mayores de 65 años sin citología previa en los últimos 5 años, se les ofrecerá dos test con periodicidad anual y si son normales, no se harán más intervenciones.

Respecto a la prevención del cáncer de endometrio (útero) hay que aconsejar a las mujeres menopausias, que consulten siempre ante cualquier sangrado vaginal.

Cáncer de mama

El **cáncer de mama** es el tumor maligno más frecuente en la mujer y la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares. Su “diagnóstico precoz”, permite reducir la mortalidad.

Los **factores de riesgo** más aceptados son:

- La edad (a mayor edad, mayor riesgo).
- Familias portadoras de los genes BRCA1 y BRCA2.
- Familiares de primer grado con cáncer de mama.
- Menarquia precoz (11 años).
- Nuliparidad.
- Primer embarazo a término mayor de 30 años.
- Menopausia tardía (mayor de 50 años).

El **síntoma** fundamental por el que la mujer consulta, es la presencia de una tumoración mamaria "nódulo (80 %), generalmente en el cuadrante superior externo (40 %) de la mama izquierda. Si el nódulo es único, duro, no doloroso, de contorno irregular y mal delimitado, adherido a la piel o a planos profundos, sospecharemos que puede ser maligno. La existencia de adenopatías axilares o supraclaviculares, pueden indicar un estadio más avanzado de la enfermedad.

Aunque la exploración física mamaria tiene menor sensibilidad que la mamografía en el cribado del cáncer de mama, puede ser útil familiarizarse con las características de las propias mamas, para reconocer cualquier alteración.

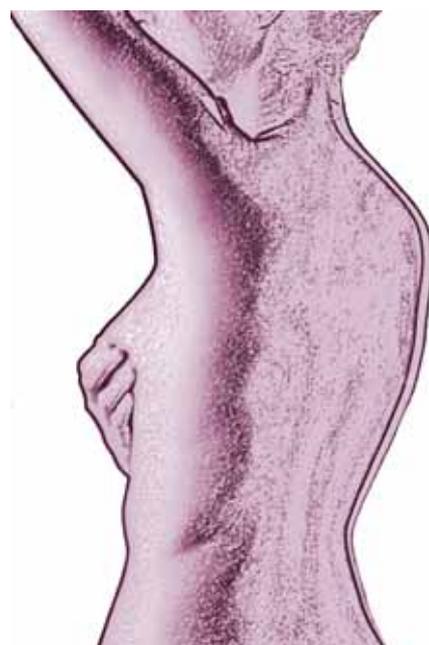
Autoexploración mamaria

Recomendable a partir de los 25 años, una vez al mes y tras finalizar la menstruación (al 7º día de la regla). En la menopausia el autoexamen se realizará en cualquier momento, pero siempre con periodicidad mensual.



Comprende 2 fases: Inspección y Palpación.

- **INSPECCIÓN:** Delante de un espejo, desnuda, observará sus mamas, primero con los brazos caídos, luego en la cintura y después en la nuca mientras gira el tronco a la derecha y a la izquierda, prestando atención a cambios en el color, deformidades o retracción cutánea, diferencias de tamaño, posición o desviación, retracción o eczema en el pezón.
- **PALPACIÓN:** Tumbada en decúbito supino con la mano izquierda bajo la cabeza irá palpando toda la superficie de la mama izquierda con las yemas de los dedos de la mano derecha, incluida la areola y la axila, siguiendo las agujas del reloj, finalmente presionará ligeramente el pezón y observará si existe secreción. Procederá de igual forma para explorar la mama derecha. Cualquier induración, dolor, nódulo palpable o secreción por el pezón deberá ser comunicado a su médico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Olazábal Ulacia J.C., García Paniagua R., Montero Luengo J., García Gutiérrez J.F. La atención a la mujer menopaúsica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 405-414.
2. Bailon Muñoz E., Landa Goñi J., López García-Franco A., Isasi Zaragoza C. Menopausia. *FMC Protocolos* 1/2003, 10 (Sup. q): 7-40.
3. Bárcena Marugan A., Castell Sepúlveda A., Membrillas Benito A y cols. Documetno de Educación para la salud con grupos de mujeres en la etapa de la madurez 2001-2002.
4. Del Alamo Alonso A.J. y Doval Conde J.L. Problemas de la menopausia. Guía de actuación en Atención Primaria. 2ª Edición. *semFYC* 2002; 6(10): 358-363.
5. García Valdés E. La mama paso a paso. Historia clínica: anamnesis y exploración. Ediciones Ergon, SA. 2002; 9: 75-83.
6. López García-Franco A., Contado Méndez A., Gutiérrez Teira B y Botija Yagüe P. Tratamiento de la menopausia sintomática. *El médico* 2004: 33-52.
7. Becerra Fernández A. Abordaje farmacológico en la menopausia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2003; 27 (4): 105-114.
8. Cierco Pequera P., González Enríquez J., Menús Palazón E., Bellas Becerro C., Ruin Villanueva M. y Marzo Castillejo M. Prevención del cáncer. Grupo de expertos del Papps. *Aten Primaria* 2003; 32(2): 45-46.
9. Marzo Castillejo MM., Menús Palazón E. y Bellas Becerro C. Cáncer de mama. En: *semFYC. Curso a distancia de prevención en atención primaria*. Barcelona: Renart Ediciones: 1999. pág 209-228.
10. Rivas Antón A. y Salcedo Mariña A. Cáncer en la mujer. En: Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F. *Atención Primaria*. Barcelona: 4ª ed. Harcourt Brace: 1999. Vol II. Pág 1064-1081.

alimentación

5.

saludable en el climaterio

Contenidos

- Relación entre alimentación y salud.
- Los grupos de alimentos.
- Pirámide alimentaria.
- Consejos nutricionales en el climaterio.

Objetivos específicos

- Que el grupo de mujeres desarrolle conocimientos sobre la alimentación saludable.
- Que las participantes desarrollen actitudes de responsabilidad ante sus propios cuidados y su bienestar.
- Que desarrollen habilidades necesarias para realizar su autocuidado.

Objetivos didácticos

- Conocer los hábitos dietéticos del grupo.
- Que reorganicen conocimientos respecto a la dieta saludable.
- Que adquiera habilidades necesarias para realizar una dieta equilibrada.
- Que sean capaces de identificar problemas y buscar soluciones acerca de la alimentación saludable.



Metodología

1ª ACTIVIDAD: EJERCICIO DE ANÁLISIS

Las participantes, de forma individual, analizarán la dieta que tomaron el día anterior con la ficha de trabajo “¿Nuestra dieta es saludable?”.

2ª ACTIVIDAD: EXPOSICIÓN.

Exposición oral basándose en la información técnica “Alimentación saludable”.

3ª ACTIVIDAD: EJERCICIO DE ELABORACIÓN DE DIETAS

Con la ficha de este ejercicio, las participantes elaborarán una dieta adecuada para ellas.

4ª ACTIVIDAD: ANALISIS DE PROBLEMAS Y BUSQUEDA DE SOLUCIONES

Las participantes identificarán problemas y buscarán soluciones para introducir cambios en su alimentación.

Material necesario

- Fotocopias de cuestionarios.
- Cañón para proyección de soporte multimedia.
- Rotafolios.

SE ENTREGARÁ A LAS PARTICIPANTES LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Tríptico sobre la pirámide alimentaria.
- Relación de alimentos ricos en calcio.
- Decálogo de alimentos ricos en calcio.
- Decálogo nutricional para el climaterio.

Información técnica: Alimentación saludable

La alimentación es una necesidad básica ineludible de todo ser vivo.

En la alimentación no solo debe preocuparnos la cantidad, también la proporción y la calidad de lo que ingerimos resulta fundamental para comer adecuadamente.

La alimentación es un hecho repetitivo y bastante característico de cada individuo. Por ello es fácil practicar una alimentación que se rija más por los sabores y cometer errores involuntarios, que podrían perjudicarnos. Esto no tendría mayor importancia si se produjera de manera ocasional, pero comemos entre 3 y 5 veces al día, 7 días a la semana y durante toda la vida.

Comer de forma adecuada es una necesidad que nos permitirá evitar algunas enfermedades y desarrollarnos con más vitalidad y salud.

El grado de salud de una persona está fuertemente condicionado por su estilo de vida, es decir por su alimentación, por el ejercicio físico que realice, por el uso o abuso de determinadas sustancias, la vida de relación, etc.

Así por ejemplo, una alimentación saludable nos hará disfrutar de un estado de bienestar mayor que una alimentación incorrecta, y la práctica regular de ejercicio físico nos hará más ágiles y optimistas que el sedentarismo.

Una alimentación incorrecta puede actuar como agente de determinadas enfermedades, en unos casos por exceso de nutrientes, como la obesidad (relacionada con la artrosis y diabetes), dislipemia, gota, HTA, etc.; y en otros casos por defecto de nutrientes en anorexia, anemia, osteoporosis y bocio, por citar algunas.

Constantemente nuestro cuerpo gasta energía para respirar, para moverse, para mantener su temperatura constante, etc. La forma en que nuestro organismo obtiene energía es a través de ciertos nutrientes de los alimentos. Son los llamados principios inmediatos: glúcidos o hidratos de carbono, lípidos o grasas, proteínas, vitaminas y minerales.

Una alimentación saludable es aquella que nos provee de energía suficiente para cubrir nuestros gastos, incorporando todos los nutrientes que necesitamos en las proporciones adecuadas.

TRES PILARES EN LOS QUE SE ASIENTA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

1. La nutrición del ser humano debe ser SUFICIENTE, en cuanto a energía, para reponer todos los gastos que el cuerpo tiene. Esto se puede comprobar fácilmente mediante la báscula: un peso mantenido en el tiempo significa que las necesidades de energía son cubiertas de forma adecuada; un aumento de peso significa que la energía proveniente de los alimentos es excesiva con respecto al gasto que se produce; una pérdida de peso indica que la energía suministrada resulta insuficiente para compensar el gasto.

2. La nutrición debe ser COMPLETA. La alimentación es como un gran rompecabezas al que no le debe faltar ninguna pieza si queremos que sea adecuada.

Estar bien informados sobre los alimentos y saber qué función cumplen en nuestro organismo es el primer paso para alimentarnos de forma adecuada.



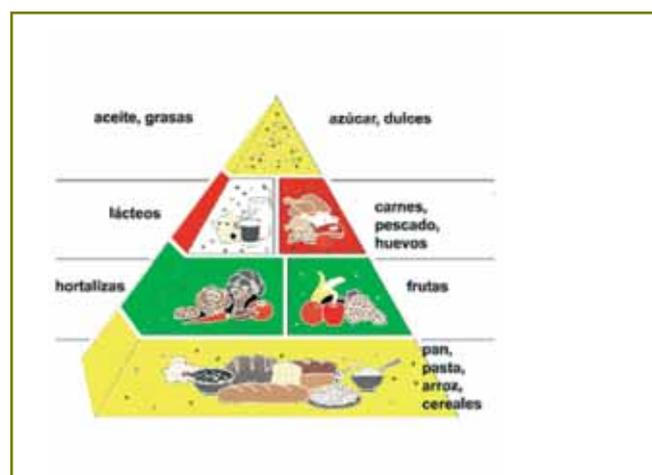
Vamos a agrupar o clasificar los alimentos según la función que cumplen en nuestro organismo, es decir, para qué nos sirven:

- **Alimentos que construyen**, nos sirven para crecer, son como los ladrillos de un edificio. Nutritivamente están formados por proteínas, Están situados en los sectores rojos de la rueda de alimentos. Alimentos de este tipo son la leche y sus derivados, la carne, el pescado y los huevos.
- **Alimentos que proporcionan "energía"**. Estos alimentos se queman haciendo ejercicio, y si no se gastan se acumulan en forma de grasa. Son como "gasolina que necesita el coche" para moverse. Nutritivamente formados por hidratos de carbono y grasas. Están situados en los sectores amarillos de la rueda de alimentos. En este grupo encontramos los cereales (pan, pasta, etc.), el azúcar, los dulces, las grasas animales (tocino, panceta, embutido graso, foie-gras, mantequilla, etc.), y las grasas vegetales (aceites vegetales y margarinas).
- **Alimentos que "regulan y protegen"**. Ayudan al organismo a la buena realización de sus funciones y nos protegen de muchos trastornos. Nutritivamente contienen vitaminas, fibra y minerales. Se sitúa en los sectores verdes de la rueda de alimentos y son las frutas, verduras y hortalizas.

- **Alimentos “mixtos”**, que construyen, regulan y aportan energía. Nutritivamente tienen una composición muy variada, basándose en proteína, grasa vegetal, hidratos de carbono y fibra. Se encuentran en los sectores anaranjados de la rueda de alimentos. Encontramos en este grupo las legumbres y los frutos secos.

3. Además de suficiente y completa, la nutrición debe ser EQUILIBRADA. Hasta aquí hemos visto la importancia de comer variado, pero ¿la misma cantidad de todo? ¿Debemos reducir o aumentar el consumo de algún alimento en particular?:

- Hablar de alimentación es hablar de equilibrio. Equilibrio en tres la energía que ingerimos y la que gastamos, y equilibrio entre los diferentes grupos de alimentos. Un esquema gráfico muy válido, que nos orienta al respecto es la **“pirámide de la alimentación”**. En ella, los alimentos se distribuyen en diferentes escalones o niveles según la presencia ideal que deben tener en la alimentación diaria. Así, en la base de la pirámide se sitúan aquellos alimentos que deben suponer el soporte de la dieta, y conforme subimos niveles encontramos los alimentos cuya presencia deberá ser menor, bien en cantidad o en número de raciones.



- En la pirámide de la alimentación saludable se ha mantenido el mismo código de colores que en la rueda de los alimentos, rojo para los alimentos plásticos, verde para los alimentos reguladores y amarillo para los alimentos energéticos.

En el nivel inferior, que es el más amplio ya que constituye la base de la alimentación, encontramos los alimentos ricos en hidratos de carbono, que son los que proceden de los cereales (arroz, trigo, maíz...), las legumbres (alubias, lentejas, garbanzos), las patatas y los frutos secos. En el nivel inmediatamente superior encontramos aquellos alimentos que nos proveen de nutrientes reguladores, nos referimos a las frutas y verduras.

Un tercer nivel lo constituyen aquellos alimentos que son, sobretodo plástico, y cuya presencia es menor. En ellos distinguimos los lácteos, los pescados, las carnes y los huevos. En el vértice de la pirámide se representa el aceite, del cual se debe moderar su utilización.

- Para la realización de una alimentación equilibrada se recomienda:
 - Tomar entre 4 y 6 raciones diarias de los alimentos que se sitúan en su base. Par intentar la máxima variedad a lo largo de la semana puede resultar interesante consumir dos

veces arroz, dos veces pasta, dos veces legumbres. De forma diaria pan y patatas; y ocasionalmente, frutos secos.

- Del segundo nivel se aconseja el consumo diario mínimo de dos frutas y dos raciones de verduras, procurando que diariamente una de las dos raciones de verduras, procurando que diariamente una de las frutas sea rica en vitamina C (fresa, naranja, mandarina, kiwi,...) y que, al menos, una de las raciones de verdura sea cruda, por ejemplo en forma de ensalada.
 - En cuanto a los lácteos, situados en el tercer nivel, se deben consumir de forma diaria de dos a tres raciones.
 - Para el pescado, la carne y los huevos, en conjunto, el consumo debería ser considerado de forma semanal, no aconsejándose sobrepasar las dos raciones al día. Se intentará que predomine el pescado sobre las carnes (pollo, pavo, conejo, cerdo,...) y la presencia de huevos será de tres a cuatro unidades a la semana. Las carnes rojas se consumirán solo de forma ocasional.
 - El consumo de grasas ha de ser moderado, sobretodo de aquellas de origen animal (manteca, mantequilla y tocino). Se recomienda el consumo diario de aceite de oliva, de semillas (girasol, maíz,...) o de ambos alternativamente.
 - Moderar el consumo de bebidas alcohólicas: no obstante puede ser aceptable el consumo de 1 ó 2 vasos (100-200 ml) de vino/día en adultos sanos.
 - Consumir dulces de forma ocasional.
 - Cocinar con poca sal y sin adicionar sal a los alimentos en la mesa.
 - Moderar el consumo de café y refrescos.
 - Realizar una ingesta de agua diaria de ente 1500 cc. y 2000 cc.
- El concepto de ración, se reserva para definir aquella cantidad de alimento servido que debe constituir una porción adecuada de comida. Así una ración de arroz para un niño será más pequeña que para un adulto. A continuación se exponen las cantidades de alimento que suponen una ración para las mujeres mayores de 40 años de edad:

ALIMENTO	CANTIDAD DE RACIÓN según se compra
Leche	200 ml
Queso (fresco/curado)	80/30 g
Carne, pollo, vísceras	120 g
Pescado	150 g
Huevos	Unidad
Patatas	200 g
Legumbres	60 g
Verduras	150 g
Frutas	150 g
Pan	60 g
Azúcar, dulces	30 g
Arroz	60 g
Pasta (macarrón, fideo)	60 g

Beneficios de una alimentación saludable en el climaterio

El climaterio es una etapa de estrés fisiológico que acontece en la mujer alrededor de los 50 años. Una serie de alteraciones hormonales condicionan que la mujer acuse algunos cambios que pueden repercutir en su salud. Si alimentarse y nutrirse adecuadamente es esencial para todas las edades, el climaterio debe suponer una etapa de consolidación de los hábitos alimentarios, que practicados de forma correcta ayuden a prevenir y aliviar algunos problemas frecuentes en esta etapa de la vida, como la osteoporosis, el exceso de peso, la alteración del nivel de lípidos en sangre o el incremento del riesgo cardiovascular, entre otros.

CONSEJOS NUTRICIONALES PARA EL CLIMATERIO

- Seguir una alimentación saludable: suficiente, variada, completa y equilibrada.
- De forma general y aproximada se ha establecido que los requerimientos de energía en el climaterio se encuentran alrededor de 2.200 Kcal. Antes de los 50 años y 1.900 Kcal. Para edades superiores. Además se calcula una ingesta de un litro y medio de agua por día.

- Aporte de calcio suficiente y elementos para su utilización. Con la menopausia comienza una fuga de calcio de los huesos debido a la bajada de estrógenos, que se agrava con la edad y que puede conducir a aumentar el riesgo de sufrir fracturas. Si a esto se le une la disminución de la absorción del calcio de los alimentos que se produce a partir de esta edad, resulta fundamental aumentar el consumo diario de alimentos ricos en calcio. Ver cuadro anexo en página 60.
- En la absorción y utilización del calcio participan otros componentes de la dieta, así, la vitamina D o la lactosa favorecen su utilización y otros, como la cafeína y el alcohol la disminuyen. Se recomienda tomar 1.200 mg. De calcio al día para la mujer de 50 años o más.
- Exposición solar razonable para la síntesis de vitamina D. Una exposición regular de 15 minutos en rostro y brazos tres veces por semana resulta suficiente. Alimentos ricos en vitamina D son: el hígado, el pescado graso (caballa, sardina, salmón, leche enriquecida y la yema de huevo).
- Ingesta abundante de verduras y frutas por su alto contenido en vitaminas, minerales y fibra, que acelera el tránsito intestinal, retarda la absorción de los glúcidos, da sensación de saciedad, etc., es decir, constituye un factor protector frente a diversas enfermedades.
- Consumo moderado de proteínas. Un consumo elevado de alimentos animales constituye un factor negativo para la absorción del calcio. Además, el consumo de carnes, fiambres y embutidos son una fuente de grasas saturadas.
- Evitar el sobrepeso y la obesidad, que favorecen la aparición de diversos factores de riesgo cardiovascular.
- Controlar el consumo de azúcar, dulces y féculas refinadas.
- Evitar el consumo de grasas saturadas, margarinas y comidas fritas. Para cocinar usar siempre aceite de oliva virgen. El aceite de girasol es preferible tomarlo en crudo (ácido Omega 6).
- Evitar el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, cafés, colas y sal, ya que interfieren en la absorción del calcio.
- Realizar una dieta rica en hierro. Este se encuentra, sobretodo, en las carnes, hígado, yema de huevo, legumbres, espinacas, almejas y mejillones.
- Hacer comidas regulares: 5 ó 6 ingestas al día. Así evitaremos el riesgo de hipoglucemias, que pueden favorecer los sofocos.

- La vitamina E, que parece resultar de utilidad para los sofocos, se encuentra en la mantequilla, la nata, la soja, el cacahuete, la lechuga, las legumbres, los frutos secos, los vegetales verdes y el pescado.
- Es aconsejable hacer una dieta rica en vitamina B6 para combatir la depresión, el cansancio y la irritabilidad. Esta vitamina se encuentra en el pan integral, la levadura, las nueces, las pipas de girasol, el germen de trigo, el salvado, el atún, la sardina, el bacalao, el salmón, la trucha, el puerro, los vegetales verdes, las legumbres, los frutos secos, las patatas, la carne y los huevos.



Ficha de trabajo: “¿Nuestra dieta es saludable?”

1.- ESCRIBE A CONTINUACIÓN LA DIETA DE UN DÍA CUALQUIERA, POR EJEMPLO LA DE AYER

DESAYUNO:

.....

COMIDA:

.....

MERIENDA:

.....

CENA:

.....

ENTRE HORAS:

.....

Consumo de alcohol:

Consumo de café y bebidas con cafeína:

2.- RODEE CON UN CIRCULO LOS ALIMENTOS QUE CONTIENE SU DIETA, COMPRUEBE SI ES UNA DIETA VARIADA. VALORE TAMBIÉN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CAFEÍNA.

¿Su dieta es saludable?



Ficha de trabajo: "Mi dieta"

Teniendo en cuenta tus gustos y lo que has aprendido sobre la alimentación saludable en esta etapa, elabora una dieta para un día cualquiera. Para ayudarte a comprobar si cubres todos los grupos de alimentos, puedes ir poniendo cruces en cada grupo.

DESAYUNO:

.....

COMIDA:

.....

MERIENDA:

.....

CENA:

.....

ENTRE HORAS:



- Analizar el consumo de calcio en mg/día consultando la tabla de contenido en calcio de los alimentos:

.....

- Consumo de alcohol y cafeína:

- ¿Qué dificultades o inconvenientes ves para introducir estos cambios?

.....

- ¿Qué soluciones o alternativas se te ocurren?

.....

A continuación se exponen algunos alimentos ricos en calcio, con la cantidad del mismo que aportan según las raciones habituales:

Alimento	Energía en 100 g (Kcal)	Calcio por 100 g (mg)	Peso ración	Calcio por ración (mg)
Queso manchego curado	467	848 (1 porción)	30-60g	252-504
Queso manchego semi	383	765 (1 porción)	30-60g	229-459
Queso para sándwich	321	647 (1 loncha)	30g	194
Queso en porciones	358	276 (1 quesito)	20g	55
Queso fresco (Burgos)	196	190 (1 porción)	30-60g	57-114
Yogur natural	55	142 (1 unidad)	125 ml	177
Leche semidesnatada	41	125 (1 vaso)	200 ml	250
Leche entera	61	124 (1 vaso)	200 ml	248
Leche desnatada	33	121 (1 vaso)	200 ml	242
Garbanzos	341	143 (1 plato en seco)	80 g	114
Alubias	305	126 (1 plato en seco)	80 g	101
Lentejas	313	70 (1 plato en seco)	80 g	56
Pan blanco	244	56 (1 rebanada)	20 g	11
Aceitunas	149	100		
Acelgas	33	150		
Berros	11	192 (1 plato crudo)	100 g	192
Brócoli	22	138 (1 plato crudo)	150 g	207
Cardo	21	89 (1 plato crudo)	150 g	133
Espinacas	18	85 (1 plato crudo)	250 g	212
Perejil	55	200		
Almendras	620	254		
Pistachos	581	136		
Higos secos	275	170		
Sardinas en aceite	201	314 (1 unidad)	40 g	126
Anchoas en aceite	247	273(1 unidad)	10 g	27
Berberechos al natural	71	142	20 g	28

Calculado a partir de los datos de las Tablas de composición de Alimentos Españoles, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1955 a.)

BIBLIOGRAFÍA

1. Cala H. Cervera. Ed. Robin Book. La nutrición ortomolecular.
2. Generalitat valenciana. La pirámide de la alimentación saludable.
3. Área de Salud de Guadalajara. Educación para la salud con grupos de mujeres en la etapa de la madurez. Año 2000-2001.
4. Consejería de sanidad de la Generalitat valenciana. Taller de Promoción de una alimentación saludable para la mujer climatérica.



6.

ANSIEDAD / estrés: técnicas de RELAJACIÓN

Contenidos

- Concepto ansiedad.
- Clasificación de cuadros de ansiedad.
- Concepto de estrés.
- Formas de reducir los efectos del estrés.
- Concepto de relajación: beneficios.
- Técnicas de relajación: tipo Schultz y tipo Jacobson.

Objetivos específicos

- Que las mujeres desarrollen conocimientos sobre la ansiedad y el estrés.
- Que desarrollen actitudes positivas ante esta etapa de la vida.
- Que desarrollen actitudes de autoaceptación de autovaloración y de independencia.
- Que desarrollen habilidades para el manejo de la ansiedad.

Objetivos didácticos

- Que las participantes aprendan a identificar los diferentes cuadros de ansiedad.
- Que aprendan las herramientas que existen para el control de la ansiedad.
- Que reorganicen conocimientos sobre ansiedad y estrés.
- Que aprendan técnicas de relajación.

Metodología

- **Información técnica:** exposición del tema.
- **Prácticas** de ejercicios de relajación 15-20 minutos 1 vez/ semana.

Información técnica: concepto de ansiedad

Estado caracterizado por un sentimiento de miedo, acompañado de signos somáticos que indican hiperactividad del sistema nervioso autónomo y que, a diferencia del propio miedo, no se da como respuesta a una causa justificada.

Podemos decir que la ansiedad es la suma de un pensamiento y una sensación corporal.

Debe tratarse aquella ansiedad que se caracteriza por:

- **Autonomía:** aparición espontánea no relacionada con causa exterior.
- **Intensidad elevada:** el grado de sufrimiento supera la capacidad del individuo de afrontar o tolerar el malestar.
- **Duración excesiva:** los síntomas persisten más de lo esperado o reaparece en el tiempo.
- Presencia de alteraciones en la conducta.

Motivo de consulta

Lo que lleva al paciente con ansiedad a pedir ayuda suele ser:

1. Presencia de síntomas somáticos molestos como:
 - Opresión en el pecho.
 - Síntomas gastrointestinales.
 - Insuficiencia respiratoria.
 - Mareo.
2. Sensación irracional de catástrofe inminente.
3. Temor a perder el control.
4. Existencia de una preocupación descontrolada.

Clasificación de cuadros de ansiedad

SEGÚN SU MANIFESTACIÓN LOS CUADROS DE ANSIEDAD SE HAN SUBCLASIFICADO, SIENDO LOS MÁS TÍPICOS:

- **CRISIS DE ANGUSTIA:** Cuadro agudo caracterizado por miedo o malestar intenso con síntomas físicos que le producen sensación de muerte inminente y necesidad de escapar, los síntomas mas frecuentes son: palpitaciones, taquicardia, temblor, sudoración, sensación de falta de aire, atragantamiento, opresión de pecho, nauseas, molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, pérdida de la realidad, miedo a volverse loco, hormigueos...
- **AGORAFOBIA:** Múltiples y variados temores junto con conductas de evitación:
 - Miedo a abandonar el hogar.
 - Miedo a quedarse solo.
 - Miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones que se sienten atrapados o indefensos.

Los más frecuentes son:

- Miedo al avión.
- Miedo a las multitudes.
- Miedo a entrar en locales públicos.
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** Es un trastorno crónico que consiste en una preocupación excesiva y persistente acompañado de gran variedad de síntomas somáticos que perturban el funcionamiento social o laboral del sujeto. Los síntomas principales son: palpitaciones, suspiros, síntomas gastrointestinales, fatigabilidad fácil, dificultad de concentración y alteraciones del sueño.
- **FOBIA SOCIAL:** Existe un miedo a que su forma de actuar le someta a una situación de humillación o vergüenza ante los demás, por lo cual temen y evitan hablar en público, asistir a fiestas, entrevistas...

Cómo actuar:

Puesto que sabemos que la ansiedad es la suma de un pensamiento y una sensación corporal, la actuación sobre uno u otro puede cortar el círculo vicioso y actuaremos:

A. SOBRE EL PENSAMIENTO:

- Utilizando técnicas de relajación.
- **Identificación del pensamiento patológico y desidentificación con la mente:**

Es preciso diferenciar nuestras ideas condicionadas de lo real, nuestras ideas condicionadas son todas aquellas que nos producen conflicto. Lo real es lo que somos y aparece cuando abandonamos los condicionamientos y seguimos a nuestro "avisador interno" que nos dice la decisión correcta; al no seguir a nuestro avisador no entendemos que cada persona "es como es" y no puede ser de otra manera. Las ideas condicionadas nos dominan en lugar del avisador y surge **la rabia**.



Cada uno actúa como la vida le ha enseñado, no se tiene culpa ni mérito por lo que se piensa y siente por que salen del ser, de la esencia, de lo que siempre es, del hecho surge la acción correcta.

“NO PODEMOS ARREGLAR EL MUNDO SALVO LO QUE SUCEDE A NUESTRO ALREDEDOR”

B. SOBRE LAS SENSACIONES CORPORALES: a través de la realización del ejercicio físico fundamentalmente.

Concepto de estrés

Existe mucha literatura que hace referencia al tema y no existe una definición clara de estrés. En términos científicos, es el desgaste del cuerpo como consecuencia de la lucha adaptativa diaria del organismo para mantener la calma al enfrentarse a agentes que en potencia pueden ser dañinos entre los que se incluyen presiones físicas y psicológicas de todo tipo.

Lo que comúnmente entendemos las personas y es aceptado como estrés, se solapa con lo que entendemos como tensión emocional, sin embargo desde un punto de vista más científico se tendrían que recoger otros aspectos físicos además de los psicológicos, y no solo considerar factores que pueden originar sufrimiento, sino que existen otros acontecimientos deseados como un cambio de casa, ir de vacaciones, acertar una quiniela, enamorarse de otra persona... que pueden producir también tensión emocional.

ALGUNAS FORMAS DE REDUCIR LOS EFECTOS DEL ESTRÉS

Hay muchas maneras de reducir los efectos del estrés en nuestra vida:

- Hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana durante 20-30 minutos.
- Hacer algo para nosotros mismos: darnos un masaje, un nuevo corte de pelo.
- Analizar que es lo que nos molesta. ¿hay alguna manera de evitarlo? si no, tratar de encontrar maneras distintas de pensar en ellas.
- Aprender a relajarnos, hablar con personas que nos presten respaldo. Escuchar música. Asistir al cine. Hacer caminatas. Respirar profundamente. Construir imágenes positivas en nuestra mente.
- Dormir lo suficiente (6 a 10 horas por la noche).

- Tomar una dieta saludable (tomar de 4 a 6 raciones por día). Está científicamente demostrado que la tensión constante y cotidiana causa una liberación de catecolaminas y por lo tanto aumenta la acumulación de lípidos en las arterias lo que consideramos un factor de riesgo importante.
- Tomar de 4 a 8 vasos de agua por día.
- Reducir el consumo de café y alcohol puesto que ya sabemos que son productos excitantes.
- Utilizar siempre pensamientos positivos y dar rienda suelta al humor.
- Recurrir a ayuda profesional cuando se produzcan eventos de gran tensión en nuestra vida.

Concepto de relajación: beneficios

La relajación es un estado de conciencia, en muchas ocasiones se define como un estado del cuerpo en que los músculos están en reposo, sin embargo en las personas deprimidas el reposo no suele ir acompañado de una experiencia consciente de felicidad. La relajación es mucho más, es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad y alegría.



Cuesta percibir que a lo largo del día varía nuestro nivel de conciencia, aunque tenemos prueba de ello: un nivel es el del sueño, e incluso en el sueño hay diversos estados, otro es el de la mañana cuando me levanto, otro cuando me encuentro lleno de energía y otro muy distinto cuando vuelvo a casa después de una larga jornada de trabajo. No trato igual a las personas cuando me encuentro lleno de vitalidad o agotado por el esfuerzo de un día lleno de responsabilidades.

Con estrés el cuerpo se levanta cansado por las mañanas, con estrés las emociones se disparan y en ocasiones se puede tratar de forma impropia a las personas que se aprecia. La relajación es el medio por el cual podemos llegar a experimentar la libertad de vivir en el estado de conciencia que deseamos.

La práctica diaria de la relajación nos aporta múltiples beneficios:

- Aumento del nivel de conciencia.
- Mayor nivel de reposo. Descanso más profundo.
- Más salud.
- Más resistencia frente a las enfermedades.
- Equilibrio en la tensión arterial.
- Mejor oxigenación.
- Aumento del nivel de energía, vitalidad.
- Superior nivel de recuperación tras los esfuerzos.
- Predominio de los pensamientos positivos.
- Resistencia frente a hábitos erróneos: fumar, alcohol, comidas excesivas.
- Disminución del estrés.
- Mayor capacidad de aprendizaje.
- Mejora de la capacidad de recordar datos.

ES DECIR VAMOS A RELAJARNOS Y A SER FELICES.

Técnicas de relajación

Existen multitud de métodos para relajarse, en todos ellos es imprescindible tomar conciencia de la respiración, siendo muy importante la respiración abdominal y que consiste en tomar poco a poco aire inspirando por la nariz hasta haber conseguido llenar nuestro abdomen de oxígeno, e irlo soltando despacio por la boca.

Uno de los métodos más utilizados para la relajación muscular es el método **JACOBSON** y consiste en tensar y relajar las zonas musculares según las instrucciones.

Una vez que el grupo se ha instalado cómodamente en las colchonetas boca arriba comenzamos a dar las pautas de relajación por la zona del cuerpo que queramos (cabeza y miembros superiores o comenzamos por miembros inferiores):

PIES: Doblar los dedos y tensarlos vigorosamente, mantener unos segundos. Relajar.

TOBILLOS: Dirigir las puntas de los pies hacia el cuerpo y tensar los músculos de los gemelos unos segundos. Relajar.

NALGAS: Empujar fuertemente las nalgas contra la colchoneta unos segundos. Relajar.

ABDOMEN: Tensar el abdomen como si esperásemos que alguien nos diera un puñetazo en el estómago. Relajar.

PECHO: Tensar los hombros apretando las palmas de las manos una contra otra. Relajar.

HOMBROS: Tensar los hombros encogiéndolos tan alto como se pueda. Relajar.

GARGANTA: Tensar la garganta hundiendo la barbilla en el pecho. Relajar.

NUCA Y CABEZA: Presionar la nuca y la cabeza contra la colchoneta. Relajar.

CARA: Arrugar la frente y apretar. Relajar. Arrugar las cejas y apretar. Relajar. Apretar los ojos fuertemente. Relajar. Apretar las mandíbulas y los dientes fuertemente unos segundos. Relajar. Apretar los labios vigorosamente. Relajar y dejar que se entreabran lentamente.

Que observen en todo momento el contraste entre la tensión y la relajación.

Otro de los métodos utilizados para la relajación obteniendo muy buenos resultados es el método **SCHULTZ** que consiste en ir recorriendo el cuerpo poco a poco comenzando por la cara e ir destensando zonas musculares según se vaya indicando y haciendo que éstas zonas se vuelvan pesadas a la vez que son conscientes de su respiración libre apoyada sobre el vientre.

En éste método se pueden incluir frases de autovaloración y autoaceptación para las mujeres en el momento de máxima relajación que suelen ser muy positivas.

De cualquier forma podemos decir que aunque no se practiquen técnicas exclusivas de relajación, ejercitar el cuerpo, hacer deporte, caminar, bailar o respirar tiene claros efectos terapéuticos y se consideran un espléndido recurso para reducir la ansiedad, la tensión, la agresividad y la frustración.

Además aumentan la sensación de bienestar, mejoran el sueño y fomentan la concentración y la creatividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manejo del estrés (Dealing with stress) número 206. Rose Allen.
2. Jacobson E. "Relajación Progresiva". Universidad Chicago Press, 1929.
3. Durand de Bousingen, R. "La relajación". Editorial Paidotribo. Barcelona 1986.

<http://www.psicoactiva.com>

<http://www.pntic.mec.es>

<http://www.med.umich.edu>

OSTEOPOROSIS e HIGIENE POSTURAL

7.

¿Qué es la osteoporosis?

Factores de riesgo más importantes.

Prevención de la osteoporosis.

Medidas generales de Higiene postural para la columna vertebral.

Objetivos específicos

ÁREA COGNITIVA:

- Desarrollar conocimientos sobre: Osteoporosis e Higiene postural.

ÁREA AFECTIVA:

- Conseguir una actitud de responsabilidad ante sus propios cuidados y su bienestar.
- Conseguir equilibrio entre cuidar / cuidarse.

ÁREA DE HABILIDADES :

- Adquirir las habilidades necesarias para la realización de su cuidado.

Objetivos didácticos

- Valorar los conocimientos del grupo sobre osteoporosis e higiene postural y su prevención.

Metodología

- Cuestionario breve con tres preguntas abiertas entregado y cumplimentado previamente a la charla.
- Información técnica: exposición del tema.

Material necesario

- Fotocopias del cuestionario.
- Bolígrafos.
- Cañón.
- Ordenador para proyección de diapositivas.





Cuestionario

¿QUÉ ES LA OSTEOPOROSIS?

¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA OSTEOPOROSIS?

¿QUÉ ENTIENDES POR HIGIENE POSTURAL?

Información técnica: Osteoporosis

Concepto:

La osteoporosis es una enfermedad en la que el hueso se vuelve más poroso aumentando el número y la amplitud de las cavidades que existen en su interior, por eso los huesos se vuelven más delgados y frágiles, resistiendo peor los golpes, rompiéndose con facilidad.

Definición:

Es una disminución generalizada y progresiva de la masa ósea.

Entendemos por masa ósea a la cantidad de hueso o tejido de sostén que constituye el armazón humano, por lo que el "pico" de masa ósea se alcanza entre los 25 y los 35 años, es a partir de ésta edad cuando se inicia la pérdida de pequeñas cantidades de hueso.

Componentes de los huesos:

- El 70% mineral de calcio.
- El 30 % mineral orgánico.
 - A/ Proteínas (colágeno).
 - B/ células óseas (2%).

Tipos de osteoporosis:

- **TIPO 1:**
Asociada a la menopausia (afecta a seis mujeres por cada hombre).
- **TIPO 2:**
Asociada a la edad (en mayores de 70 años, afecta a dos mujeres por cada hombre).

¿Cual es su causa principal?

La menopausia, debido a la disminución de los niveles de estrógenos en la mujer.

Factores de riesgo de la osteoporosis

- Edad avanzada.
- Sexo femenino.
- Raza blanca.
- Disminución de estrógenos (menopausia precoz ,antes de los 45 años).
- Disminución de andrógenos.
- Tratamiento con glucocorticoides.
- Inmovilización prolongada.
- Fracturas anteriores.
- Diabetes Mellitus.
- Menarquia tardía.
- Antecedentes familiares.
- Nuliparidad.
- Aporte bajo de calcio en la dieta.
- Déficit de vitamina D.
- Inactividad física.
- Tabaco.
- Consumo excesivo de alcohol y cafeína.
- Peso corporal bajo.

Síntomas

1. **DOLOR:** Aparece cuando el grado de afectación ósea es ya avanzado y puede ser muy vivo e intenso.
2. **DEFORMACIONES:** Producidas por los aplastamientos vertebrales, donde la estatura disminuye considerablemente.
3. **FRACTURAS:** Siendo este el síntoma por excelencia al disminuir la resistencia de los huesos. La localización más importante son la muñeca, la columna vertebral, (se suele producir alrededor de los 65 años) y la cadera, siendo la complicación más importante de la osteoporosis por lo que en nuestro país se puede hablar de 33000 casos de fractura de cadera al año.

La osteoporosis tiene un gran impacto en la población afectando a una de cada cinco mujeres de más de 45 años y a cuatro de cada 10 de más de 75 años.

Diagnóstico

Se puede medir la masa ósea, entendiéndose por masa ósea a la cantidad de hueso fundamentalmente mineral de calcio que presenta una persona en su esqueleto en un momento dado, con técnicas de densitometría ósea, donde se aprecian los tres niveles:

- A. Normal.
- B. Osteopenia (paso previo a la osteoporosis).
- C. Osteoporosis.

Siendo conveniente realizar esta prueba recién instaurada la menopausia y cada dos años para detectar la pérdida de masa ósea antes de que se produzca la fractura.

Tratamiento

El mejor tratamiento de la osteoporosis es la prevención.

De ahí la importancia de la adopción de medidas preventivas, ya desde la adolescencia y la juventud para incrementar el pico de masa ósea. La masa ósea final, incluyendo la talla, depende de

varios factores, un 50% son hereditarios, mientras que el resto son factores ambientales en los que hay que resaltar:

- A.** Ejercicio físico adecuado a la edad.
- B.** Ingesta adecuada de calcio y vitamina D (siendo el aceite de hígado de pescado el único alimento natural que contiene grandes cantidades de vitamina D), junto con la exposición al sol de 30 minutos al día.
- C.** Factores negativos, tenemos diferentes hábitos tóxicos como el tabaco, el alcohol y el abuso de café ya que su consumo, interfiere en la regulación del metabolismo del calcio.

Prevención de las fracturas

Como ya sabemos, las fracturas son el mayor riesgo de unos huesos débiles.

Las normas básicas para su prevención:

- 1.** Evitar las caídas, actuando sobre los factores de riesgo personales y ambientales:
 - A.** Buena iluminación.
 - B.** Calzado adecuado (suela de goma para evitar resbalones) etc.
 - C.** Quitar objetos que obstaculicen el paso (alfombras...).
 - D.** Utilizar bastones como dispositivos de ayuda.
- 2.** Mejorar la salud ósea.
- 3.** Mejorar las actitudes posturales, o higiene postural.

¿Qué es la higiene postural?

Son aquellas normas generales que aplicadas a nuestra vida diaria pueden corregir las posturas incorrectas, evitando gran parte de lesiones de espalda.

Consejos para la higiene postural

A. POSICIÓN DE PIE O AL CAMINAR:

- Evitar estar mucho tiempo de pie y si es preciso, adelantar un pie, cambiando a menudo de posición.
- Caminar con buena postura, con la cabeza y el tórax erguido.
- Usar zapatos con un tacón de 2 a 5 cm.

B. SENTADO:

- Evitar los asientos blandos, los que no tengan respaldo, y no sentarse en el borde del asiento.
- Mantener la espalda recta y apoyada firmemente contra el respaldo.
- Apoyar los pies en el suelo formando un ángulo recto, y si no llegan colocar un taburete.
- Utilizar un cojín en la zona dorso lumbar si esta zona no tuviera apoyo.
- Las rodillas en ángulo recto con las caderas, pudiendo cruzar los pies alternativamente.
- Sentados delante de una mesa, el tablero deberá llegar a la altura del esternón.

C. CONDUCIR:

- Sentarse derecho, con la espalda apoyada en el respaldo.
- Adelantar el asiento hasta alcanzar los pedales.
- Utilizar los espejos retrovisores para evitar forzar el cuello.
- Evitar conducir con los brazos demasiado alejados del volante, cogiéndolo con las dos manos.

D. INCLINARSE:

Para recoger un objeto del suelo hay que agacharse flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta.

E. LEVANTAR Y TRANSPORTAR PESOS:

- Agacharse flexionando las rodillas con la espalda recta adelantando una pierna y levantar el objeto pegado al cuerpo solo hasta la altura del pecho.
- Equilibrar la carga en ambos brazos.
- Es mejor empujar los objetos para desplazarlos que tirar de ellos (carro de la compra).

F. ACOSTADO:

- El colchón y somier han de ser firmes y rectos, ni demasiado duros, ni demasiado blandos, la almohada baja y la cama grande en general.



Posturas recomendadas

- De lado “posición fetal”, con el costado apoyado, las caderas y las rodillas flexionadas, el cuello y la cabeza alineadas con el resto de la columna.
- Boca arriba (decúbito supino) con las rodillas flexionadas y una almohada debajo de estas.
- No es recomendable dormir boca abajo (decúbito prono) ya que suele modificar la curvatura de la columna lumbar y mantener el cuello girado para poder respirar.

G. VESTIRSE:

- Se procurará estar sentado para ponerse los calcetines y zapatos manteniendo siempre la espalda recta.
- Para atarse los cordones de los zapatos estando de pie flexionamos las rodillas o elevamos el pie elevándolo en un taburete.

H. LEVANTARSE O SENTARSE, DE UNA SILLA:

- Debemos evitar levantarnos de un salto sin apoyo alguno. Pondremos las manos en el reposa-brazos y nos deslizaremos ligeramente hacia el borde anterior del asiento retrasando

uno de los pies e impulsándonos para levantarnos y para sentarnos debemos usar también los apoyos y dejarnos caer suavemente.

I. LEVANTARNOS DE LA CAMA

- Flexionar las rodillas, girar para apoyarnos en un costado e incorporarnos de lado hasta sentarnos ayudándonos del apoyo en los brazos, una vez sentados al borde de la cama nos ponemos de pie apoyándonos en las manos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera Rodríguez.A. Fractura vertebral osteoporotica.5. Servicio de COT del Hospital Universitario Miguel Server. Zaragoza.
2. Guañabens. N. Pérez Edo L. y Pérez García. C. Educación Médica continuada en Atención Primaria Vol. LXI N. 1405 26 Octubre/ 1 Noviembre 2001 N. 35 (60-61) (69-70-72-76) Jano. Osteoporosis.
3. Manual practico para la prevención de fracturas en la osteoporosis. Generalitat Valenciana (11-77).
4. Páginas para pacientes www.ser.es/pacientes/osteoporosis. (1-11).
5. Compston J y Rosen C J. Osteoporosis. Tercera edición (7-41).

enfermedades

CARDIOVASCULARES y CLIMATERIO

8.

Contenidos

- ¿Qué son enfermedades cardiovasculares?.
- Factores de riesgo más importantes.
- Prevención de estas enfermedades.

Objetivos específicos

1. Que el grupo de mujeres desarrolle conocimientos sobre enfermedad cardiovascular y factores de riesgo.
2. Que desarrollen actitudes de equilibrio entre "cuidar y cuidarse".
3. Que desarrollen las habilidades necesarias para la realización de su autocuidado.

Objetivos didácticos

Ver el conocimiento que el grupo tiene sobre lo que son las enfermedades cardiovasculares y su prevención.

Metodología

- Cuestionario entregado a las mujeres.
- Información técnica: exposición.

Material necesario

- Fotocopia de cuestionario.
- Bolígrafos.
- Cañón para proyectar diapositivas.

Cuestionario

PREGUNTA 1:

CITA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES QUE CONOZCAS

PREGUNTA 2:

COMO CREES QUE PODEMOS PREVENIRLAS. CITA ALGUNOS EJEMPLOS

Información técnica: enfermedad cardiovascular

Este término designa las enfermedades derivadas de la alteración en el riego sanguíneo.

El sistema cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos. Cuando los vasos sanguíneos se obstruyen o taponan por depósito de placas de ateroma (colesterol) y otras sustancias, y no llega riego al corazón, se produce un colapso total o parcial del órgano por falta de oxígeno.

Las enfermedades cardiovasculares más comunes son la angina de pecho y el IAM.

Estas enfermedades son el primer motivo de muerte en la mujer en los países industrializados.

Una vez que la mujer ha alcanzado la edad de la menopausia, el riesgo de sufrir una Enfermedad Cardiovascular se incrementa en un 50%.

Antes de la menopausia y a edades iguales son más frecuentes éste tipo de enfermedades en los hombres que en las mujeres.

Hay determinadas causas o factores que denominamos "factores de riesgo", que unidos entre sí, van a dar lugar a estas enfermedades.

Algunos de estos "factores de riesgo" han estado relacionados directamente con la menopausia debido a la disminución de estrógenos, aunque actualmente es un tema controvertido ya que determinados estudios lo relacionan con la edad y no con el déficit hormonal.

ESTOS FACTORES DE RIESGO SON:

1. Aumento de colesterol malo o LDL.
2. Disminución de colesterol bueno o HDL.
3. Aumento de la tensión arterial: Hipertensión.
4. Obesidad (el 50% de las mujeres postmenopáusicas aumentan su peso en aproximadamente 2 y 5 kilos, aumentando en un 80% el riesgo de padecer enfermedad coronaria).

OTROS FACTORES DE RIESGO SON:

1. Tabaco (las mujeres fumadoras tienen de 2 a 4 veces más riesgo, también las fumadoras pasivas).
2. Inactividad física.
3. Estrés (actuando sobre el resto de los factores).
4. Diabetes.

Sobre todos estos factores de riesgo podemos actuar nosotras mismas por eso los llamamos “factores de riesgo modificables”, sin embargo hay otros que son “no modificables” y son:

1. Edad (mujeres a partir de 55 años y hombres a partir de 45 años).
2. Herencia (hijos de personas con enfermedades cardiovasculares).
3. Sexo.

Prevención de enfermedades cardiovasculares

Por tanto después de ver todos estos factores modificables podemos decir que prevenimos este tipo de enfermedades:

- Abandono del hábito tabaquico.
- Dieta saludable (información técnica de otras sesiones).
- Aumento del ejercicio físico (información técnica de otra sesión).
- Actitud positiva ante esta etapa: es un fenómeno natural y por lo tanto debemos mantenernos positivas frente a él, no le convertiremos en algo negativo o patológico.

Sabremos afrontar determinados problemas en esta etapa y repartiremos el tiempo entre los demás y nosotras mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castell C, Lloveras G. La Diabetes como Factor de Riesgo cardiovascular. Jano 1999, 43: 43-6.
2. Cordoba R. Ortega R., Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre estilo de vida. Aten. Primaria. 20; suppl 2: s86-100.
3. Iglesias G; Rodriguez J, Barriales A. Factores de riesgo coronario. Med. Clin (Barc). 1955; 104: 142-7.

9. *tratamiento farmacológico de La menopausia*

Contenidos

Breve repaso sobre los aspectos fisiológicos y sintomatología de la menopausia.

Fármacos empleados en el tratamiento de los síntomas climatéricos: indicaciones, efectos secundarios y pauta de tratamiento, haciendo especial hincapié en la Terapia Hormonal.

Objetivos específicos

Informar a las mujeres sobre las diferentes alternativas terapéuticas para la sintomatología climatérica, desarrollando su capacidad de decisión a la hora de iniciar un tratamiento.

Objetivos didácticos

1. Proporcionar a las mujeres información actualizada sobre los diferentes principios activos que se pueden emplear en el manejo de la sintomatología climatérica.
2. Informar a las mujeres de los potenciales riesgos/beneficios de cada uno de los tratamientos disponibles.
3. Facilitar, mediante el incremento de los conocimientos, la toma de decisiones compartidas con su médico de familia sobre la necesidad de emplear algún fármaco para el control de sus síntomas y en caso afirmativo, el tratamiento a utilizar.

Metodología

1. Exposición oral de los contenidos teóricos.
2. Charla coloquio sobre los diferentes aspectos tratados.

Material necesario

- Cañón de proyección y ordenador portátil.
- Pizarra y tizas.

Información técnica: Tratamiento farmacológico en la menopausia

¿Qué es la menopausia?

Es una fase más de la vida de la mujer donde se produce la ausencia definitiva de la menstruación como consecuencia del cese de la actividad folicular ovárica.

La fecha queda delimitada tras la existencia de 12 meses de amenorrea, siendo lo más frecuente que aparezca en torno a los 50 años (48 ± 3 años).

Fisiológicamente las alteraciones hormonales que preceden a su aparición son las siguientes:

FASE	ESTADO HORMONAL	CUADRO CLÍNICO
Primera Fase	Estrógenos normales FSH ↑ LH normal	Acortamiento de los ciclos
Segunda Fase	Estrógenos ↓↓ FSH ↑↑ LH ↓	Ciclos anovulatorios Hipermenorrea
Tercera fase	Estrógenos ↓↓↓ FSH ↑↑↑ LH ↑ FSH/LH > 1	Amenorrea

¿Qué síntomas produce la menopausia?

TRASTORNOS DEL CICLO MENSTRUAL

En una primera fase, la mujer comienza a notar que aparece un acortamiento de los ciclos menstruales (Proiomenorrea), pudiendo aparecer hasta dos reglas en el mismo mes. Esta alteración se convierte en uno de los primeros y más frecuentes motivos de consulta, ocasionado por las alteraciones hormonales ya vistas.

La hipermenorrea (sangrados abundantes y prolongados) es consecuencia del ambiente hiperestrogénico existente en el útero pese al hipoestronismo sistémico. Esto es producido por la ausencia ocasional del pico de LH, lo que condiciona un ciclo anovulatorio y una ausencia de secreción de gestágenos en ese ciclo.

Las hipermenorreas pueden condicionar la aparición de anemias ferropénicas, de la misma forma que los ciclos anovulatorios intermitentes favorecen la aparición de embarazos en edades tardías, al dejar de utilizar métodos anticonceptivos.

SÍNTOMAS VASOMOTORES: SOFOCOS

Son considerados como el síntoma más característico de la menopausia y es, probablemente, uno de los que más afecta la calidad de vida de la mujer condicionando múltiples consultas y demandas de tratamiento.

Aparecen en la postmenopausia temprana persistiendo en el 25% de las mujeres hasta 5 años después de establecida la menopausia. Las mujeres los describen como la aparición de una oleada de calor repentino que afecta cara y cuello con aparición de enrojecimiento cutáneo y aumento de la temperatura, seguido de sudoración profusa.

No tienen síntomas premonitorios. Duran entre 30 segundos y 5 minutos y son más frecuentes por la noche, despertando a la mujer y ocasionando trastornos del sueño.

Se producen por alteración del centro termorregulador hipotalámico, por el desequilibrio que ocasiona en los neurotransmisores el descenso de los niveles estrogénicos.

ATROFIA UROGENITAL

Como consecuencia del descenso del nivel de estrógenos se produce atrofia de ovarios, trompas y útero con regresión de los miomas existentes.

Aparece un ascenso de la zona de transición cervical y acortamiento y adelgazamiento del epitelio vaginal con el consiguiente incremento de úlceras, sinequias, vaginitis, prurito y dispareunia. Los genitales externos pierden su turgencia.

También se produce una atrofia del epitelio vesical y uretral, lo que favorece la aparición de uretritis, disuria y urgencia miccional.

Las fibras colágenas poseen receptores para estrógenos, por lo la práctica ausencia de estas hormonas conlleva la afectación del soporte conectivo del suelo pélvico aumentando la frecuencia de aparición de cistoceles y rectoceles.

Los principales motivos de consulta derivados de esta atrofia urogenital son la sequedad vaginal y dispareunia.

SÍNTOMAS CONTROVERTIDOS

- a. Pérdida del deseo sexual:** La aparición de una disminución de la libido se ha atribuido al descenso de estrógenos que sufre la mujer en la menopausia. Diferentes estudios han demostrado que aquellas mujeres con relaciones placenteras previas a la aparición de la menopausia no tienen problemas en este sentido, asociando tratamientos adecuados contra la sequedad vaginal. (no hay una disminución del deseo sexual si se corrigen las causas de dispareunia).
- b. Incontinencia urinaria de esfuerzo:** No está demostrada su relación con la deprivación estrogénica y sí está claramente establecida la asociación de este tipo de incontinencia con la edad y los traumatismos del parto. El estudio HERS comprobó que aquellas mujeres con incontinencia de esfuerzo a las que se les iniciaba tratamiento hormonal sustitutivo, no sólo no mejoraban sino que empeoraban de esta sintomatología.
- c. Síntomas osteomusculares:** No existen evidencias de que el incremento de la patología osteomuscular que sufren las mujeres de mediana edad esté relacionado con el descenso de estrógenos. Más bien se encuentran relacionados con la sobrecarga muscular y la falta de un entrenamiento físico adecuado.

- d. **Síntomas afectivos:** Los diferentes estudios realizados al respecto no han encontrado correlación alguna entre los cuadros depresivos y el descenso del nivel de estrógenos. Los trastornos del estado del ánimo de la mujer en esta fase de su vida tendrían relación con los cambios de etapa en el ciclo familiar (la menopausia suele coincidir con el inicio de la etapa de nido vacío) y las modificaciones en el status o papel que desempeña la mujer tanto en el ámbito familiar como laboral (prejubilaciones...)

¿Qué riesgos se encuentran asociados a la menopausia?

1. **PÉRDIDA DE MASA ÓSEA:** La deprivación estrogénica produce un aumento de la reabsorción ósea, lo que ocasiona una disminución de la masa ósea, incrementándose el riesgo de desarrollar fracturas. Esta pérdida de masa ósea es más rápida en los dos primeros años tras el inicio de la menopausia. Las fracturas más frecuentes son las vertebrales, pero generalmente son hallazgos casuales.

La fractura de cuello de fémur es la que, de forma tradicional, se ha asociado a la menopausia, sin embargo, el incremento de su frecuencia aparece en torno a los 70-75 años, es decir, una media de 25 años tras la menopausia y con igual incidencia en ambos sexos. Aunque su relación directa con el descenso estrogénico no está tan clara, su importancia radica en la mayor morbimortalidad que ocasiona, provocando una reducción del 15% de la supervivencia esperada en el año siguiente a la fractura.

2. **MENOPAUSIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR:** De todos es sabido que la enfermedad cardiovascular es un proceso crónico de etiología multicausal y que las mujeres en edad fértil presentan un perfil lipídico de menor riesgo (perfil protector) respecto a los varones (menores cifras de LDL y mayores de HDL), atribuido a la acción de los estrógenos.

Esto ha llevado a pensar durante mucho tiempo que aportando estrógenos a las mujeres tras la aparición de la menopausia ese perfil lipídico favorable se mantendría. Sin embargo, diferentes estudios realizados recientemente han llegado a la conclusión de que el incremento de riesgo cardiovascular que sufren las mujeres con más edad es debido al aumento de los factores de riesgo condicionado por la propia edad de la mujer y no a la deprivación estrogénica.

El punto de inflexión que aparece en las mujeres respecto al riesgo cardiovascular se sitúa en los 65 años (en torno a 15 años después de la aparición de la menopausia) y también aparece en los varones, permaneciendo en todo momento la curva de riesgo femenina por debajo y equidistante de la masculina. Únicamente se iguala el riesgo en los accidentes cerebrovasculares y esta aproximación se produce en torno a los 85 años.

Todo ello ha llevado a concluir que no sólo los estrógenos sino otros aspectos de la biología condicionarían las diferencias de riesgo entre ambos sexos.

¿Se debe tratar la menopausia?

Es necesario realizar una valoración individualizada de cada caso y proporcionar a la mujer una información objetiva sobre los riesgos y beneficios potenciales de los tratamientos antes de tomar una decisión de tratamiento.

No todos los motivos de consulta requieren asociar una prescripción farmacológica y, en ocasiones, la información clara del proceso fisiológico junto con un consejo sanitario adecuado, permiten a las mujeres comprender los cambios que está experimentando su organismo y aceptar los síntomas cuando estos no ocasionan limitaciones importantes de su calidad de vida.

La información debe iniciarse mucho antes de llegar a esta etapa, aconsejando hábitos de vida saludable desde la infancia-adolescencia.

Se debe tener en cuenta las diferencias culturales y sociales en el momento de informar, incidiendo en que se trata de un proceso normal e informando de los cambios que aparecerán en función de la edad. Debemos favorecer la vivencia de esta etapa, de forma física, sexual, mental y laboralmente activa.



Tratamiento farmacológico de la menopausia

Aunque existen diferentes fármacos para el control de la sintomatología climatérica, comenzaremos abordando la Terapia Hormonal por ser el más controvertido y el que más consultas y cuestiones plantea.

Es interesante iniciar la charla con las mujeres planteando una serie de cuestiones básica para ver el punto de partida de los conocimientos y actitudes que tienen respecto a este tipo de tratamiento:

- ¿Conoce que es la Terapia Hormonal Sustitutiva?.
- ¿Qué beneficios produce?.
- ¿Qué riesgos tiene?.
- ¿Cuánto tiempo se puede/debe tomar?.
- ¿Ha seguido o sigue, en la actualidad algún tipo de tratamiento en relación a la menopausia?.

Terapia hormonal sustitutiva

En primer lugar, clarificar que no se le debe llamar Terapia Hormonal Sustitutiva salvo que nos estemos refiriendo al tratamiento pautado en los casos de menopausia precoz. En la menopausia establecida, situación en la que fisiológicamente aparece una deprivación estrogénica, la administración de estrógenos no puede ser denominada como sustitutiva puesto que es algo que ya no existen en el organismo, debiendo emplear en estos casos únicamente el término de Terapia Hormonal (TH).

El principio del tratamiento se basa en la administración de estrógenos exógenos para intentar suplir la ausencia de producción ovárica.

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADA SU UTILIZACIÓN?

A la luz de los últimos estudios realizados las indicaciones de la TH quedan limitadas a los siguientes casos:

- Menopausia precoz (menopausia de aparición antes de los 40 años).
- Tratamiento de los síntomas climatéricos moderados-severos.

Se acepta que la TH es un tratamiento adecuado para el tratamiento y la prevención de la osteoporosis (recomendación tipo A), pero su indicación es controvertida por la necesidad de plantear tratamientos de larga duración con los riesgos que esto conlleva.

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA HORMONAL

- Controla los síntomas vasomotores moderados-severos y la atrofia génito-urinaria.
- Reduce el riesgo de osteoporosis mientras se toma el tratamiento.
- Según los resultados del estudio WHI, el grupo de intervención que recibía TH con estrógenos y gestágenos, parece mostrar una menor incidencia de cáncer colorrectal respecto a los controles.

Otros efectos que se le han atribuido de forma tradicional han quedado desbancados por diferentes estudios:

- No se ha demostrado que tenga ninguna acción en prevención primaria (resultados del estudio WHI) ni secundaria (estudio HERS) de enfermedad cardiovascular.
- No tiene acción en la incontinencia urinaria de esfuerzo (HERS).
- No presenta una utilidad clara en el Alzheimer.

RIESGOS DE LA TERAPIA HORMONAL

- Aumento del riesgo de TVP y TEP. (WHI, RR=2,7).
- Incremento incidencia cáncer de mama (WHI).
- Aumento riesgo de colelitiasis (HERS I).
- Aumento del riesgo de carcinoma de endometrio si no se asocia un gestágeno al estrógeno en mujeres no hysterectomizadas. El tratamiento sólo con estrógenos aumenta de 2 a 8 veces el riesgo, siendo dosis dependiente y permaneciendo hasta 5-10 años después de la supresión del tratamiento.

Los **efectos secundarios** asociados a este tratamiento son los siguientes:

- Sangrados vaginales (metrorragia). Si no existe ninguna enfermedad concomitante y no se han producido alteraciones en la toma de la medicación (olvidos de dosis, vómitos, cuadros diarreicos...) debe descartarse la existencia de una hiperplasia endometrial.

- Síndrome premenstrual: típico de las pautas cíclicas. Se evita pasando a una pauta continua (ver apartado de pautas de administración), disminuyendo la dosis del gestágeno o pasando a progesterona micronizada oral.
- Náuseas, cefaleas, mastalgias: asociados a la dosis de estrógenos. Se controlan disminuyendo la dosis.
- Nerviosismo, distimias, síntomas depresivos: si se ha excluido que se trate de procesos concomitantes, se puede establecer una relación con las dosis de gestágenos. Desaparecen disminuyendo su dosis o pasando a progesterona micronizada oral.
- Irritación local (en zonas de aplicación de parches): se debe aconsejar agitar el parche antes de su aplicación para favorecer la evaporación del alcohol.

¿QUÉ FÁRMACOS SE UTILIZAN Y POR QUÉ VÍA?

El principal grupo utilizado es el de los estrógenos, siendo los principales principios activos: Estriol, 17_ estradiol, valerianato de estradiol, estrógenos conjugados equinos.

Las vías de administración son variadas:

- **Oral:** (valerianato y estrógenos conjugados). De fácil administración pero con el inconveniente del efecto de primer paso hepático (se pierde la tercera parte por orina tras sufrir un proceso de glucuroconjugación). Esta vía conlleva un aumento del riesgo de colestiasis y por acción sobre el SRAA, aumento de T.A.
- **Parenteral:** (estradiol). Puede ser subcutánea o intramuscular. No presenta efecto de primer paso pero la absorción es errática.
- **Dérmica:**
 - Percutánea (como un gel aplicado sobre piel, con absorción variable).
 - Transdérmica (17 _ estradiol en parches), con absorción estable pero con fluctuaciones el último día de aplicación.

Los **gestágenos** son el otro grupo utilizado, asociados a los estrógenos, estando indicados en las mujeres no histerectomizadas para prevenir la hiperplasia endometrial, ya que tienen una acción antiproliferativa por disminución de los receptores estrogénicos que la ocasionan a nivel del epitelio endometrial.

Los principales principios activos son los siguientes:

- Progesterona micronizada: de administración oral o vaginal. Esta última vía evita el primer paso hepático, pero ocasiona somnolencia (se recomienda su aplicación nocturna).
- Derivados de la progesterona: acetato de medroxiprogesterona (uno de los más usados), dihidrogesterona, medrogestona.
- Derivados de la testosterona: noretisterona y levonorgestrel, ambos con efectos desfavorables sobre metabolismo lipídico.



¿CÓMO SE PUEDE TOMAR LA TERAPIA HORMONAL?

- **Mujeres histerectomizadas:** Toma continua de estrógenos:
 - Transdérmica: Parche de estradiol lunes y jueves de cada semana, sin descanso o
 - Oral: 0,625 mg de EE conjugado equino o 2 mg de valerianato de estradiol, cada 24 horas.
- **Mujeres no histerectomizadas:**
 - Si desean seguir menstruando: (de forma temporal, pues la amenorrea aparecerá tras unos ciclos de tratamiento).

Pauta cíclica: estrógenos 21 días al mes (oral o parches), descansando 1 semana y gestágenos los últimos 14 días de la toma del estrógeno.

Pauta continua: estrógenos todo el mes (oral o parches), sin descansar y gestágenos los primeros 14 días de la toma del estrógeno.
 - Si no desean seguir menstruando:

Pauta combinada continua: estrógenos y gestágenos todo el mes, ya sea oral ambas cosas, parche de EE con gestágeno oral o parche combinado.

La pauta debe ser pactada con la mujer. Ella debe valorar la vía de administración y, en el caso de conservar su útero, decidir si quiere o no seguir menstruando.

¿CUÁNTO TIEMPO SE PUEDE TOMAR LA TERAPIA HORMONAL?

Si la indicación es controlar los síntomas climatéricos: 3 – 4 años. La prolongación del tratamiento por encima de este tiempo ha demostrado un incremento de los riesgos superior a los beneficios.

No se debe suspender de forma brusca. Se irá reduciendo una dosis semanal del EE hasta su supresión, quitando el gestágeno desde el inicio. Otra pauta consistiría en disminuir ambos fármacos a mitad de dosis y luego suspender.

¿QUÉ CONTROLES DEBE REALIZAR UNA MUJER EN TRATAMIENTO CON TH?

Previo al inicio del tratamiento:

- Exploración ginecológica bianual.
- Mamografía (siendo válida una previa si se ha realizado en el último año).
- Valoración del riesgo de cáncer de endometrio (los principales factores de riesgo son: obesidad, menopausia tardía, anovulación crónica, hemorragia vaginal disfuncional).

A los 3 meses: valorar efectos secundarios y patrón de sangrado. Explicar a la mujer las características del sangrado normal y patológico.

Características del patrón de sangrado:

- Pauta cíclica: es normal el sangrado que aparece a partir del 10º día de iniciado el gestágeno, en cantidad similar o inferior a una regla.
- Pauta continua: son normales las hemorragias irregulares en el primer año del tratamiento; si persisten después de este periodo, valorar estudio endometrial.

Si aparece un patrón anómalo de sangrado está indicada la realización de un estudio endometrial. Se realizará ECO transvaginal y en función de los resultados se valorará la necesidad de biopsia:

- Grosor endometrial por ECO igual o inferior a 4mm: normal.
- Entre 5 y 8 mm: repetir ECO y valorar biopsia.
- Superior a 8 mm: biopsia.

Cada 6 meses: valorar indicación del tratamiento.

Mamografía y exploración mamaria anual. Citología según recomendaciones del PAPPs.

No está justificada la determinación de valores hormonales.

¿Conoce otros tipos de tratamientos?

TIBOLONA.

Se trata de un esteroide sintético, derivado de la 19-nortestoterona, que posee una débil actividad estrogénica, progestágena y androgénica.

Es eficaz en el control de los sofocos y la sequedad vaginal.

Algunos autores apuntan a que podría incrementar la masa ósea, pero no hay datos sobre su efectividad en la prevención de fracturas.

Por su efecto androgénico puede ocasionar un hirsutismo y una disminución de HDL temporales. Estudios recientes parecen indicar un incremento del riesgo de aparición de cáncer de mama con su utilización prolongada respecto al de las mujeres sin tratamiento, pero inferior al riesgo asociado a la Terapia Hormonal.

Se utiliza a dosis de 2,5mg/día, de forma continuada. Debiéndose realizar un seguimiento cada 6 meses para valorar indicación del tratamiento.

VERALPRIDE

Fármaco antidopaminérgico. Se encuentra indicado para el control de los síntomas vasomotores leves. Este efecto dura hasta 3 meses después de suspendido el fármaco.

Su principal efecto secundario es la aparición de hiperprolactinemia, que desaparece al retirar el tratamiento.

Dosis: 100 mg/día, 20 días al mes y 10 días de descanso.

FITOESTRÓGENOS

Sustancias no esteroideas con estructura química similar a los estrógenos. Poseen actividad estrogénica o antiestrogénica en función de la concentración de estrógenos endógenos y de receptores estrogénicos (en las mujeres premenopáusicas actúan por mecanismo competitivo a nivel del receptor estrogénico).

- Se encuentran en frutas, verduras y legumbres, distinguiéndose los siguientes grupos:
 - Coumestans.
 - Lignanos.
 - Isoflavonas (genistein y daidzein). Son las de mayor potencia estrogénica. Se encuentran en soja, guisantes, lentejas y judías blancas.

Disminuyen los sofocos y mejoran la atrofia vaginal. Parecen mejorar el perfil lipídico (_LDL y VLDL). Algunos estudios aportan datos sobre protección frente a cáncer de mama, por su efecto antiproliferativo en mama. Sin embargo, se desconocen efectos adversos a corto y largo plazo.

No hay evidencia científica sobre su uso, pero sí recomendaciones de grupos de expertos.



aparato

10.

REPRODUCTOR y CONTRACEPCIÓN en La etapa deL CLIMATERIO

Contenidos

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.
- Métodos anticonceptivos más indicados en esta etapa.

Objetivos específicos:

- Que las participantes, reorganicen conocimientos sobre la anatomía y fisiología de los aparatos reproductores femenino y sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen en el mercado.
- Que las participantes, conozcan las ventajas e inconvenientes en la utilización de los distintos métodos anticonceptivos.

Objetivos didácticos:

Ver el conocimiento que las pacientes tienen sobre aparato reproductor y anticoncepción.

Metodología:

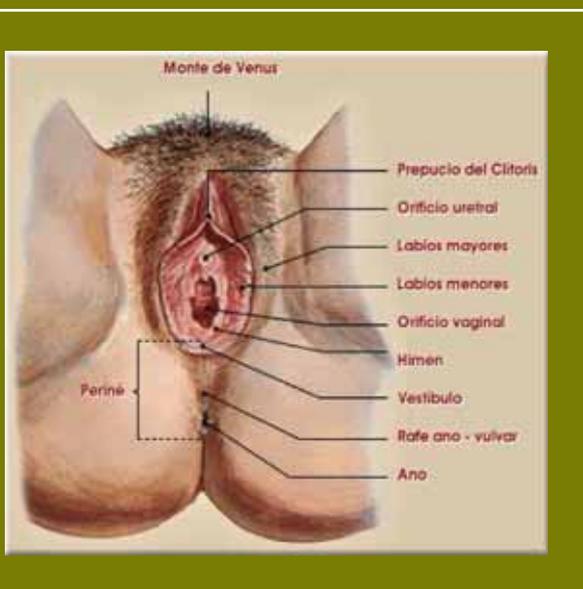
1. Exposición oral sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.
2. Analizar los conocimientos que las pacientes tienen sobre anticoncepción, mediante un cuestionario anónimo que se les entregará.
3. Exposición oral basándose, en lo expresado por las participantes en la actividad anterior, y en la información técnica.
4. Se favorecerá la discusión en el grupo.

Material necesario:

- Cañón para proyección de diapositivas, fotocopia de cuestionario y bolígrafos.

Información técnica: aparato reproductor femenino

PARTE EXTERNA



El conjunto de órganos externos se denomina **VULVA**:

- **Clitoris:** Es un pequeño cuerpo eréctil, cubierto con un pliegue de tejido llamado PREPUCIO, el cual posee receptores táctiles que al ser estimulados, excitan a la mujer durante el coito.
- **Los labios mayores y los labios menores:** Se encuentran debajo del CLITORIS. Estos rodean la abertura de la vagina y cumplen la función de protección.
- **El meato urinario:** Este se encuentra en la parte superior de la abertura vaginal.
- **El himen:** Es un delgado anillo tejido que cubre la abertura vaginal.

PARTE INTERNA

Los órganos internos están ubicados en la región pelviana de la cavidad abdominal.

- **La vagina:** Es un conducto musculomembranoso de unos 10 cm. De longitud. Esta separada de la vulva y del exterior por una membrana llamada himen. Sus paredes son muy elásticas, aunque habitualmente suelen estar plegadas. El interior de la vagina suele estar húmedo. Esta humedad aumenta con la excitación sexual. Sirve para crear un medio ácido que evite las infecciones y para lubricar la vagina durante las relaciones sexuales. Esta humedad disminuye cuando cesan las menstruaciones (menopausia).
- La vagina finaliza en el cuello del útero, que pone en comunicación el útero con la vagina a través de un conducto muy fino, el canal cervical uterino: Es el órgano encargado de recibir el óvulo fecundado procedente de la trompa de Falopio. La pared del útero esta cubierta por una capa mucosa llamada ENDOMETRIO.

- **Trompas de Falopio:** Son dos conductos de unos 20 cm. de longitud. En este tiene lugar la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
- **Ovarios:** Son la glándula genital femenina. Este posee una función de secreción interna y otra externa. Por la primera vierte a la sangre las hormonas femeninas: estrógenos y progesteronas. La segunda función da lugar a la formación de óvulos. En cada ovario hay 200.000 óvulos.

Contracepción en la menopausia

La fertilidad baja gradualmente a medida que se acerca la menopausia; sin embargo, debido a que los niveles de hormonas reproductoras disminuyen lentamente, es ampliamente aceptado que las mujeres no quedan imposibilitadas definitivamente de quedar embarazadas hasta un año después de su último período menstrual.

Además, los riesgos de aborto espontáneo y anomalía congénita son mucho mayores que en las mujeres jóvenes.

Las mujeres en la perimenopausia pueden presentar trastornos antes del cese definitivo de la menstruación. Estos trastornos o desarreglos están relacionados con el déficit de estrógenos. Durante este período puede haber ovulaciones y por lo tanto puede haber embarazo. De este modo, las necesidades de anticoncepción segura siguen siendo importantes.

Métodos naturales

Son métodos poco seguros porque su correcta utilización exige un gran conocimiento de nuestro cuerpo. Estos métodos sirven para obtener información de los días fértiles en la mujer y abstenerse de tener relaciones sin protección esos días.

MÉTODO OGINO-KNAUS, DEL CALENDARIO O RITMO

Requiere una observación sistemática y suficientemente larga del ciclo menstrual (al menos durante 12 meses) y un posterior cálculo para saber de forma aproximada cuando es el período fértil.

Ciclo más corto: 26 días..... $26-19 = 7$ (Primer día de abstinencia).

Ciclo más largo: 32 días..... $32-10 = 22$ (Último día de abstinencia).

La pareja debe evitar el coito vaginal o recurrir a un método de barrera durante los días potencialmente fértiles.

LA TEMPERATURA BASAL

Se basa en la observación de la temperatura basal y sus variaciones durante el ciclo menstrual y así poder saber cuando es el periodo fértil.

La mujer deberá tomarse la temperatura, con un termómetro de mercurio, todos los días bajo las mismas condiciones, antes de levantarse de la cama, vía oral, rectal o vaginal (siempre la misma) y anotarla en una gráfica diseñada a tal fin. La temperatura basal se eleva entre 0.2 y 0.5 °C a partir de la ovulación.

Los días de bajo riesgo son desde el primer día de la menstruación hasta que la temperatura aumenta de 0.2 a 0.5 °C sobre sus temperaturas bajas precedentes y esta elevación se mantiene, al menos durante tres días, esto significa que el momento fértil ha finalizado. A partir de este momento la mujer puede practicar el coito con bajo riesgo, hasta el comienzo de la siguiente menstruación.

Este método puede alterarse por diversas causas como insomnio, fiebre, etc...

BILLINGS O MÉTODO DEL MOCO CERVICAL

Consiste en determinar los días fértiles mediante la observación de los cambios que se producen en el moco cervical en el momento de la ovulación, este es abundante, transparente y fluido.

Hay autores que describen las características de la secreción vaginal, dividiendo el ciclo en varias fases:

- Fase 1:** Llamada de "días secos", inmediatamente después de la menstruación, sin secreción vaginal.
- Fase 2:** Se percibe un aumento de la secreción con la emisión de un fluido blanquecino y pegajoso. La duración de esta fase es variable, de 2 a 5 días.
- Fase 3:** A continuación se presenta una secreción clara, fluida (como clara de huevo), transparente, que se considera signo de ovulación y que, habitualmente, persiste durante los dos o tres días siguientes a ella. Este moco es muy elástico (filante).

El período de riesgo de embarazo se supone empieza el primer día en que se observa secreción postmenstrual (Fase 2), y continúa hasta el cuarto día después de la aparición del moco claro, fluido y transparente (Fase 3).

Este método puede verse alterado por la presencia de otro tipo de secreciones vaginales, infecciones, sangrados intermenstruales, espermicidas o cualquier tratamiento vía vaginal.

COITO INTERRUMPIDO (COITUS INTERRUPTUS)

Es el método más antiguo conocido y puesto en práctica por el varón para la regulación de la natalidad.

Este método consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, de manera que el eyaculado quede totalmente fuera de vagina y genitales externos.

Es un método poco recomendable, ya que la lubricación del pene (líquido seminal) que se secreta previa a la eyaculación lleva espermatozoides, dando un alto porcentaje de fracasos, así como la facilidad de inducir insatisfacción sexual, prostatitis o congestión pélvica.

Ninguno de estos métodos es fiable en esta etapa por las numerosas variaciones que puede haber en la fecha de la ovulación.

Métodos de barrera

Los métodos de obstrucción son aquellos que proporcionan una barrera física o química para impedir que los espermatozoides lleguen hasta el óvulo.

1. CONDÓN

(Es el único método aceptado para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.)

1.1. Masculino

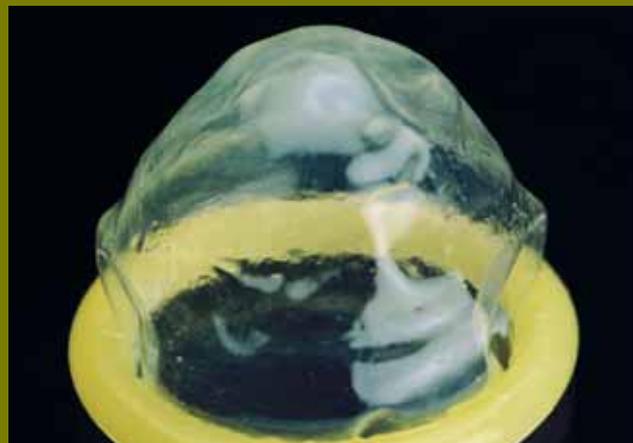
- Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por látex muy delgado y resistente.
- No lo infle y no lo estire.
- No debe desenrollarse completamente antes de ponérselo.
- Debe colocarse desde el inicio de la penetración, pues debe estar presente durante todo el acto sexual.

- Si no está presente desde el comienzo serían aplicables las consideraciones indicadas en el coito interrumpido.
- Se desenrolla sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente hasta su base.
- Se deja un espacio pequeño sin aire en la punta para recolectar el semen en la eyaculación.
- Durante el acto sexual debe verificarse periódicamente que el condón este cubriendo hasta la base, alertando que no se haya retraído.
- Una vez suceda la eyaculación debe cogerse por su base y retirar el pene antes que pierda erección.
- Debe usarse un condón por cada relación sexual.
- El condón tiene fecha de caducidad. Este podría romperse si está vencido pues pierde su lubricación.
- Es sensible a la luz y/o calor y/o humedad excesivos.
- El látex puede porosearse al contacto con lubricantes derivados del petróleo como vaselina, aceites o crema de manos. Pero si es requerido puede usarse glicerina o los espermicidas en cualquiera de sus presentaciones.
- El condón previene el embarazo en el 85% de los casos al usarse correctamente. Si se asocia con espermicidas se aumenta al 93%.

Su índice de Pearl : 3- 3.6

Ventajas:

- Bajo costo.
- Fácil uso.
- Se consigue fácil.
- Protege contra enfermedades de transmisión sexual.



Desventajas:

- Ocasionalmente reacciones alérgicas.
- Ocasionalmente se alude insatisfacción sexual por disminución de la sensibilidad o interrupción de las caricias para colocarlo.

1.2. Condón femenino

Está fabricado a base de plástico de poliuretano lo que lo hace más resistente a la ruptura.

Puede emplearse con cualquier tipo de lubricante y no es necesario emplear espermicidas, viene prelubricado con silicona.

Consiste en una “funda” suave y holgada que se amolda a la vagina con dos anillos flexibles de poliuretano en cada extremo. Un anillo está en el extremo cerrado de la funda y sirve como mecanismo de colocación y de fijación en el interior de la vagina. El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y permanece fuera de la vagina después de la colocación, con lo cual ofrece la protección a los genitales externos y a la base del pene durante el acto sexual.

Desventajas:

Poca aceptabilidad, aprendizaje y entrenamiento y alto costo.

2. ESPERMICIDAS

Sustancias químicas que afectan la motilidad o vitalidad del espermatozoide.

Presentaciones comerciales:

- Tabletas vaginales.
- Óvulos vaginales.
- Jaleas.
- Cremas.



Forma de uso:

- Se coge la tableta u óvulo con los dedos índices y medio, introduciéndolos profundamente en la vagina.
- No confundir los óvulos vaginales con aquellos usados para el tratamiento de los flujos vaginales. El espermicida debe decir "Anticonceptivo".
- Debe colocarse 10 minutos antes de la relación sexual y repetir su postura si no se tiene dicha relación en las primeras dos horas.
- No realizar lavados o duchas vaginales antes de 8 horas postcoito.

Posee un 85% de seguridad, pero asciende al 96% cuando el compañero usa condón.

Ventajas:

- No necesita prescripción médica.
- Prácticamente inofensivos.
- No requiere entrenamiento para su uso.

Desventajas:

- Alergias.
- Baja efectividad.
(Índice de Pearl: 3-21).
- Irritación de la mucosa genital.



3. IMPLANTES

3.1. Diu

Pequeños elementos de plástico flexible pueden tener o no aleaciones de cobre u hormonas que se colocan dentro del útero o matriz.

Mecanismo de acción:

- Impide que los espermatozoides fecunden el óvulo alterando la capacitación espermática.
- Altera la estructura del endometrio por inflamación.
- Altera la estructura del moco volviéndolo inadecuado para la progresión espermática.

Recomendaciones generales:

- Debe aplicarse por personal entrenado. Preferiblemente en el segundo día de la menstruación o 40 días posparto.
- Si se coloca postaborto debe verificarse que no presente infección previa.
- Es aceptado su uso hasta por 5 o 10 años.

Ventajas:

- Alta efectividad (96%).(Índice de Pearl:0.3-3, con estrógenos 0.2).
- No requiere entrenamiento por la usuaria.
- Puede usarse por 8 años con controles periódicos mínimo una vez al año.
- Bajo costo.
- No tiene efecto sobre el peso o metabolismo de la usuaria.
- Puede extraerse cuando sea deseado.

Desventajas:

- La usuaria requiere ser seleccionada por el médico.
- El sangrado menstrual puede ser más abundante.
- Mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.



Contraindicaciones:

- Embarazo sospechado o conocido.
- Sangrado vaginal no diagnosticado.
- Proceso maligno ginecológico.
- Infección pélvica.
- Anomalías congénitas del útero.
- Endometritis.
- Estenosis cervical severa.
- Trastornos hematológicos o de coagulación.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Mujeres promiscuas.
- Nuliparidad, como contraindicación relativa.

Indicaciones para su extracción:

- Puede retirarse a solicitud de la usuaria, preferiblemente con la menstruación.
- Cuando existe dolor pélvico o cólicos intensos.
- Sangrado menstrual excesivo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Desplazamiento del dispositivo en la cavidad uterina.
- Embarazo (requiere manejo a criterio del ginecólogo).
- Procesos malignos en cuello uterino o matriz.
- Menopausia (esto debido a que su acción ya no es necesaria).

3.2. Implantes subcutaneos

Los implantes sólo de progestágeno son cápsulas de un elastómero de polidimetilsiloxano, conocidas como Silastic de aproximadamente, 3 cm. Se aplican subcutáneamente y liberan un progestágeno en forma constante, con duración de 5 años.

El implante de progesterona tiene un Índice de Pearl: 0.04

4. DIAFRAGMA (FEMENINO)

El diafragma es un dispositivo semiesférico de goma fina, provisto de un aro de metal flexible y recubierto de la misma goma.

El efecto del diafragma se basa en la oclusión mecánica del canal cervical que evita el ascenso de los espermatozoides. El diafragma se coloca en la vagina entre la cúpula posterior de ésta y la sínfisis púbica.

Características:

- Se puede colocar hasta 3-4 horas antes de la relación sexual y no retirarlo hasta 6 horas después de la misma.
- Es reutilizable.
- Actualmente en desuso.
- Necesita adiestramiento.
- Utilizado junto con espermicidas su Índice de Pearl: 2-4.

5. ESPONJAS VAGINALES

Son un anticonceptivo que no requiere prescripción ni supervisión médica. Fabricadas a base de poliuretano, contienen alrededor de 1 gr. de espermicida con duración máxima de 24 horas. Sin importar la frecuencia del coito, se ajusta a la parte superior de la vagina cubriendo el cérvix, teniendo tres **funciones principales**:

1. Espermicida.
2. De barrera, obstruyendo el orificio cervical externo.
3. Como esponja, absorbiéndolos espermatozoides.

Su desventaja es la reacción alérgica e irritación vaginal que puede producir.

Su Índice de Pearl: 1-2.2

6. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Las píldoras anticonceptivas orales (AOs) contienen un estrógeno y un progestágeno sintéticos, similares a las hormonas naturales que producen los ovarios de la mujer cuando maduran los folículos. La píldora anticonceptiva impide la maduración de los óvulos, por lo tanto, no puede haber ovulación, concepción ni embarazo. La píldora además brinda otro mecanismo adicional de protección, cual es dificultar el paso de los espermatozoides hacia el útero y las trompas.

Comparada con otros métodos anticonceptivos, la píldora posee **ventajas importantes:**

- Es de los métodos anticonceptivos más seguros, es decir si es tomada siguiendo correctamente las instrucciones de uso, falla sólo en una o en menos de una de cada 100 mujeres al año. (Índice de Pearl:0.1-0.9).
- Es reversible: puedes quedar embarazada al dejar de tomarla.
- Es discreta y no interviene con la espontaneidad de la relación sexual.
- Los dolores ocasionados por la menstruación se reducen o desaparecen por completo. Los ciclos son más regulares y el volumen de sangrado menstrual es más reducido.
- Algunos tipos de anticonceptivos modernos, con el uso continuo producen mejoría de formas leves y moderadas de acné.
- Mejoran las alteraciones provocadas por el ciclo menstrual: náuseas y tensión mamaria.
- Una ventaja fundamental es que tú controlas tu propia fertilidad.
- Beneficios no anticonceptivos de la píldora. Hoy en día existe consenso entre los especialistas en que además de evitar el embarazo, la píldora anticonceptiva tiene comprobados muchos otros beneficios. Se ha demostrado que el uso regular de los anticonceptivos orales modernos disminuye el riesgo relativo de:
 - Quistes mamarios benignos.
 - Quistes de ovarios benignos.

- Cáncer de ovario y de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo ectópico.
- Alteraciones menstruales.

A pesar de los beneficios que ofrecen a muchas mujeres, los AOs pueden generar algunos efectos secundarios menores. Generalmente éstos duran poco y pueden desaparecer dentro de los primeros meses de utilizar anticonceptivos orales. No obstante, no debes dejar de tomar tus píldoras hasta consultarlo primero con tu médico.

Los posibles **efectos secundarios** incluyen:

- Sangrado intermenstrual o "goteo".

El goteo no es inusual durante los 3 primeros ciclos de uso de un AO. Puede llevarle hasta 4 ciclos a tu organismo adaptarse a las hormonas. Si el problema persiste después del 4º ciclo, habla con tu médico.

- Alteración del peso.

Pueden ocurrir mínimos cambios de peso dentro de los primeros pocos meses de uso de los AOs. Pero con las píldoras de baja dosis de hoy día, el aumento de peso debería ser insignificante.

- Manchas oscuras en el rostro.

También conocidas como "cloasma", las manchas oscuras en el rostro son frecuentemente una respuesta al estrógeno de los AOs. El uso de un protector solar puede ayudar a evitar este inconveniente, dado que la exposición al sol tiende a empeorar este problema.

- Náuseas.

Las náuseas pueden tener lugar durante los tres primeros ciclos de uso de un AO. Tomar la píldora a la hora de irse a dormir o ingerirla junto a las comidas puede resultar ventajoso.

- Tensión mamaria.

La tensión mamaria no es generalmente algo por lo cual preocuparse. Normalmente, mejora con el paso del tiempo. Si estás preocupada, consulta con tu médico.

Inusuales **síntomas de alerta:**

Si experimentas cualquiera de los siguientes síntomas, debes consultar con tu médico lo antes posible o acudir a un hospital o unidad sanitaria, dependiendo de la gravedad:

- Dolor de pecho agudo, tos con sangre, o repentina falta de aire.
- Dolor en la pantorrilla.
- Dolor agudo o sensación de pesadez en el pecho.
- Repentino y fuerte dolor de cabeza o vómitos, mareos o desmayos, dificultad en la visión o el habla, debilidad o entumecimiento en un brazo o pierna.
- Repentina pérdida de la visión parcial o completa.
- Protuberancias en las mamas.
- Dolor agudo o malestar en el área estomacal.
- Dificultad para dormir.

MÉTODOS PERMANENTES:

La anticoncepción quirúrgica, oclusión tubárica o vasectomía es probablemente el método más eficaz y seguro.

La oclusión tubárica está indicada cuando el deseo de la mujer es una seguridad anticonceptiva máxima, sin embargo no proporciona sustitución hormonal en un periodo crítico de la mujer en el que comienza el cese de la función ovárica. Consiste en cortar o cauterizar las trompas de Falopio de manera que queda cerrado el paso a los óvulos y espermatozoides. (índice de Peal:0.2-0.3).

La vasectomía consiste en quitar una pequeña parte del conducto que lleva los espermatozoides desde los testículos, de manera que el líquido que se emite en la eyaculación no lleva espermatozoides.

Conclusiones:

A modo de conclusión, las mujeres sanas, no fumadoras ni obesas y sin antecedentes personales o familiares de patología cardiovascular, pueden emplear anticonceptivos orales hasta los 45 años, y siempre acudiendo a los controles periódicos que se le indiquen.

Cuando la mujer es fumadora, presenta exceso de peso o tiene la tensión arterial alta, puede beneficiarse de los DIU liberadores de cobre. En las mujeres perimenopáusicas con trastornos del ciclo y menstruaciones abundantes están indicados los DIU liberadores de levonorgestrel.

Los métodos de barrera estarían indicados en las parejas de más edad y con escasa actividad sexual y en las mujeres perimenopáusicas con un elevado número de parejas, al ser eficaces protectores frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en España:

Preservativo	36.2
ACO	27.3
Vasectomía	10.5
DIU	9.6
Oclusión Tubárica	7.4
Coitus interruptus	7
Métodos Naturales	1.2
Óvulos/espermicidas	0.4
Diafragma	0.4

Cuestionario

1. ¿QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES?

2. ¿SOBRE CUAL TE INTERESA SABER MÁS?

3. ¿CUÁL CREES QUE ESTÁ MAS INDICADO PARA TI?

BIBLIOGRAFÍA

<http://iris.cnice.mecd.es/biosfera/alumno/3ESO/apararep/anafem.htm>

www.centromedicoaragon.com/servicios/plan_familiar.htm

www.fhi.org/sp/networks/sv16-2/ns16210.html

www.menopausia.cl/pacientes/index.html

www.celsam.org/info.asp?cve_sub=13

www.minsa.gob.pe/dpspf/am35.htm

www.rhoespanol.org/html/cont_overview.htm

www.gapto.sescam.jclm.es/Unidad%20Docente/Documentación/Adolescencia/Metodos.pdf

CONSIDERACIÓN

11.

SOCIAL DE LA MENOPAUSIA

Contenido

- Cuál es la consideración social de la menopausia.
- Roles sociales.

Objetivos específicos

- Establecer las variables que configuran los diferentes modelos culturales sobre la menopausia. Analizar los modelos culturales sobre menopausia que derivan de la experiencia de las mujeres en diferentes generaciones y culturas.
- Describir acontecimientos familiares y sociales que coinciden en esta etapa de vida de la mujer.
- Comprobar si con la menopausia se han producido cambios en el estilo de vida.
- Identificar los roles sociales de hombres y mujeres.

Objetivos didácticos

Que las participantes:

- Expresen creencias y opiniones sobre las características que socialmente se otorgan a la menopausia.
- Identifiquen y analicen los aspectos relacionados con el rol social que la mujer desempeña en nuestra sociedad.
- Reorganicen conocimientos sobre la concepción de la menopausia y su significación social.

Metodología

- **TORMENTA DE IDEAS.** En la que las participantes expresen las ideas que tienen en relación con la menopausia y el papel social que la mujer desempeña.

- Exposición oral/discusión sobre la consideración social de la menopausia.
- **ANÁLISIS DE UN CASO.** Para identificar las distintas maneras de vivir los roles sociales que las mujeres tienen y su influencia en el bienestar.
- Exposición oral/discusión sobre los roles sociales.

Material necesario

- Cañón de diapositivas.
- Fotocopias del ejemplo práctico.
- Pizarra y tizas.
- Rotafolios y rotuladores.

PREGUNTAS a realizar al grupo:

¿Qué significa para vosotras la menopausia? Es la pérdida de la feminidad, es la liberación al desaparecer el ciclo menstrual y el riesgo de embarazo = más seguridad.

¿Se asocia la retirada de la regla a ser menos mujer?.

¿Ha cambiado vuestro estilo de vida con la menopausia: nueva forma de vestir, de peinarse, de alimentarse (se reduce el consumo de carne y alimentos para evitar el incremento de peso)?.

¿Creéis que en esos cambios, influyen otros factores como: hijos adolescentes?.

¿Comparte vuestra pareja el proceso menopáusico?.

¿Disminuye el deseo sexual?.

En tormenta de ideas que las mujeres expresen las características que la sociedad otorga a las mujeres.

Información técnica.

Consideración social de la menopausia

La percepción social de la menopausia varía a lo largo de la historia, está estrechamente ligada a la consideración social que de la mujer y su sexualidad han tenido las diferentes culturas y religiones.

El hecho menopaúsico no solo tiene una consideración histórica y cultural también personal y privada de una mujer a otra, también va a estar influenciado por el entorno sociocultural en el que está inmersa cada mujer (es decir, la construcción de la realidad sobre la menopausia es distinta para cada mujer, cada una de las que estáis aquí la vivís de distinta manera, a diferentes culturas diferentes configuraciones).

La menopausia no es un concepto estático varía en función de los factores socioculturales que la condicionan.

La mujer se enfrenta a lo largo de su vida a varias etapas: la menarquia, el embarazo y el parto y la menopausia, por tanto la menopausia es un acontecimiento que marca el inicio de una etapa más en la vida de la mujer. La menopausia está relacionada con los conceptos de sexualidad, feminidad, fecundidad y maternidad.

Las primeras (menarquia, embarazo y parto) son valoradas positivamente por la sociedad por su ingreso y confirmación de la fertilidad femenina, la menopausia significa el fin de esta etapa y adquiere un carácter negativo (la pérdida de la fertilidad y el envejecimiento), valores que no le corresponde. La connotación social negativa dificulta el abordaje de esta etapa a muchas de las mujeres.

Sin quitarle importancia a los cambios hormonales la realidad indica que la menopausia no trae consigo una avalancha de problemas pero los estereotipos sociales negativos, la información contradictoria y el sesgo cultural hacen que muchas mujeres la esperen y la vivan con temor y malestar.

Hay mujeres que la viven como una época de crisis, de cuestionamiento de la vida, la manera de afrontarlo de forma natural evitará que se produzcan trastornos más serios (depresiones, disputas familiares, etc.) el bienestar o la distinta forma de afrontar las cosas depende de la personalidad de cada uno y de los acontecimientos vitales externos, por ejemplo una mujer puede experimentar sus sofocos como una pequeña molestia mientras que para otra puede sentir que afecta gravemente a su calidad de vida.

La menopausia no debe apreciarse como un capítulo de decrepitud, sinónimo de pérdida y envejecimiento o como un cuadro clínico que hay que tratar, sino como una etapa más, etapa en la que se pueden desarrollar nuevos saberes y sabidurías.

La menopausia es un periodo que el sistema sociosanitario ha medicalizado con estrategias terapéuticas cuando de lo que estamos hablando es de un proceso natural con unas necesidades de cuidados. Necesidades de cuidados que van siendo diferentes en las distintas etapas de la vida que el ser humano atraviesa.

Lo que hasta ahora había pasado por ser una fase vital sin especial relevancia adquiere dimensiones de problema social, médico y personal. Aparece una sintomatología y un "síndrome" que debe ser tratado.

No podemos negar que en esta etapa se producen una serie de síntomas (dolencias), este tipo de actividades educativas nos ayuda a reconocerlos y a resolverlos satisfactoriamente. (En el periodo fértil, cuando se tiene la regla también aparecen síntomas premenstruales: cefaleas, dolor abdominal, cambio del estado anímico, molestias abdominales en el periodo de ovulación, etc.)

En nuestro entorno cultural, las mujeres (mis abuelas, vuestras madres) que ahora tienen 70-80 años no han acudido al médico ante los cambios y síntomas relacionados con el proceso menopáusico pues lo consideraban un evento natural. Las mujeres entre 50-60 años sí acuden, esto refleja la "medicalización" que se ha producido de todas las etapas de la vida de un individuo: control de embarazo, control del niño sano, control de la adolescencia, control de la menopausia, control de las patologías crónicas en el adulto, control del anciano, etc.

La consideración social de la menopausia ha variado a lo largo de la historia no sólo en función de las distintas culturas y tradiciones y del papel que tanto la sexualidad como la religión han desempeñado sino también ha variado en función de la consideración social de la mujer.

Ejemplos:

- En el mundo islámico, las mujeres mayores son tratadas con gran respeto cuando dejan de ser objeto de deseo sexual, se les atribuye cualidades morales e intelectuales que no se les reconocía cuando eran jóvenes y no se les considera desprovista de atractivo (al contrario la mujer árabe madura tiene atractivo erótico para los jóvenes). Conquista su mayor peso social en su papel de suegra y abuela donde logra imponerse en la vida familiar.

- En China actual la mujer menopaúsica lejos de ser relegada por el marido, alcanza por el contrario una mayor importancia pues en un país con graves problemas para el control del excesivo aumento de la población, la práctica erótica con mujeres menopáusicas esta desprovista del miedo reproductivo.
- En Japón la mujer joven queda relegada al hogar como mero instrumento de reproducción y en la madurez alcanza el papel de consejera y educadora.
- En África Negra, las reglas se consideran purificadoras, por ello las relaciones sexuales se prohíben tras la menopausia pues se piensa que pueden provocar daños mortales para el hombre.
- En nuestra cultura, si nos remontamos a la Historia: en la Edad Media se pensaba que la menstruación le servía a la mujer para expulsar venenos retenidos en el cuerpo y como purgación, más adelante al ser la mujer menopáusicas y estéril la cópula no conduce a la reproducción y es condenada por la Iglesia y la Medicina, la mujer no sirve para nada.

Las manifestaciones que aparecen con la menopausia no tienen la misma incidencia en las diferentes culturas, por ejemplo las mujeres mayas no presentan sofocos (0%), las mujeres holandesas los presentan en un 80 %.

Actualmente en las civilizaciones occidentales y países desarrollados la menopausia adquiere relevancia como fase vital, como una etapa con una sintomatología clara. La mujer se ha incorporado al mundo del trabajo, viven una nueva forma de conducta sexual diferente a la experimentada por generaciones anteriores.

En términos generales, en estudios realizados en mujeres;

- La desaparición de la menstruación, se evidencia con dos tipos de reacciones:
 - 1) Se identifica con la pérdida de la feminidad debido al significado que la sociedad da a la menstruación, al rol social de la mujer y a como se vive el envejecimiento: se valora la juventud y la belleza.
 - 2) Por otro lado aparece un sentimiento de liberación ante la desaparición de las molestias propias del ciclo menstrual y el miedo a un embarazo.

- La mayoría de las informantes hacen referencia a un sentimiento de pérdida, lo cual hace pensar en la importancia que se da a la regla.
- Destaca en estos estudios el hecho de que las mujeres en esta etapa realizan cambios en su estilo de vida: cambian su indumentaria, el peinado (dejan de teñirse), hábitos alimentarios (disminución del consumo de carne y control de los alimentos para evitar un incremento de peso) y la incorporación del ejercicio físico como el andar o la natación, estos cambios vienen determinados por el entorno sociocultural.
- Una vez más, la carga familiar (cuidado del hogar y atención a los hijos, de los nietos, de las personas mayores) recae sobre la mujer. En aquellos casos que ambos miembros trabajan el hombre no comparte con las mujeres las responsabilidades de la familia, sino que incorpora una mujer que ayude en las tareas del hogar, el hombre continúa colaborando esporádicamente.

Salir, hablar con otras personas, contar los problemas, poder dedicar tiempo para sí mismas son vividos por las mujeres como hábitos saludables que mejoran la sensación y la conciencia de bienestar y salud.

- En cuanto al tipo de relaciones que mantienen con sus hijos, destaca que: tanto las mujeres que trabajan fuera del hogar como las que no lo hacen refieren experimentar un sentimiento de pérdida a medida que los hijos se van haciendo mayores y van adquiriendo independencia. Este sentimiento es más acentuado cuando la mujer no tiene proyectos fuera de la familia, en estos casos refieren haber invertido sus esfuerzos en su atención e incluso descuidado su propio cuidado sin obtener nada a cambio.
- Respecto a la relación de pareja, en aquellas mujeres cuya sexualidad era satisfactoria antes de la menopausia permanece igual, mientras que en aquellas que no han disfrutado de sus relaciones sexuales por la educación recibida que no contempla el goce de la sexualidad por parte de la mujer continúan sin disfrutar.
- A mayor información y formación sobre la menopausia y a mayor nivel de conocimientos culturales generales la vivencia de esta etapa mejora.

Roles sociales

Los valores sociales, el rol que mujeres y hombres desempeñan en nuestra sociedad configuran unos estereotipos que han ido cambiando a lo largo de la historia, hace 60 años el rol principal de la mujer era ser ama de casa y encargarse del cuidado del hogar y de las personas ancianas; con la incorporación de la mujer al mundo laboral el porcentaje de mujeres que solamente desempeñan este rol se reduce.

Una de las mayores fuentes de malestar para las mujeres es la infravaloración de las tareas que normalmente desempeña la mujer, el aislamiento es otro factor que genera malestar en mujeres que desempeñan únicamente el rol de ama de casa (la programación y participación en actividades fuera del hogar: manualidades, pintura, gimnasia, baile, etc. libera a la mujer de este aislamiento).

Frecuentemente existe una distorsión en la adopción de comportamientos saludables de autocuidado, esto viene siendo ocasionado por la poca valoración que tienen muchas mujeres de su propio bienestar frente al de las personas que les rodea. La mujer anticipa el bienestar y la satisfacción de necesidades de los otros a las suyas.

En esta etapa suelen darse cambios en las relaciones familiares, los hijos se marchan de casa (por estudios, se casan, etc.) que produce el llamado síndrome del nido vacío (sentimientos de pérdida, de no saber en que ocupar el tiempo libre, o como disfrutar, sentimientos de soledad, sentimientos de no encontrar sentido a la vida), esto suele llevar a un reencuentro con el marido. Es frecuente en esta etapa tener que empezar a prestar cuidados a familiares mayores que a menudo pasan a vivir a la misma casa. Todos estos cambios requieren adaptaciones de la dinámica familiar y pueden ser fuente de conflictos.

Rol de ama de casa, no consiste solo en limpiar, cocinar, ordenar, comprar, coser, planchar, controlar la economía del hogar, etc., etc., etc. también hay que cuidar de los hijos, atender y acompañar a los familiares mayores, hacer frente a los problemas físicos y emocionales de la familia para que exista mayor armonía adaptándose a sus gustos y deseos.

El trabajo doméstico empieza muy temprano y puede durar hasta la noche, no se descansa fines de semana ni festivos.



Si la mujer realiza una actividad laboral remunerada fuera del hogar ve aún más restringido su tiempo libre, tiene una doble jornada la doméstica y la laboral, que en ocasiones si los ingresos lo permiten se resuelve con buscar otra persona que se encargue de las tareas domésticas, en definitiva la mujer carece de vida autónoma y de un espacio y tiempo par si misma.

Frente a la consideración del rol de ama de casa como fuente de aislamiento y exclusividad, se considera actualmente un grupo de tareas que pueden realizarse a voluntad y organizarlas en función de unas actividades y una vida más placentera.

Hombres y mujeres interiorizamos los modelos y normas sociales existentes en nuestra sociedad respecto al género (femenino/masculino) a través de los procesos de socialización y educación a lo largo de la vida.

En nuestra sociedad podemos encontrar algunos rasgos estereotipados en la mujer y en el hombre:

- Emocionalidad en las mujeres (somos más emotivas, sentimentales, variables en el humor)/ racionalidad en los hombres.
- Los hombres dan valor al poder, a la competitividad, a la eficiencia y al logro, se sienten realizados a través del éxito y el logro, también a la autonomía.

Están interesados en las actividades al aire libre (caza, pesca, etc.), les interesan las noticias, el tiempo y los deportes. Se interesan por los "objetos" y las "cosas" más que por la gente y los sentimientos.

- Las mujeres dan importancia a la comunicación (con la pareja, los hijos, las amistades), a la belleza y a las relaciones, son más importantes las relaciones que el trabajo o las tecnologías.

Ejemplo: dos hombres quedan para desayunar y hablan de negocios, deportes, etc., dos mujeres quedan para desayunar y esta es una oportunidad para cultivar las relaciones y la charla suele ser íntima (problemas, sentimientos, etc.).

- Roles asociados: cuidado de los niños y del hogar la mujer/ reparaciones caseras en los hombres.
- Ocupaciones laborales: secretarías, enfermeras... las mujeres/ bomberos, albañiles...los hombres.
- Apariencia física: la mujer joven, bella, elegante y frágil/ el hombre alto y de espaldas anchas. El modelo de feminidad actual asocia unos cánones estéticos concretos a un mejor estado de salud (en los años 30 el canon de belleza eran mujeres "rellenitas") ahora predomina la delgadez, mamas voluminosas, etc.

Mujeres	Hombres
Pasividad. Sumisión. Labilidad Emocional. Armonía. Intuición.	Actividad/competitividad. Dominación/control. Control emocional. Agresividad. Inteligencia lógica.

Para finalizar comentar que, la menopausia es una etapa mas en la vida de la mujer que merece ser vivida de forma individual, es importante dar sentido a este periodo de edad en el que ya no se es joven, las mujeres deberíamos encaminarnos hacia una mayor independencia, descubrir la sexualidad sin temores y replantearse esta etapa como un periodo con nuevas sensaciones y situaciones corporales que hay que experimentar, es decir, aceptar la realidad de los 50 años y no caer en "la trampa del tiempo", SEGUIMOS INMERSAS EN UN EMOCIONANTE PROYECTO DE VIDA."La mujer que entiende esta realidad y no cae en la trampa del tiempo, le espera un emocionante proyecto de vida".



BIBLIOGRAFÍA

ARTÍCULOS:

1. FRANCÉS RIBERA L., (2003): Análisis sobre modelos culturales de la menopausia. Doctorado de Antropología Social y Cultural. Universidad de Barcelona.
2. CASTAÑO D., MARTINEZ I., (1990): Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de Psicología* (2): 159-168.
3. PELCASTRE-VILLAFUERTE B. y otros (2001): Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud pública de Méjico*, 43: 408-414.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996): Investigaciones sobre menopausia en los años noventa. Series de informes Técnicos 866. España: OMS. 1996.

LIBROS:

1. DEL VALLE, T. (1991): *Género y Sexualidad*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa, DL.
2. EDVALL, L. (1997): *Climaterio y menopausia*. Ed.: Cúmulus, Barcelona.
3. THOMAS ANN G., (1999): *Esa mujer en que nos convertimos. Mitos, cuentos y leyendas sobre las enseñanzas de la edad*. Ed.: Paidós, Barcelona.

Contenidos

- La autoestima.

Objetivos específicos

- Conocer que es la autoestima.
- Aprender a mejorar o elevar la autoestima personal.
- Aprender actitudes de autoaceptación y autovaloración.

Objetivos didácticos

- Que las participantes, expresen aspectos positivos de ellas mismas.
- Que las participantes, reorganicen conocimientos sobre la autoestima en la mujer.
- Que las participantes, conozcan algunas claves para mejorar la autoestima.
- Que las participantes, identifiquen qué cambios creen que les ayudarían a mejorar su autoestima.

Metodología

- Información técnica: exposición basada en la información técnica sobre la autoestima y factores que influyen en ella.
- Ronda de expresiones: las participantes y el educador expresarán sus opiniones y se identificarán los cambios que les gustaría realizar para mejorar su autoestima, detectarán dificultades y buscarán alternativas.

Material necesario

- Pizarra, tizas y cañón para proyección de diapositivas

Información técnica: autoestima

¿Qué es la autoestima?

Puede definirse la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.

¿Cómo se forma?

La autoestima se construye a través de un proceso de asimilación y reflexión por el cual los niños van interiorizando las opiniones, estima y valoración que tienen hacia ellos las personas socialmente significativas, primero de sus padres, después progresivamente de otras personas, amistades, compañeros, etc. También influyen en la formación de la autoestima los éxitos y/o fracasos en las tareas que se emprenden.

Por otra parte, la cultura y la sociedad del mundo occidental en que vivimos no favorecen la autoestima de las personas. En las culturas con fuerte componente religioso, se valora positivamente la humildad, la imperfección humana, el sacrificio, el anteponer a los demás siempre a uno mismo.

Además los medios de comunicación nos bombardean con valores e imágenes de éxito, dinero, triunfo, competitividad, de mujeres y hombres "ideales" (guapos, triunfadores, etc.). Esto crea un estado de frustración porque la mayoría de los hombres y de las mujeres no puede llegar a conseguir ese ideal; parece que en la autoestima de las mujeres influye más la autoimagen física que en el hombre debido a esta presión social.

La autoestima, como hemos dicho antes, se construye por un proceso de interiorización y asimilación desde el nacimiento, aunque no es inmutable y puede modificarse a lo largo de nuestra vida.

En esta construcción influyen factores de diversos tipos: familiares (como nos educaron), personales (el cuerpo, las capacidades...), otras personas significativas y factores sociales (valores de nuestra sociedad).

Sentimientos de autoestima

PERSONAS CON BAJA AUTOESTIMA

Una persona con baja autoestima suele ser alguien inseguro, que desconfía de las propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Además, necesita de la aprobación de los demás pues tiene muchos complejos. Suele tener una imagen distorsionada de sí misma, tanto a lo que se refiere a rasgos físicos como de su valía personal o carácter.

Todo esto le produce un sentimiento de inferioridad y timidez a la hora de relacionarse con otras personas. Le cuesta hacer amigos nuevos y está pendiente del qué dirán o pensarán sobre él, pues tiene un miedo excesivo al rechazo, a ser juzgado mal y a ser abandonado. La dependencia afectiva que posee es resultado de su necesidad de aprobación, ya que no se quiere lo suficiente como para valorarse positivamente.

Otro problema que ocasiona el tenernos infravalorados es la inhibición de la expresión de los sentimientos por miedo a no ser correspondidos. Si algo funciona mal en una relación de pareja o de amistad, la persona con falta de autoestima creará que la culpa de esto es suya, malinterpretando en muchas ocasiones los hechos y la comunicación entre ambos.

Sentimientos:

- Se siente deprimido ante cualquier frustración, se hunde cuando fracasa en sus empeños y por eso evita hacer proyectos o los abandona a la primera dificultad importante o pequeño fracaso.
- Falta de credibilidad en sí mismo, inseguridad.
- Atribuir a causas internas las dificultades, incrementando las justificaciones personales.
- Desciende el rendimiento.
- No se alcanzan las metas propuestas.
- Falta de habilidades sociales adecuadas para resolver situaciones conflictivas (personas sumisas o muy agresivas).
- No se realizan críticas constructivas y positivas.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Incremento de los temores y del rechazo social, y, por lo tanto, inhibición para participar activamente en las situaciones.



PERSONAS CON ALTA AUTOESTIMA:

Cuando tienes una autoestima alta, te sientes bien contigo mismo; sientes que estás al mando de tu vida y eres flexible e ingenioso; disfrutas con los desafíos que la vida te presenta; siempre estás preparado para abordar la vida de frente; te sientes poderoso y creativo y sabes como " hacer que sucedan cosas " en tu vida.

Sentimientos:

- Superan sus problemas o dificultades personales.
- Afianzan su personalidad.
- Favorecen su creatividad.
- Son más independientes.
- Tienen más facilidad a la hora de tener relaciones interpersonales.
- Posee una visión de si mismo y de sus capacidades realista y positiva.
- No necesita de la aprobación de los demás, no se cree ni mejor ni peor que nadie.
- Muestra sus sentimientos y emociones con libertad.
- Afronta los nuevos retos con optimismo, intentando superar el miedo y asumiendo responsabilidades.
- Se comunica con facilidad y le satisfacen las relaciones sociales, valora la amistad y tiene iniciativa para dirigirse a la gente.
- Sabe aceptar las frustraciones, aprende de los fracasos, es creativo e innovador, le gusta desarrollar los proyectos y persevera en sus metas.

Autoconcepto (una parte importante de la autoestima)

- ¿Qué es el autoconcepto? Es el concepto que tenemos de nosotros mismos.
- ¿De qué depende? En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros (por ejemplo, si pienso que soy torpe, me siento mal, por tanto hago actividades negativas y no soluciono el problema).
 - Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona.
 - Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.
 - Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

Los factores que determinan el autoconcepto son los siguientes:

- La actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.
- El esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.
- Las aptitudes: son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).
- Valoración externa: es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc.

La autoestima de la mujer

La autoestima en las mujeres no está claro que sea menor que en los hombres, ésta parece ser tan buena como la masculina, aunque al enfrentarse a la realización de tareas, los hombres confían más en sus capacidades y se sienten más satisfechos en su rendimiento.

Otros autores dicen que la autoestima en las mujeres tiende a ser más baja en relación a fenómenos como:

- Situación de subordinación: que sufren algunas mujeres con respecto a los hombres y que puede hacerles sentirse inferiores.
- En la sociedad se tienen patrones socioculturales por los que se mide a las mujeres (valores, normas y roles). Al querer medir su valía respecto a ellos, las mujeres pueden experimentar un sentimiento de poca valía, de incomodidad y malestar asociados a sentido de fracaso.
- Datos asociados a situaciones de aislamiento, dedicación a los demás: lo que reduce fuentes de estima, poco reconocimiento por parte de las personas que les rodean (hijos/hijas, padres, pareja...) y sociedad en general.

¿Cómo mejorar la autoestima?

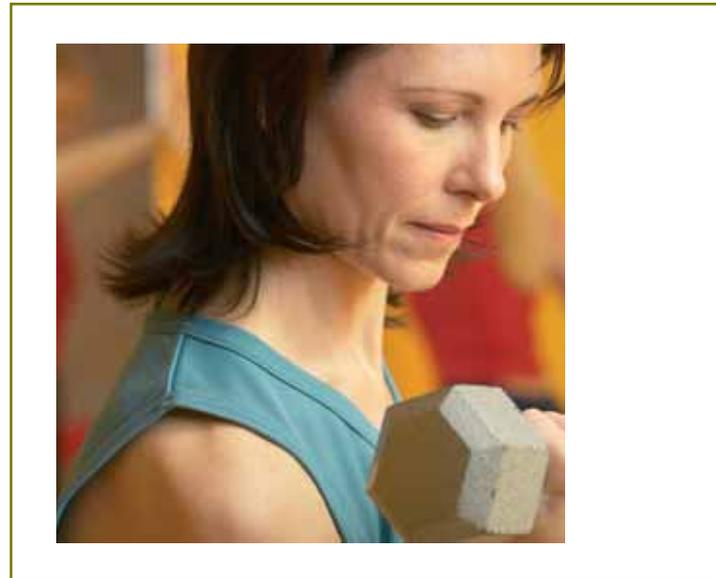
Para intentar aumentar nuestra autoestima debemos ante todo empezar por ser nuestros mejores amigos, saber que no hay nada ni nadie en este mundo más importante que nosotros mismos. Por eso hemos de aceptarnos tal y como somos, pensando no existe nadie mejor ni peor, aunque todos seamos diferentes, pues en eso se basa la diversidad humana.

Es necesario conocer cómo funcionamos, es decir, cuáles son nuestras fortalezas y aspectos positivos y cuáles son nuestras limitaciones. A partir de esta valoración, decidiremos qué aspectos deseamos mejorar y cuáles reforzaremos.

El plan de acción para cambiar determinadas características debe ser realista y alcanzable en el tiempo (por ejemplo, la edad que tenemos es inamovible, la altura es otro factor poco variable a determinadas edades, etc.). Es decir, tenemos características que tendremos que aceptar y con las que convivir, intentando sacar partido y ver su aspecto positivo.

Veamos quince claves para mejorar la autoestima:

1. No idealizar a los demás.
2. Evaluar las cualidades y defectos.
3. Cambiar lo que no guste.
4. Controlar los pensamientos.
5. No buscar la aprobación de los demás.
6. Tomar las riendas de la propia vida.
7. Afrontar los problemas sin demora.
8. Aprender de los errores.
9. Practicar nuevos comportamientos.
10. No exigirse demasiado.
11. Darse permisos.
12. Aceptar el propio cuerpo.
13. Cuidar la salud.
14. Disfrutar del presente.
15. Ser independientes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bárcena marugan, A, Castell Sepúlveda, A, Membrillas benito, A. Educación para la salud con grupos de mujeres en la etapa de la madurez. Año 2000/01.
2. Resines Ortiz, Raquel. ¿Qué es la autoestima? COL N°: M-12998. www.acropolis.com.
3. Murueta Reyes, Marco Eduardo. Autoestima. UNAM Iztacala, AMAPSI. www.amapsi.org/mod.php?mod=userpage&page_id=94.
4. Sheeman, E. (2000): Cómo mejorar tu autoestima. Madrid. Ed. Océano.
5. Vila, J., Fernández, M. (1990): Activación y conducta. Madrid. Alambra.
6. LA AUTOESTIMA. www.psicoadictiva.com/autoest.htm.

COMUNICACIÓN asertiva. NEGOCIACIÓN

13.

Comunicación: verbal y no verbal. Resolución de conflictos.

Contenidos

- Qué es la comunicación.
- La comunicación verbal, habilidades de comunicación: aprender a escuchar (escucha activa), aprender a informar, hacer y recibir críticas, resolución y negociación de conflictos.
- La comunicación no verbal.

Objetivos específicos

Dar a conocer y facilitar habilidades en comunicación en los contenidos mencionados.

Objetivos didácticos

1. Que las mujeres reorganicen conocimientos sobre la comunicación y cómo influye en la dinámica en las relaciones personales.
2. Que las mujeres entrenen en habilidades de comunicación verbal y no verbal.

Metodología

- 1º. Exposición oral de la información técnica sobre comunicación verbal y no verbal.
- 2º. Dramatización/ roll-playing sobre los temas tratados en la exposición.

Material necesario

- Cañón de diapositivas y fotocopias de las prácticas en comunicación.
- Pizarra y tizas / rotafolios y rotuladores.

Información técnica: Comunicación: escucha activa, comunicación asertiva, negociación.

No es fácil dar una definición de comunicación que abarque todas sus propiedades. Si hay algo que caracteriza al ser humano es su capacidad de comunicarse con los demás. La comunicación es la base y fundamento de la vida social.

Conocemos el avance tecnológico de los sistemas de comunicación, los ordenadores, teléfonos móviles, videoconferencias, etc. Todos son elementos mecánicos para comunicarnos mejor, pero aunque tengamos más medios y mejores posibilidades, comunicar es difícil, se habla de problema de comunicación entre generaciones, entre parejas, entre padres e hijos, entre jefes y subordinados, etc.

Contrariamente a lo que la creencia popular nos puede hacer creer, las habilidades de comunicación y solución de problemas no son algo innato en las personas, sino que son el producto de un proceso de aprendizaje complejo. Nos enfrentamos sólo con nuestras parejas a una media de 100 pequeños problemas al año, a esto añadimos conflictos con hijos, trabajo, familia, etc.

Existen unas habilidades comunicativas que todos debemos tener: saber escuchar, preguntar y practicar el silencio.

La comunicación es el proceso por medio del cual una persona se pone en contacto con otra a través de un mensaje y espera que ésta le de una respuesta, ya sea una opinión, una actitud o una conducta.

En la comunicación hay que tener en cuenta:

Lo que quiero decir.

Lo que digo.

Lo que el otro oye.

Lo que el otro comprende.

Lo que el otro retiene.

Lo que el otro contesta.

La comunicación efectiva es aquella en la que el mensaje que el emisor quiere transmitir al receptor, llega a su destino, el sujeto lo capta, lo interpreta de forma correcta y es capaz de reaccionar para poner de manifiesto que lo recibió.

Hablamos de una **comunicación deficitaria** cuando el objetivo del emisor no coincide con la interpretación del receptor.

Podemos emplear **diferentes formas de comunicación**: oral, escrita, por medio de sonidos, del tacto de símbolos (banderas), etc. y la comunicación no verbal que suele reforzar y complementar a la comunicación verbal: nuestra postura, los movimientos del cuerpo, de la cabeza, de las manos, la expresión de nuestras caras, el ritmo y el tono de voz, nuestro aspecto personal dicen mucho en la comunicación. "Mas vale un gesto que mil palabras" .

También existen **diferentes estilos de comunicación interpersonal**: estilo excesivo o agresivo, inhibido y asertivo.

AGRESIVO: Actúa regido por sus emociones e ideas, escucha poco, se considera superior a otros, volumen de voz alto, habla fluida y rápida, no respeta distancias, gestos amenazantes, frena y empobrece la participación de otros, no llega a conocer a los demás, aprende poco de los demás, hace sentir mal a los otros, etc. **Discurso verbal**: "Deberías..., harías mejor en..., haz..., ten cuidado..., debes estar bromeando..., si no lo haces..., no sabes..., eso está mal..., etc."

INHIBIDO: Ojos que miran hacia abajo, volumen de voz bajo, vacilaciones o dudas, postura hundida, manos nerviosas, sonrisas falsas. **Discurso verbal**: "supongo..., me pregunto si podríamos..., quizás..., te importaría mucho..., solamente..., no crees que..., realmente no es importante..., no te molestes..., bueno..., etc."

ASERTIVO: Contacto ocular directo, volumen de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erguida, manos sueltas, sonrisa frecuente. **Discurso verbal**: "Pienso que..., siento..., quiero que hagamos..., ¿cómo podemos resolver esto?, ¿qué piensas?, ¿qué te parece?, etc."

Algunos aspectos que ayudan a comunicarse mejor son:

- La primera norma es que el emisor delimite perfectamente el objetivo que quiere lograr con su mensaje.
- **ACEPTACIÓN**: Aceptar a la otra persona tal y como es, con sus gustos, sus preferencias, sus valores, aspiraciones, temores, limitaciones, etc. Cuando una persona se siente aceptada puede expresarse libremente y con confianza.
- **CONGRUENCIA**: Cuando uno se expresa y se manifiesta tal como es, es decir expresa lo que está sintiendo, de esta forma el mensaje será captado sin ambigüedades.
- **EMPATIA**: Ponerse en el lugar de la otra persona y comprenderla.



Hombres y mujeres no sólo se comunican de manera diferente sino que piensan, sienten, perciben, reaccionan, responden, aman, necesitan, y valoran de manera totalmente diferente. Casi parecen proceder de planetas distintos con idiomas distintos y necesidades también distintas.

La comprensión de nuestras diferencias ayuda en gran medida a solucionar la frustración que origina el trato con el sexo opuesto y el esfuerzo por comprenderlo. Para que una pareja pueda tomar medidas para solucionar un problema necesita comunicarse adecuadamente, es decir, informar, escuchar, hacer peticiones y mantener una interacción positiva.

La queja que con mayor frecuencia manifiestan las mujeres acerca de los hombres es la de que éstos no escuchan.

La comunicación verbal:

ERRORES DE INTERPRETACIÓN DEL RECEPTOR:

Hemos de hacer un esfuerzo por interpretar positivamente el mensaje que nos envía el emisor (pareja).

Ejemplos de interpretación positiva y negativa del mensaje:

Mensaje	Interpretación negativa	Interpretación positiva
"¿Me prepararás para esta noche un pastel de chocolate?"	"Sólo se acuerda que existo cuando quiere que le prepare una comida especial, me trata como si fuera su criada."	"Da gusto cocinar para un hombre tan agradecido."
"¿Quieres que salgamos esta noche al cine?"	"Um....., seguro que éste trama algo."	¿Qué atento! Me oyó hablar con Julia que tenía ganas de ir al cine y ya me lo está proponiendo.
"Hoy voy muy mal de tiempo. ¿Te encargas tú de comprar el pan?"	"Claro, como vas a tener tiempo se te pasas el día enganchada al teléfono" .	Últimamente trabaja demasiado, le viene bien que le ayude en algo.

Otros errores muy comunes en el proceso de interpretación de los mensajes son:

- **LA ADIVINACIÓN:** Cuando alguien nos habla, a menudo jugamos a ser adivinos con expresiones como: "A ti lo que te pasa es que....", "Eso lo dices por lo que nos pasó hace tiempo..." . Si queremos ser buenos oyentes debemos dejar de adivinar e interpretar lo que la otra persona va a decir antes de que lo haga.
- **LA ESCUCHA PASIVA.**
- **LA INTERRUPCIÓN:** Si interrumpimos constantemente al emisor, le impedimos que desarrolle correctamente su mensaje.

Obstáculos a la comunicación son:

No dirigir la mirada,

Cortes en la conversación,

Expresión facial y corporal inadecuada,

Tono de voz inadecuado,

Momento o lugar elegido inadecuado,

Déficit o excesos de lenguaje positivo,

Hablar en exceso impidiendo que participe,

Acusaciones, amenazas, exigencias,

Expresiones del tipo "deberíais de...", "tienes que..." cambiarlas por "podrías", "te importaría", "querrías...",

Mensaje verbal y no verbal incompatible,

Ignorar el mensaje que el otro nos transmite,

Etiquetar, juzgar o aconsejar prematuramente,

Acusar o amenazar,

Ironías o sarcasmos,

Generalizaciones excesivas "siempre haces lo mismo...",

Demasiada información personal cuando no es necesario,
Justificar nuestra conducta excesivamente,
Discutir de hechos pasados irremediables obviando los presentes,
Usar términos vagos y/o inapropiados a la situación,
Comunicar en diferente código.

Facilitan la comunicación todas las habilidades que vamos a ver a continuación.

Habilidades de comunicación

Aprender a escuchar

ESCUCHA ACTIVA:

Aprender a escuchar activamente depende de 5 habilidades:

- 1) EMITIR SEÑALES VERBALES Y NO VERBALES.** Para que el hilo de la conversación sea fluido y no se interrumpa, es necesario que el emisor perciba que su mensaje está siendo escuchado y comprendido por el receptor. La repetición (ej.: "...Y entonces me sentí muy mal" "Sí, te debiste sentir muy triste"), el resumen (ej.: A ver si lo he entendido bien, ¿me estás diciendo que Luisa se burlo de ti delante de todos?), el contacto visual, los movimientos de cabeza asintiendo, la sonrisa, los sonidos guturales (Aha!, ya, Um, Psi, Ah, ea,.....), las conductas de atención (ej.: apagar el televisor, dejar de planchar y sentarse junto al emisor, etc.).
- 2) EMPATIZAR.** No sólo escuchar sino demostrar que entendemos las razones del emisor, que nos ponemos en su lugar e intentamos comprenderlo. Con expresiones como "Comprendo que te sientas así", "veo que realmente ha supuesto un duro trance para ti", "te entiendo", "siento que hayas tenido que pasar por algo así" "imagino que te sientes...", "..Me pongo en tu lugar...", "te noto un poco..." demostramos que nos hemos mentido en la piel del emisor y que lo hemos comprendido. El lenguaje no verbal también es significativo cuando empatizamos: si miramos a los ojos al emisor y adoptamos expresiones faciales acordes al mensaje (expresión de tristeza, alegría, sorpresa, pena, etc.).



Lo contrario de empatizar es juzgar, es importante que nos abstengamos de emitir cualquier tipo de juicio sino queremos que la comunicación se interrumpa, es preciso evitar juicios de valor "Tu ya sabías que te ocurriría esto", las adivinaciones "A ti lo que te pasa es que....", las expresiones de rechazo o disgusto (mohines, sonidos desagradables, etc... Y esto por dos razones:

Porque cuando una persona se comunica con otra, está buscando comprensión y no una sentencia firme.

Porque en las conversaciones cara a cara se produce un feedback, es decir, el emisor observa las reacciones del receptor ante su mensaje, y si éstas son negativas interrumpirá la conversación, se sentirá frustrado, injustamente tratado y con pocas ganas de volverlo a intentar.

3) NO INTERRUMPIR. Si cada vez que la persona con la que mantenemos una conversación, nos interrumpe, o no nos escucha activamente da al traste con la comunicación. Expresiones como: "Ahora me toca hablar a mí", " Eso tuyo es una tontería...ya verás cuando te cuente lo que me ha pasado a mí", "Espera que estoy viendo el partido", "¿Qué decías?". El emisor tiene la sensación de que lo que dice no le interesa a nadie.

4) SOLICITAR MAYOR INFORMACIÓN. Las preguntas son una habilidad de la que podemos servirnos para iniciar y mantener una conversación, recabar información, asegurarnos que estamos entendiendo, así como para demostrar al emisor que nos interesa lo que nos está diciendo. Preguntas como: Cuando, Donde, Quién, etc. o la repetición en tono de pregunta de la última frase del emisor animaran a éste a continuar con su mensaje (...Me sentí fatal. ¿Así que te sentiste fatal?).

Además, cuando el emisor haya acabado con su mensaje, el receptor debe alentarle a que añada más información si lo cree necesario ("Quieres decirme alguna cosa más" "¿Es todo?", etc.).

5) SER FLEXIBLE. La flexibilidad significa saber pedir perdón cuando nos hemos equivocado, reconocer los propios errores y manifestar que somos conscientes de ellos, aceptar que la idea expuesta por otro es mejor que la nuestra, etc.

Aprender a informar

Ocho son las pautas más importantes:

1) EMITIR EL MENSAJE EN EL MOMENTO OPORTUNO. Elegir el momento adecuado, querer iniciar una conversación cuando el marido está viendo su partido de fútbol favorito o la esposa está atareada dando los últimos retoques a unos documentos que debe entregar al día siguiente, seguramente hará que la petición no sea bien recibida.

- 2) **EMITIR MENSAJES COHERENTES.** La coherencia permite que seamos entendidos. Utilizar el mismo código y un lenguaje descriptivo. Usar expresiones verbales y no verbales que susciten atención.
- 3) **PREFERENCIAR LA INFORMACIÓN POSITIVA.** Las cosas no son malas o buenas dependen del prisma con que las miremos. Empleamos el mismo tiempo en hacer comentarios negativos que positivos, pero el resultado si manejamos mensajes positivos es mejor. Ejemplos:

Comentario negativo	Comentario positivo
Me parece fatal que salgas los jueves con tus amigos.	Me encantaría que algún jueves de cada mes saliéramos juntos tu y yo.
No chilles.	Por favor intenta hablar un poco más despacio.
Cuando vas sin afeitarte pareces un pordiosero.	La barba te favorece poco, lástima que me pique tanto la cara cuando me das un beso.
Estás fea con esa minifalda.	La falda de tobo te estiliza más la figura que la minifalda ¿no crees?.

Tanto en un grupo como en otro se transmite la misma información, solo cambia el tono, es más probable que se consigan las cosas actuando mediante los comentarios positivos. Cuantos más sentimientos positivos se exprese a su receptor, mas sentimientos positivos recibirá. La crítica traba la recepción del mensaje y dificulta el cambio y las recompensas lo incentivan.

Enfatizamos con expresiones positivas como: "muy bien por hacer...", "qué bien te manejas en...", "te felicito por..", "me agrada que", "te agradezco que..", "me alegra que...", etc.

- 4) **NO GENERALIZAR.** "Siempre te sales con la tuya", "jamás cuentas conmigo", "nunca me ayudas en nada", etc. son expresiones usuales en la pareja. Adverbios como <siempre, nunca, jamás> no deberían utilizarse por varias razones: son comentarios falsos, son acusadores y son juicios de carácter negativo.

5) EMITIR MENSAJES PRECISOS Y CONCISOS O CONCRETOS.

Mensaje impreciso	Mensaje preciso
Me gustaría que fueses más cariñoso (cariñoso es poco conciso).	Me gustaría que cuando llegues a casa me dieras un beso de bienvenida.
No te preocupas por mí.	Me gustaría que me preguntaras cómo me ha ido el día.
Eres un egoísta, no me ayudas en nada.	Me gustaría que me ayudaras a poner y quitar la mesa.

Las expresiones ambiguas o poco precisas sólo tienen el sentido para quienes las emiten. Poner ejemplos, repetir y enfatizar los mensajes importantes.

Cuando la esposa dice a su marido que le gustaría que fuese más cariñosa está expresado sentimientos de carencia pero no le guía hacia un comportamiento adecuado, lo más probable es que él entienda que le está juzgando con dureza. Si en cambio le dice que le gustaría que le diera un beso cuando llega a casa el marido no lo interpretará como un reproche sino como una sugerencia y sabrá que hacer para complacerla (que es, darle un beso).

- 6) SUGERIR, NO EXIGIR.** Si utilizamos expresiones como “me haría mucha ilusión que...”, “me gustaría que...”, “desearía que...” en lugar de “quiero que...” informamos al otro de nuestros deseos pero no lo obligamos a que los acate. Con exigencias lo único que conseguimos es que el otro (el receptor) se ponga a la defensiva.
- 7) CENTRAR EL MENSAJE EN EL PRESENTE.** Los diálogos en las parejas suelen estar plagados de referencias al pasado “antes siempre te acordabas de nuestro aniversario”, “antes tenías más detalles conmigo”, etc. Cuando tengamos que plantear un problema no se deben reanudar viejas heridas, hay que centrarse en el presente pues remover el pasado sólo conseguirá aumentar el malestar en su pareja o en el receptor.
- 8) SINCERIDAD CON MEDIDA.** Un exceso de sinceridad puede causar dolor y romper el nexo de unión. Mirándolo desde un punto de vista práctico: ¿De qué sirve que le contemos a nuestra pareja que conduce mal, que ha envejecido prematuramente, o que es un indeciso insoportable? ¿Es que diciéndoselo todo esto va a conducir mejor, va a rejuvenecer o va a cambiar su personalidad? Por supuesto que no.



Hacer críticas

OBJETIVOS	ACTUACIÓN
Expresar mis sentimientos respecto a una situación, nos interesa:	Como hacerlo:
Que no nos descontrolamos	1º) Reflexionar sobre mis sentimientos, qué me pasa, con quién, qué es lo que exactamente me afecta y como quiero que cambie; qué ventajas tiene para él otro comportarse así. Tranquilizarme y decidir cuando y cómo voy a decírselo.
Que nos entiendan	2º) Elijo el momento oportuno y planteo la importancia de lo que voy a decir, describo el hecho que me afecta y cómo me afecta a mí.
Que no se enfade	3º) Me pongo en su lugar y expreso mi comprensión o respeto por su conducta reconociendo mi parte de responsabilidad y características diferentes a las de él o ella.
Favorecer que la situación cambie	4º) Le expreso mi deseo de cambio, le anticipo las consecuencias positivas para mí y la relación, le pido su opinión, sugerencias de cambio y/o también las propongo. 5º) Le agradezco su escucha, su comprensión, o disponibilidad para...

Recibir críticas

OBJETIVOS	ACTUACIÓN
Escuchar lo que me están diciendo.	No interrumpir, dar señales de escucha activa.
Tranquilizar al otro.	Expresar nuestra empatía.
Entenderle: recoger la información concreta sobre lo que la ha molestado.	Haciendo preguntas sobre situaciones concretas donde el problema se haya dado, ayudamos y asentimos en aquellos aspectos con los que estamos de acuerdo.
Favorecer el cambio.	Reconociendo lo que es verdad, aclarando cualquier mala interpretación, planteando nuestro deseo y/o dificultades para cambiar o no,...
Mantener una buena relación.	Agradecimiento de la información y expresando nuestros sentimientos reales respecto a ella o él.

Habilidades de resolución o negociación

Una vez que hemos descrito y conocido como debemos comunicarnos correctamente, vamos a revisar brevemente las habilidades para resolución de problemas.

Antes de plantearnos un problema debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Empezar por el problema más fácil.
- Elegir una situación propicia.
- Resumir el mensaje: emisor: "quiero que..., es decir...", receptor: "si te he entendido bien, dices que..."
- No interpretar el mensaje.

Primera fase:

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Iniciar el planteamiento con un mensaje y una actitud positiva: cuando un problema nos preocupa solemos entrar en un estado de ansiedad, irritabilidad, mal humor, etc., y si encima se trata de algo que nos hemos callado durante largo tiempo, cuando por fin decidimos planteárselo a nuestra pareja solemos hacerlo en un tono inadecuado (gritos, críticas, acusaciones, etc.), el resultado es que discutimos mucho y no resolvemos nada. Discutir puede resultar positivo siempre que se haga desde un punto de vista constructivo.

Para adoptar una actitud positiva hay que: acercarse al cónyuge, hablar en un tono de voz suave, mostrarse relajado, manifestarle ¿podemos hablar?.

Iniciar el planteamiento del problema con un comentario positivo para que el otro no adopte una actitud defensiva, este comentario positivo inicial tiene que tener relación con la crítica o demanda que hará a continuación.

Si se diera el caso de que le es imposible encontrar un elemento positivo, haga un comentario de tipo general: “sabes que te quiero, aunque...”, “eres importante para mi, por eso me preocupa...”.

Planteamiento negativo	Planteamiento positivo
“Contigo es difícil saber lo que sientes, eres un arisco, hace meses que no me dices que me quieres”.	“Estoy segura de que me quieres, sin embargo hecho de menos que , de vez en cuando, lo expreses con palabras, puede que sea una tontería pero me gustaría que me dijeras que me quieres”.
“Eres un egoísta, en cuanto tiene un rato libre te vas a hacer deporte”.	Me siento orgullosa de que te conserves bien gracias al deporte, sin embargo cuando te pasas gran parte del fin de semana fuera haciendo deporte me siento sola, aislada como si yo no fuera parte importante de ti.

2) DEFINIR EL OBJETIVO. Pregúntese **qué** quiere conseguir (“que mi esposo me ayude en las tareas de la casa”); **cómo** se lo va a decir (sugiriéndolo y no exigiéndolo) y **por qué** desea modificar la situación actual (porque llevar el peso de la casa me estresa y entristece, desearía reservar un espacio para mí y para compartirlo con mi esposo).

Es **DIFÍCIL** definir el cambio que queremos que se produzca, podemos compensar esta falta de habilidad escribiendo la definición del objetivo en una hoja que podemos releer y rectificar cuantas veces sean necesarias.

3) DEFINIR EL PROBLEMA CON CLARIDAD Y BREVEDAD. Hay que huir de las expresiones ambiguas como “no me tienes ninguna consideración”, “no te importa como me siento”, “nunca me ayudas en nada”. Plantea soluciones de cambio, es decir expresa como te gustaría que fuesen las cosas y no pierdas el tiempo en enumerar las cosas que no te gustan.

Me gustaría	No me gusta
Me encantaría que saliéramos con mis amigos el sábado	No me gusta que seas tan antipático con mis amigos. El sábado he quedado para salir con ellos, claro que tu dirás que no te apetece ir...
Me encantaría que fuésemos al teatro una vez al mes	No tienes la menor inquietud cultural, siempre tenemos que ver fútbol.

4) EXPRESAR SENTIMIENTOS. Cuando expongas el problema que te preocupa añade información acerca de tus emociones, explícale qué sentimientos experimentas cuando llega tarde a casa, cuando te presta poca atención, etc. Una buena forma de expresar sentimientos es utilizar **<mensajes yo>**, es decir mensajes en primera persona: Me siento..., opino que..., me gustaría que..., algunos ejemplos:

“Cuando no me escuchas me siento insignificante y me pregunto que podría hacer para resultar un orador/a estimulante”.

“Cuando no recoges el baño después de bañarte me siento enojada porque me da la impresión de que no valoras el trabajo que hago en casa”.

“Cuando me regañas sin especificarme que es lo que te molesta haces que me sienta un niño y no como tu marido”.

“Cuando no me consultas las decisiones que has tomado, me siento infravalorada por ti”.

Con los <mensajes tú> “Tú eres el que siempre...” las personas se suelen sentir culpadas o amenazadas o juzgadas.

5) INCLUIR LA AUTOCRÍTICA. Los problemas no suelen ser responsabilidad de uno solo de los miembros de la pareja sino de ambos.

Es preciso hacer una autocrítica de nuestra conducta, es decir analizar en qué medida hemos iniciado el conflicto o en qué medida hemos colaborado, esto no ayudará a reconocer nuestra parte de responsabilidad en el problema, y a empatizar con los argumentos de nuestra pareja, es decir intentar comprender su punto de vista, su defensa.

Si tú reconoces ante tu cónyuge la parte de responsabilidad en el conflicto planteado o la parte de razón que tiene el otro, tu cónyuge estará más propenso a reconocer la suya. Decir “siento mucho haberte recibido con mala cara”, “debí comentarte esto hace mucho tiempo”, “tienes razón en eso, sin embargo...”, “entiendo tu postura pero la mía es...”.

Segunda fase:

6) BUSCAR SOLUCIONES. Una vez que el problema ya ha quedado definido (han dejado bien asentado qué pasa, cuando pasa y qué sentimientos provoca) y la pareja ha expresado qué tipo de cambio desean que se produzca se trata de buscar soluciones para que no vuelva a producirse el incidente.

El método más recomendado por los psicólogos para la búsqueda de soluciones es la asociación libre de ideas (tormenta de ideas), consiste en que la pareja verbalicen todas las soluciones que se le pasen por la cabeza incluso las más inverosímiles y se escriban, una vez finalizada la tormenta de ideas se tacharán de la lista aquellas soluciones inviables y se rescatarán aquellas propuestas que sean aceptables. Ej.: Que Miguel estudie en los jesuitas, que estudio en el colegio donde van los hijos de nuestros amigos, que estudie en el colegio público, etc.

7) CAMBIAR BIDIRECCIONALMENTE. Es decir, del mismo modo que anteriormente apuntaba la necesidad de aceptar nuestra parte de responsabilidad (punto 6, primera parte) en la génesis y mantenimiento del problema, hemos de ser consecuentes y colaborar en el cambio.

El cambio bidireccional es bueno por varias razones:

- El cambio unidireccional contiene connotaciones negativas porque se acepta que la responsabilidad recae sobre uno de los miembros de la pareja.
- El intercambio produce un efecto reforzante respecto al cambio que se persigue.
- El cambio bidireccional es un acto de colaboración y de feedback, es decir si uno muestra una actitud de cambio probablemente el otro recompensará asimismo esa actitud con otro cambio.

8) LLEGAR A UN ACUERDO SATISFACTORIO PARA AMBAS PARTES. Este acuerdo implica el compromiso por parte de la pareja a conducirse por criterios nuevos acordados por ambos, si se rompe ese acuerdo no se culminará la resolución del problema.

La comunicación no verbal

Podemos estar estableciendo una comunicación oral con otra persona y nuestro cuerpo manifestar otro significado, nuestro cuerpo refleja toda la gama de sentimientos, para controlarlos se deben aprender toda una serie de habilidades.

Numerosos estudios hablan de la proporción de comunicación verbal y no verbal, Albert Mehrabian halló que **el impacto total de un mensaje verbal es de un 7% (palabras solamente), 38% vocal (tono de voz, matices, y otros sonidos) y el 55% no verbal.** El profesor Birdwhistell descubrió que el componente verbal de una conversación cara a cara es menor de 35% y que más del 65% de la comunicación es de tipo no verbal.

Cuando el comportamiento no verbal contradice lo que se está expresando, en lugar de subrayarlo, lo podemos interpretar como que esa persona no dice lo que piensa.



ELEMENTOS de comunicación no verbal:

- La mirada.
- La expresión facial.
- La postura.
- El espacio personal.
- El aspecto externo.
- Las manos.

LA MIRADA.

Se asocian a la mirada y sus efectos muchas expresiones cargadas de significado, frases como: "es todo ojos", "me comía con la mirada", "hay miradas que matan", "adoptó una mirada furtiva", etc.

Las miradas hacia abajo se asocian a modestia, timidez; los ojos de mirar bien despierto se asocian con franqueza, asombro y terror, los ojos hacia arriba pueden asociarse a que hay algo extraño en la conducta del otro.

El contacto visual puede ser prolongado o corto, directo o indirecto, intermitente o continuo (mirada fija y sostenida).

A la mayoría de las personas les suele molestar un excesivo contacto visual, en muchas culturas el mirar fijamente suele considerarse como un signo de mala educación y una mirada fija y mantenida provoca en quien la recibe incomodidad, inseguridad, desagrado y miedo. Por ejemplo: estamos en la parada del autobús y nos encontramos con la mirada fija de un desconocido que nos observa, rápidamente desviaremos nuestra mirada a otro lugar, y después de unos segundos volveremos la mirada hacia él para ver si todavía nos sigue observando. Si así es, repetiremos este gesto de desviar la mirada varias veces pero si la otra persona persiste en su actitud, pasaremos rápidamente de la alarma a la incomodidad.

Los movimientos oculares también expresan la personalidad: aquellos que son más afectuosos suelen mirar mucho, como los individuos que según los psicólogos tiene necesidad de afecto. La persona turbada o disgustada trata de evitar la mirada de otras. Se mira menos cuando se hace una pregunta personal que una pregunta general.

Los investigadores han comprobado que el tiempo que dura la mirada de una persona a otra está determinado por la cultura, así como la duración de los gestos. Los europeos del sur sostienen la mirada durante un lapso de tiempo que para otros sería ofensivo, los japoneses miran más al cuello del interlocutor, etc.

LA EXPRESIÓN FACIAL.

"Vuestro rostro, mi señor, es un libro donde los hombres pueden leer extrañas cosas"
Shakespeare (Macbeth, acto I)

Tenemos muy en cuenta las expresiones faciales cuando realizamos juicios impersonales (sin que no demos cuenta de ello), se dice que el periodo más crítico en un primer encuentro entre dos personas suelen ser los cinco primeros minutos, en estos minutos nos formamos opiniones sobre su carácter, personalidad, inteligencia, temperamento, hábitos personales y capacidad de trabajo.

Las impresiones formadas en este tiempo tenderán a persistir e incluso a ser reforzadas por el comportamiento posterior, que no suele ser interpretado objetivamente, sino de acuerdo a las primeras impresiones. Nos ha ocurrido en alguna ocasión que nuestras primeras impresiones estaban equivocadas y hemos tenido que rectificar.

Paul Ekman y Wallace Friesen (investigadores) constataron en sus estudios que hay seis expresiones faciales principales, que se utilizan para indicar cuando una persona está alegre, triste, asqueada, enfadada, atemorizada e interesada.

TRISTEZA. Inclinación hacia abajo de la comisura de los labios, mirada baja, lágrimas, y temblor de labios, ocultar la cara o la vista a los demás.

AVERSIÓN O DESPRECIO. Empequeñecimiento de los ojos, fruncimiento de la boca, nariz arrugada y la cabeza de lado para evitar tener que mirar a lo que ha causado la reacción.

IRA. Mirada fija, dientes superiores fuertemente apretados con los inferiores. Algunas personas se ponen pálidas, otras se ponen rojas, el cuerpo con una postura en tensión como preparado para saltar inmediatamente.

MIEDO. Ojos abiertos, boca abierta, temblor generalizado, signos de transpiración, actitud de huida, etc.

SONRISA. Expresión universal y positiva que todos conocemos.



LA POSTURA.

La forma de caminar tiene su significado:

- Andar con **pasos lentos, arrastrando los pies y con la cabeza gacha** es propio de una persona triste, deprimida y apática.
- Ver a alguien que **pasea tranquilo, balanceando los brazos y girando la cabeza de vez en cuando** nos encontramos ante un ejemplo claro de persona tranquila y desinhibida.
- Andar con **pasitos cortos y rápidos** se corresponde con un carácter receloso y cauto, pero también puede ser un signo de coquetería.
- Cuando alguien se mueve **contoneándose**, llevando la pelvis hacia delante o se pavonea sacando pecho significa que le gusta ser centro de atención.
- Quien **marcha hacia delante con la mirada fija y arrolla todo a su paso** como si fuera una apisonadora, es, en el mejor de los casos, una persona enérgica pero también puede ser alguien obstinado e intolerante.
- Los que andan con **pasos pesados y pisan con tanta fuerza que hacen temblar el suelo** gustan de ser considerados como personas fuertes y estables, sin embargo la mayoría de las veces aparentan ser más fuertes de lo que son.
- Los que dan **pasos largos y elásticos** producen sensación de dinamismo.

Cruzar los brazos, cruzar las piernas si se llevan pantalones, o tener una postura recostada hacia atrás revela desinterés y distanciamiento.

Una postura inclinada hacia delante denota interés, sobre todo si está sentado.

Si se cruzan los brazos y los puños están cerrados las señales son de defensa y hostilidad, los brazos cruzados sujetándolos con las manos denotan tensión, ansiedad, preocupación.

EL ESPACIO PERSONAL.

Robert Sommer, autor del término "espacio personal" lo define como el espacio que nos rodea y en el que no dejamos que otros entren a no ser que los invitemos a hacerlo o se den circunstancias especiales. Llevamos este espacio personal donde quiera que vayamos. Los investigadores dividen el espacio personal en cuatro zonas:

Zona íntima (15 a 45 cm.), es la más importante y es la que una persona cuida como su propiedad, sólo permite su entrada a los que están emocionalmente cerca: hijos, padres, cónyuge, amigos íntimos, parientes. A esta distancia se puede obtener información a través del olor, temperatura del cuerpo, ritmo respiratorio, etc. Una intromisión de un extraño en la zona íntima ocasiona reacciones fisiológicas: adrenalina, taquicardia, etc.

Zona personal (46 cm. y 1,32 m.), es la distancia que separa a una persona en una reunión social o en el trabajo.

Zona social (1,23 y 3,6 metros), nos separa de los extraños: cartero, proveedores o la gente que no conocemos bien.

Zona pública (a más de 3,6 metros), distancia cómoda para dirigirnos a un grupo de personas.

EL ASPECTO EXTERNO.

Estados de ánimo, actividad laboral, forma de vestir, clase social, etc. nos ofrece una imagen de la persona.

LAS MANOS.

Un refrán: "Por su forma de dar la mano se conoce al villano".





Las formas de dar la mano tienen distintos significados:

Mano pegajosa = persona avara y egoísta, mano evasiva = de envidioso, mano flácida de perezoso, mano pastosa = de goloso, el manoseo del lujurioso, el estrujamiento de la mano = del iracundo, dejar caer la mano displicentemente = del soberbio, estrechar la mano cobra su máxima significación cuando hay una enfermedad (y se coge la mano al enfermo).

Freud escribió lo siguiente sobre el lenguaje verbal y no verbal:

"Aquel que tenga ojos para ver y oídos para escuchar, podrá convencerse de que ningún mortal puede guardar un secreto. Si sus labios mantienen silencio, parloteará con las puntas de sus dedos y la traición brotará de sus poros".

COMO RESUMEN GENERAL:

Comunicación efectiva y feliz	Comunicación negativa
Diálogo franco y sincero evitando comentarios hirientes.	Utilizar la sinceridad para herir al otro (emisor, cónyuge, etc.).
Interpretar positivamente los mensajes que recibe.	Interpretar negativamente los mensajes y con suspicacia.
Estar de acuerdo casi siempre el uno con el otro (parejas).	Mantienen continuas discusiones ambas personas (parejas).
Reciben con agradecimiento los comentarios positivos e intentan atender con flexibilidad a los comentarios negativos.	Se ponen a la defensiva ante los comentarios.
Saben escuchar (según técnicas que hemos visto).	No escuchan, interrumpen constantemente y pocas veces expresan sentimientos positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOWER, S.A. y BOWER, G.B. (1976): Usted es valioso: guía practica para afianzar su personalidad. Ed.: Lidium.
2. GAJA, R. (1994): Vivir en pareja: como conseguir una convivencia feliz. Ed.: Edaf, Madrid.
3. GRAY JOHN (1993): Los hombres son de Marte/Las mujeres son de Venus. Ed.: Grijalbo, Madrid.
4. JEFREY A., KELLY (1992): Entrenamiento en Habilidades Sociales. Biblioteca de psicología.
5. KNAPP, M. (1992): La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Ed.: Paidós, Barcelona.
6. PEASE, A. (1992): El lenguaje del cuerpo. Ed.: Paidós, Barcelona.
7. TANNEN, D. (1995): Tu no me entiendes: ¿Por qué es tan difícil el diálogo hombre-mujer? . Ed.: Vergara, Madrid.
8. THIEL, E. (1991): El lenguaje del cuerpo. Ed.: Elfos, Barcelona.
9. WAINWRIGHT, G. (1991): El lenguaje del cuerpo. Ed.: Pirámide, Madrid.
10. WLODAREK, E. (1998): Tener carisma: aprende a brillar con luz propia. Ed.: Grijalbo, Barcelona.

14.

sexualIDAD en el CLIMATERIO

Contenido:

La sexualidad en el climaterio.

Objetivos generales:

Promover la salud psicológica y sexual de las mujeres que están en la etapa del climaterio.

Objetivos específicos:

1. Incrementar el conocimiento de los problemas reales de este grupo de la población que afecta a su salud psicológica y sexual.
2. Búsqueda de alternativas para combatir las dificultades de adaptación de las mujeres a la nueva situación.
3. Mejorar la salud sexual de la mujer climatérica, potenciando comportamientos preventivos a través de la educación sanitaria.
4. Promover en la mujer una nueva concepción de la relación sexual.

Actividades:

1. Actividades encaminadas a la promoción de la salud utilizando para ello, técnicas de educación para la comprensión de las transformaciones físicas y psicológicas que se producen en las mujeres climatéricas.
2. Actividades de prevención de problemas sexológicos a través de la información y educación sexual que de una nueva manera de entender y practicar la sexualidad.

Metodología:

1. Exposición oral sobre la sexualidad femenina y los cambios que se producen en el climaterio.
2. Aprender a reconocer los pensamientos disfuncionales y su relación entre pensamiento disfuncional y estado de ánimo negativo y disfunción sexual.
 - Se instruye a las participantes en el registro de pensamientos positivos-necesarios: hacen sentir mejor.
 - Y los pensamientos negativos , innecesarios: no ayudan a cambiar.

Material necesario:

- Retroproyector.
- Fotocopias de situaciones.

Información técnica: sexualidad y menopausia

Introducción

DEFINICIONES

La OMS define **“salud sexual”** como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de manera que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

Esta definición refleja, por una parte, el número y la complejidad de los factores que intervienen en la sexualidad humana, y por otro lado, sus múltiples componentes.

El concepto de sexualidad “sana” incluye tres elementos básicos:

1. La **aptitud para disfrutar de la actividad sexual** y reproductora y para regularla de conformidad con la ética personal y social.

2. La **ausencia de temores, sentimientos de vergüenza** y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La **ausencia de trastornos orgánicos**.

MENOPAUSIA

“Es el cese permanente de las menstruaciones como consecuencia de la pérdida de la función ovárica”. (O.M.S.).

CLIMATERIO O PERIMENOPAUSIA

1. “Periodo inmediatamente anterior a la menopausia, (cuando empiezan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia), y como mínimo hasta el primer año siguiente a la menopausia”.
2. Etapa del proceso de envejecimiento de la mujer que marca la transición desde el periodo fértil de la vida, al no fértil.

POSTMENOPAUSIA

“Periodo que comienza a partir de la menopausia y que solo puede determinarse retrospectivamente”, transcurridos 12 meses de amenorrea.

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA MUJER EN EL CLIMATERIO QUE DETERMINAN SU SEXUALIDAD

La sexualidad de la mujer sufre ciertos cambios con la edad, que están relacionados con el proceso de envejecimiento, si bien es muy difícil aquilatar la influencia específica de los efectos de la menopausia sobre la sexualidad, ya que intervienen otros muchos factores.

La sexualidad en el climaterio esta determinada por cambios:

A) BIOLÓGICOS/ORGÁNICOS

- Cesan los ciclos menstruales.
- Finalización de la capacidad reproductiva.

- Cambios en la respuesta sexual.
- Aparición de problemas de salud en la mujer o en su pareja sexual.
- Estatus hormonal.
- Tratamientos farmacológicos (hipertensión y depresión, principalmente).

B) SOCIALES

- Síndrome del “nido vacío”: reacción afectiva que corresponde al proceso de duelo producido por la emancipación de los hijos.
- Síndrome del “nido lleno”: cuando los hijos, ya adultos, no abandonan la casa.
- Actitudes frente a la sexualidad de la mujer mayor.
- Roles femeninos estereotipados.
- No disponibilidad de pareja: separación, viudez. A la mujer le resulta más difícil encontrar pareja a partir de los 50 años. (Invisibilidad de la mujer).

C) PSICOLÓGICOS

- Alteración de la percepción de la imagen corporal.
- Temor al deterioro.
- Mal ajuste en la relación de pareja.
- Problemas interpersonales y escasa comunicación.
- Problemas psicológicos y propios del individuo.
- Insomnio secundario a cambios hormonales, ya sean de conciliación como de mantenimiento.

El climaterio es, pues, una etapa de CRISIS Y DE DUELO:

- 1. CRISIS:** Entendida como una etapa de cambio.

2. DUELO: reacción normal y adecuada ante la pérdida de una condición o de un ser querido.

Las mujeres que pierden sus ciclos menstruales hacen el "duelo" de todo lo que representa la feminidad en el subconsciente colectivo.

Esta etapa coincide, en algunos casos con verdaderas pérdidas: muerte de los padres, de la pareja, separaciones, etc.

Climaterio

Los elementos que interaccionan en el tiempo en que se produce el climaterio y que en parte condicionan la percepción de esta transformación psicofisiológica son:

- Hijos en plena adolescencia o ya adultos.
- Cambio en la imagen corporal.
- Cambio de rol.
- Padres ancianos.
- Retiro estrogénico.
- Climaterio de la pareja.

En los hombres también se produce el "climaterio" si bien es menos abrupto y mucho más solapado. Muchos de sus síntomas son parecidos a los de las mujeres y son achacables al paso del tiempo más que a la disminución de los niveles hormonales.

Disfunción sexual en el climaterio

Factores no hormonales intervienen también en el **comportamiento sexual**.

- La percepción que tenían de su salud sexual previa. Disponibilidad de su compañero.
- Estatus socio-cultural.
- La anticipación de declinación del deseo sexual a consecuencia de la menopausia.

Globalmente puede decirse que en la Menopausia y en los años siguientes, una mayoría de mujeres informa de modificaciones de la sexualidad: menos coitos, disminución del placer, del deseo, aumentan las dispareunias.

Es necesario tener en cuenta todas las otras formas de la actividad sexual: caricias, masturbación, relaciones orogenitales, fantasías.

En la menopausia es decisiva la actitud de la mujer hacia la misma, su condicionamiento socio-cultural.

Numerosos trabajos demuestran la importancia de la "anticipación" que hace la mujer de los posibles efectos negativos de la menopausia.

El miedo es más importante que la realidad. La anticipación neurótica de que la menopausia conlleva la pérdida de la capacidad sexual, tiene mayor efecto patógeno que los cambios hormonales.

Entre las disfunciones sexuales de esta etapa, hay que destacar la DISPAREUNIA, que aumenta de manera significativa, lo que está en relación con la atrofia de la mucosa vaginal y el descenso en la lubricación de la vagina durante la excitación sexual.

Acciones básicas de las hormonas sexuales sobre la sexualidad

EL PAPEL DE LOS ESTRÓGENOS

A) Efectos a nivel central

Las hormonas ováricas modulan los neurotransmisores cerebrales que están implicados en el ánimo y el comportamiento.

B) Efectos periférico de los estrógenos

1. La abundancia, la composición y la acidez del medio vaginal varían en función de la impregnación estrogénica.
2. Los estrógenos actúan sobre las glándulas endocervicales y sobre el cuello uterino.

3. Respecto a las mamas, los estrógenos actúan sobre la permeabilidad capilar y la vascularización.
4. En la piel, los estrógenos intervienen sobre la troficidad e hidratación cutánea.

Los estrógenos también actúan en la sensibilidad cutánea.

Impacto de la carencia estrogénica en la respuesta sexual

Es muy variable

1. El **clítoris** responde, generalmente, mas lentamente y de manera menos intensa a los estímulos.
2. La congestión de los **labios menores** es menos importante y mas lenta.
3. Las secreciones vaginales y las glándulas de Bartholin son menos abundantes y necesitan tiempo.
4. Las **contracciones musculares** uterinas del orgasmo son menos numerosas.
5. La **vagina** se hace progresivamente más seca con sus paredes delgadas, pálidas y menos elásticas.

La atrofia **vaginal** es el resultado de la carencia estrogénica asociada a una disminución de la actividad sexual.

6. La **erección del pezón** persiste, pero la respuesta vasocongestiva es menos importante en la post-menopausia.
7. La **sensibilidad cutánea** y la transmisión neuronal pueden estar alteradas.

Actividades preventivas encaminadas a mejorar el estado de salud sexual

La primera actividad preventiva seria la de disponer de una INFORMACIÓN ADECUADA, exenta de prejuicios sociales, culturales y morales, responsables de la aparición y mantenimiento de muchos trastornos sexuales.

Las recomendaciones generales a tener en cuenta serian:

1. Mantener relaciones sexuales coitales y/o masturbación para evitar, en lo posible, los cambios atróficos.
2. Utilización de lubricantes que contrarresten la disminución de la respuesta vasocongestiva.
3. Realizar ejercicios de rehabilitación de los músculos pélvicos (ejercicios de Kegel), con el fin de fortalecer dichos músculos y facilitar que se produzca el orgasmo.
4. Introducir cierta variación en la vida sexual para no caer en la monotonía.
5. Propiciar un ambiente adecuado para aumentar el deseo sexual.
6. Conocer, asumir y adaptarse a los cambios fisiológicos.
7. Fomentar la comunicación entre la pareja.
8. Hacer ejercicio físico y cuidar el aspecto personal.
9. Establecer una red de apoyo social que amortigüe la posible insatisfacción en la relación de pareja y en la vida sexual.
10. Aprender a reconocer los pensamientos disfuncionales que afectan negativamente a la salud mental y sexual.

Y SOBRE TODO

11. No dejar nunca las demostraciones de afecto y la sexualidad no coital. No hay que olvidar que si por causas propias o del compañero sexual, no es posible realizar el coito, otras practicas sexuales pueden cubrir perfectamente las necesidades sexuales y afectivas de la mujer.

15.

Lecturas RECOMENDADAS

- **La picadura del tábano. La mujer frente a los cambios de la edad**
Elena Arrendó
Santillana ediciones. Madrid 2004
- **Tengo 50 años. ¿Qué me pasa, doctor?**
Dr. Eduardo Fernández-Villoria, Pilar Cernuda, Carmen Enriquez y Consuelo Sánchez-Vicente
Editorial Planeta. Barcelona 2001
- **Tus zonas erróneas**
Dr. Wayne W. Dyer
Editorial Grimaldo. Barcelona 1978
- **Aprender a pensar bien**
Enrique García Huete
Editorial Aguilar. Madrid, 1998
- **Como mejorar su autoestima**
Nathaniel Branden
Editorial Paidós. Barcelona, 1994