

Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia

ZAIDER TRIVIÑO, ENF. M.S.P., P.H.D.¹, JASNA STIEPOVICH, P.H.D.², JOSÉ M. MERINO, P.H.D.³

RESUMEN

Introducción: La mujer ha elevado su esperanza de vida en las últimas décadas, esto coincide con su ciclo vital de aparición de la peri- post-menopausia, este período presenta complejos cambios en su dimensión biopsicosociocultural que implica una transición del papel de la mujer y repercusiones negativas en su calidad de vida.

Propósito: Determinar los factores predictores que influyen las conductas promotoras de salud (CPS), según el modelo Pender, en la mujer peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia.

Material y métodos: Diseño descriptivo, no observacional, transversal y correlacional cuya muestra fue de 650 mujeres peri-post-menopáusicas de 45 a 60 años de Cali, muestra bietápica por conglomerados (manzanas y viviendas), con base en la estratificación del municipio. Las variables estudiadas fueron las CPS y los factores biopsicosocioculturales. Se aplicaron los siguientes instrumentos: escala de estilo de vida promotor de salud (EVPS) para medir la variable dependiente, percepción de auto-eficacia, percepción del estado de salud y conocimientos en peri- post-menopausia.

Resultados: Un 54% de las mujeres mostraron unas CPS, superiores a la media. Las CPS más fuertes fueron: Crecimiento espiritual (64.3%), relaciones interpersonales (60.7%), manejo del estrés (57.9%), nutrición (57.3%), responsabilidad en salud (54.9%) y la más baja fue actividad física (49%). El modelo de regresión múltiple, mostró 7 factores que predijeron 37.1% de la variabilidad en las CPS: percepción del estado de salud ($R^2=21\%$, $p<0.0001$); auto-eficacia ($R^2=20.5\%$, $p<0.0001$); educación formal ($R^2=8.3\%$, $p<0.0001$); autonomía en el uso de terapia hormonal ($R^2=3.9\%$, $p<0.0003$); conocimientos peri- post-menopáusicos ($R^2=2.1\%$, $p<0.001$); dieta ($R^2=1.6\%$, $p<0.006$); situación peri- post-menopáusicas ($R^2=0.9\%$, $p<0.03$).

Conclusión: El comportamiento de las CPS en la mujer caleña se puede valorar como suficiente y los factores predictores se recomiendan como claves en el cuidado de enfermería.

Palabras clave: Menopausia; Peri-menopausia; Post-menopausia; Promoción de salud; Mujeres.

Predictive factors acting on health promotion behavior of menopausal women at Cali, Colombia

SUMMARY

Introduction: Women have raised life hope in last decades; this coincides with their vital cycle of peri- post-menopausal apparition. This period present complex changes in it's by a psycho, sociocultural dimension that implies a position of the women role and negative repercussions in their life quality.

Aim: To determine the predictive factors influencing the health promoter behaviors (HPB) in peri- post-menopausal women of Cali, Colombia, according to Pender's model.

Material and methods: A descriptive design, non observational, transversal and correlational, of a bietapic conglomerate sample of 650 peri- post-menopausal women between 45 and 60 years old was applied. HPB and biopsychosociocultural factors were studied. The following instruments were applied: scale of health promoter life style, perception of self-efficiency scale, and health state and peri- post-menopausal knowledge scale.

Results: Of the women 54% obtained a HPB higher than the average. The strongest HPB in the peri- post-menopausal women were: spiritual growth (64.3%), interpersonal relationships (60.7%), stress management (57.9%), nutrition (57.3%), health responsibility (54.9%) and a deficient physical activity (49%). According to the multiple regression model, the factors suffering more variability,

1. Profesora dedicación exclusiva, Universidad Santiago de Cali, Colombia. e-mail: ztrivino@usc.edu.co
2. Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. e-mail: jstiepov@udec.cl
3. Profesor Titular, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción Chile. e-mail: jmerino@udec.cl

Recibido para publicación enero 11, 2007 Aceptado para publicación octubre 8, 2007

37.1%, were: health state perception ($R^2=21\%$, $p<0.0001$); self-efficacy perception ($R^2=20.5\%$, $p<0.0001$), formal education ($R^2=8.3\%$, $p<0.0001$); autonomy in hormonal therapy use ($R=3.9\%$, $p<0.003$); peri- post-menopausal knowledge ($R^2=2.1\%$, $p<0.001$); diet ($R^2=1.6\%$, $p<0.006$); peri- post-menopausal situation ($R^2=0.9\%$, $p<0.03$).

Conclusions: HPB were evaluated with sufficiency and these factors are very important in nursing care.

Keywords: *Menopause; Peri-menopausal; Post-menopausal; Health promotion; Women.*

De acuerdo con diversas tradiciones los sistemas nacionales de salud enfatizan su accionar en los aspectos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, escasamente actúan en la prevención y apenas en comienzo se dedican a la promoción de la salud.

La OMS¹, asume la política de salud para todos en el año 2000, e indica con esto que las personas deberían alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos llevar una vida social, productiva y económica. Uno de los objetivos de la OMS, cuando lanzó esta política, fue promocionar la salud y estilos de vida más sanos.

En el año 2000, se realizó la quinta conferencia de promoción en salud donde se reafirmó que esta promoción es un proceso orientado a que las personas tomen medidas con respecto a su salud; por tanto, no es una intervención dirigida a las personas sino un compromiso de ellas consigo mismas que puede ser individual o colectivo.

La mujer ha elevado su esperanza de vida en las últimas décadas, este aumento coincide con la aparición en su ciclo vital de la peri- post-menopausia, período que presenta complejos cambios en su dimensión biopsicosociocultural e implica una transición de su papel y repercusiones negativas en su calidad de vida, situación que debe motivarla a incorporar conductas para promover su salud.

Si bien, la peri- post-menopausia incluye fenómenos naturales en el ciclo vital de la mujer adulta, la carencia de estrógenos que se inicia en esta etapa y se prolonga por el resto de su vida tiene repercusiones en salud y es causa de enfermedades crónicas no transmisibles de importancia, con el consecuente deterioro de su calidad de vida².

Por lo expuesto, es importante conocer cuáles son las CPS de la mujer, en la etapa de peri- post-menopausia y cuáles son los factores que influyen en ellas.

Como marco de referencia para este estudio, se utilizan los conceptos de peri-menopausia, menopausia, post-menopausia, así como el modelo promotor de salud de

Pender. Pérez², a través de la International Menopause Society (IMS) publicó recientemente las definiciones con el fin de homogeneizar la terminología empleada. La transición del período reproductivo al no reproductivo en la vida de la mujer se inicia alrededor de los 35 años. A partir de esta edad pueden comenzar los cambios en la producción de hormonas ováricas que finalizan una vez agotada la reserva folicular, con la menopausia. La perimenopausia incluye el período que antecede a la menopausia cuando comienzan los cambios endocrinos, biológicos y clínicos premonitorios de ella y los doce meses continuos de amenorrea al cabo de los cuales se tiene la menopausia. Este término, en general sinónimo de climaterio, suele acompañarse de síntomas variados, los más representativos son los de tipo vasomotor y los trastornos del ciclo menstrual. Inserto en el climaterio está la menopausia. La menopausia natural o espontánea, es el cese permanente de menstruaciones debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se reconoce que la menopausia ha tenido lugar una vez que hayan transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea y cuando no existe otra causa evidente patológica o fisiológica para la misma.

La menopausia es un suceso. El síndrome climatérico es el conjunto de signos y síntomas derivado de la disminución y/o ausencia de estrógenos.

La menopausia prematura, ocurre en 1% de las mujeres y cuando se presenta antes de los 30 años tiene más probabilidad de obedecer a una alteración cromosómica. La menopausia inducida se refiere al cese de las menstruaciones, después de la extirpación quirúrgica de ambos ovarios con o sin histerectomía.

La post-menopausia según Arteaga y Bianchi³, es el período que sigue a la última menstruación, independientemente de si la menopausia fue inducida o espontánea (Figura 1).

En la peri-menopausia y menopausia se producen una gran variedad de manifestaciones clínicas que incluyen síntomas vasomotores, psíquicos, atrofia urogenital, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, manifestaciones que tendrían su efecto en la calidad de vida de la mujer⁴.

El modelo promotor de salud (MPS) de Pender integra constructos desde la teoría de expectativas y valores que se fundamentan en la motivación humana de Feather y en la teoría del aprendizaje social de Bandura.

De acuerdo con el modelo de expectativas y valores la conducta es racional y económica, no se desgasta; especí-

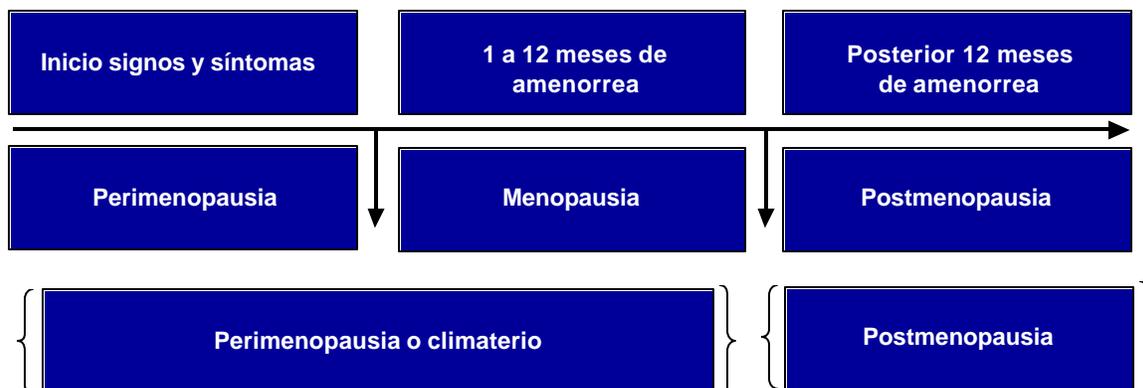


Figura 1. Esquema ilustrativo del proceso peri-menopáusico y post-menopáusico

ficamente una persona se involucra en una acción y persiste en ella, cuando el valor de la acción es positivo y personal y cuando la información que tiene le motiva a seguir un curso de acción que probablemente le traerá el resultado deseado.

En la teoría cognitiva social, Bandura⁵ presenta un modelo de interacción de causalidad, donde sucesos ambientales, factores personales y conducta, actúan como determinantes recíprocos de cada uno. La teoría hace su mayor énfasis en auto-dirección, autorregulación y percepción de auto-eficacia.

Desde una perspectiva de enfermería, los elementos teóricos anteriores son la base conceptual del MPS de Pender⁶, constituido entonces por factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales que al interactuar con las características y experiencias individuales; producen respuestas específicas de conducta y un resultado final en ésta.

Pender enfatiza una verdadera CPS, como resultado final de la acción del individuo. La idea entonces no sólo es, predecir los síntomas (prevención según riesgo), sino desde una perspectiva que permita anticipar conductas promotoras, positivas, favorecedoras de salud, en la vida de las personas y específicamente en las mujeres en etapa peri- post-menopáusica. El constructo del MPS de Pender, muestra los factores biopsicosocioculturales donde los autores de este trabajo realizaron una adaptación de variables que aunque se pueden considerar como factores de riesgo, aquí se miran desde el aspecto de patrón de conducta que genera hábitos positivos en la mujer peri-post-menopáusica. El MPS, se centra en la percepción de auto-eficacia. El Cuadro 1 presenta las variables dentro de los diferentes factores del MPS de Pender, y las variables

propuestas por los autores en la investigación actual.

De acuerdo con lo expuesto, el propósito de este estudio fue contribuir con el conocimiento sobre CPS en las mujeres en esta etapa de la vida. Se plantearon los siguientes objetivos:

- Identificar las CPS en las mujeres en etapa peri-menopáusica y post-menopáusica de Cali, Colombia.
- Determinar los factores predictores, que influyen en la CPS de la mujer peri- post-menopáusica, de acuerdo con el modelo de Pender.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo y correlacional, en que la unidad de análisis estuvo constituida por mujeres en etapa peri-menopáusica y post-menopáusica; los criterios de inclusión fueron, edad entre 45 y 60 años que cubriría para las mujeres de Cali la peri-menopausia y la post-menopausia (de acuerdo con lo informado sobre el promedio de edad estimado sobre la menopausia para la mujer caleña de 52 años)⁷ y ser residentes de la zona urbana del municipio de Cali, Colombia; el criterio de exclusión fue no haber tenido menopausia prematura (enfermedades que producen peri-menopausia prematura como ovariectomía con o sin histerectomía), ni menopausia inducida. La muestra se calculó con un nivel de confianza de 95% y un margen de error permitido de 5% en 600 mujeres. En este estudio se tuvo en cuenta un factor de no respuesta, que se calculó en 15% y por ello se adicionó un número de 50 mujeres a la muestra inicial para un total de 650 participantes.

El diseño de la muestra fue probabilístico, por conglomerados en dos etapas (manzanas y viviendas), según los

Cuadro 1
Factores según modelo de Pender y propuesto por los autores para este estudio

Factores personales	MPS de Pender	Este estudio
Biológicos	Edad, sexo, IMC, estado menopáusico, estado puberal, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad o equilibrio	Situación peri- post-menopáusica, peso y edad
Psicológicos	Autoestima, auto-motivación, percepción de auto-eficacia, estado de salud percibido	Auto-eficacia percibida durante la peri- post-menopausia, conocimientos en peri- post-menopausia, salud percibida, patrones de conducta (adaptado por los autores): dieta, autonomía de uso de hormonas, hábito de tabaco y hábito de alcohol
Socio-culturales	Etnia, aculturación, educación, status socioeconómico	Ingresos, ocupación, etnia, educación formal, estado civil

seis estratos socioeconómicos establecidos por planeación del municipio correspondiente al año 2003. Al interior de cada uno de los 6 estratos se hizo un muestreo probabilístico proporcional.

En la primera etapa, el marco de la muestra se determinó por la base de datos de 9,766 manzanas ordenadas según estrato socioeconómico y codificación de la manzana. La segunda etapa estuvo determinada por las viviendas en las manzanas elegidas, con el supuesto de 40 viviendas por manzana, de las que se extrajo al azar un promedio de 10 viviendas por manzana. En cada vivienda se entrevistaron todas las mujeres entre 45 y 60 años que se encontraban en el momento de la visita. Aunque el principal cambio hormonal en la peri-menopausia es el aumento progresivo de la hormona FSH, este estudio no realizó la determinación de FSH en las mujeres. Cuando en la vivienda visitada no se encontraba una mujer con los criterios establecidos se reemplazó por la vivienda siguiente hacia el norte y en su defecto por la vivienda siguiente hacia el sur. El procedimiento de recolección de datos fue diligenciado por encuestadoras debidamente preparadas para ese efecto.

Los datos se obtuvieron a partir de la aplicación de los instrumentos: escala estilo de vida promotor de salud (EVPS) de Pender para medir la variable dependiente CPS, la que fue sometida a control de calidad (validez y confiabilidad) en prueba piloto con mujeres caleñas, que

no participaron en el estudio. Para las variables independientes se empleó la escala de percepción de auto-eficacia de Babler y Schwarzer, la escala de percepción del estado de salud de Recker y Wong, la escala de conocimientos en peri- post-menopausia, elaborada y validada por los investigadores y también, el cuestionario estructurado para variables sociodemográficas. En el procesamiento de los datos se utilizó el programa SAS 9.1 versión 2006.

RESULTADOS

El Cuadro 2 muestra las características descriptivas de las mujeres peri- post-menopáusicas. Perfil o características de la muestra:

De las mujeres estudiadas 43% se declararon en situación peri-menopáusica y 56.5% como post-menopáusicas; residen en mayor proporción (83.1%) en los estratos bajo y medio del municipio; respecto a la etnia, la categoría de mayor proporción fue la blanca con 53.6%; el porcentaje restante se distribuye en mestiza, negra e india, esta última con 2.8%.

El estado civil en orden de mayor a menor resultaron las mujeres casadas con 37.5% y en unión libre 21.5%, las categorías viuda, separada y soltera obtuvieron entre ellas en total 41%. En cuanto a ocupación 65% declararon ser amas de casa, seguidas en orden descendente por la ocupación de forma independiente (16%); la media de

Cuadro 2
Características descriptivas de las mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia

Características	%	Media	DE	Escala	<media %	≥media %
Situación peri menopáusica	43.54					
Situación post-menopáusica	56.46					
Estrato						
1	19.2					
2	27.5					
3	36.3					
4	3.8					
5	10.6					
6	2.4					
Etnia						
Blanca	53.38					
Negra	14.77					
Mestiza	29.08					
India	2.77					
Estado civil						
Casada	37.54					
Unión libre	21.54					
Viuda	9.23					
Separada	25.23					
Soltera	16.46					
Ocupación						
Ama de casa	65.08					
Oficios domésticos	4.77					
Empleada	10					
Independiente	16.31					
Jubilada	3.85					
Alcohol						
No consumo	67.23					
Bebe ocasionalmente	32.15					
Bebe hasta 1 vaso/día	0.31					
Bebedor diario	0.31					
Tabaco						
No consume	70.62					
Fumador ocasional	5.38					
Ex-fumador	14.31					
Fumador diario	9.54					
Autonomía uso hormona						
Decidió y solicitó	2.0					
Indicada y consultada	8.92					
Indicada sin consultarla	4.62					
No ha usado ni usa	89.46					
Ingreso familiar	63905	901569	101-10mill		48	52
Edad		51.54	4.77	45-60 años	46	54
Peso		63.46	18.08	38-131 kg	45	55
Percepción estado salud		72.53	9.30	43-105 puntos	48	52
Percepción auto-eficacia		32.04	5.41	12-40 puntos	42	57
Conocimientos en peri- post-menopausia		6.20	1.44	1-8 puntos	28	72
Escolaridad		7.34	4.38	0-20 años	48	52

Cuadro 3
Conducta promotora de salud y sub-escalas en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia, 2006

Subescalas EVPS	N	media	mediana	Desv.	M/M* estándar	M/M teórico	<media empírico %	≥media %
Crecimiento espiritual	607	30.37	31.00	4.8	9/36	9/36	35.7	64.3
Manejo del estrés	636	22.37	23.00	4.4	8/32	9/32	42.1	57.9
Actividad física	561	16.34	15.00	6.1	8/32	8/32	51.0	49.0
Relaciones interpersonales	617	27.71	28.00	5.2	9/36	11/36	39.3	60.7
Nutrición	627	24.56	25.00	5.2	9/36	9/36	42.7	57.3
Responsabilidad en salud	633	25.09	25.00	6.3	9/36	10/36	45.1	54.9
Total escala EVPS	480	147.3	149.0	23.5	52/208	79/202	46.0	54.0

MM: Máximo Mínimo

ingresos que percibe la familia de la mujer peri- post-menopáusica fue \$63,905, la mitad de las mujeres resultó con ingresos familiares de \$700,000 mensuales; la media de edad de las mujeres fue 51.5 años; la media de peso fue 63.4±18 desviaciones estándar, 55% de las mujeres del estudio, registraron peso por encima de la media.

El mayor porcentaje de consumo de alcohol en la mujer, fue en la categoría de no consumo (67.2%), seguido de bebedora ocasional (32.1%); en cuanto al consumo de tabaco las mujeres declararon fumar diariamente (9.5%), luego fumadoras ocasionales (5.4%) entre estas dos categorías hubo 15% y 70.6% no fuman.

En los hábitos dietéticos consumen semanalmente granos (97%), frutas (91%), verduras (94%), carbohidratos (99%), lácteos (91%) y proteínas (97%), las mujeres declararon que incorporan en su dieta los frutos secos y soya.

En percepción de auto-eficacia, 57% de las mujeres caleñas obtuvieron puntajes por encima de la media (32.4); en percepción del estado de salud 51.4% y los conocimientos en peri- post-menopausia 72% resultaron por encima de la media. La educación obtuvo una media de 7 años de escolaridad formal cursada y aprobada con ±4.4 desviaciones estándar en una escala de 0 a 20 años de educación formal.

El Cuadro 3 describe los puntajes alcanzados por las mujeres peri- post-menopáusicas estudiadas, en la CPS según sub-escalas de la escala EVPS.

Sub-escala crecimiento espiritual. En esta sub-escala con n=607, las mujeres obtuvieron una media de (30.37). De ellas 35.7% obtuvieron puntaje inferior a la media y 64% puntaje igual o superior a la media. La

distribución de los puntajes presentó mayor concentración hacia los valores altos de la sub-escala, es decir, hacia 36.

Sub-escala manejo del estrés. Con n=636, 57.9% de las mujeres obtuvieron un puntaje igual o superior a la media (22.37). Las mujeres que obtuvieron puntajes por debajo de la media fueron 42.1%. Al revisar el contenido de los ítems que constituyen la sub-escala de manejo del estrés se observaron puntos débiles en el uso de métodos específicos para controlar situaciones de tensión y practicar relajación diaria.

Sub-escala actividad física. Con n=561, la media resultó 16.3 por encima de la mediana de 15 puntos, y mostró alta variabilidad (6.2). Sólo 49% de las mujeres peri- post-menopáusicas obtuvieron puntaje igual o superior a la media (16.3) y 51% obtuvieron puntajes por debajo de la media. Al interior de esta sub-escala los ítems más débiles en promedio en la CPS, fueron: examinar su pulso cuando está haciendo ejercicio; sin embargo, es de notar que muchos ítems al interior de esta sub-escala no alcanzaron a 2 puntos en la escala Likert con puntaje para cada enunciado de 1 a 4.

Sub-escala relaciones interpersonales. Hubo 60.7% de las mujeres con puntajes iguales o superiores a la media (27.7). La distribución de los puntajes se ubica hacia valores altos de la sub-escala, es decir, hacia 36.

Sub-escala de nutrición. En esta sub-escala 42.7% de las participantes obtuvieron puntajes por debajo de la media (24.5) y 57.3% igual o superior a la misma. La distribución de los puntajes presentó mayor concentración hacia los valores altos de la escala, es decir, 36 puntos máximo estándar.

Sub-escala de responsabilidad en salud. El descrip-

Cuadro 4
Bivariado de predictores de la variable dependiente «conducta promotora de salud» en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia, 2006

Factores predictores	SS Total	SS Model	gl	R ²	p
Biológicos					
Situación peri- post-menopáusica	265728	2426.5	1	0.9	0.03
Edad	265728	680.7	1	0.3	0.079 (NS)
Peso	265728	0.1354	1	0.0	0.987 (NS)
Psicológicos					
Autoeficacia	265728	51967.0	1	20.5	0.0001
Conocimientos en peri- post-menopáusica	265728	5560.3	1	2.1	0.0015
Percepción de salud	265728	55903	1	21	0.0001
Dieta	265728	4097.8	1	1.6	0.0065
Autonomía de uso de hormonas	265728	10249	2	3.9	0.0001
Consumo de tabaco	265728	2188.7	1	0.8	0.046
Consumo de alcohol	265728	624.6	1	0.2	0.2894(NS)
Socioculturales					
Ingresos	265728	1486.6	1	0.6	0.1017(NS)
Ocupación	265728	5206.7	4	2.0	0.514 (NS)
Educación formal	265728	2198.5	1	8.3	0.0001
Estado civil	265728	4800.5	4	1.8	0.697(NS)
Etnia	265728	13073.0	3	4.9	0.0001

tivo muestra que los valores alcanzados por las mujeres en etapa peri- post-menopáusica, la media fue 25.09 puntos muy cercana a la mediana de 25 puntos; aunque 55% de las mujeres peri- post-menopáusicas alcanzaron puntajes iguales o superiores a la media (25). En esta sub-escala los ítems más débiles fueron: inasistencia a programas de educación sobre cuidado en salud, y buscar una segunda opinión cuando se ponen en duda las recomendaciones de su proveedor de servicios de salud.

La CPS, medida en la escala EVPS de Pender, muestra una media observada de 147.3 por debajo de la mediana con 149. Las mujeres obtuvieron un puntaje mínimo de 79, mayor que el puntaje mínimo teórico de 52 puntos y un máximo de 202 puntos por debajo del máximo teórico de 208 puntos. Hubo 54% de las mujeres con puntajes en la CPS por encima de 147.3 puntos.

Respecto a los resultados sobre los factores predictores de las CPS se realizó el análisis bivariado con todas las variables del modelo Pender más las incorporadas por los autores, con la CPS.

El Cuadro 4 muestra que en el factor biológico, la variable situación de peri- post-menopausia con una $p < 0.03$

fue significativa y predictora. En este factor no se mostró evidencia de relación estadísticamente significativa y predictora de las variables edad y peso, que registraron una $p \geq 0.268$ y $p \geq 0.987$, respectivamente.

En el factor psicológico, la percepción del estado de salud, resultó ser predictor altamente significativo $p > 0.0001$ y mostró un efecto fuerte, del orden de 21% sobre la variabilidad de la CPS, la auto-eficacia con una probabilidad de 1 en diez mil, produce un efecto también fuerte de 20.5% sobre la variabilidad de la CPS. Este factor psicológico evidenció que la percepción del estado de salud, seguido por auto-eficacia, autonomía de uso de hormonas, conocimientos en peri- post-menopausia, hábitos en la dieta y consumo de tabaco ($R^2=21, 20.5, 3.9, 2.1, 1.6$ y 0.8% , respectivamente), producen los mayores efectos en orden descendente sobre la variabilidad de la CPS.

El factor sociocultural identificó la educación formal ($R^2=8.3$) como el mayor predictor en la CPS, en las mujeres peri- post-menopáusicas, seguido por la etnia ($R^2=4.9$)

El resultado del análisis de regresión múltiple se presenta en el Cuadro 5, el modelo óptimo, producto de la

Cuadro 5
Modelo óptimo multivariado de siete predictores de la variable dependiente conducta promotora de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia, 2006

Predictores	SS total	SS model	gl	R ²	p
Percepción estado de salud + Auto-eficacia + Educación formal + conocimientos en peri- post-menopausia + dieta + situación peri- post-menopáusicas + autonomía en uso de hormonas	252380	93688	8	37.1	0.0001

relación multivariada entre la variable dependiente y las variables independientes, conformado por los predictores destacados que incluye la percepción del estado de salud, percepción de auto-eficacia, educación formal, conocimientos en peri- post-menopausia, dieta, situación perimenopáusicas y post-menopáusicas y autonomía de uso de hormonas. Estos 7 predictores produjeron un efecto de 37.1% en la variabilidad de la CPS, en la mujer peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia.

DISCUSIÓN

Perfil de la muestra. Las mujeres estudiadas residen en los estratos bajo y medio del municipio, esto refleja que hubo coherencia con el diseño de muestra del estudio en el que estuvieron representados proporcionalmente los distintos estratos. La etnia india se caracterizó por ser minoría con ingresos y escolaridad baja.

La mayoría de las mujeres viven en pareja sea por matrimonio o por simple convivencia. Su principal ocupación fue ama de casa y una minoría de ellas, trabajan en forma independiente, al parecer esta cifra va en aumento, pues las mujeres empleadas sólo alcanzaron 10%, se aprecia entonces que las mujeres desean generar sus propios ingresos, y dar compatibilidad a sus tiempos y horarios con sus otros papeles. De los ingresos que percibe la familia, muchos se encuentran por debajo del salario mínimo legal vigente en Colombia. La media de edad (51.5 años) en las mujeres estudiadas es coherente con la etapa temprana de post-menopausia y muestra correspondencia con el promedio de edad de la menopausia informada para Cali en mujeres de 52 años⁷, y presentaron tendencia a ser obesas en su apariencia física.

De acuerdo con los patrones de conducta en términos de consumo de alcohol, tabaco y dieta, las tendencias

fueron hacia hábitos positivos; si se suma la categoría bebe ocasionalmente, más bebedora diaria alcanzarían 32.5% de las mujeres; cifra inferior al comportamiento informado de consumidores de alcohol en Colombia que alcanza 90% en los adultos⁸. En los hábitos dietéticos se notó que la población estudiada consume semanalmente el conjunto de alimentos que constituye la pirámide alimenticia y además con aporte de estrógenos naturales como la soya y frutos secos, quizá esto indica que el consumo de estrógenos naturales, podría ser una creencia y práctica generalizada en la mujer con respecto, a la protección de enfermedades que sean dependientes de bajos estrógenos. Pero se necesitarían más estudios. Las mujeres se perciben con buen estado de salud, auto-eficaces y con altos conocimientos en peri- post-menopausia; la escolaridad de las mujeres estudiadas fue baja.

La variable dependiente, CPS en la mujer peri- post-menopáusicas de Cali en su conjunto es alta, positiva y favorable en las sub-escalas de: crecimiento espiritual, manejo de estrés, relaciones interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud. Los resultados obtenidos en estas sub-escalas reflejan el comportamiento y semejanza, en relación con la escala total EVPS de Pender. La sub-escala de actividad física es baja. La mujer no presenta una cultura incorporada al hábito de ejercicios, tiene una vida de preferencia sedentaria, con la rutina del trabajo y los quehaceres del hogar que le hacen ocupar el tiempo y no disponer espacios para una actividad de ejercicio planificado; las mujeres prefieren actividades físicas livianas antes que una actividad de mayor requerimiento físico y las que realizan ejercicio no acostumbran examinar su pulso cuando lo hacen. Se somete a discusión que las mujeres presentan barreras para su motivación como lo plantean Pender *et al.*⁶, o desconocen el beneficio del ejercicio físico sobre los efectos de la deficiencia

estrogénica, en el mantenimiento de su masa ósea y en su dinámica cardiovascular. La mujer en esta etapa siente que la actividad física le demanda tiempo y le genera más cansancio en su rutina de vida.

En cuanto a los factores predictores de la CPS, la *situación peri- post-menopáusica* presentó un efecto significativo sobre la CPS de la mujer en esta etapa. Este hallazgo coincide con el estudio de Monk *et al.*⁹, donde explican que las regularidades en el estilo de vida parecen aumentar a través del ciclo de la vida, en respuesta tanto a los cambios biológicos, lo cual puede representar una adaptación a los cambios relacionados con la edad. En el caso de este estudio probablemente se relaciona más con los cambios biológicos y la adaptación de la mujer peripostmenopáusica a estos cambios. El mayor promedio de CPS estuvo representado por el grupo de mujeres postmenopáusicas lo cual es coherente con su mayor edad, pero, inmerso en un proceso de mayor tiempo de adaptación a sus cambios biofisiológicos.

No se rastreó informe de algún estudio donde hubiera efecto significativo entre la situación peri- postmenopáusica y la CPS.

Percepción del estado de salud presentó fuerte efecto sobre la CPS, como se esperaba que a mayor percepción del estado de salud mayor CPS.

El hallazgo de este estudio coincidió con el planteamiento de Pender, en que su última versión, del MPS donde realizó cambios, ratificó la continuidad de incluir la percepción del estado de salud porque en la mayoría de sus datos empíricos, ésta resultó significativa.

También coincide con los hallazgos de Blumel *et al.*¹⁰, pues encuentran que las mujeres peri- post-menopáusicas que perciben su salud normal o buena, tienen menor riesgo de sufrir disfunciones sexuales y finalmente Cid¹¹, también informa relación significativa entre percepción del estado de salud y CPS.

Por el contrario, el estudio de Stieповich¹² comunica que las mujeres en general, percibían negativamente su salud. Es posible que en las mujeres del presente trabajo sea positiva su percepción de salud, porque es específico para la etapa peri- post-menopáusica.

La variable *percepción de auto-eficacia* mostró que también produce fuerte efecto de variabilidad sobre la CPS en la mujer peri- post-menopáusica. Este hallazgo significativo coincide con el estudio de Kerr *et al.*¹³, donde en los trabajadores méjico-americanos el uso de protectores auditivos, en el modelo de promoción de la salud de

Pender, se relacionaron los factores cognitivos de percepción y los factores modificantes, pues se vio que la auto-eficacia fue el elemento de más influencia para emplear tales protectores.

En el presente estudio se corroboró que las mujeres con alta percepción de auto-eficacia tuvieron alta CPS.

De acuerdo con Pender *et al.*⁶ se sabe que mientras mayor sea la auto-eficacia percibida, más vigorosa y persistentemente la persona se compromete en la conducta y considera la auto-eficacia como el elemento central del MPS. Se deduce que el presente estudio confirmó la auto-eficacia como un factor auto-direccional y autorregulador en la CPS, que influye en la vida de la mujer peripostmenopáusica de Cali como lo afirma el modelo de Pender.

En este trabajo se confirman los hallazgos de Bandura⁵, cuando plantea que entre los distintos aspectos del auto-conocimiento, quizás ninguno influya tanto en la vida de las personas como la opinión que tenga de su auto-eficacia; así ésta intervino en la determinación personal de las mujeres en su CPS positiva, expresada en el fuerte efecto que produjo en la CPS.

En la revisión de estudios con la variable auto-eficacia no se encontró ninguno que mostrara lo contrario a lo observado en el trabajo de Cali.

Los conocimientos en peri- post-menopausia. Este hallazgo significativo coincide con los de Velasco *et al.*¹⁴, quienes analizaron el nivel de conocimientos en menopausia de los profesionales de medicina familiar y ginec-obstetras, frente a contenidos informativos a la población en este período de menopausia y demostraron que ambos grupos tuvieron ganancias cognoscitivas y se registró aumento en la consulta de mujeres peri y menopáusicas.

La teoría cognitiva social base del MPS, examina los procesos de la concepción mediante los cuales las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas. En este punto se discute que tanto los conocimientos como las habilidades exigidas son elementos necesarios, pero no suficientes para conseguir una CPS.

Pender *et al.*⁶, en el MPS, proponen la experiencia y conducta previa como modelos de las cogniciones y emociones específicas.

Lo cognitivo comprende creencias, imagen no razonada, pensamientos, pero también incluye conocimientos, que Bandura denominó conocimiento requisito, para situaciones específicas. El aspecto cognitivo en cuanto a conocimientos parece ser elemento de poder en las muje-

res peri- post-menopáusicas, para dominar sus amenazas, pensamientos intrusos y ansiedad frente a esta nueva etapa. Se somete a discusión en este hallazgo, que el hecho que la mujer peri- post- menopáusica tenga conocimientos sobre los cambios que se producen en esta etapa le proporciona en parte, aunque no suficientemente una mayor CPS.

La dieta. En el presente estudio se encontró que las mujeres conocen la pirámide alimenticia y que en su nutrición integran alimentos que la constituyen, e incluyen también alimentos que contienen estrógenos en forma natural, probablemente como una forma de reemplazar el hipostrogenismo que presentan por su situación de peri- post-menopausia. Según Arriagada *et al.*¹⁵, parece que no existe un tratamiento alternativo a los estrógenos más progestina tan eficaz, para el alivio de la sintomatología de la menopausia. De acuerdo con este planteamiento los estrógenos incorporados en la dieta poca eficacia tendrían para la deficiencia estrogénica.

Este estudio no coincide con el de Araya y Atalah¹⁶, que al determinar los factores en la selección de alimentos en familias de sectores populares pobres de 3 comunas de Santiago de Chile, uno de los principales elementos para seleccionarlos fueron las preferencias sensoriales, además las madres no conocían las guías y la pirámide alimenticia. De acuerdo con Araya y Atalah, las mujeres presentan altas preferencias en competencia (preferencias sensoriales) situación que no se vio en el presente estudio con las mujeres peri- post-menopáusicas; al respecto Pender, dice que estas preferencias obstaculizan el compromiso de las personas en la CPS.

Es evidente que la decisión que las mujeres tomen en el momento de elegir sus alimentos resulta fundamental para promover una conducta sana, lo que Pender describe como la capacidad de autorregulación, auto-atribución y auto-eficacia; en este caso la capacidad que tiene la mujer en esta etapa de peri- post-menopausia de autorregular su conducta alimentaria, crea el hábito día a día, que termina en la CPS nutricional.

Se somete a discusión el hecho que las mujeres peri- post-menopáusicas de Cali consideran la inclusión en su dieta de alimentos que contienen estrógenos, como base en la creencia de los aportes para suplir el hipostrogenismo en esta etapa. Sin embargo, la fuerza de creer en el uso de éstos en la dieta, apoyó la conducta de las mujeres en este estudio. Se considera que se deben hacer más estudios para confirmar la eficiencia o no, de los estrógenos

naturales en la dieta. De todas formas el requerimiento nutricional hace de la dieta un importante predictor en la CPS.

La relación entre *autonomía en el uso de hormonas* y la CPS, se refirió al caso en que la mujer observa un patrón de conducta y decide sobre su cuerpo.

Hay referencias que plantean efectos protectores para utilizar la terapia de reemplazo hormonal en las mujeres en este período, como se muestra en los estudios de Castello *et al.*¹⁷, donde la terapia de restitución hormonal tiene efecto protector sobre la piel de las mujeres peri- post-menopáusicas.

Hlatky *et al.*¹⁸, en su estudio sobre menopausia y depresión, indican que la terapia hormonal declina los síntomas de actividad física, mental, fatiga y energía; pero los síntomas depresivos no presentan cambios significativos con el uso de la terapia hormonal (TH).

En forma opuesta otros estudios, han mostrado que la TH presenta riesgos para la mujer en etapa peri- post-menopáusica.

Shumaker *et al.*¹⁹, demuestran que la terapia combinada aumenta en la mujer añosa el riesgo de desarrollar demencia y que además no protege contra el deterioro cognitivo.

Hing y Brett²⁰, verificaron que entre los años 2001 y 2003 la terapia de estrógenos más progestina (TH) en la iniciativa de salud de las mujeres se terminó temprano por riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares, mientras que la terapia estrogénica (ET) continuó. En ese período las prescripciones de hormonas bajaron.

Estudios como el de Arriagada *et al.*¹⁵ indican que la TH se debe emplear cuando hay indicación clara para su uso. La paciente sintomática es la principal beneficiada y que no existe un tratamiento alternativo a los estrógenos/progestina tan eficaz para el alivio de la sintomatología de la menopausia.

De acuerdo con los hallazgos en el presente estudio no se somete a discusión el uso o no de la TH, se planteó por la significancia encontrada, que la mujer en esta etapa tenga autonomía para decidir sí o no a la TH independientemente de que tenga los síntomas climatéricos y sepa los riesgos que tiene el uso de la TH. De otra parte, en las mujeres estudiadas la categoría de no uso o que no la ha usado fue de mayor proporción; esto podría indicar que realmente decide hacerlo o no; pero hay otras variables al azar, que no se averiguaron en este estudio, como la variable de acceso económico para la TH.

De acuerdo con las proposiciones del MPS, la idea es que la mujer conozca los beneficios anticipados y tenga información suficiente con sus pares y proveedores de salud, para que logre tener un pensamiento auto-reflexivo y pueda superar las barreras que existen para comprometerse en una conducta favorable a su salud, en la decisión de sí o no a la TH.

El hábito de fumar. Este hallazgo coincide con el estudio de Evenson *et al.*²¹, donde se encontró probabilidad significativa que las actividades vigorosas en las mujeres post-menopáusicas decrecen en las que fuman.

Falba²² estudia eventos de salud y cesación de fumar en mujeres americanas de edad media. Al investigar el efecto de serios eventos de salud, las mujeres que dejaron de fumar no hicieron las enfermedades que se asocian con este hábito, por lo menos en 6 años o más.

Ambos estudios revelan el hábito de fumar como una conducta desfavorable, no positiva en la promoción de la salud. No hay informes contrarios a estos hallazgos. El presente estudio corroboró este hábito de no tabaquismo, como un predictor que tiene efectos negativos sobre la CPS de la mujer peri- post-menopáusica.

Con relación al grupo étnico. La etnia india presentó la más baja CPS, Es probable que la diferencia se relacione con el desarraigo de estas mujeres, pues muchas de este grupo llegan a Cali como desplazadas, en su mayoría, por fenómenos de violencia (guerrilla, paramilitarismo y narcotráfico); se analiza que tienen costumbres, culturas, escolaridad diferentes, además el desarraigo les hace vivir procesos de aculturación, estas variables no se investigaron en el presente estudio, pero se considera que podrían producir efecto desfavorable en la CPS de la mujer indígena. Landrine y Konoff²³ estudiaron el cambio cultural en minorías étnicas una teoría operante de aculturación. La aculturación se asoció de manera significativa con la prevalencia de fumadoras más que en los hombres; es como una tendencia a adaptar costumbres de otros grupos y otras culturas. Este estudio permite discutir y analizar que el modelo operante de aculturación está presente en el contexto de las mujeres en sus diferentes etnias; desde la teoría cognitiva social Bandura, presenta un modelo de interacción de causalidad donde ambiente, factores personales y conducta actúan como determinantes recíprocos. La mujer peri- post-menopáusica necesita auto-dirigirse, auto-regularse, en el medio en que se encuentra, y apoya en su cultura, para generar compromiso con la acción, es decir, hábitos consecuentes con una CPS. Es posible que

la mujer indígena sufra el desarraigo por las diferentes formas de violencia que vive y no visualice la necesidad de autorregularse y auto-dirigirse.

La educación formal. La escolaridad que fue baja, aun así llama la atención su fuerte efecto, como predictora de la CPS. Se discute que la variable educación independientemente de que la CPS sea alta o baja, controla la conducta. Se reconoce que a un mayor nivel de escolaridad, hay mayores oportunidades para un estilo de vida mejor. El presente estudio coincide con los hallazgos de Tello²⁴.

En el modelo óptimo predictor de CPS de las mujeres en etapa peri- post-menopáusica, los factores psicológicos se potencian para ser los mayores predictores. La CPS se explica por la conjugación de los 7 predictores que la influyen en las mujeres peri- post-menopáusicas colombianas.

El único predictor sobre el cual no se puede modificar la conducta, corresponde al factor biológico *situación de peri- post-menopausia*, pero los demás, todos son susceptibles de intervenir. Pender *et al.*⁶, ratifican en el modelo promotor de salud que la alta *percepción del estado de salud* es una conducta positiva de salud y además un predictor de la CPS. Bandura⁵ respecto a la *autoeficacia* dice que no es innata, se hace, se forma, se crea, por tanto, es una conducta que las mujeres pueden trabajar e incorporar. La *educación* se considera que a mayor escolaridad mayores oportunidades y accesos a una vida sana. Los *conocimientos en peri- post-menopausia*, Bandura los denominó requisitos específicos y el MPS, fundamento de este estudio, los incluye en la conducta previa junto a otros aspectos en la percepción cognitiva; si la mujer sabe de este tema en su ciclo de vida, podrá resolver mejor la conducta adecuada.

La dieta. La conducta en la alimentación resulta importante para promover una vida sana y la selección de alimentos es un hito valioso, pues contribuye además, a la formación de hábitos alimentarios de toda la familia como lo demostraron Uauy *et al.*²⁵

La autonomía en el uso de hormonas con referencia a la decisión que toma la mujer en esta etapa, le genera mayor satisfacción y bienestar en los cambios que experimenta. Aquí se somete a discusión el hecho de que los conocimientos se integran a las decisiones de la mujer pues sabe la información, conoce los beneficios y barreras, se motiva, y tiene la capacidad de valorar su competencia para terminar en un compromiso de acción; es decir, la CPS.

El presente estudio consideró que los predictores encontrados, tienen influencia muy alta y son importantes para la CPS, conjugándose todos para que la promoción, tenga peso más determinante en las sociedades, en la salud y menor costo para los estados.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con el modelo óptimo sobre las recomendaciones *para el cuidado de enfermería*, se propone sustentar la discusión en los siguientes factores:

En la percepción del estado de salud se considera que existen molestias que la mujer espera que le sucedan más bien por razones culturales, estas costumbres e ideas se deben manejar en la mujer peri- post-menopáusica de tal manera de erradicarlas poco a poco en este grupo de población, pues esto contribuye como una barrera hacia una percepción positiva del estado de salud. Junto con la auto-eficacia se pueden abordar estos aspectos de percibir el estado de salud, porque hay sinergia entre ambos.

Auto-eficacia. Este elemento predictor se debe considerar para su mantenimiento y promoción en las mujeres peri-postmenopáusicas que no sienten fortaleza en su autoeficacia. Ésta se podría desarrollar por medio de talleres donde las mujeres auto-valoren sus potencialidades y debilidades, de esta forma la auto-eficacia se debe orientar hacia la motivación para la actividad física, el manejo de métodos antiestrés, el acercamiento a programas para el cuidado de la salud, a fin de decidir con autonomía sobre su cuerpo respecto al uso o no de la TH.

Como la educación formal es una variable que ya no se puede modificar relativamente en estas mujeres, pero sí se puede reforzar en aspectos específicos relacionados con la peri- post-menopausia; se abordaría con talleres, mediante el uso de modelado con mujeres pares, material educativo lúdico sobre la relación entre la CPS y los beneficios de la actividad física, beneficios del autocuidado y la importancia de la relajación diaria. En el aspecto educativo, la enfermera/o, debe tener herramientas para desarrollar consejería personalizada e individual y abordar a la mujer en esta etapa, sobre las necesidades y requisitos de la situación peri- post-menopáusica, talleres de grupo donde la mujer pueda expresar sus percepciones del proceso que vive y la enfermera capte la visión que las mujeres tienen de esta etapa, que podría ser diferente al enfoque biomédico.

Respecto a la dieta este punto se debe integrar con la

educación, donde básicamente se informe sobre los requerimientos nutricionales en este período.

La autonomía sobre el uso de hormonas se debe articular en el desarrollo de talleres de auto-eficacia para que sea la mujer quien decida sobre su cuerpo y además que la CPS se fundamente en los beneficios y contraindicaciones del uso de TH.

Por último, los aspectos que se han de tener en cuenta para brindar el cuidado de enfermería en las mujeres perimenopáusicas y post-menopáusicas, se deben desarrollar estratégicamente con enfoque de red, multidisciplinario y multisectorial. Una vía para hacerlo podría ser presentar proyectosal plan de atención básica (PAB), en los comités de planificación por comuna para darle apoyo a estos procesos educativos, talleres, en forma periódica.

CONCLUSION

- El comportamiento general de la CPS para la mayoría de las mujeres de este estudio, es alta.
- Los factores predictores que influyen en la CPS, son: Alta percepción del estado de salud, percepción de auto-eficacia, educación formal, conocimientos en peripostmenopausia, hábitos dietéticos, situación peri- postmenopáusica y autonomía en uso de hormonas. Estos factores que ejercen mayor peso en la CPS, representan variables susceptibles de intervenir, excepto la situación peri-postmenopáusica, por esta razón estas variables fueron propuestas como claves para el cuidado de enfermería.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos de salud. *Declaración de Alma Ata*. Washington: OMS; 1978.
2. Pérez A. *Ginecología*. 3ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.
3. Arteaga E, Bianchi M. Fisiología del climaterio. En: Pérez A (ed.). *Ginecología*. 3ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003. p. 179-185.
4. Blumel J, Binfa L, Gramegna G, Tacia X, Aracena B, Cumsille M. Efectos del climaterio en la calidad de vida. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998; 63: 437-445.
5. Bandura A. *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales en auto-eficacia*. Madrid: Martínez Roca; 1987. p. 415-478.
6. Pender N, Murdaugh C, Parson M. *Health promotion in nursing practice*. 4ª ed. New Jersey: Prentice Hill; 2002.
7. Gómez G, Onatra W, Sánchez F. *Climaterio y menopausia*. Cali: Centro Editorial CATORCE; 2000.
8. Herrán O, Ardila MF. Consumo de alcohol, riesgo de alcohol y

- alcoholismo en Bucaramanga, Colombia. 2002-2003. *Colomb Med* 2005; 36: 158-167.
9. Monk TH, Reynolds CF, Kupfer DJ, Hoch CC, Carrier J, Houck PR. Differences over the life span in daily life style regularity. *Cronobiol Int* 1997; 14: 295-306.
 10. Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Chile* 2002; 130: 1131-1138.
 11. Cid P. *Factores personales asociados al estilo de vida promotor de salud en residentes de barrio norte*. Tesis de Maestría para optar al título de Magíster en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile; 2004.
 12. Stieповich J. Salud física percibida y factores asociados en mujeres de la comuna de Concepción, Chile. *Rev Enfermería* 2004; 39: 27-30.
 13. Kerr M, Lusk S, Ronis D. Explaining Mexican American workers' is hearing protection use UIT the health promotion model. *Nursing Res* 2000; 51: 100-109.
 14. Velasco V, Ojeda R, Navarrete E, Pozos C. Una experiencia de capacitación sobre climaterio y menopausia entre médicos del IMSS. *Gac Med Mex* 2002; 138: 145-148.
 15. Arriagada M, Arteaga E, Bianchi M, Brantes S, Montaña R, Osorio E, et al. Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70: 340-345.
 16. Araya M, Atalah E. Factores que determinan la selección de alimentos en familias de sectores populares. *Rev Chil Nutr* 2002; 29: 308-314.
 17. Castelo C, Guerra A, Figueras F, Blumel JE. Piel y menopausia: Efectos de la edad, estado hormonal y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2000; 65: 143-151.
 18. Hlatky M, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley M. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women alter receiving hormonal therapy. *JAMA* 2002; 287: 591-597.
 19. Shumaker S, Legault C, Rapp S, Thal M. Demencia y deterioro cognitivo en mujeres postmenopáusicas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68: 181-183.
 20. Hing E, Brett K. Changes in U.S. prescribing patterns of menopausal hormone therapy, 2001- 2003. *Obstetr Gynecol* 2006; 108: 33-40.
 21. Evenson K, Wilcox S, Pettinger M, King A, McTiernan A. Vigorous leisure activity through women's adult life. *Social Sci Med* 1999; 49: 781-789.
 22. Falba T. Health events and the smoking cessation of middle aged Americans. *J Behav Med* 2005; 28: 21-33.
 23. Landrine H, Klonoff E. Culture change and ethnic-minority health behavior: An operant theory of acculturation. *J Behav Med* 2004; 27: 527-555.
 24. Tello C. *Estilo de vida promotor de salud en familias jóvenes cajamarquinas, Perú*. Tesis de Maestría para optar al título de Magister en Enfermería. Concepción: Universidad de Concepción. Chile; 1995.
 25. Uauy R, Atalah E, Kain J. The nutritional transition: new nutritional influences on child growth. In: Martorell R, Haske F (eds.). *Nutrition and growth*. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2001.