



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES
CON MENOPAUSIA**

TESIS COLECTIVA

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN EDUCACIÓN FÍSICA Y CIENCIAS DEL DEPORTE**

PRESENTAN:

ADRIANA PAULIN MARTIN

KAREN ESTRADA RODRÍGUEZ

FÁTIMA FABIOLA VALDEZ MARTÍNEZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., NOVIEMBRE DE 2013.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Educación Física y Ciencias del Deporte

**INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES
CON MENOPAUSIA**

TESIS COLECTIVA

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciadas en Educación Física y Ciencias del Deporte

Presentan:

Adriana Paulin Martin
Karen Estrada Rodríguez
Fátima Fabiola Valdez Martínez

Dirigido por:

DRA. Verónica Margarita Hernández Rodríguez

SINODALES

Dra. Verónica Margarita Hernández Rodríguez
Presidente

Firma

Dr. Oscar Ángel Gómez Terán
Secretario

Firma

Lic. en P.T Ricardo Cerezo Bermúdez
Vocal

Ricardo Cerezo.

Firma

Lic. Elizabeth Rodríguez García
Suplente

Firma

M. en A. Rogelio Rivelino Pérez García
Suplente

Firma

MCE. Gabriela Palomé Vega
Directora de la Facultad de Enfermería

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero 2014
México

RESUMEN

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación, es una etapa de grandes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden condicionar a la mujer a diversas situaciones como: baja autoestima que puede llevarla a un periodo de crisis y depresión. La actividad física en este periodo es uno de los principales tratamientos para prevenir o aliviar este tipo de problemas. Esta investigación se realizó con el objetivo de conocer la influencia que tiene la actividad física en la autoestima de las mujeres que presentan menopausia. Metodología: cuantitativa, cuasiexperimental, correlacional y longitudinal. Muestra conformada por 24 mujeres de más de 45 años de edad; 12 participaron en el programa de actividad física (PAF) y las otras 12 no realizaron actividad durante los tres meses que duró el PAF. Para medir la autoestima se utilizó la “Escala de autoestima de Rosenberg”. Se realizó la captura de los datos en el paquete estadístico SPSS versión 18 y su análisis se efectuó a través de estadística descriptiva, y se implementó la prueba de coeficiente de Pearson (r), para determinar la existencia de relación entre las variables. Resultados: En el tercer mes el grupo 1 (mujeres del PAF) tuvo una puntuación promedio de 36 lo que indica una autoestima alta; el grupo 2 (mujeres que no participaron en el PAF), obtuvo un puntaje de 30.75. Se detecta que ambos resultados son buenos (autoestima alta), sin embargo, el grupo 2 se encuentra en el límite inferior y una relación significativa de $r=0.005$. Conclusiones: Los resultados obtenidos a lo largo de la aplicación de la escala de Rosenberg permitieron llevar un control exacto de las puntuaciones y de la fluctuación de las mismas en ambos grupos de trabajo. Estos apoyan la hipótesis de trabajo planteada, ya que se logra comprobar que la actividad física sí influye la autoestima de la mujer menopáusica, logrando detectar que la práctica de la actividad física aumenta la autoestima.

(Palabras clave: programa de actividad física, mujer menopáusica, autoestima)

DEDICATORIAS

Este trabajo es dedicado especialmente a la guía, que nos acompañó a lo largo de esta ardua y gratificante investigación, toda la inversión de miles de cosas, por su paciencia, tiempo y conocimientos, por todos esos momentos con grandes cargas de trabajo omitidos por atender nuestros esfuerzos, gracias por compartir su persona y un espacio en su vida con nosotros Dra. Verónica Margarita Hernández Rodríguez; es una dicha, saber a través de esta experiencia que su persona está llena de humildad y solidaridad por construir el conocimiento en el alumnado que le rodea, mentes como las nuestras, que nos hemos preparado para ser partícipes de las vidas de los demás con esta magnífica profesión, son enteramente enriquecidas al toparse con mentores capaces y comprometidos como Usted.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta investigación no, hubiera podido llevarse a cabo sin la incondicional participación de las mujeres que formaron parte de los grupos analizados, es por eso, que el agradecimiento mas grande, es para ellas, por su valioso tiempo, la confianza depositada en nosotros, el permitir acercarnos, y compartir esos momentos de solidaridad, y felicidad, cada segundo compartido, fue una ventana a su interior, ventanas que nos mostraron fortaleza, amor, y humildad, que siempre quedarán en nuestras mentes, a través del recuerdo, y del aprendizaje de un camino que todas hemos de recorrer.

De igual manera, agradecemos a todas y cada una de las manos que participaron en la elaboración de esta investigación, a J. Emmanuel Díaz Peña, por su agradable compañía en tiempo de trabajo bajo presión, a Carmen E. Hernández, por alentarnos a seguir con alegría y solidaridad. A los docentes revisores del trabajo en especial al Dr. Oscar Ángel Gómez Terán por la asesoría proporcionada.

Y a cada una de nosotros, por tener disposición, aceptación y la tolerancia de mentes distintas, ideas, formas de dirigirse y llevar a cabo el trabajo incondicional, por trabajar como un gran equipo de grandes cimientos de cariño y amistad, que con seguridad podrán perdurar a través del tiempo intactos.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de cuadros	v
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Importancia del estudio	3
1.3 Objetivos	4
1.4 Hipótesis y variables	4
II. REVISIÓN DE LITERATURA	5
2.1 Actividad física	5
2.2 Autoestima	9
2.3 Menopausia	13
2.4 Estudios relacionados	22
III. Metodología	26
3.1 Tipo de estudio	26
3.2 Universo y muestra	26
3.3 Material y métodos	28
3.4 Análisis de datos	30
3.5 Ética del estudio	30
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	53

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Nombre	Página
4.1	Datos sociodemográficos de las participantes.	32
4.2	Primera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg	34
4.3	Segunda aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.	35
4.4	Tercera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.	37
4.5	Primera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.	39
4.6	Segunda aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.	41
4.7	Tercera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg	43
4.8	Resultados generales de acuerdo al mes de aplicación de escala de Rosenberg, grupo 1.	45
4.9	Resultados generales de acuerdo al mes de aplicación de escala de Rosenberg, grupo 2.	46
4.10	Resultado global de autoestima, según escala de Rosenberg.	47

I. INTRODUCCIÓN

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación, que debe ser confirmada tras un periodo de amenorrea de un año. Existe un periodo de tiempo variable alrededor de ese momento en el cual el organismo se adapta a la nueva situación, a ese tiempo se le llama climaterio. Por lo general, la menopausia suele presentarse entre los 45 y 50 años de edad con una incidencia media alrededor de los 50 años (López, 2006).

Este autor también menciona que esta etapa acontece porque los ovarios dejan de producir hormonas (especialmente estrógenos), que tiene acciones muy importantes sobre diferentes órganos, como el aparato genital, los huesos, el corazón, el sistema cardiovascular y la piel. La autoestima en la mujer es muy susceptible en esta etapa, pues afecta su desarrollo social, emocional, afectivo y laboral.

El estrés, ansiedad, depresión pueden aparecer en algunas épocas difíciles de la vida. En las mujeres, los cambios hormonales provocados por el ciclo menstrual y la menopausia, pueden conducir a una crisis de depresión que puede acabar en problemas graves. Se cree que la actividad física es una de las mejores vacunas anti-depresivas, durante el ejercicio físico, se producen sustancias químicas llamadas endorfinas que aumentan la sensación de bienestar y felicidad. Correr o caminar es una de las mejores formas de evitar los cambios de humor, sofocos y depresión en esta etapa (Carranza 2003).

1.1 Planteamiento del problema.

La menopausia es un hecho en la vida de la mujer que define exclusivamente el cese definitivo de la menstruación. Este evento, de indudable importancia sociológica y cultural más que biológica tiene un gran periodo de duración de 20 a 30 años denominado climaterio (Dueñas, 2001).

La menopausia es una etapa de la vida de la mujer, no es una enfermedad, aunque en un elevado porcentaje de casos lleva consigo una serie de alteraciones que condicionan que las mujeres demanden frecuentemente atención médica.

El trastorno afectivo puede expresarse como irritabilidad con excitación, nerviosismo, ansiedad e insomnio, un cuadro astenia, agotamiento, cansancio, baja autoestima y dificultades de memoria, y un cuadro de melancolía y depresión, con abulia, tristeza malos pensamientos y accesos de llanto.

Un estilo de vida sano adoptado en los primeros años de la vida favorece el estado de salud y funcional de la mujer en la menopausia. Tanto si se han seguido estilos de vida saludables como si no, nunca es tarde para adoptarlos ni hay motivos para abandonarlos.

El estilo de vida activo prepara a la mujer para los cambios derivados de la menopausia, y ayuda a controlar los riesgos para la salud física y psicológica que este nuevo estado trae consigo. Estos riesgos, pueden ser las enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, la obesidad, el estrés, ansiedad y sobretodo la depresión, baja autoestima y sentimientos de soledad.

El efecto protector de una práctica regular de actividades físicas contra estas enfermedades y situaciones patológicas, cobra especial importancia en este periodo en el que la mujer se encuentra fisiológica y psicológicamente menos protegida (Ramírez, et al., 2008).

Es por esto que los investigadores del presente diseñan un programa de actividad física para mujeres menopáusicas, como técnica educativa y medio para poder responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la influencia de la actividad física en la autoestima de mujeres con menopausia?

1.2 Importancia del estudio.

Como se hizo referencia en los párrafos anteriores la etapa de la menopausia trae consigo problemas de carácter biológico, psicológico, social y en ciertas ocasiones cultural. De ahí que se pretenda a través del presente trabajo conocer la influencia de la actividad física en este grupo de mujeres. De tal forma que se desarrollen estrategias específicas de acción en este grupo, y se contrarresten los síntomas del proceso natural de la menopausia y ellas logren llevar una mejor calidad de vida.

Para el Licenciado en Educación Física y Ciencias del Deporte se pretende abrir las puertas a un nuevo grupo de trabajo, y en específico a mujeres, para que la visión laboral abarque nuevos horizontes de acción por medio de un programa de actividad física dirigido a mujeres para esta etapa.

De este modo lograr que estos programas sean atractivos para ellas y sea un factor de motivación para que esta etapa no sea un momento de sufrimiento sino una fase natural.

Pues, si bien no es una enfermedad, se requieren cuidados y atenciones especiales durante este periodo que en ocasiones es difícil debido a los cambios que se presentan en esta etapa.

De tal forma que hoy se pueda apoyar a las mujeres a comprender mejor esta época de la vida y terminar con muchos tabúes que sobre ellas existen, de esta manera afrontar mejor los cambios con más dignidad.

Beneficiando así la autoestima de las mujeres en ese periodo y abriendo un nuevo campo de trabajo para el licenciado en educación física.

1.3 Objetivos.

1.3.1 General:

Conocer la influencia que tiene la actividad física en la autoestima de las mujeres que presentan menopausia, a través de la aplicación de un cuestionario y un programa de actividad física, con la finalidad de motivar e incitar a la práctica de actividad física en esta etapa.

1.3.2 Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la población.
- Identificar el nivel de autoestima en mujeres que atraviesan por el periodo de la menopausia quienes fueron sometidas a un programa de actividad física
- Identificar el nivel de autoestima entre mujeres menopáusicas que no la realizan.

1.4 Hipótesis y variables.

H_A: La actividad física influye en la autoestima de las mujeres con menopausia.

H₀: La actividad física no influye en la autoestima de las mujeres con menopausia.

Variables:

- Dependiente: mujeres con menopausia.
- Independiente: actividad física y autoestima.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

En este segundo apartado de la tesis se desarrollan las variables de estudio, se comienza por ubicar al lector sobre los aspectos que involucra la actividad física, posteriormente se desarrollará el tema de autoestima, seguido del de menopausia para finalizar con estudios relacionados.

2.1 Actividad física.

2.1.1 Concepto:

Si se analiza el concepto de educación física esta varía según el profesional que lo trate, por ejemplo el médico ve la educación física como un medio para educar la salud y la higiene, el fisioterapeuta la identifica con la forma de recuperar las lesiones a través de la fisioterapia o gimnasia cerebral correctiva; el psicólogo como el profesional de los niños con problemas o alteraciones motrices, la determina como reductora psicomotriz, y en algunos casos como terapia psicomotriz; el entrenador deportivo como base, como soporte del posterior perfeccionamiento del deporte que se trate; por último el educador físico ve el concepto como educar a través del movimiento (Equipo de centro de estudios vector, 2006).

Como se puede entender, el concepto educación física, es polisémico, y definitivamente, incidirá en sujeto, de muchas maneras a lo largo de su desarrollo en todas las etapas de la vida, desde terapias motrices hasta terapias correctivas. El término se forma de dos palabras, la primera: educación, tiene origen latino, “educare”, y se refiere a las capacidades que son adquiridas, o en “ducere” que al contrario, son las capacidades que se llevan dentro; la segunda palabra: física, de origen griego “physis”, tiene como significado “naturaleza” y alude al cuerpo (Equipo de centro de estudios vector, 2006).

Este mismo autor menciona que anteriormente, el concepto “estaba relacionado con la preparación exclusiva del cuerpo, y en otras disciplinas del rango superior se dedicaban al alma, así educación física se refería al cuerpo, en tanto que educación integral se refería al alma”. En la actualidad, el concepto incluye además del aspecto motor, al cognitivo y afectivo, lo que se refiere a técnicas, conocimientos, y juegos por ejemplo, es decir, el desarrollo integral del sujeto.

Analizando diferentes perspectivas se podría deducir que la actividad física es el estado de permanecer en movimiento sin, embargo, partiendo de un punto de vista comprensivo, la acción detrás de la actividad física, toma su significado dependiendo de el aspecto social, la categoría, y el entorno al que se vincula, dejándola ver como un conjunto de acciones motrices, enfocadas a un objetivo.

Por otra parte, dando énfasis al aporte a la salud, los beneficios de la actividad física, no se determinan por la ausencia de la enfermedad, mejor expresado, forja una relación, que permite disminuir los riesgos de enfermedad, y crear recursos físicos, mentales, sociales y culturales favorables, para el sujeto (Cooper, 2001).

El enfoque epidemiológico la clasifica en actividad física estructurada y no estructurada, “implica cualquier movimiento muscular provocado por una contracción muscular cuyo resultado sea el gasto de energía con el objetivo de estudiar sus efectos sobre la salud” (Prieto, 2005).

Por último y de manera más sintetizada se puede referir a actividad física empleando el concepto de Fisher, et al. (2001), como: “Todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que provoca consumo de energía”.

2.1.2 Historia:

La actividad física ha evolucionado junto al hombre desde su aparición en la tierra. En un principio, el hombre realizaba movimientos con un fin puramente utilitario (la supervivencia). Las tendencias más actuales (juegos alternativos, actividades en la naturaleza, movimientos de carácter rítmico y expresivo) conciben la educación física como realidad educacional (Equipo de centro de estudios vector, 2006).

En la prehistoria a través de las pinturas rupestres se ha logrado inferir que las actividades físico-deportivas de esos momentos: caza, lucha y danza; en la época romana se buscaban buenos y eficaces soldados; en la edad media se presenta el obscurantismo del deporte ya que se priorizaba la filosofía intelectual y espiritual. Para la edad moderna resurgen las primeras teorías de la educación en las cuales la actividad física, tienen un espacio y autonomía; y en la contemporánea se incluye el concepto de expresión corporal (Equipo de centro de estudios vector, 2006).

Gracias a que la práctica deportiva proviene de la sociedad se ha provocado que en las escuelas se tienda a imitar el deporte elite, por lo cual se ha enfocado al deporte hacia el entrenamiento y no hacia la educación. Hoy en día, el deporte representa un medio muy importante para la educación física a nivel básico, y es uno de los bienes culturales del tiempo.

Condición física y salud: hoy en día, es una de las tendencias más importantes. Cada día existe un mayor número de personas en el mundo que realizan ejercicios físicos con el propósito de obtener una condición física adecuada que les permite tener un mejor estado de salud y así favorecer el crecimiento armónico en aspectos físicos, mentales y sociales (Equipo de centro de estudios vector, 2006).

2.1.3 Beneficios:

Son muchos los beneficios que aporta la actividad física a la salud y el bienestar. La mayoría de ellos altamente demostrados, y otros son apoyados mediante evidencias detalladas y han sido comentados por un gran número de autores y organizaciones (González, 2001).

Este mismo autor menciona que el ejercicio físico llevado a cabo de una forma correcta es la principal manera de mantenerse sano. Por lo que un estilo de vida sano durante los primeros años de vida ayuda a mantener un estado de salud óptimo en una mujer con menopausia. Además refiere que nunca es tarde para adoptar un estilo de vida saludable y no existen circunstancias por las cuales haya que abandonarlo. Llevar a cabo un estilo de vida activo prepara a la mujer para los cambios durante la etapa de la menopausia, y controla los riesgos (diabetes, osteoporosis, obesidad, estrés, ansiedad, depresión, baja autoestima, así como enfermedades cardiovasculares) para la salud física y psicológica.

La actividad física podría lograr efectos benéficos incluso en edad avanzada, sin embargo la mayoría de los estudios han sido realizados a mujeres premenopáusicas, por tal motivo se conoce muy poco los efectos que la actividad física producir en mujeres que ya hayan rebasado esta etapa (Restrepo, 2003).

Una de las prioridades en salud pública como forma de prevención en enfermedades crónico degenerativas especialmente en personas de la tercera edad es la práctica de actividad física, los principales beneficios evidenciales son: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; se encuentra una mejora del auto-concepto, autoestima, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de conductas cognitivas y de socialización (Mahecha, s.f.).

Por su parte Meléndez (2008), expone que la actividad física constante trae consigo beneficios como:

- Crea mediante el ejercicio un hábito para toda la vida.
- Desarrollo de las capacidades físicas coordinativas y condicionales.
- Reducción en los niveles de obesidad y osteoporosis.
- Mejora la autoestima, disminuye la ansiedad y la depresión.
- Previene la aparición de enfermedades cardiovasculares.
- Aumenta la masa muscular.
- Mejora el aprovechamiento de los sustratos energéticos.
- Mejora la sensibilidad ante la insulina y disminuye la esteatosis hepática.

2.2 Autoestima.

2.2.1 Concepto:

Branden (2010), menciona que la autoestima significa ser conscientes y capaces para enfrentar las diferentes pruebas que aparecen en la vida y darse cuenta de que se merece ser feliz.

También advierte que está compuesta por dos ideas básicas: a) auto-eficiencia: seguridad para pensar, aprender, elegir y tomar las decisiones correctas, y b) auto-respeto: tener la confianza en que los logros, el éxito, el respeto, el amor, así como la satisfacción personal son adecuados para sí mismo. A lo que añade que “los desafíos básicos de la vida” abarcan aspectos importantes como ser capaz de ganarse la vida y cuidarse, así mismo ser competente en las relaciones sociales.

De ahí la importancia de la autoestima, ya que se trata de una necesidad básica en el ser humano para un óptimo desarrollo. Si no se tiene una autoestima positiva el desarrollo psicológico se ve afectado. La autoestima positiva actúa como un sistema inmunológico del espíritu, y proporciona resistencia, fortaleza y

una capacidad de regeneración. Al existir una autoestima baja, la resistencia para enfrentar los problemas de la vida se reduce, y los aspectos negativos tienen mayor efecto sobre las personas (Branden, 2010).

Empero González (2001), dice que la autoestima provoca que la persona tenga la imagen que desea en sí misma y en las relaciones sociales, así mismo en sus valores, objetivos y metas. La define como un juicio, un sentimiento, una actitud, que puede ser positiva o negativa, de aprobación o desaprobación respecto de sí mismo.

Este autor cita lo referido por Coopersmith en 1976, donde expresa que la autoestima es la prueba que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, muestra una actitud de consentimiento y también indica el grado en el que el individuo es capaz, importante, valioso y exitoso.

De ahí que concluye que la autoestima es la capacidad que tiene el individuo para aprovechar y desarrollar sus atributos y capacidades, la cual es representada por el símbolo “m”, que consiste en la idea de la persona sobre sí misma.

2.2.2 Clasificación:

Para la clasificación de la autoestima se retoma lo desarrollado por González en el 2001, ya que es de los documentos más recientes que se ubicaron en la revisión de literatura.

Autoestima alta

González (2001) citando a Branden, 1998; Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1998), expone que la autoestima alta se debe a que el individuo piensa que es bueno o suficientemente bueno. El sujeto se siente digno de la estima que le tienen los demás, se da a respetar, además vive, comparte e invita a tener integridad, honestidad. Comprensión, amor, así mismo se siente importante

y tiene la confianza en su propia competencia y en la toma de sus decisiones. Tener autoestima alta no significa poseer éxito en todo, si no saber reconocer las limitaciones, capacidades habilidades y confianza en la naturaleza interna. Así una persona que tiene autoestima alta se cree importante, por lo cual son individuos con autoestima positiva.

Retomando a Coopersmith (1967), menciona que las personas que poseen una autoestima alta se acercan a tareas con una expectativa de éxito, y de ser bien recibidos, confían en sus decisiones y juicios que establecen, creen que su esfuerzo les traerá consigo soluciones que favorezcan, además aceptan sus opiniones, creen y confían en sus reacciones y conclusiones, lo que les permite mantener sus ideas y opiniones, cuando existen diferencias en los puntos de vista conducen a la persona a una alta independencia social, a una mayor creatividad, condicionándola a acciones sociales más asertivas. Las personas tienden a tomar un papel activo, en la sociedad tienen menor dificultad para expresar puntos de vista de manera clara.

Este autor refiere que los sujetos con autoestima elevada son criados en condiciones de aceptación, definición clara de las reglas, y respeto, son afectivos, equilibrados y competentes, tienen mayor creatividad y son más independientes, capaces de relacionarse y tratar con situaciones o demandas externas de una mejor manera (González, 2001).

Autoestima baja

Las personas que tienen una autoestima baja tienen un cuadro poco alentador: son aislados, incapaces de sentir amor, expresarse o defenderse, son endebles, se preocupan con frecuencia, les afectan las críticas, se siente asfixiados por sus problemas, se alejan de interacciones sociales ya que pueden revelar sus supuestas incapacidades. Estas personas son susceptibles a presentar problemas psicossomáticos. Generalmente presentan falta de confianza de sus habilidades e ideas y se sostienen de situaciones conocidas y seguras.

Esta autoestima baja hace pensar a la persona que no valen la pena y no muestran respeto por sí mismas. La manera en que se ven es desagradable y desearían que fuera distinto. Un concepto negativo levanta defensas en las relaciones personales como con los demás. Estas personas se esconden tras una barrera bajo el sentimiento amenazante de que no son valiosas y con una miopía interna de formación que se da a conocer por situaciones negativas de sí mismas (González, 2001).

Citando a Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1998), describe que su comportamiento es apático, indiferente con ellas mismas y con los demás. Se les complica oír, ver y pensar de manera clara, por lo cual tienden a hacer menos a los demás. El miedo los limita, ciega y hace que el hombre no se arriesgue en la búsqueda de nuevos objetivos. Esta poca seguridad y sentimiento de inferioridad los conducen a tener envidia de lo que poseen otras personas, lo cual se manifiesta con actitudes de tristeza, soledad, renuncia, abnegación, y en otras ocasiones con ansiedad, temor, agresividad, odio, lo cual siembra en ellos sufrimiento.

Las personas que sufren de baja autoestima creen que no valen la pena, se dejan pisotear y menospreciar por los demás, no tienen confianza con ellas mismas por lo cual no quieren expresar sus ideas, además de que toman un rol pasivo en el grupo escuchando más que participando, crecen bajo situaciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, creyendo que no tienen los recursos, sintiéndose solas, sin amor, incapaces de expresarse y siendo muy pasivas y complacientes, presentan demasiada preocupación por sus problemas, lo que las lleva a disminuir sus opciones de establecer amistades (González, 2001).

Este mismo autor ubica cuatro factores principales de la baja autoestima: 1). Una mala economía, 2). Falta de amor, 3). Un mal estado de salud, y 4). Rechazo a su propio físico.

2.2.3 Instrumentos:

Se logró ubicar tres instrumentos para medir la autoestima: el primero de ellos fue el “Test Va Grajales – Valderrama 2000”, este contiene 11 ítems (10 con connotación negativa y 1 para positiva), en México se validó por medio de un análisis factorial para eliminar las preguntas que no obtuvieran una carga factorial mayor a 40 en casa uno de los análisis, este estudio se efectuó a una población de 145 estudiantes de Montemorelos. Su interpretación se da con relación al puntaje obtenido en cada uno de los ítems, a mayor puntaje, mayor autoestima (Arteaga, 2010).

El segundo identificado fue el inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, este evalúa la autoestima a través del juicio personal, expresado en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Fue validado en 1993 por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés para población mexicana y adultos mayores; quienes aplican el inventario a 411 mujeres y hombres de la Ciudad de México, obteniendo un índice de confiabilidad (alfa de cronbach) un $\alpha = 0.81$ (Calleja, 2011).

El tercero fue la escala de autoestima de Rosenberg, este consta de 10 reactivos que se responden en escala Liker desde: “Muy de Acuerdo”, “De Acuerdo”, “En Desacuerdo” y “Muy en Desacuerdo”; cada uno de ellos otorga un puntaje que va de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos (1, 3, 4, 7 y 10). A diferencia de los otros dos ya fue validado en población mexicana de adultos y adultos mayores (Rojas, 2009), que es lo que inclina a retomar este instrumento para aplicarlo en la presente investigación.

2.3 Menopausia.

La menopausia es una etapa en la vida de la mujer que se distingue por el fin de las menstruaciones. Esta etapa es de gran importancia sociológica y cultural más que biológica, representa un instante en el entorno de un periodo de duración entre 20 y 30 años de duración que se conoce como climaterio (Dueñas, 2001).

El climaterio es una etapa de retroceso en la evolución ovárica que empieza cuando se tienen descontrolados bioquímicos, reproductivos o clínicos, que se deben a la disminución de las funciones ováricas, de producción hormonal o de gametos, y tiene su fin con el inicio de la senectud. Normalmente se da entre los 35 y 60 años de edad (Carranza, 2003).

2.3.1 Definiciones:

En este apartado se retoma lo planteado por López en el 2006, puesto que las definiciones que redacta son claras y se comprenden fácilmente.

Perimenopausia: es el periodo del climaterio alrededor de la menopausia, que se da cuando aparecen los problemas menstruales y endócrinos, se alarga hasta que se asegura que realmente apareció la menopausia. Tiene una duración que varía de 2 a 8 años antes de la menopausia hasta 1 año después de ella.

Premenopausia: se trata de la etapa del climaterio anterior a la perimenopausia.

Menopausia: se trata de la última menstruación y aparece entre los 47 y 50 años, dependiendo el tipo de población y sus características. Su diagnóstico solo puede realizarse de forma retrospectiva cuando ha pasado un año de amenorrea.

Posmenopausia: es el periodo del climaterio posterior a la menopausia.

De un tiempo para acá se ha venido mostrando una declinación acelerada de la capacidad funcional, a esta declinación fisiológica se le conoce como envejecimiento y es un proceso que no corre necesariamente en forma paralela con la edad cronológica. Uno de los efectos que provoca el envejecimiento es el

climaterio femenino el cual incluye en la terapéutica, medidas generales de nutrición, estilo de vida, salud psicológica y ejercicio (Ramírez, et al., 2008).

La menopausia es un periodo en la vida de la mujer, no se trata de una enfermedad, aunque en muchos casos traiga consigo muchas alteraciones que condicionan que las mujeres busquen con frecuencia atención médica.

Generalmente la menopausia se presenta entre los 45 y 55 años de vida, con una media de los 50 años (López, 2006). Este periodo se da por que los ovarios dejan de producir hormonas, que tiene funciones importantes en distintos órganos, como los genitales, el sistema óseo, el sistema cardiovascular y la piel.

Al bajar de forma brusca la producción de hormonas en los ovarios disminuye el sangrado menstrual. Así, la amenorrea, es el dato más notable, aunque poco específico de la menopausia ya que el 90% de las mujeres tienen alteraciones previas al cese de las funciones del ovario. Al parar la función ovárica bajan los estrógenos y la inhibina. Cuando desaparece la inhibición ovárica se eleva el FSH a niveles mayores a 30U/L, lo que se considera un criterio importante para definir la menopausia (Carranza, 2003).

El final de la actividad ovárica trae como consecuencia síntomas a corto, medio y largo plazo. La osteoporosis postmenopáusica es consecuencia de la disminución de la masa ósea por dos procesos biológicos que aparecen conjuntamente: por un lado la pérdida de hueso en relación con los años, y en la mujer por la aceleración de la menopausia debido al déficit en los estrógenos. La administración de estrógenos después de la menopausia tiende a aumentar el contenido mineral de los huesos en las mujeres con osteoporosis postmenopáusica, disminuyendo entre un 35 y 50% la incidencia de fracturas en las vertebrae, cadera y radio (López, 2006).

Este mismo autor menciona que la cardiopatía isquémica es una alteración caracterizada por la obstrucción de los vasos sanguíneos encargados de llevar nutrientes al corazón. El desarrollo de esta enfermedad en la mujer se debe al cese de la actividad ovárica volviéndose cifras iguales que las de los hombres. Existen otros factores de riesgo como: el sedentarismo, la obesidad, tabaquismo e hipertensión. Se debe considerar la menopausia como un factor de riesgo para ser añadido al momento de valorar las posibilidades de tener una cardiopatía isquémica. Por lo que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en mujeres, como por ejemplo enfermedad isquémica del corazón, circulación pulmonar y cardiovascular periférica (Ramírez, et. al., 2008).

Además refiere que el insomnio se presenta normalmente en la dificultad para dormir y el mantenimiento del mismo, y se debe a factores como los cambios hormonales.

2.3.2 Cambios fisiológicos:

Primeramente se describirán los cambios hormonales durante la etapa de la premenopausia, en esta etapa en la mujer se liberan señales neuroquímicas y hormonales, controladas por el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. El principal fin de estos cambios es el producir un óvulo maduro que sea capaz de ser fertilizado así como de tener una producción constante de estrógenos y progesterona (Carranza, 2003).

En la etapa de la perimenopausia los cambios hormonales son: comienzan a decaer las funciones ováricas en las mujeres. Presenta un gran cambio en los síntomas, que es reflejo de variaciones en la secreción hormonal. El incremento de la duración y disminución de la frecuencia de los impulsos LH, así como la elevación de la hormona folículo-estimulante son el principal signo endócrino de envejecimiento reproductivo. Los niveles de la hormona FSH se elevan con relación al incremento de la edad ginecológica. El nivel de la hormona

FSH comienza a incrementarse 2 años antes de la menopausia. Este incremento se vuelve más rápido en los últimos 10 meses antes de la menopausia. En las primeras fases de esta etapa se suele tener ciclos ovulatorios, aunque algunos presentan una fase lútea insuficiente. La anovulación tiende a presentarse con mayor frecuencia de hasta 50% en mujeres con oligomenorrea, y tan solo un 5% en ciclos regulares (Carranza, 2003).

A lo largo del periodo de la menopausia tiende a incrementarse las alteraciones ovulatorias. Estos datos dan por hecho que el decremento en los niveles de progesterona, sugieren una fase lútea insuficiente que tiene su inicio tiempo antes de que se desarrollen alteraciones en los periodos o la anovulación. Se puede concluir clínicamente la disminución de la fertilidad. Alrededor de los 30 años comienza el decremento de la posibilidad de procrear, a los 35 esta posibilidad se reduce a la mitad y a los 38 hasta un 25%. La disminución de la fertilidad se puede observar en la tasa de aborto espontaneo, es decir, 10% antes de los 30 años a 45% a los 45 años (Carranza, 2003).

Este mismo autor menciona que en el periodo de la posmenopausia se presentan alteraciones en diversos sistemas del organismo. En el respiratorio: se presentan alteraciones en la actividad muscular, esto tiene como consecuencia trastornos en la voz y en los mecanismos ventilatorios durante el estado de vigilia y el sueño. En el circulatorio: el principal efecto de la poca actividad hormonal en el cuerpo ocurre en la fisiología cardiovascular. No se puede distinguir si existen alteraciones morfológicas en el corazón. El tejido miocárdico ventricular aumenta durante la menopausia, este fenómeno tiene relación de forma directa con la poca actividad hormonal y la edad, además de otros estados comórbidos que frecuentemente tienen los pacientes como lo son la hipertensión arterial sistémica y la estenosis aortica degenerativa, alteraciones que causan sobrecarga hemodinámica al corazón. Los cambios electrofisiológicos del corazón generan alteraciones en el pulso cardiaco y que hay un aumento del mismo durante el reposo debido a la reducción del intervalo R-R en el electrocardiograma, este

fenómeno se atribuye en esencia a la pérdida del antagonismo de algunos minerales cuando hay hipoestrogenismo. De mismo modo existe una variación del pulso en el ortostatismo. En estudios comparativos entre mujeres que atraviesan la etapa posmenopáusica y jóvenes, se demostró que en este grupo de mujeres existió menos variación del pulso cardiaco en posición supina que el grupo de mujeres jóvenes, este hecho fue el mismo en posición cedente, estos datos indican disminución de la modulación parasimpática debido a cambios hormonales y tal vez a la edad de estas mujeres.

A pesar de deberse a varios factores en su etiología, tiene rasgos fisiopatológicos muy distinguidos que comparte con otras alteraciones clínicas o se manifiesta en ellas. Tal y como es la diabetes mellitus y la arterioesclerosis, entidades que aumentan las posibilidades de muerte cuando surge la menopausia.

En esta etapa se presentan modificaciones en el peso, la composición corporal y la distribución de grasa en el cuerpo de las mujeres, a partir de los 65 años de edad debido a la pérdida acelerada de masa magra el peso corporal disminuye y aumenta el porcentaje de grasa en la cavidad abdominal a consecuencia de la disminución de la producción de hormonas femeninas, la reducción de la actividad física o algunas enfermedades y deficiencias en la nutrición (Restrepo, 2003).

También menciona que como consecuencia de la disminución de la masa magra se ven afectados significativamente la flexibilidad, la fuerza corporal y el equilibrio físico de las personas. El Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, dice que la actividad física influye sobre las grandes masas musculares como resultado del incremento del gasto energético a expensas de las reservas de grasa, y ayuda a mantener la masa magra, la densidad de la masa ósea y el peso corporal.

Osteoporosis posmenopáusica: esta alteración se da de los 15 a 20 años de edad después de la menopausia. Alrededor de los 5 años antes de la menopausia disminuyen los niveles de estrógenos por los ovarios cuya producción declina de manera notable después de la menopausia, cuando termina la función ovárica y se asocia a mayor resorción ósea. Las roturas de los cuerpos vertebrales y las fracturas de colles en la parte distal del antebrazo son las manifestaciones principales, además del aumento en la pérdida de piezas dentales. Así mismo se presenta intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2: se ha observado que la resistencia a la insulina crece en mujeres que se encuentran en la posmenopausia sanas. La poca actividad física, la edad, el número de años posmenopausia y el incremento de los depósitos de grasa abdominal están relacionados con el incremento de la prevalencia de DM2 y el conglomerado de alteraciones que acompañan a la resistencia de la insulina (Carranza, 2003).

2.3.3 Cambios psicológicos y sociales:

Sociedad y cultura

La mujer presenta cambios fisiológicos y socioculturales en donde la función reproductiva se revierte en un problema de identidad. En la actualidad, el concepto menopausia se convirtió en un estereotipo matizado por la creencia y expectativas de las personas; estas no incluyen la especificación de síntomas que deben esperarse, también una prueba que repercute en la salud de la mujer, las características varían según la cultura, pero también se digieren dentro de la misma sociedad. Estas características consideran a la menopausia como un conjunto de mujeres alteradas inestables que requieren ayuda médica (Carranza, 2003).

La etapa de la menopausia va asociada a la historia de la feminidad como perspectiva inseparable. Las culturales coinciden que al exaltar los valores de la mujer en su capacidad reproductiva dándoles a la mujer a través de la fecundidad como madre, un espacio saciamente sagrado. Visto desde un lado bilógico lo femenino de cualquier mujer es consecuencia de una variedad fisiológica que dio

la oportunidad de reproducirse y por tanto da vida a un organismo distinto con la habilidad de competir en sus capacidades. El papel de la mujer, fuertemente matizado por su capacidad de reproducción de madre y pareja, se convierte en el mayor problema de identidad y baja autoestima en las mujeres que llegan a los 50 años de edad.

En las culturas occidentales hoy en día el culto atractivo es el conflicto en la mujer que tiene más de 40 años. En estas culturas se ve la menopausia como causa de estrés y creen que con ella vienen cambios descendentes en la salud y sexualidad. Sin embargo, este temor no existe en otras culturas del mundo, ya que para estas otras culturas la etapa posmenopáusica libera de todos los tabúes (Carranza, 2003).

El lado negativo de la mujer hacia esta etapa ha tratado de ser explicado por distintos factores. Estudios han mostrado que la frecuencia de estos síntomas es menos en las mujeres solteras, mujeres con altos ingresos y con educación superior. Citando a Bomberger y colaboradores, Carranza en el 2003 menciona que su investigación sobre los trastornos psicológicos consecuencia del climaterio en más de 16000 mujeres americanas entre 40 y 55 años provenientes de diferentes razas, demuestra que hay una gran interacción entre los cambios fisiológicos y psicológicos que se presentan en esta etapa.

El estudio consistió en un cuestionario de 12 puntos que tomaban en cuenta variables sociales, ginecológicas, estilos de vida y actitudes, median los síntomas psicológicos (tensión, melancolía, depresión, irritabilidad). De regreso existieron 4 variables importantes: situación marital, empleo, lugar de residencia, actividad física. Al comprara las variables entre las etnias se demostró que las mujeres de raza blancas tienen menor tendencia a padecer problemas psicológicos (Carranza, 2003).

2.3.4 Alteraciones psicológicas y de personalidad:

Mientras las personas envejecen incrementa el riesgo de padecer un trastorno psicológico pero las posibilidades de ser grave se reducen. Se ha demostrado que la depresión puede deberse a un problema metabólico. Uno de los mecanismos bioquímicos más importantes relacionados con la depresión durante la menopausia es que los estrógenos traen efectos estimuladores del sistema nervioso disminuye la actividad monoaminoxidasa.

Los cambios hormonales y la edad proporcionan el modo ideal para las alteraciones mentales. La psicología clínica propone que la gran variedad de síntomas somáticos se presentan frecuentemente en un 95% de mujeres climatéricas y son resultado de una historia previa de alteraciones psicopáticas y neuróticas que vienen arrastrando desde el desarrollo psicosexual y la maduración.

Autores señalan que los cambios psicosomáticos en la posmenopausia van en proporción a la dependencia social. Se observan más en mujeres que ejercen el papel de ama de casa con un esposo dominante de bajo nivel económico. Estas mujeres parecen presentar mayores alteraciones durante la menopausia.

Castillo (2009) citando a Quintana y Vázquez (2008), menciona que generalmente la menopausia ha sido asociada con cambios de carácter y labilidad afectiva, como por ejemplo: llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación y necesidad de comprensión y apoyo. La depresión es el síntoma más frecuente que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, ya que estos aumentan el cortisol sérico y este la triptofanciclooxigenasa que transforma el idrixitriptofano en serotonina que a falta de esta última se genera depresión.

Con respecto a la personalidad algunas investigaciones asociadas coinciden en que cada etapa de la vida como el climaterio presenta cambios y modificaciones a una nueva situación o estilo de vida, trayendo con esto descargas emocionales que producen distintos tipos de crisis tanto positivos como negativos relacionados estos últimos con una pobre autopercepción (Castillo, 2009).

Un factor que incrementa el estrés y depresión es la etapa que sigue del abandono de hogar de los hijos, situación que cuestiona el sentido de su vida. Por ello hay quien afirma que la permanencia del hijo menor en el hogar fortalece la autoestima de la mujer. La alteración afectiva puede expresarse como irritabilidad con excitación, nerviosismo, ansiedad, agotamiento, entre otros. Esta variedad de actitudes y síntomas, confirman el hecho de que la menopausia representa una prueba más en la vida de la mujer, la cual debe superar (Carranza, 2003).

2.4 Estudios relacionados.

Mahecha (s.f.), desarrolló un estudio sobre “actividad física y salud para el adulto mayor” en el que menciona que una de las preocupaciones actuales de los científicos es el estudiar el envejecimiento de la población; ya que se ha observado que los avances científicos y tecnológicos aumenta la esperanza de vida, lo que transforma la pirámide población al registrarse personas mayores de 60 años aún con vida. Así mismo se refiere que el avance en edad vuelve a la persona más sedentaria, disminuyendo sus capacidades físicas, la funcionalidad en aparatos y sistemas, afecciones psicológicas y aptitud física.

Señala que es importante la prescripción del ejercicio según la evaluación física que obtenga el adulto mayor, en caso contrario en lugar de ayudar al individuo este se vuelve vulnerable y propenso a sufrir daños físicos: “en mujeres de entre 30 y 73 años que practican actividad física muestran un decremento en el desempeño neuromotor con los años, un 67% de pérdida de agilidad, 58% de

pérdida de fuerza en miembros inferiores y 28% de pérdida de fuerza en miembros superiores” (Andrade, et al., 1994 citado por Mahecha, s.f.).

En conclusiones hacen mención de que es importante impulsar y mantener la actividad física para evitar los efectos propios del envejecimiento, ya que la falta de este se relaciona directamente con la mortalidad en este grupo etario.

En el 2001 Taberno et al., a través de su investigación realizada en León, España; desarrolla una escala para valorar la composición corporal en función de la edad de la mujer, en ella participaron 890 mujeres de entre 20 y 84 años quienes se encontraban inscritas en el programa de gimnasia de mantenimiento municipal en España. Como resultados se constata que a mayor edad se aumenta de forma progresiva el peso corporal, la masa magra y un descenso en la estatura. De igual manera se menciona que las pérdidas óseas se registran de forma crítica entre los 50 y 70 años, por lo que en los 3 años después de la menopausia se disminuye la estatura de 3 a 7 cm.

Es por lo anterior que este grupo de investigadores concluyen que la edad de las mujeres es una variable diferencial en las medidas e índices corporales así como en la composición corporal; y que el ejercicio contribuye a prevenir disfunciones irreversibles, pérdida de independencia y autonomía para realizar actividades propias de la vida.

Restrepo (2003), en su estudio evaluó el efecto que tiene el ejercicio físico sobre el peso y la composición del cuerpo de mujeres posmenopáusicas que no realizaban actividad física. Trabajó con 18 mujeres que no presentaban ningún tipo de enfermedad, quienes son inscritas a un programa de actividad física, con sesiones de una hora, 3 veces a la semana durante 4 meses. Se necesitó determinar la ingesta calórica, el peso, y las medidas antropométricas para

registrar la grasa corporal y áreas de masa magra (brazo, muslo y pierna), esto al inicio y al fin del programa de ejercicios.

Se reporta que el consumo de calorías no se modificó, sin embargo, con relación al peso se disminuyó de 1.2 kg en el peso, en la grasa corporal 2 kg, y un aumento de 1 kg en la masa magra (brazo y pierna), sin detectar cambios en la masa magra del muslo. Por lo que refiere que la actividad física controlada mejora la composición corporal, ya que disminuye los depósitos de grasa y aumenta la masa corporal magra.

Ramírez, et. al., (2008), desarrolla un estudio en Cali, Colombia en donde se marca como objetivo el describir los beneficios percibidos de un grupo de mujeres menopáusicas incorporadas a un programa de actividad física terapéutica en medio acuático. La recolección de información se llevó a cabo con 50 mujeres menopáusicas a quienes se les administró el cuestionario de salud SF-36 además de valorar variables antropométricas; dicha aplicación y valoración se realizó en dos momentos: al inicio del estudio y después de tres meses de actividad física.

Los resultados muestran que las mujeres participantes en el estudio identificaron diversos beneficios, los cuales fueron agrupados por los investigadores en ocho categorías: 1).- dolor corporal, 2).- rol físico, 3).- vitalidad, 4).- rol emocional, 5).- salud general, 6).- función social, 7).- función física y 8).- salud mental.

Concluyen que la salud en general sí mejora y refieren que el ejercicio físico es de suma importancia en la terapia durante el climaterio, ya que se ha demostrado que por sí mismo previene o modifica factores de riesgo como lo son enfermedades cardiovasculares y el desarrollo de osteoporosis con posibles fracturas a futuro. Además de que la práctica habitual de ejercicio, produce una mejor calidad de vida, cambia o modifica factores de riesgo, provoca

autosuficiencia, fomenta el autocuidado y disminuye los efectos del envejecimiento.

A nivel nacional (sur de Veracruz) Castillo (2009), estudia en 105 mujeres en etapa de climaterio el nivel de autoestima. Obtiene como resultados: la media de edad es de 48 años, con predominio de escolaridad primaria (39.1%), 74.3% de las mujeres tienen pareja, y el 37.1% considera que está iniciando la menopausia. Un tercio de las mujeres presenta un nivel de autoestima normal, en tanto que la autoestima alta se registró en el 36.9% se reportan por mujeres sin pareja y en aquellas que están iniciando la etapa de la menopausia.

Jiménez, Párraga y Lozano (2013), en España realizan un estudio sobre la incidencia de un programa de entrenamiento en mujeres mayores de 60 años. En dicha investigación participaron 37 mujeres, en donde se aplicaron un total de 58 sesiones (2 sesiones de 60 minutos cada una por semana), quienes lograron comprobar cómo un programa físico ayuda de forma positiva a mejorar las capacidades físicas de este grupo poblacional.

III. METODOLOGÍA

En este apartado se desarrollarán los apartados y pasos a cubrirse para poder recolectar la información bajo un diseño de estudio a fin de la comprobación de hipótesis, para poder implementar el programa de trabajo y posteriormente obtener resultados para su análisis. Todo bajo una ética de estudio.

3.1 Tipo de estudio.

La presente investigación será de tipo cuantitativo, cuasiexperimental, de alcance correlacional y corte longitudinal, manejando 2 grupos de control: uno de mujeres sin actividad física y otro de mujeres con actividad física.

Según Hernández (2010), el enfoque cuantitativo: usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la numeración numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Este mismo autor refiere que el diseño cuasiexperimental: no se tiene garantizada la equivalencia inicial porque no hay asignación aleatoria ni emparejamiento, los grupos están formados antes del experimento, son grupos intactos.

La investigación correlacional: la conceptualiza como un estudio donde se asocian variables mediante un patrón predeterminable para un grupo o población.

El diseño longitudinal: lo describe como un estudio que recaba datos en diferentes puntos del tiempo para realizar inferencias acerca del cambio, sus causas y sus efectos.

3.2 Universo y muestra.

El universo es conformado por las mujeres menopáusicas del Estado de Querétaro. La muestra fue de tipo no probabilística, ya que los participantes del

estudio no dependen de la probabilidad, sino de las características propias de la investigación (Hernández, 2010).

En tanto que el muestreo se realizó por conveniencia, definido por Hernández (2010), como la obtención de información de casos disponibles por el investigador a los que tiene acceso. Lo anterior ya que una de las investigadoras tenía acceso a la colonia referida, y a través de una invitación a las mujeres en edad de entre 45 a 55 años en adelante, se logró conformar ambos grupos.

- Criterios de inclusión:
 - Sexo femenino.
 - Edad comprendida entre los 45 años y más.
 - Que se inscribieran al grupo de actividad física.
 - Realizarán por lo menos tres veces semana esta actividad.

- Criterios de exclusión:
 - Sexo masculino.
 - Edades menores a los 45 años.
 - Que manifestarán no querer participar en el estudio.

- Criterios de eliminación:
 - Mujeres que abandonaran el programa de actividad física.
 - Cuestionarios incompletos.
 - Cuestionarios sin continuidad, sin las tres aplicaciones.

Cabe señalar que el estudio se comenzó con 30 mujeres que sí realizaban actividad física, sin embargo, con el paso del tiempo 18 de ellas desistieron y se terminó con un total de 12 mujeres. Para el grupo de mujeres que no realizaban actividad física se optó por los investigadores aplicar el mismo número (12 mujeres) de cuestionarios para poder realizar una comparación del mismo número de instrumentos aplicados.

3.3 Material y métodos.

Se inició el proyecto solicitando autorización a la delegación Josefa Vergara, para trabajar con un grupo de mujeres de un programa del municipio llamado espacios activos que se comenzó a implementar en la colonia Azteca por parte de una de las investigadoras. Una vez obtenida la autorización, se realizó la invitación correspondiente, y como en su mayoría quienes conformaban el programa de espacios activos eran mujeres cuya ocupación se centraba en ser amas de casa y cuyas edades oscilaban entre los 30 y 80 años de edad, no se tuvo mayor problema para que accedieran a participar.

A cada mujer se le explicó en qué consistía la investigación, además de que se les mencionaba que mes a mes se les aplicaría el cuestionario para ir midiendo resultados de la autoestima a medida que realizaran mayor actividad física. Se les refirió que quienes no desearan participar no contestarán el cuestionario y quienes deseaban participar y otorgaban su consentimiento lo respondieran en su totalidad, sin tener ningún problema en caso de que no lo finalizaran.

Por medio del programa antes mencionado, se contactó al grupo 1 (mujeres que sí se inscribieron al programa de actividad física y cumplieron con los criterios de inclusión), y por medio de este grupo se ubicó al grupo 2 (mujeres que no realizan actividad física). Además que se incorporaron las otras investigadoras y se rediseñó el programa aumentando días de trabajo físico con las mujeres, siendo así que el programa de actividad física se desarrollaba los días lunes, miércoles y jueves de cada semana.

Para lograr el objetivo de la investigación y poder evaluar la influencia de la actividad física en la autoestima de mujeres con menopausia, se diseñó un programa de actividad física que tuviera una duración de tres meses ininterrumpidos. En este programa se trabajaron las capacidades condicionales y

coordinativas, se comenzaba con un calentamiento céfalo-caudal, posteriormente se trabajaban diversas partes del cuerpo y se finalizaba con ejercicios de estiramiento y relajación. Como las sesiones eran tres veces por semana, se procuraba trabajar las distintas partes del organismo en cada sesión, con el fin de que la mujer no acumulará ácido láctico y no regresará a causa del dolor.

Con respecto a la variable de autoestima, se hizo revisión de varios instrumentos (mencionados en el apartado de revisión de literatura), que midieran esta, pero se optó por aplicar la escala de autoestima de Rosenberg (ver anexo 1), en tres ocasiones (al inicio, a la mitad y al final del programa) a las mujeres con 45 años o más y que fueran constantes en su participación dentro del programa de actividad física.

La escala de autoestima de Rosenberg es una prueba indicativa del nivel de autoestima personal en el momento de realizarlo. Por lo que es necesario referir la interpretación de esta: consta de 10 reactivos en escala tipo Liker que se responden desde “Muy de Acuerdo”, “De Acuerdo”, “En Desacuerdo” y “Muy en Desacuerdo”. Cada uno puntúa de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos (1, 3, 4, 7 y 10).

Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- 30-40 puntos.- Autoestima alta, considera como nivel de autoestima normal.
- 26-29 puntos.- Autoestima media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo sería conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos.- Autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.

Este instrumento fue validado en población mexicana por González y Ramos en el 2000 (citados por Calleja, 2011), para el que refieren un índice de confiabilidad para mujeres de $\alpha = 0.79$. Cabe señalar que se encuentra a disposición del público en general por lo que no se requiere autorización expresa por el autor para su uso.

3.4 Análisis de datos.

La información recabada en los tres momentos con ambos grupos se analizó con estadística descriptiva en el programa Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) versión 18. Y se reportan los resultados a través de cuadro de frecuencia y porcentajes, así como su descripción y discusión con los autores.

Para la correlación de datos se aplicó la prueba estadística de coeficiente de Pearson (r), la cual se empleó para determinar el grado de asociación entre la actividad física y la autoestima de la mujer menopáusica. El valor oscila entre 0 y 1, a partir de este valor se procede a aceptar o rechazar la hipótesis alterna.

3.5 Ética del estudio.

La investigación se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2013), retomando los siguientes artículos:

Artículo 13.- Respetar la dignidad y protección de los participantes.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse con el consentimiento informado de este y la autorización por la dependencia correspondiente, en este caso la delegación de Josefá Vergara.

Artículo 16.- Proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como investigación con riesgo mínimo, ya que es cuasiexperimental, involucra el que el participante realice actividad física tres veces por semana y pueda sufrir una lesión deportiva.

Artículo 18.- El sujetos de investigación podrá retirarse del estudio en elmomento que el lo desee.

Artículo 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se considera necesario recapitular que se aplican un total de 24 cuestionarios, 12 al grupo uno conformado por mujeres que practican actividad física regular (tres veces por semana), y otros 12 al grupo dos dirigido a mujeres que no practican ningún tipo de actividad física. Por lo anterior los resultados se efectuarán describiendo primeramente los que se obtuvieron en el grupo uno, seguidos del grupos dos, para finalizar con el cruce de resultados, de cada mes en que fue aplicado el instrumento. A excepción de los datos sociodemográficos que coninceden en las tres aplicaciones.

De los datos sociodemográficos se observa que las mujeres más participativas se ubicaron en el rango de 51 a 56 años de edad (25%, cada una), seguida con un 21% las mujeres con más de 60 años. El estado civil que predominó fue casadas con un 53%, seguidas de las solteras con un 21%. Predomina el cuidado al hogar (54%) como ocupación, seguida con un 21% el de comercio (ver cuadro 4.1). Lo que hace pensar que es una población de edad madura y tradicionalistas.

Cuadro 4.1 Datos sociodemográficos de las participantes.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	45 – 47	4
	48 – 50	17
	51 – 53	25
	54 – 56	25
	57 – 59	8
	Más de 60 años	21
	Total =	24
Estado civil	Solteras	21
	Casadas	53
	Divorciadas	13
	Viudas	13
	Total =	100
Ocupación	Ama de casa	54
	Empleada	17
	Negocio propio	4
	Comerciante	21
	Profesionista	4
	Total =	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, 2012.

n = 24

4.1 Resultados del grupo 1, según más de aplicación.

Con respecto a la primer aplicación del instrumento al grupo con práctica de actividad física, los resultados se presentan en el cuadro 4.2, en este se pueden distinguir: en el ítem 1 la mayor cantidad (59%) de mujeres están muy de acuerdo en que se encuentran satisfechas con ellas mismas, en el ítem 2 la frecuencia indica que un 67% de mujeres están muy en desacuerdo con la en pensar que no son buenas en nada. Al ser cuestionadas sobre la sensación de poseer buenas cualidades, el 58% refiere estar muy de acuerdo; el 67% se siente capaz de hacer las cosas como la mayoría de las personas; el 66% refiere estar muy en desacuerdo con no sentirse con demasiadas cosas de las que se sientan orgullosas; el 84% manifiesta estar muy en desacuerdo con sentirse inútil; 75% se proyecta como tener la sensación de ser una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente. Para el ítem 8 al ser cuestionadas sobre el sentirse con más respeto a sí mismas el 25% refiere estar muy de acuerdo, mientras que otro 25% manifiesta estar en desacuerdo con esta afirmación. El 84% menciona estar muy en desacuerdo con el tender a pensar que es un fracasado; y el 67% refiere estar muy de acuerdo con tener una actitud positiva hacia mí mismo.

De estos resultados el dato interesante es en la pregunta 8, ya que el 50% de las mujeres participantes se muestran ambivalentes, mientras la mitad refiere a tener un mayor respeto a sí mismas la otra mitad se manifiesta en desacuerdo. Por lo que se podría pensar que este último grupo ya tiene el respeto de sí mismas al que pueden aspirar. Carranza (2003), menciona que la mujer menopáusica puede sufrir algún tipo de trastorno psiquiátrico debido a las alteraciones hormonales que presenta en los neurotransmisores (serotonina), lo que explica los cambios de carácter y la labilidad emocional. Por lo que llegan a vivir cambios de humor, en las que por momentos se encuentra receptiva y abierta a todo y en otros momentos se cierra y se muestra frustrada o desmotivada.

Con la suma de las preguntas y la interpretación se determina que el grupo posee una autoestima alta.

Cuadro 4.2 Primera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.

Ítem y respuesta		Frecuencia	Porcentaje
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	Muy de acuerdo	7	59
	Deacuerdo	4	33
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	0	0
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	8	67
	Total =	12	100
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	Muy de acuerdo	7	58
	Deacuerdo	4	34
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	Muy de acuerdo	8	67
	Deacuerdo	4	33
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orguyoso.	Muy de acuerdo	2	17
	Deacuerdo	0	0
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	8	66
	Total =	12	100
6. A veces me siento realmente inútil.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	10	84
	Total =	12	100
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	Muy de acuerdo	9	75
	Deacuerdo	3	23
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
8. Ojala me respetara más a mí mismo.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	4	33
	Total =	12	100
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	Muy de acuerdo	1	8
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	10	84
	Total =	12	100
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy de acuerdo	8	67
	Deacuerdo	3	25
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 1, 2012.

n = 12

Los resultados de la segunda aplicación (a mitad del programa), las respuestas no variaron de forma sustancial, en la pregunta 1 el porcentaje bajó al 50% en la opción de muy de acuerdo; con respecto al pensar que no soy bueno en nada se incrementó a un 75% el muy en desacuerdo; en el ítem tres de un 59 pasa a un 58%; en las preguntas 4, 5, 6, 7, 9 y 10 no hay variación. Con respecto a la pregunta 8 donde se le cuestiona el respecto a sentirse con más respeto hacia sí mismas, el porcentaje de respuesta muy en desacuerdo se incrementó en un 33% (ver cuadro 4.3).

Este pequeño incremento supone que el llevar una rutina de actividad física incrementa el respeto hacia sí mismas, lo anterior se retoma por lo expuesto por Ramírez, et. al (2008), al mencionar que el ejercicio incrementa la autosuficiencia de la mujer menopáusica, requiriendo menos apoyo de los demás. Cabe señalar que la autoestima sigue alta, según el conteo de sus respuestas.

Cuadro 4.3 Segunda aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.

Ítem y respuesta		Frecuencia	Porcentaje
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	Muy de acuerdo	6	50
	De acuerdo	5	42
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	Muy de acuerdo	0	0
	De acuerdo	0	0
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	9	75
	Total =	12	100
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	Muy de acuerdo	7	58
	De acuerdo	5	42
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	Muy de acuerdo	8	67
	De acuerdo	4	33
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.	Muy de acuerdo	2	17
	De acuerdo	0	0
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	8	66
	Total =	12	100

6. A veces me siento realmente inútil.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	10	84
	Total =	12	100
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	Muy de acuerdo	9	75
	Deacuerdo	3	25
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
8. Ojala me respetara más a mí mismo.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	4	33
	Total =	12	100
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	Muy de acuerdo	1	8
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	10	84
	Total =	12	100
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy de acuerdo	8	67
	Deacuerdo	3	25
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 1, 2012.

n = 12

Durante la tercera aplicación del instrumento (ver cuadro 4.4), se puede observar variaciones considerables en tres de los diez ítems con relación a sus porcentajes, es muy evidente el cambio, es importante mencionar que estos fueron de tendencia positiva. Se puede considerar que la aplicación del programa de actividad física influye en la vida de las participantes y refuerza los aspectos positivos disminuyendo los negativos, resultado asociado a lo expuesto por Meléndez (2008), quien refiere que algunos beneficios de la actividad física, se encuentran la disminución de la depresión y la ansiedad.

Las variaciones se ubican en los ítems 4, 6 y 7, sin embargo, la mayor fluctuación se detecta en la seguridad personal para desarrollar diferentes actividades coincidiendo con Ramírez, et. al (2008). Así se tiene que para el ítem 4, el porcentaje presentó un incremento de 58% a 75%, lo que quiere decir que se elevó el número de participantes que están “muy de acuerdo” en ser capaces de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas, debido a los resultados

físicos, es decir el incremento o recuperación en algún grado de fuerza, resistencia, velocidad y flexibilidad evidente en las tareas cotidianas de cada una. Lo anterior se refuerza con lo descrito por Meléndez (2008), al referir que la actividad física mejora las capacidades física condicionales y coordinativas.

Con respecto al ítem 6, se puede observar el decremento de porcentajes de 34% a 25%, es decir, una diferencia de 9%. Esta modificación de igual manera posee tendencia positiva, ya que el ítem hacer referencia al sentimiento de valor personal (autoestima), con la siguiente descripción: “a veces me siento realmente inútil”.

En el ítem 7 donde se mide: “tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente”, presentó modificaciones importantes pues de un 8% que estaba de acuerdo, se duplicó a 16% como en de acuerdo. Esto se comprende como que el 8% que sentía que no tenía el mismo valor que la mayoría de la gente, se integró con el porcentaje intermedio, que expresaba tener igual valor que la mayoría de la gente.

Cuadro 4.4 Tercera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.

Ítem y respuesta		Frecuencia	Porcentaje
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	Muy de acuerdo	7	59
	De acuerdo	4	33
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	Muy de acuerdo	0	0
	De acuerdo	0	0
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	8	67
	Total =	12	100
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	Muy de acuerdo	7	58
	De acuerdo	5	42
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	Muy de acuerdo	9	75
	De acuerdo	3	25
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100

5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orguyoso.	Muy de acuerdo	2	17
	Deacuerdo	0	0
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	8	68
	Total =	12	100
6. A veces me siento realmente inútil.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	0	0
	En desacuerdo	2	16
	Muy en desacuerdo	10	84
	Total =	12	100
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	Muy de acuerdo	10	83
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
8. Ojala me respetara más a mí mismo.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	4	33
	Total =	12	100
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	Muy de acuerdo	1	8
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	10	83
	Total =	12	100
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy de acuerdo	8	67
	Deacuerdo	3	25
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 1, 2012.

n = 12

4.2 Resultados del grupo 2, dependiendo del mes de aplicación.

En este siguiente apartado se describirá la información recabada en el grupo 2, las mujeres menopáusicas que no realizaron actividad física durante los tres meses que duró el programa.

Con respecto a la primer aplicación del instrumento, los resultados se presentan en el cuadro 4.5, en este se pueden distinguir: en el ítem 1 un 50% de mujeres están muy deacuerdo en que se encuentran satisfechas con ellas mismas; en el ítem 2 la frecuencia indica que un 33% de mujeres están en desacuerdo y otro 33% muy en desacuerdo en pensar que no son buenas en nada. Al ser cuestionadas sobre la sensación de poseer buenas cualidades, el 58% refiere estar muy deacuerdo; el 42% se siente de acuerdo en ser capaz de

hacer las cosas como la mayoría de las personas; el 41% refiere estar de acuerdo con no sentirse con demasiadas cosas de las que se sientan orgullosas; el 58% manifiesta estar muy en desacuerdo con sentirse inútil; 50% se proyecta como tener la sensación de ser una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente. Para el ítem 8 al ser cuestionadas sobre el sentirse con más respeto a sí mismas el 33% refiere estar de acuerdo y otro 33% en desacuerdo. El 66% menciona estar muy en desacuerdo con el tender a pensar que es un fracasado; y el 42% refiere estar de deacuerdo con tener una actitud positiva hacia mí mismo.

Cuadro 4.5 Primera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.

Ítem y respuesta		Frecuencia	Porcentaje
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	Muy de acuerdo	2	17
	Deacuerdo	6	50
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	Muy de acuerdo	2	17
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	4	33
	Total =	12	100
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	Muy de acuerdo	5	42
	Deacuerdo	7	58
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	Muy de acuerdo	4	33
	Deacuerdo	5	42
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orguyoso.	Muy de acuerdo	2	17
	Deacuerdo	5	41
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	3	25
	Total =	12	100
6. A veces me siento realmente inútil.	Muy de acuerdo	1	8
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	7	58
	Total =	12	100
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	Muy de acuerdo	6	50
	Deacuerdo	5	42
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100

8. Ojala me respetara más a mí mismo.	Muy de acuerdo	1	9
	Deacuerdo	4	33
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	3	25
	Total =	12	100
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	8	66
	Total =	12	100
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	5	42
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	1	8
	Total =	12	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 2, 2012. n = 12

En la segunda aplicación del instrumento (ver cuadro 4.6), se detecta variación en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8, en el ítem número 1 con respecto a la pregunta de estar satisfechas consigo mismas se presentó un incremento de un 50 a un 58% en la respuesta de acuerdo; sin embargo, al preguntarles si pensaban no ser buenas en nada, de un 17% aumentó negativamente a un 25% que repondió de acuerdo; en el ítem número 3 que cuestiona sobre tener la sensación de poseer algunas buenas cualidades de un 58% bajó a un 50% repondiendo de acuerdo; y de haber un 0% en desacuerdo ahora había 17% de mujeres que ahora estaban en desacuerdo con esta pregunta. Cuando se les preguntó sobre su capacidad de realizar las cosas por igual que la mayoría de las personas de un 33% que estaban muy de acuerdo ahora sólo era un 25%; en el ítem número 5 sobre no tener cosas de las cuales sentirse orgulloso de un 41% que respondió de acuerdo ahora ya era un 45%; por el contrario en el ítem número 6, se detectó un cambio positivo al haber una disminución el la respuesta muy de acuerdo de 10%; y también al preguntar sobre respetarse más a sí mismas, de un 25% que respondieron muy de acuerdo ahora sólo era un 17%.

Por lo que se pudo observar en esta segunda aplicación, en 3 ítems de los 7 que tuvieron variación, se presentó un cambio ligeramente positivo; empero en los otros 4 ítems restantes por el contrario se presentaron cambios negativos,

ya que con forme uno envejece, se empiezan a presentar alteraciones físicas y psicológicas, que afectan el estado de ánimo de las personas, según refiere Restrepo (2003).

Cuadro 4.6 Segunda aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.

Ítem y respuesta		Frecuencia	Porcentaje
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	Muy de acuerdo	2	17
	De acuerdo	7	58
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	Muy de acuerdo	2	17
	De acuerdo	3	25
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	4	33
	Total =	12	100
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	Muy de acuerdo	4	33
	De acuerdo	6	50
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	Muy de acuerdo	3	25
	De acuerdo	6	50
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orguyoso.	Muy de acuerdo	2	17
	De acuerdo	5	42
	En desacuerdo	3	24
	Muy en desacuerdo	2	17
	Total =	12	100
6. A veces me siento realmente inútil.	Muy de acuerdo	1	8
	De acuerdo	1	8
	En desacuerdo	5	42
	Muy en desacuerdo	5	42
	Total =	12	100
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	Muy de acuerdo	6	50
	De acuerdo	5	42
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
8. Ojala me respetara más a mí mismo.	Muy de acuerdo	1	8
	De acuerdo	4	33
	En desacuerdo	5	42
	Muy en desacuerdo	2	17
	Total =	12	100
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	Muy de acuerdo	0	0
	De acuerdo	2	17
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	8	66
	Total =	12	100

10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy de acuerdo	3	25
	De acuerdo	5	42
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	1	8
	Total =	12	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 2, 2012.

n = 12

Con respecto a la tercera aplicación, los ítems 3, 4, 5, 6, 7 y 8, muestran la siguiente variación: de un 42% de estar muy de acuerdo al tener la sensación de poseer algunas buenas cualidades ahora sólo un 25% coincidía con esta respuesta; cuando se les cuestionó sobre su capacidad de hacer las cosas como la mayoría de las personas, se encontró un cambio positivo de un 33% a un 42% (muy de acuerdo); al preguntarles sobre no tener cosas sobre las cuales sentirse orgullosas, de un 17% que respondió muy de acuerdo ahora ya un 25% respondía lo mismo; con respecto a sentirse realmente útil en la primera aplicación un 58% respondió muy en desacuerdo mientras que en esta última sólo un 50% respondía lo mismo; en el ítem 7 que pregunta sobre tener la sensación de ser una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente, a la cual de un 50% a un 58% respondió estar muy de acuerdo; y en el ítem número 8 sobre ojala se respetara más a sí mismas, un 50% respondió en desacuerdo a diferencia de la primera aplicación que tenía un 33% que estaba de acuerdo, otro 33% en desacuerdo, estos últimos dos ítems y el 4, mostraron un cambio positivo, pero no de gran peso como las aplicaciones al grupo 1, mientras que los ítems 3, 5 y 6 por el contrario se obtuvo una respuesta negativa a comparación de la primera aplicación.

Por lo que se puede observar en esta última aplicación, se presentan cambios tanto positivos como negativos, lo cual coincide con Castillo (2009), cada etapa de la vida como el climaterio presenta cambios y modificaciones a una nueva situación o estilo de vida, trayendo con esto descargas emocionales que producen distintos tipos de crisis tanto positivos como negativos relacionados estos últimos con una pobre autopercepción.

Cuadro 4.7 Tercera aplicación de escala de autoestima de Rosenberg.

Ítem y respuesta		Frecuencia	Porcentaje
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	Muy de acuerdo	2	17
	Deacuerdo	7	58
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	Muy de acuerdo	1	9
	Deacuerdo	3	25
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	4	33
	Total =	12	100
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	9	75
	En desacuerdo	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	Muy de acuerdo	5	42
	Deacuerdo	4	33
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orguyoso.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	4	33
	En desacuerdo	2	17
	Muy en desacuerdo	3	25
	Total =	12	100
6. A veces me siento realmente inútil.	Muy de acuerdo	1	8
	Deacuerdo	1	8
	En desacuerdo	4	34
	Muy en desacuerdo	6	50
	Total =	12	100
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	Muy de acuerdo	7	58
	Deacuerdo	4	34
	En desacuerdo	1	8
	Muy en desacuerdo	0	0
	Total =	12	100
8. Ojala me respetara más a mí mismo.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	3	25
	En desacuerdo	6	50
	Muy en desacuerdo	3	25
	Total =	12	100
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	Muy de acuerdo	0	0
	Deacuerdo	2	17
	En desacuerdo	4	33
	Muy en desacuerdo	6	50
	Total =	12	100
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy de acuerdo	3	25
	Deacuerdo	5	42
	En desacuerdo	3	25
	Muy en desacuerdo	1	8
	Total =	12	100

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 2, 2012.

n = 12

4.3 Resultados comparativos.

En los siguientes párrafos y cuadros (4.8 y 4.9), se muestran las puntuaciones obtenidas por el grupo 1 y grupo 2, según la interpretación que se debe dar a las respuestas al momento de aplicar la escala de Rosenberg para determinar la autoestima. Cabe señalar que el reporte de resultados se hace de forma individual, por lo que se muestra el resultado de las 24 mujeres participantes en la investigación.

En el cuadro 4.8 se muestran los resultados generales obtenidos en el grupo 1 (mujeres que sí realizaron actividad física durante tres meses). Aquí se puede detectar según la escala de autoestima de Rosenberg, que durante el primer mes se obtuvo una media de 35.58 puntos, es decir, el grupo estudiado se encuentra con una autoestima elevada que es considerada como un nivel de autoestima normal. Para el segundo mes la media fue de 35.58, no se obtuvo ninguna variación en los puntajes, por lo que la autoestima sigue siendo elevada. En el último mes del programa la media ya pasa de 35.58 a 36, sigue siendo una escala de autoestima elevada, sin embargo, se puede ver que hay una mejora en la puntuación, lo que refuerza la hipótesis planteada en el presente estudio.

Empero tomando como referencia la primer y tercer aplicación, se determina una diferencia de 17% en la pregunta 4, lo que lleva a suponer que hubo una modificación de sentimientos o pensamientos acerca de sí mismas, encontrando una mejora del auto-concepto, autoestima, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, y mejora de conductas cognitivas y de socialización (Mahecha, s.f.). en un periodo relativamente corto de trabajo (tres meses).

Cuadro 4.8 Resultados generales de acuerdo al mes de aplicación de escala de Rosenberg, grupo 1.

Mujer	1º mes	2º mes	3º mes
1	40	40	40
2	37	37	37
3	36	36	37
4	34	34	36
5	37	37	37
6	33	32	33
7	36	37	37
8	32	32	33
9	38	38	38
10	33	33	33
11	34	35	34
12	37	37	37
Puntuación promedio por mes	35.583	35.583	36
Tipo de autoestima	Alta	Alta	Alta

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 1, 2012.

n = 12

En contraste en el grupo 2, que no realizó actividad física los resultados fueron los siguientes: durante el primer mes se obtuvo una media de 30.91, es decir, el grupo se encuentra en el límite de una autoestima alta, si se hubiera obtenido un puntaje de 29, se clasificaría como autoestima media. Durante el segundo mes se tuvo una media de 30.5, es decir, hubo una variación decreciente de 0.41. Para la tercera aplicación la media pasó de 30.5 a 30.75, lo que significa que existe una autoestima elevada de acuerdo al promedio del grupo, solamente 2 mujeres se encuentran por debajo de 25 puntos, es decir, presentan autoestima baja en el cual ya existen problemas significativos. Como se puede observar en este grupo hubo fluctuaciones pero dentro de los 30 puntos, la primera aplicación es la más alta y la más baja es la segunda. Esto lleva a pensar o inferir que el no

tener como estilo de vida la práctica de ejercicio condiciona a la mujer menopáusica, a sufrir cambios de humor o tendencias depresivas generadas debido a la disminución de serotonina como lo menciona (Castillo 2009). Si bien, el grupo se mantuvo en autoestima elevada, no se potencializaron los resultados positivos (ver cuadro 4.9).

Cuadro 4.9 Resultados generales de acuerdo al mes de aplicación de escala de Rosenberg, grupo 2.

Mujer	1º mes	2º mes	3º mes
1	36	35	35
2	23	23	24
3	29	28	29
4	29	27	27
5	39	39	39
6	32	32	33
7	33	32	31
8	23	22	22
9	36	36	36
10	27	26	26
11	32	32	33
12	32	34	34
Puntuacion promedio por mes	30.916	30.5	30.75
Tipo de autoestima	Alta	Alta	Alta

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, grupo 2, 2012.

n = 12

En el cuadro 4.10 se presentan los resultados globales de ambos grupos para que se puedan detectar de forma fácil las fluctuaciones en los puntajes de las 24 mujeres participantes.

Se detecta que solamente la mujer número 11 del grupo 1, bajó 1 punto en la escala de autoestima durante el tercer mes de actividad física. Sin embargo, las fluctuaciones en el grupo 2 fueron constantes en las tres aplicaciones. Asimismo se observa que el resto de integrantes del grupo 1 se mantuvieron en el

mismo rango o mejoraron entre 1 y 2 puntos en los diversos ítems valorados, lo que indica que la actividad física sí influyó en la población para mantener una autoestima elevada y para incrementarla, reforzando el resultado y la hipótesis de este trabajo los datos obtenidos por Meléndez (2008).

Cabe señalar que la puntuación promedio por mes indica que el grupo que sí realiza actividad física se encuentra 5 ó 6 puntos por arriba del grupo que no realiza actividad física, lo que indica que a pesar de que ambos grupos se encuentran en un nivel de autoestima elevada, el grupo 1 que sí realiza actividad física en general tiene una mejor autoestima; en tanto que el grupo 2, apenas alcanzó el puntaje mínimo para ubicarse en el grupo de autoestima elevada. Con esto resultados se vuelve a coincidir con Ramírez, et. al (2008), ya que dentro de sus resultados se detectó que uno de los beneficios logrados por la mujer en climaterio que realiza actividad física es el aumentar la autoestima.

Cuadro 4.10 Resultado global de autoestima, según escala de Rosenberg.

Mujer	1º mes		2º mes		3º mes	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
1	40	36	40	35	40	35
2	37	23	37	23	37	24
3	36	29	36	28	37	29
4	34	29	34	27	36	27
5	37	39	37	39	37	39
6	33	32	32	32	33	33
7	36	33	37	32	37	31
8	32	23	32	22	33	22
9	38	36	38	36	38	36
10	33	27	33	26	33	26
11	34	32	35	32	34	33

12	37	32	37	34	37	34
Puntuacion promedio por mes	35.583	30.916	35.583	30.5	36	30.75
Tipo de autoestima	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg, 2012.						n = 12

En respuesta a la asociación entre actividad física y autoestima en mujeres con menopausia se aplicó el coeficiente de Pearson, donde se encuentra una relación estadísticamente significativa ($r=.005$). Lo que da pauta a aceptar la hipótesis de trabajo: La actividad física influye en la autoestima de las mujeres con menopausia. Coincidiendo con los resultados expresados por Jiménez, Párraga y Lozano (2013).

V. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

Los resultados obtenidos a lo largo de la aplicación de la escala de Rosenberg permitió llevar un control exacto de las puntuaciones y de la fluctuación de las mismas en ambos grupos de trabajo. Y aunque fue un grupo pequeño de trabajo y tal vez los resultados no se puedan generalizar, estos apoyan la hipótesis de trabajo planteada, ya que se logra comprobar que la actividad física sí influye en la autoestima de mujeres con menopausia, es más, se logró detectar que esta práctica física aumenta la autoestima y que estos incrementos son ascendentes y sostenibles.

Se considera pertinente continuar el trabajo en este grupo, puesto que durante estos tres meses de práctica, además de los cambios físicos, las participantes también los mostraron en la parte psicológica (pensar de forma positiva, proactiva) y social (productividad y relación). El adherirse a un programa de activación física, se les brindó la oportunidad de relacionarse con personas de diversos grupos de edad y género, así como estimular la producción de endorfinas, que contribuye en la sensación de bienestar.

El mirar a este grupo etareo y establecer proyectos específicos de trabajo físico, es un campo de oportunidad para el egresado de la Licenciatura en Educación Física y Ciencias del Deporte; aunado a que la población se va incrementando año con año, según lo muestran las estadísticas nacionales.

De tal forma que la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, repunte y establezca convenios con instituciones sociales o gubernamentales para fundamentar esta práctica, y así continuar promoviendo el prestigio propio de la licenciatura de la cual somos egresadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Arteaga, N.R.R. (2010). Tesis. Relación entre el grado de autoestima y la práctica de autocuidado. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.
- Branden, N. (2010). *La Autoestima de la Mujer*. Ed. Paidós, España.
- Callejas, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Carranza, S.L. (2003). *Atención Integral del Climaterio*. Ed. Masson Doyma, 2^{da}.ed., México, D.F.
- Castillo, D.E. (2009). *Autoestima en mujeres en etapa de climaterio*. (Tesis de Licenciatura), Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana, Minatitlán-Veracruz.
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2013). Ley General de Salud.
- Dueñas, J.D. (2001). *Climaterio y Calidad de Vida*. Ed. Masson, España.
- Equipo de centro de estudio vector. (2006). *Educación Física: Cuerpo de Maestros*. 4^{ta}. ed., Ed. Mad, Sevilla, España.
- Fisher, G.J., et al. (2001). *Test y Pruebas Físicas*, 3^{ra}.ed., Ed. Paidotribo.
- González, N. y López, A. (2001). *La Autoestima Medición y Estrategias de Intervención a través de una Experiencia en la Reconstrucción del Ser*. México, D.F.

Hernández S. R., Fernández C. C., & Baptista L. P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México: Ediciones Mc Graw Hill Interamericana; 2010.

Jiménez, M.C.; Párraga, J.A.; y Lozano, E. (2013). Incidencia de un programa de actividad física sobre las capacidades físicas de mujeres más de 60 años / Impact of a training program in women 60 years-old and older. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 13 (50) pp. 217-233.
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista50/artincidencia352.pdf](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista50/artincidencia352.pdf)

López, J. C., y Fernández, A.V. (2006). Fisiología del Ejercicio. 3^{ra}. Ed., Ed. Panamericana.

Mahecha M.S. (s.f). *Actividad Física y Salud Para el Adulto Mayor*. [Consultado el 25 de abril de 2013]. URL: http://www.sportsalut.com.ar/articulos/act_fis_salud/n3.pdf

Meléndez, G. (2008). *Factores Asociados con Sobrepeso y Obesidad en el Ambiente Escolar*. Ed. Médica Panamericana, México.

Prieto, A., et. al (2005). *Cuerpo – Movimiento: Perspectivas*. Ed. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Ramírez, V.R.; et al. (2008). *Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica*. Rev. Apunts. Medicina De L'Esport. 157:14-23 [consultado el 3 de marzo de 2013], URL: http://www.apunts.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13117425&pident_usuario=0&pident_revista=277&fichero=277v43n157a13117425.pdf001.pdf&ty=15&accion=L&origen=apunts&web=www.apunts.org&lan=es

- Restrepo, C.M. (2003). *Efecto de la Actividad Física Controlada Sobre la Composición Corporal de Mujeres Sedentarias Posmenopáusicas*. [Consultado el 25 de abril de 2013]. URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-498920030009000003&script=sci_arttext
- Rojas, C. (2009). *La Escala de Autoestima de Rosenberg: Validación Para Chile en una Muestra de Jóvenes Adultos, Adultos y Adultos Mayores*. [Consultado el 25 de abril de 2013] URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009
- Taberno, B., et al. (2001). Envejecimiento y composición corporal en mujeres participantes en un programa municipal de ejercicio físico. *Revista Motricidad* (7), 19-41.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de autoestima de Rosenberg.



UNIVERSIDAD ATÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y CIENCIAS DEL DEPORTE



“INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES CON MENOPAUSIA” ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

El presente trabajo tiene la finalidad de conocer la influencia que tiene la actividad física en la autoestima de las mujeres con menopausia, logrando con esto una motivación e incitación a la práctica de actividad física en esta etapa. Es por eso que te solicitamos respuestas de forma honesta las siguientes preguntas.

I.- Datos generales:

1.- Edad: _____

2.- Estado civil: _____

3.- Nivel de estudios: _____

4.-Ocupación: _____

II.- Datos de actividad física:

5.- ¿Realiza algún tipo de actividad física? Sí No

6.- ¿Qué tipo de actividad física? Caminar Correr Nadar
 Aerobics Baile Zumba

Otra (especifique) _____

7.- ¿Cuántas veces a la semana? Una vez Dos veces Tres veces
 Cuatro veces Cinco veces De seis a siete veces

8.- ¿Cuánto tiempo? Una hora Dos horas De tres a cuatro horas
 Cuatro horas Cinco horas De seis a siete horas

9.- ¿Desde hace cuánto tiempo? De 1 a 2 semanas De 3 a 4 semanas
 De dos a 3 meses De 4 a 5 meses
 Más de 6 meses 1 año o más

10.- ¿Qué beneficios ha notado al realizar actividad física?

III. Escala de autoestima de Rosenberg:

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más le identifica: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
11.- En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- A veces pienso que no soy bueno en nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- A veces me siento realmente inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Ojalá me respetara más a mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Agradecemos mucho el apoyo, y le comentamos nuevamente que los resultados serán empleados con fines de investigación.