



**Universidad
Europea** VALENCIA

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

**PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA**

Presentado por: Ane Grande Alvarez

Tutor/a: Nerea Valles Murcia
Adalberto Asins Cubells

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mostrarle mi agradecimiento a mi familia, por haberse sacrificado para que a día de hoy tenga todo lo que tengo y me hayan dado la oportunidad de estar un poco más cerca de cumplir mi sueño. Ama y aita, gracias por estar tan orgullosos de mí en todo momento, por apoyarme en cada decisión y paso que he dado en cada etapa de mi vida, por vuestra infinita paciencia y escucharme en cada una de las llamadas de estos 4 años. Estaré eternamente agradecida por dejarme volar, brindarme la educación que me habéis dado y dejarme crecer tanto personal como profesionalmente. Os quiero mucho.

En segundo lugar, a mi compañero de vida por dedicarme su tiempo y ser partícipe tanto de mis buenos como malos momentos. Gracias por aguantarme lo que no está escrito y más; sé que puedo llegar a ser muy estresante, por estar a mi lado en cada decisión que he tomado, apoyarme, aconsejarme, respetarme y quererme por encima de todo como mujer y futura enfermera.

Por otro lado, a mis tutores del TFG Nerea Valles y Adalberto Asins, por orientarme y guiarme de la mejor forma posible durante el proceso, por mostrar siempre confianza e interés y sobre todo por estar siempre dispuestos a ayudarme durante la realización de este trabajo.

También agradecer a mis amigas, por no dejar nunca de estar las unas para las otras, la lealtad, por todos los momentos vividos en los pasillos de la universidad y sobre todo fuera de ellos, por ser parte de esa familia que se elige. Ojala y esta etapa solo sirva para unirnos más.

En sí, muchas gracias a todos los que habéis aportado vuestro granito de arena para darme fuerzas y estar junto a mí, se que entre todos vosotros habéis hecho que todo esto parezca mucho más fácil. Espero y deseo que el programa propuesto en mi TFG sirva de ayuda para las mujeres.

Junio 2024

SOLICITUD DE VIABILIDAD PARA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

A la atención del TUTOR/A:

D.: Adalberto Asins Cubells

El/La estudiante:

Dña: Ane Grande Alvarez

Solicita la autorización para la presentación del TRABAJO FIN DE GRADO Proyecto de educación para la salud en el climaterio y menopausia, remitiendo, junto a esta solicitud, el archivo correspondiente al TFG en formato electrónico.

(A cumplimentar por el TUTOR/A).

Se considera que este TRABAJO FIN DE GRADO,

ES VIABLE PARA SU EVALUACIÓN	X
NO ES VIABLE PARA SU PRESENTACIÓN	

(Rellenar únicamente en caso de que el tutor considere que el TFG NO es viable para su evaluación, alegando brevemente los motivos).

-Valencia a23..... de ...mayo.. de 2024. Firma del/a tutor/a:

ADALBERTO ASINS CUBELLS Firmado digitalmente por ADALBERTO ASINS CUBELLS
Fecha: 2024.05.25 18:17:50 +02'00'

CONFIRMACIÓN DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y DE FIN DE MÁSTER

D/D.^a.....Ane Grande Alvarez.....
....., con nº de expediente.....22048679.....estudiante de Grado/Máster en
.....Enfermería.....

..... CONFIRMA que el Trabajo Fin de Grado/Máster
titulado.....Proyecto de educación para la salud en el climaterio y
menopausia.....

.....es fruto exclusivamente de su
esfuerzo intelectual, y que no ha empleado para su realización medios ilícitos, ni ha incluido
en él material publicado o escrito por otra persona, sin mencionar la correspondiente autoría.
En este sentido, confirma específicamente que las fuentes que haya podido emplear para la
realización de dicho trabajo, si las hubiera, están correctamente referenciadas en el cuerpo
del texto, en forma de cita, y en la bibliografía final.

Asimismo, declaro conocer y aceptar que de acuerdo a la Normativa de la Universidad
Europea, el plagio del Trabajo Fin de Grado/Máster entendido como la presentación de un
trabajo ajeno o la copia de textos sin citar su procedencia y considerándolos como de
elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de "suspenso" (0) tanto en
convocatoria ordinaria como extraordinaria, así como la pérdida de la condición de
estudiante y la imposibilidad de volver a matricular esta o cualquier otra asignatura durante 6
meses.

E ESCUELA DE DOCTORADO E INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Fecha y firma: 23 de mayo de 2024



Los datos consignados en esta confirmación serán tratados por el responsable del tratamiento, UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U., con la finalidad de gestión del Trabajo Fin de Grado/Máster del titular de los datos. La base para el tratamiento de los datos personales facilitados al amparo de la presente solicitud se encuentra en el desarrollo y ejecución de la relación formalizada con el titular de los mismos, así como en el cumplimiento de obligaciones legales de UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U. y el consentimiento inequívoco del titular de los datos. Los datos facilitados en virtud de la presente solicitud se incluirán en un fichero automatizado y mixto cuyo responsable es UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U., con domicilio en la C/ Tajo s/n, Villaviciosa de Odón. Asimismo, de no manifestar fehacientemente lo contrario, el titular consiente expresamente el tratamiento automatizado total o parcial de dichos datos por el tiempo que sea necesario para cumplir con los fines indicados. El titular de los datos tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento, oponerse al tratamiento y ejercer su derecho a la portabilidad de los datos de carácter personal, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos en el enlace <https://universidadeuropea.es/proteccion-de-datos>.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS.....	8
2. RESUMEN GENERAL Y PALABRAS CLAVE.....	9
3. INTRODUCCIÓN.....	11
3.1 Marco teórico.....	11
3.1.1 Definiciones.....	11
3.1.2 Ciclo reproductor femenino.....	13
3.1.2.1 Control hormonal del ciclo reproductor.....	13
3.1.2.2 Fases del ciclo reproductor femenino.....	16
3.1.3 Ovogénesis.....	18
3.2 Fisiología de la menopausia.....	20
3.3 Cuadro clínico.....	22
4. ANÁLISIS DEL PROYECTO (DAFO).....	27
4.1 Análisis del proyecto (DAFO) aplicado al proyecto de educación para la salud.....	28
5. OBJETIVOS.....	28
5.1 Objetivo general.....	28
5.2 Objetivos específicos.....	28
6. MATERIAL Y MÉTODOS BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.....	29
6.1 Criterios de legibilidad.....	30
6.1.1 Pregunta PICO.....	30
6.1.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	30
6.1.2.1 Criterios de inclusión.....	30
6.1.2.2 Criterios de exclusión.....	31
7. MATERIAL Y MÉTODOS EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	31
7.1 Justificación del programa.....	31
7.2 Definición del grupo de incidencia.....	32
7.3 Población diana.....	34
7.4 Captación.....	35
7.4.1 Captación docente.....	35
7.4.2 Muestra.....	35
7.5 Tipo de intervención y número de participantes.....	36
8. DESARROLLO Y ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	36
8.1 Estructura del proyecto.....	36
8.2 Duración del proyecto.....	37
9. CONTENIDO DE LAS SESIONES.....	37
9.1 SESIÓN Nº 1: Hola somos climaterio y menopausia.....	37
9.2 SESIÓN Nº 2: Más allá de las pastillas.....	40
9.3 SESIÓN Nº 3: Que los tabús no dañen tu mente.....	43
9.4 SESIÓN Nº 4: Cuídate.....	46
10. CRONOGRAMA.....	49
11. RECURSOS.....	50
11.1 Presupuesto.....	51
11.2 Presupuesto total.....	52
12. EVALUACIÓN.....	52
13. CONCLUSIÓN.....	54
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Títular medio de comunicación: “el 85% de las mujeres menopausia no reciben una terapia eficaz”.....	59
ANEXO 2: Títular medio de comunicación: “el tabú de la menopausia persiste en el siglo XXI”.....	59
ANEXO 2: Títular medio de comunicación: “se pone la mirada en que ya no vales porque no eres fértil”.....	59
ANEXO 4: Mensaje mediante correo electrónico para la capacitación docente.....	60
ANEXO 5: Cartel informativo para la captación de participantes.....	61
ANEXO 6: Consentimiento informado.....	62
ANEXO 7: Cronograma por grupos.....	62
ANEXO 8: Tabla CQA.....	63
ANEXO 9: Presentación tema 1 sesión 1.....	64
ANEXO 10: Caso clínico.....	65
ANEXO 11: Kahoot.....	65
ANEXO 12: Presentación tema 1 sesión 2.....	66
ANEXO 13: Presentación tema 2 sesión 2.....	67
ANEXO 14: Presentación tema 1 sesión 4.....	68
ANEXO 15: Tríptico.....	68
ANEXO 16: Ficha de valoración.....	69
ANEXO 17: Ficha de evaluación final.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: niveles hormonales en relación al día del ciclo con mayor concentración.....	16
Tabla 2: niveles hormonales en relación a la etapa perimenopáusica.....	21
Tabla 3: criterios STRAW.....	22
Tabla 4: Estructura PICO.....	30
Tabla 5: Organización por temas de las sesiones.....	37
Tabla 6: Primera sesión.....	39
Tabla 7: Segunda sesión.....	42
Tabla 8: Tercera sesión.....	45
Tabla 9: Cuarta sesión.....	48
Tabla 10: Cronograma.....	50
Tabla 11: Recursos.....	51
Tabla 12: Presupuesto recursos materiales.....	51
Tabla 13: Presupuesto recursos humanos.....	52
Tabla 14: Presupuesto total.....	52

1. LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

- AVV: Atrofia Vulvovaginal
- CAP: Centro de Atención Primaria
- CL: Cuerpo Lúteo
- CS: Centro de Salud
- DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades
- DM: Diabetes Mellitus
- FSH: Hormona Foliculoestimulante
- GnRH: Hormona Liberadora de Gonadotropina
- IMS: Sociedad Internacional de la Menopausia
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- IOP: Insuficiencia Ovárica Poliquística
- ISS WSH: Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Menopausia
- IV,E: Instituto Valenciano de Estadística
- LH: Hormona Luteinizante
- LHRH: Hormona Liberadora de la Hormona Luteinizante
- NCEP: National Cholesterol Education Program
- NHMS: Sociedad Norteamericana de la Menopausia
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PIB: Hormona encargada de la Inhibición de la Prolactina
- PICO: Patient, Intervention, Comparison, Outcome
- PRL: Prolactina
- RCV: Riesgo Cardiovascular
- SGM: Síndrome Genitourinarios de la Menopausia
- SIP: Sistema de Información Poblacional
- SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico
- SVM: Síntomas Vasomotores

2. RESUMEN GENERAL Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida de las mujeres aproximadamente hasta los 85 años es un indicador clave de que cada mujer pasará más de 30 años en fase menopáusica. La menopausia natural se define como el cese del sangrado menstrual tras 12 meses de amenorrea sin otra causa. En su defecto, no se debe confundir con el término climaterio, este es la fase de transición entre la fase reproductora y no reproductora. El cese de la función estrogénica va acompañado de síntomas como: sofocos, escalofríos, insomnio, cambios en el metabolismo y atrofia vaginal entre otros.

Tras examinar la evolución que ha adoptado la menopausia a lo largo de los años, así como sus consecuencias e impactos en la sociedad de hoy en día, que, se caracteriza de ser mucho más progresiva se ha detectado que aunque cada vez la situación tiene mayor visibilidad, se siguen incluyendo infinitos tabúes. Por ello, el papel de enfermería en las consultas de la matrona se ve un punto de acceso clave para el abordaje de esta situación y que de esta forma, las mujeres sean capaces de expresar sus dudas y obtener una respuesta sanitaria dejando de lado todas aquellas excusas que conllevan a que esta población tenga un punto de vista desinteresado y desinformado. Por todo esto y por las estrategias y programas de educación actuales, se ha llevado a cabo la disposición de elaborar el siguiente proyecto de educación para la salud.

La finalidad de este proyecto es proporcionar a la población femenina que se encuentre en fase menopausica precoz, natural o tardía las herramientas adecuadas que ayuden a disminuir los síntomas relacionados con el periodo menopáusico, encontrar alternativas al tratamiento actual y mostrar apoyo psicológico a dichas mujeres. Para conseguir estos objetivos, el proyecto integra contenidos relacionados con el autocuidado, la autopercepción de la figura de la mujer en dicha etapa, la autoestima, la alimentación, el ejercicio, la salud mental y los estigmas sociales.

PALABRAS CLAVE

Menopausia, climaterio, fase menopáusica, proyecto de educación para la salud, educación para la salud, tabú

ABSTRACT

The increase of women's life expectancy to approximately 85 years is a predictor that every woman will spend more than 30 years in the menopausal phase. Natural menopause is defined as the ceasing of menstrual bleeding after 12 months of amenorrhea with no other reason. Otherwise, it should not be confused with the climacteric term, which is the transitional phase between the reproductive and non-reproductive phases. The end of estrogenic activity is associated with symptoms such as: hot flush, chills, insomnia, metabolism changes and vaginal atrophy, among others.

After reviewing the evolution that menopause has adopted over the years, as well as the consequences and impacts on the society, which nowadays is more progressive, it has been found that even the situation is becoming more visible there are infinite taboos. For this reason, the role of midwives in their visits is considered a key approach to this situation and, in this way, women are able to express their doubts and obtain a health response, leaving aside all those excuses that lead this population to have a disinterested and misinformed point of view. Because of all this and the current educational strategies and programs, the following health education project has been developed.

The purpose of this project is to provide the female population in the early, natural or late menopausal phase with the appropriate support tools to reduce the symptoms of the menopausal period, to find alternatives to the current treatment and to show psychological comfort to these women. To achieve these objectives, the project integrates content on self-care, self-perceptions in this stage, self-esteem, nutrition, exercise, mental health and social stigmas.

KEY WORDS

Menopause, climacteric, menopausal phase, health education project, health education, taboo

3. INTRODUCCIÓN

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 DEFINICIONES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la menopausia se define como: *“el cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de actividad folicular ovárica. Es la última regla y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. Se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica”.*

En España, la esperanza de vida actual es aproximadamente de 85 años para las mujeres. Es por eso por lo que una mujer promedio pasará alrededor de unos 30-35 años en fase menopáusica.

Dada esta situación, es necesario que la población femenina de España sea capaz de reconocer e identificar cada momento de la fase final de su ciclo reproductor así como los cambios físicos asociados a esta.

Los términos *menopausia* y *climaterio* a menudo se utilizan de forma homónima a pesar de que su significado es totalmente distinto. Es por ello por lo que la OMS y la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) llegaron a un consenso durante su Primer Congreso Internacional celebrado en Francia para así esclarecer dichos términos y todos los que abarca esta etapa para evitar confusiones.

- Climaterio:
“Es aquella fase, en el proceso de envejecimiento de la mujer, que marca la transición del estado reproductor al estado no reproductor”.

- Premenopausia:
“Abarca la totalidad del periodo reproductor, con sintomatología hasta el último periodo menstrual”.

- Perimenopausia:
“Incluye el período inmediatamente anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia) y como mínimo el primer año siguiente a la menopausia.

- Menopausia natural:
“Es la que ocurre de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento ovárico”.

- Menopausia artificial:

“Es la provocada por la castración quirúrgica (extirpación de los ovarios, con o sin histerectomía) o por mecanismos destructores de las células germinales como son radiaciones o quimioterapia”.

- Menopausia precoz:

“La que ocurre antes de los 40 años de edad”.

- Menopausia tardía:

“La que ocurre después de los 55 años de edad”.

- Postmenopausia:

“La posmenopausia representa la fase conclusiva de la transición de la mujer de edad adulta media (45-59 años) a adulta mayor o anciana joven (60-74 años); aunque el inicio de esta etapa varía entre las féminas, regularmente se extiende alrededor de los 65 años.

Este momento está especialmente marcado por el cese de los síntomas distintivos de la menopausia”.

- Transición menopáusica:

“Es el periodo de tiempo antes del último período menstrual cuando la variabilidad en el ciclo menstrual normalmente aumenta”.

Este término se puede emplear de forma sinónima con el término *premenopausia*, aunque es común que este último término tienda a la confusión y lo recomendado sería que se abandonase.

- Posmenopausia inmediata:

“Este periodo transcurre desde la última menstruación hasta un año después”.

- Posmenopausia establecida:

“Se refiere al período que comienza a partir de la menopausia, si bien este momento no se puede determinar hasta que se hayan observado 12 meses de amenorrea espontánea”.

- Síndrome climatérico:

“El climaterio está, aunque no necesariamente siempre, asociado con la sintomatología. Cuando esto ocurre, se puede utilizar este término”.

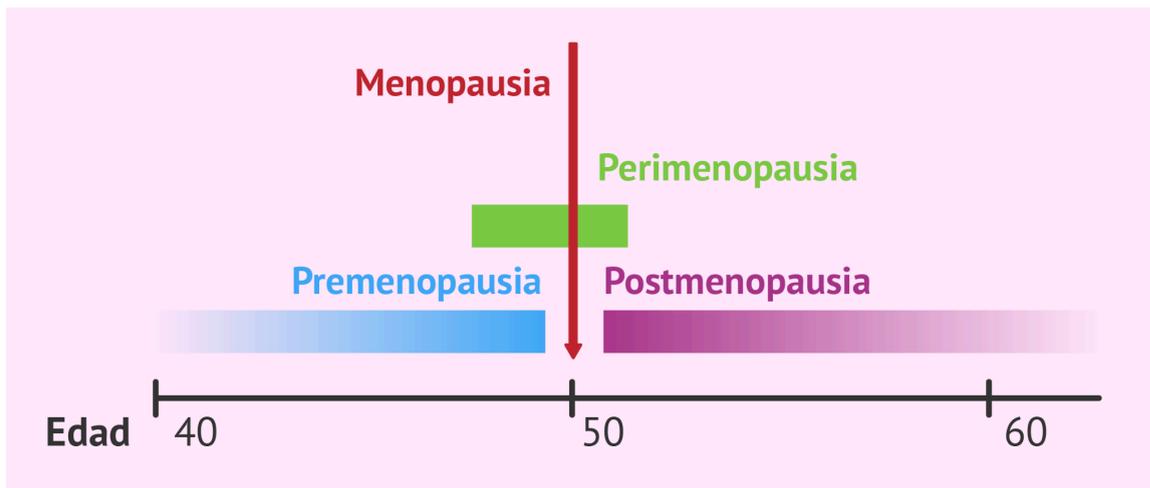


Imagen 1: etapas del climaterio. Fuente: Reproducción Asistida ORG (Larrea, 2019).

3.1.2 CICLO REPRODUCTOR FEMENINO

A lo largo de los años reproductivos, las mujeres experimentan cambios en los ciclos tanto en los ovarios como en el útero. Es por esto, por lo que se han observado dos ciclos que a pesar de llevar a cabo las acciones de forma simultánea, cada uno actúa de forma independiente; por un lado, se encuentra el ciclo ovárico, haciendo referencia a los eventos que suceden antes o después de la maduración del ovocito y; por otro lado, el ciclo uterino o menstrual implica sucesos en el endometrio para albergar al óvulo fecundado (Torrens, 2008).

Estos ciclos en conjunto formarán el ciclo reproductor femenino que, de forma aproximada, tendrán una duración de un mes, incluyendo la ovogénesis y la receptividad endometrial o también conocida como ventana de implantación; donde se albergará el óvulo fecundado (Torrens, 2008).

3.1.2.1 CONTROL HORMONAL DEL CICLO REPRODUCTOR

Antes de conocer las fases y lo que sucede detalladamente en cada una de ellas, es primordial conocer las hormonas encargadas y el origen de estas para así comprender los próximos acontecimientos (Abella Jove et al., 2008).

El eje neurohormonal o también conocido como eje hipotálamo-hipófisis-ovárico es el encargado de realizar las modificaciones hormonales ya que, la menstruación es dependiente de hormonas ováricas las cuales ejercen su función sobre el endometrio aunque, para ello, estas hormonas ováricas están reguladas mediante estímulos hormonales hipofisarios y del hipotálamo (Daysi et al., 2007).

- Hipotálamo:

Además de recibir señales neurohormonales, es el encargado del control del ciclo hormonal actuando sobre la hipófisis con ayuda de los *releasing factors* o secreciones hormonales, la

hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) y la hormona liberadora de la gonadotropina (GnRH).

→ GnRH: regula la liberación de la hormona foliculoestimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH). La relación FSH/LH se determina mediante la asiduidad de la secreción de GnRH de forma pulsátil aunque, según la frecuencia va disminuyendo la proporción de FSH/LH aminora (Torrens, 2008).

- Hipófisis:

Los releasing factors del hipotálamo influyen directamente sobre la hipófisis generando las siguientes hormonas:

→ Hormona foliculoestimulante:

La FSH desarrolla un papel crucial en ambos géneros. En las mujeres, la FSH ejerce principalmente su función sobre los ovarios. Esta, cada mes, se encarga del inicio del desarrollo de los folículos ováricos; además, estimula a estas células para producir estrógenos. Estos, los estrógenos, desempeñan un papel sumamente importante en el ciclo menstrual y en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (De Santiago Garcia & Hernández, 2022).

La FSH se libera mediante la estimulación hipotalámica secretando GnRH. La liberación tanto de GnRH y FSH se suprime, en el caso de las mujeres, mediante los estrógenos a través de un sistema de retroalimentación negativa (De Santiago & Hernández, 2022)

→ Hormona luteinizante:

La hormona luteinizante se encarga de desencadenar la ovulación; esta, consiste en liberar un ovocito secundario por parte del ovario. Por otro lado, la LH se encarga de formar el cuerpo lúteo (estructura que se forma después de que se produzca la ovulación) e impulsa la secreción de la progesterona. Además, la LH al igual que la FSH también se encarga de la secreción de estrógenos (De Santiago & Hernández, 2022)

→ Prolactina (PRL):

La prolactina se encarga de desencadenar y mantener la producción de leche. A pesar de que la PRL tenga muy bajo efecto por sí sola, al combinarse con otro tipo de hormonas como pueden ser los estrógenos, progesterona, glucocorticoides, GnRH, tiroxina e insulina; se acentúa su acción a pesar de que, la principal hormona que se encargará de la eyección de leche sea la oxitocina (De Santiago & Hernández, 2022)

Por otro lado, también existen hormonas encargadas de la inhibición de la prolactina (PIB). En el caso de las mujeres, la dopamina es la PIB; esto indica que, en circunstancias normales se encargará de reprimir la liberación de la PRL desde la adenohipófisis.

No obstante, al iniciar la menstruación, la secreción de PIB (es decir, dopamina en las mujeres) disminuirá trayendo como consiguiente la elevación de PRL en sangre, esto desencadena el dolor mamario premenstrual. Al comenzar el ciclo menstrual, los niveles de PIB se restablecen haciendo que la PRL vuelva a disminuir (De Santiago & Hernández, 2022).

- Ovario:

Regula la secreción de los siguientes esteroides sexuales:

→ Estrógenos:

Los estrógenos son secretados por el cuerpo lúteo después de la estimulación por parte de la LH. En el plasma femenino encontramos seis tipos de estrógenos aunque sólo tres de ellos cuentan con niveles significativos. Estos son: β -estradiol, estrona y estriol. En estado fértil el estrógeno que abunda suele ser el β -estradiol ya que, se sintetiza a través del colesterol (De Santiago & Hernández, 2022).

Los estrógenos se encargan de realizar múltiples funciones como:

1. Desarrollo y sustento de las estructuras reproductivas: se encargan del mantenimiento y desarrollo de las estructuras reproductoras femeninas y de las características sexuales secundarias como la redistribución del tejido adiposo, el timbre de voz y ensanchar las caderas (Barranquero et al., 2023).
2. Desarrollo óseo y anabolismo proteico (Barranquero et al., 2023).
3. Regulación de los niveles de colesterol: se ha demostrado que al comienzo de la menopausia los niveles de estrógenos disminuyen haciendo que el nivel de colesterol aumente contribuyendo a que las mujeres cuenten con un mayor riesgo de arteriopatía coronaria (Barranquero et al., 2023).
4. Estimulación de la proliferación del estrato basal: tras la menstruación, los estrógenos son los encargados de la estimulación de la proliferación del estrato para la futura formación del estrato funcional a modo de replamplio (Barranquero et al., 2023).
5. Inhibición de la secreción hormonal (Barranquero et al., 2023).

→ Progesterona:

La progesterona es liberada por el cuerpo lúteo y placenta (en el caso de embarazo). Actúa durante la fase lútea (segunda fase del ciclo menstrual). Sirve de ayuda para preparar el endometrio para la implantación y mantenerlo durante el embarazo. Si no se produce el embarazo, los niveles de progesterona descienden provocando la expulsión endometrial; es decir, la menstruación (Torrens, 2008).

Hormonas	Día del ciclo	Valores normales
FSH	3-5	3-9 mUI/ml
LH	3-5	2-10 mUI/ml
Estradiol	3-5	27-161 pg/ml
Prolactina	3-5	0-20 ng/ml
Progesterona	21	5-20 ng/ml

Tabla 1: niveles hormonales en relación al día del ciclo con mayor concentración. Fuente: elaboración propia a partir de (Sánchez- Gómez Sánchez et al., 2024).

3.1.2.2 FASES DEL CICLO REPRODUCTOR FEMENINO

La duración del ciclo reproductivo femenino normal se encuentra alrededor de entre 24 y 36 días; es por esto por lo que se ha establecido un punto medio de 28 días. En torno a estos 28 días, todos los sucesos que experimentará el aparato reproductor femenino en relación al ciclo se dividen en 4 fases: menstrual, folicular, periovulatoria y luteínica (Lanchares & Gonzalez, 2012).

1. Fase menstrual:

La fase menstrual también es utilizada por términos como: “menstruación” o “periodo” tiene una duración general de 5 días a pesar de ser variante de una mujer a otra haciendo que, el primer día de esta sea el primer día del nuevo ciclo menstrual (Aguilar Macías et al., 2017).

Esta fase se caracteriza por la eliminación de la mucosa uterina acompañada de micro porciones expulsadas del endometrio de forma periódica manifestándose como un flujo sanguinolento comúnmente líquido pero en ocasiones acompañado de coágulos (Aguilar Macías et al., 2017).

2. Fase folicular o preovulatoria:

La fase folicular abarca desde el primer día del ciclo menstrual, es decir, desde que se produce el primer día de sangrado hasta el día 14 según la mujer ya que, como se ha visto puede sufrir variaciones (Rodríguez y Curell, 2017). No obstante, esta fase se divide en 3 momentos: temprana, media y tardía (Tresguerres & Castillo, 2005).

Durante la fase folicular temprana, incluye los días 1 del ciclo hasta el día 4. Durante estos, de forma progresiva y debido al incremento de los niveles de FSH, se da paso al desarrollo de folículos primarios. A su vez, gracias a los altos niveles de FSH los receptores de LH que se encuentran tanto en las células de la granulosa y en la teca aumentan de forma proporcional haciendo que el sistema bicelular de producción esteroidea ovárica inicie su función (Tresguerres & Castillo, 2005).

A lo largo de la fase folicular media, durante los días 5 y 7, los folículos son capaces de alcanzar una mayor aptitud esteroidogénica haciendo que, se eleven paulatinamente los niveles de estrógenos e inhibina repercutiendo así a la relación FSH/LH provocando una disminución en esta.

Esto último, provoca que los folículos que poseen insignificantes receptores de FSH sufran de atresia. Por el contrario, el folículo con mayores receptores de FSH desarrollará una alta sensibilidad a la FSH haciendo que a lo largo del desarrollo de esta fase media forme de forma completa el complejo celular teca-granulosa (Tresguerres & Castillo, 2005).

Por último, en la fase folicular tardía durante los días del 8 al 12, el folículo mostrará niveles estrogénicos muy elevados entre las 40 y 50 horas antes de mostrarse el pico ovulatorio haciendo que este muestre una maduración folicular completa.

Durante el pico ovulatorio, los niveles de LH y FSH (en menor medida) se elevan ponderadamente (Tresguerres & Castillo, 2005).

3. Fase periovulatoria:

En esta fase, se alcanza el pico álgido de la secreción de LH y, al cabo de unas 24 horas previas a la ovulación, los niveles de FSH y de LH alcanzan sus máximas concentraciones . (Tresguerres & Castillo, 2005).

La ovulación dará paso en torno al día 14 en consecuencia del pico de secreción de LH. (Rodríguez y Curell, 2017). Tras esta, los niveles de estrógenos disminuyen y, por el contrario, los niveles de progesterona que se encontraban disminuidos durante la fase folicular irán aumentando (Tresguerres & Castillo, 2005).

4. Fase luteínica o postovulatoria:

Esta, se trata de una fase bastante constante que va desde el momento de la ovulación hasta que se vuelve a desencadenar la menstruación; por ello, comprende entre los días 15 y 28 (Rodríguez & Curell, 2017). Del mismo modo que la fase folicular, la fase luteínica cuenta con 3 etapas: la inicial, la media y la tardía o luteolítica (Tresguerres & Castillo, 2005).

La fase luteínica inicial se da acto seguido de la ovulación, sobre el día 15, donde los siguientes 3 días a esta, se formará el CL gracias a la acción de la LH y los restos foliculares. Aquí, habrá un gran ascenso de los niveles de progesterona que se encuentran ligados a la maduración del CL; así mismo, los niveles de estrógenos también se verán incrementados. Por el contrario, las concentraciones de LH y FSH irán cayendo hasta alcanzar valores similares a los de la fase folicular (Tresguerres & Castillo, 2005).

En el transcurso de la fase luteínica media, entre los días 22 y 24, la progesterona alcanza sus máximos valores de todo el ciclo menstrual y a su vez los estrógenos presentan otro segundo pico pero, esta vez mucho menor que el de la fase periovulatoria.

En cuanto al endometrio, el moco cervical adquiere un aspecto denso mostrando dificultad para la penetración espermática (Tresguerres & Castillo, 2005).

Terminando, entre los días 25 y 28 da comienzo la fase luteolítica. En ese momento, aparece el declive hormonal mostrándose la progesterona y los estrógenos disminuidos y por el contrario, un incremento de las gonadotropinas aunque en especial la FSH. El CL se va degenerando a medida que el nivel hormonal va decayendo haciendo que a su vez, la mucosa endometrial comience el proceso de esfacelamiento y así, de paso a la menstruación (Tresguerres & Castillo, 2005).

Conocer y entender cómo funcionan estas fases de forma cíclica es esencial puesto que sirven como base de evaluación de la correcta función endocrina. El ciclo menstrual normal hace referencia a una salud sexual y reproductiva óptima de la mujer joven y, además, se trata de otro signo vital de carácter crucial (Rodríguez & Curell, 2017).

3.1.3 OVOGÉNESIS

Desde que se inicia la pubertad hasta alcanzar la menopausia, el ovario encomienda su función generando una cadena de secreciones hormonales cíclicas. Estas, al interactuar con múltiples órganos, originan el ciclo menstrual; el cuál es el causante de una serie de transformaciones hormonales (Torres & Torres, 2018).

Uno de los aspectos fundamentales del ciclo menstrual es la liberación aproximadamente de forma mensual de un óvulo fecundable; esto, se establece como el ciclo menstrual ovulatorio normal. No obstante, el fenómeno más evidente es el sangrado menstrual, apareciendo con la misma periodicidad como resultado de la influencia coordinada hormonal del ovario sobre el endometrio uterino (Torres & Torres, 2018).

Por otro lado, los esteroides ováricos actúan de forma efectiva sobre otras estructuras reproductivas aunque estos producen impactos mucho menos evidentes. Todas estas variaciones hormonales

conlleven a formar un proceso reiterado en las trompas, útero, vagina, vulva y mamas (Chedrese, 2003).

De acuerdo al desarrollo folicular se ha observado que, al momento del nacimiento, una mujer tendrá relativamente dos millones de folículos primordiales en los ovarios. Al alcanzar la pubertad (12-13 años), la gran mayoría de estos folículos primordiales sufrirá un proceso denominado atrofia; es decir, una degeneración.

Tras la atrofia, solo quedaran de forma aproximada unos 400.000 gametos en los ovarios. Sin embargo, estos que permanecen en el ovario también sufrirán un proceso de atresia y, tan solo, 400 llegarán a alcanzar una maduración completa y así, de esta forma, avanzar hasta las trompas de Falopio y llegar al útero (Vatman & Vega, 2010).

Al alcanzar la pubertad, cierto número de folículos inician su desarrollo de forma mensual; esto implica que, aumenten en número de células que envuelven el oocito y desarrollen una cavidad llena de líquido folicular aunque esto solo sucede en algunos casos; sin embargo, solo uno de ellos madurará de forma completa.

Este, pasará a denominarse folículo De Graaf (folículo maduro) manteniendo de forma visible sus estructuras. De esta forma, el folículo De Graaf al descomponerse será el responsable de la liberación del oocito y la corona radiada (estructura de células de granulosa que rodean al óvulo), transportándolos hacia la cavidad abdominal.

Una vez allí, será capturado por las fimbrias (la zona más distal de estructura, ensanchada y con terminaciones en el ovario) de la trompa homolateral y trasladados hacia la zona interna del útero (Bonilla et al., 2020).

Debido a la ruptura del folículo ya mencionada, los restos foliculares hemorrágicos que permanecen en el ovario darán paso a una transformación celular que tendrá como resultado el cuerpo lúteo (conjunto de células granulosas murales); asimismo, este será responsable de secretar las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona mayormente) de la fase postovulatoria del ciclo (Chedrese, 2003).

De forma general, el cuerpo lúteo (CL) tiene una duración de alrededor de 14 días. Posteriormente, se degenera formando una cicatriz blanquecina pasando a denominarse corpus albicans; excepto que se produzca la fecundación. En el segundo caso, dará paso a una rápida producción de hCG por parte del trofoblasto embrionario (precursor de la placenta) transformando de esta forma el CL menstrual en CL gravídico provocando, de esta forma, una prolongación y aumento de las secreciones hormonales (mayormente la progesterona) para continuar con las fases del embarazo (Bonilla et al., 2020).

3.2 FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA

A medida que la mujer va llegando a la etapa final de su etapa fértil, la actividad ovárica comienza a disminuir debido a la derogación estrogénica derivando en una decadencia del nivel hormona (Abella Jove et al., 2008). Dicha decadencia, afecta directamente a la retroalimentación hipotálamo-hipofisaria provocando signos, síntomas y cambios tanto a nivel de los tejidos como metabólicos, cardiovasculares y hematológicos (Morato & Malacara, 2006).



Imagen 2: Transición de las hormonas durante la menopausia. Fuente: Revista de Endocrinología y Nutrición (Morato Hernández y Malacara Hernández, 2006).

Para comprender el descenso hormonal, se han descrito las siguientes fases:

- Primera fase:

Al inicio del climaterio, aparece una disminución de los niveles de inhibina; lo que trae como resultado el aumento de la FSH haciendo que el nivel del estradiol se mantenga normal o ligeramente disminuido; por otro lado, el nivel de progesterona se mantiene estable haciendo que la ovulación pueda continuar.

Estos cambios son los antecedentes de un acortamiento en la fase folicular dependiente de estrógenos, obteniendo como resultado ciclos menstruales de duración variable (acortándose o prolongándose) (Salvador, 2008).

- Segunda fase:

Con el transcurso del tiempo, se produce un descenso en los niveles de estradiol haciendo que la maduración folicular adquiera un carácter irregular, dando lugar a ciclos ovulatorios y anovulatorios. Respecto a los ciclos anovulatorios, la falta de producción de progesterona conlleva a que se establezca un estado de hiperestrogenismo relativo, ocasionando una hiperplasia del endometrio y/o hipermenorrea.

Además, los folículos ováricos generan una resistencia a la estimulación de FSH, a pesar de mantenerse normales las concentraciones de estradiol. Esta resistencia ovárica a la estimulación puede ser la causa de los síntomas climatéricos tales como el bochorno (Salvador, 2008).

Durante el climaterio, en las mujeres que menstrúan suelen mostrar niveles de FSH por encima de 10 UI/L, esto es indicativo de una resistencia ovárica relativa, a pesar de que los niveles de estrógenos sean normales; esto, se debe a la reducción en la producción de inhibina folicular.

Cuando se muestran niveles bajos de estrógenos, el hipotálamo es estimulado para producir GnRH y de esta forma estimular la liberación de LH y FSH (Salvador, 2008).

- Tercera fase:

Una vez consolidada la menopausia, aparece como resultado la atresia folicular también conocida como agotamiento folicular, esto indica que hay una consumación de los folículos ováricos capaces de responder a las gonadotropinas; es por esto por lo que, la función ovárica se pierde provocando que la ovulación cese y así culminar la etapa reproductiva (Salvador, 2008).

Los niveles de estradiol no se muestran afines en todas las mujeres pero, una vez que este desciende o desaparece en su totalidad es lo que conduce a la amenorrea definitiva; es decir, una capacidad de respuesta folicular completamente nula y por último, un aumento exacerbado de FSH (Brantes, 2009).

A pesar de que la producción de estrógenos por parte de los ovarios es nula, todas las mujeres seguirán teniendo pequeñas concentraciones de estradiol (Salvador, 2008).

	Fase A	Fase B	Fase C	Fase D	Fase E
Duración	2-6 meses	2-6 meses	< 2 años	< 2 años	1 año
Ciclos menstruales	Regulares con sangrado abundante	Regulares con ligero sangrado	Irregulares	Irregulares	Amenorrea
FSH	Normal	Elevado	Elevado	Elevado	Elevado
LH	Normal	Elevado	Elevado	Elevado	Elevado
Estradiol	Elevado	Elevado	Normal	Normal	Disminuido
Inhibina	Disminuido	Disminuido	Disminuido	Disminuido	Disminuido

Tabla 2: niveles hormonales en relación a la etapa perimenopáusica. Fuente: Elaboración propia a partir de (Brantes, 2009)

Se han establecido varios criterios para describir los patrones de sangrado pero, uno de los más utilizados son los criterios STRAW (Tabla 2).

Estos criterios fueron creados para distinguir las etapas del envejecimiento reproductivo haciendo especial hincapié en el estadio exacto ya que este, es capaz de relacionarse con la clínica de dicha mujer en ese momento preciso de la etapa. Aunque, son de gran utilidad para la mayoría de las mujeres, cuentan con alguna excepción como; por ejemplo, mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP), con antecedentes de ablación endometrial, histerectomía y/o extirpación de un ovario (Brantes, 2009).

La terminología de estos criterios se emplea a modo identificativo de las tres grandes etapas del envejecimiento reproductivo: reproductiva, transición menopáusica y posmenopáusica; además, estas tres etapas cuentan con una subdivisión formando las etapas temprana, media (solamente en la etapa reproductiva) y tardía. En su cómputo total (entre etapas y subetapas), se distinguen 10

etapas específicas designadas de -5 a +2. Estas 10 etapas, se orientan fundamentalmente en base a los cambios de patrones menstruales tomando como punto de partida la última menstruación (Pizzi la Veglia & Parilli, 2018)

	0							
	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	
Hombre	Reproductiva			Transición menopáusica Perimenopausia			Post menopausia	
	Temprana	Media	Tardía	Inicial	Avanzada		Temprana	Tardía
Duración de la etapa	variable			variable		1 año	4 años	hasta el deceso
Ciclo menstrual	variable a regular	regular	regular	Duración del ciclo variable (>7 días de diferencia con normal)	Falta de ≥2 ciclos + 1 intervalo de amenorrea de 60 días o más		amenorrea x 12 meses	
Fase folicular (Día3-5)	FSH normal <10	FSH normal <10	FSH >10	↑FSH >10		FSH 10 a 30	FSH >40	

Tabla 3: criterios STRAW. Fuente: Conceptos actuales en el diagnóstico de perimenopausia (Brantes, 2009).

Haciendo referencia a estos, se puede observar como los niveles de inhibina en las etapas de la premenopausia, transición temprana, tardía y postmenopausia son parejos.

Por otra parte, los niveles de estradiol se muestran iguales hasta alcanzar las etapas de la transición temprana y avanzada; pero, en aquellas mujeres con amenorrea o retraso menstrual los niveles tienden al aumento y después se reducen una vez alcanzada la menopausia.

Todo esto, va acompañado de una subida considerable en los niveles de FSH (Pizzi la Veglia & Parilli, 2018).

3.3 CUADRO CLÍNICO

La depleción estrogénica y las consecuencias que esto acarrea sobre el eje hipófisis-hipotálamo-ovario es ampliamente reconocida; puesto que, la disminución de los niveles de estrógeno circulantes en sangre son los principales responsables de los signos y síntomas que surgen durante la perimenopausia, acentuándose aún más durante la posmenopausia (Lugones & Navarro, 2006)

Los órganos más afectados son el corazón, vasos sanguíneos, cerebro, huesos, articulaciones, músculos, y piel y mucosas; de ahí que, durante la etapa temprana primen las irregularidades menstruales, los síntomas vasomotores y los cambios tanto en el estado de ánimo como en el patrón del sueño. Por otro lado, en la etapa intermedia, aparecen síntomas como la atrofia vaginal,

dispareunia, incontinencia urinaria y disfunción sexual. Por último, durante la posmenopausia las enfermedades degenerativas y el colágeno influyen de forma significativa en la salud de la mujer en sus últimos años (Pizzi la Veglia & Parilli, 2018)

Estos síntomas transitorios se manifiestan de formas totalmente dispares entre las mujeres. Algunas de ellas pueden atravesar este periodo sin presentar síntomas notorios y, por el contrario, otras de ellas son capaces de experimentar sensaciones diversas con diferencias en cuanto a la intensidad y duración de los síntomas que las acompañen, según la etapa en la que se encuentren (Pizzi la Veglia & Parilli, 2018). No obstante, el déficit estrogénico continuado, se ve reflejado en el sistema cardiovascular, el cerebro y en el esqueleto; haciendo que: la osteoporosis, la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades cardiovasculares sean los principales problemas de salud para las mujeres. Es por ello, por lo que las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad en esta etapa de la vida. Es cierto que, en varios casos, estas variaciones pueden conllevar a una baja calidad de vida; por lo tanto la experiencia de la menopausia va muy ligada a las manifestaciones clínicas de cada individuo, causando un gran impacto significativo en su bienestar (Yabur, 2006).

Alteraciones cardiovasculares:

La enfermedad cardiovascular constituye una de las principales causas de mortalidad en mujeres mayores de 50 años. Durante los años reproductivos, el riesgo cardiovascular (RCV) en mujeres es inferior al de los hombres, aparentemente, está asociado a la cantidad estrogénica (Medina, 2008). Sin embargo, tras la menopausia, el riesgo experimenta un incremento ya que va ligado a la deficiencia de estrógenos, lo cual se ve estrechamente relacionado con una mayor prevalencia de diversos factores de RCV. Entre ellos destacan:

- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial.
- Dislipemias.
- Diabetes mellitus tipo II.

De hecho, el National Cholesterol Education Program (NCEP) reconoce la edad postmenopausica como un factor de RCV, asignando un porcentaje muy similar que al sexo masculino (Arteaga, 2016).

La menopausia precoz (antes de los 40 años), ya sea tanto natural como quirúrgica, también está relacionada con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular. Aproximadamente el 1% de esta población experimenta IOP; es decir, muestran una función endotelial deteriorada. Por otro lado, a pesar de estar asociada con un mayor riesgo de enfermedades coronarias, está relacionada aunque en menor medida, con un riesgo elevado de accidentes cerebrovasculares (Bolaños & Muñoz, 2021).

Alteraciones metabólicas:

Haciendo referencia a los niveles de hormonas sexuales que aminoran a nivel plasmático y sus efectos a nivel metabólico, especialmente en el metabolismo glucídico y lipídico, se ven especialmente reflejados en el desarrollo de enfermedades como la dislipemia, la diabetes mellitus (DM) y la obesidad o sobrepeso (Fernandez Barriga et al., 2020).

La dislipemia, es uno de los factores de riesgo modificables que con el paso de los años podría ocasionar enfermedades coronarias siendo el principal factor de riesgo para sufrir un infarto de miocardio (Medina, 2008). Al alcanzar la premenopausia, la dislipemia se acentúa a causa de que los niveles de LDL aumentan considerablemente ya que, los estrógenos no ejercen su función cardioprotectora, haciendo que, a su vez, los niveles de HDL disminuyan (Fernandez Barriga et al., 2020).

En cuanto a los trastornos del metabolismo de los carbohidratos relacionados con la menopausia, se debe prestar especial vigilancia a las mujeres que sufrieron de diabetes gestacional ya que, podrían presentar DM tipo II no dependiente de insulina en esta etapa. Otros factores de riesgo para presentar DM incluyen el sobrepeso, alcohol, tabaco, mala alimentación, medicamentos y el déficit de vitamina D3 (Fernandez Barriga et al., 2020).

En este periodo, se muestra una predisposición al incremento de la grasa especialmente en la zona abdominal, causando principalmente, una baja autoestima en las mujeres, no obstante, la grasa generada es fuente de estrógenos que a nivel fisiológico actúa aliviando los síntomas climatéricos (Abella Jove et al., 2008).

Síntomas vasomotores (SVM):

Se muestran entre el 60-80% de la población femenina en edad menopáusica en etapas tempranas y, entre éstas, un 10% aproximado persistirá con los siguientes SVM incluso hasta 10 años posmenopausia; haciendo que, estos sean el motivo general para acudir a consulta. Aunque son muy comunes, es crucial considerar causas concomitantes de estos como podrían ser las enfermedades tiroideas, feocromocitoma y leucemia entre otras muchas (Miñano, 2011).

En relación a estos síntomas comprenden: bochornos u oleadas de calor, hiperhidrosis nocturna y escalofríos; aunque estos últimos se presentan en menor medida (Miñano, 2011).

Comúnmente, se manifiestan como golpes de calor independientemente del momento del día haciendo que la cara, cuello o pecho se muestran enrojecidos. Además, se presentan de forma totalmente distinta debido a la condición de cada mujer para fabricar estrógenos y, se distinguen en función de la frecuencia e intensidad pudiéndose clasificar como leves, moderados o intensos (Abella Jove et al., 2008).

Síndrome genitourinarios de la menopausia (SGM):

Hasta hace unos años los términos “atrofia vulvovaginal” (AVV) y “vaginitis atrófica” se empleaban comúnmente para hacer referencia a este conjunto pero, hoy en día, resultan inadecuados ya que, los signos y síntomas asociados al sistema genitourinario son más complejos y abarcan nuevas necesidades una vez finalizada la edad reproductiva. Es por esto por lo que, la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer (ISSWSH) y la Sociedad Norteamericana de la Menopausia (NAMS) aprobaron el término SGM.

Según la ISSWSH y la NAMS, el SGM se define como: “Conjunto de síntomas y signos asociados con una disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales que implican cambios en labios mayores/labios menores, clítoris, vestíbulo/introito, vagina, uretra y vejiga” (Miñano, 2011).

En cuanto a la vulva y la vagina, la piel de estas se atrofia pudiendo provocar el borramiento definitivo de los labios menores aunque, en las etapas iniciales suele ser común que se produzca una craurosis; debido a esto, es posible que aparezcan ligeras pérdidas hemáticas relacionadas con las rotura del epitelio vaginal.

En cuanto a la vejiga, atraviesa por un estado de atrofia perdiendo mayormente su elasticidad, esto, provoca episodios recurrentes de cistitis (además el pH vaginal adquiere un carácter alcalino) y de disuria también muy relacionadas con la incontinencia urinaria (debida a la pérdida de la elasticidad) (Abella Jove et al., 2008).

En general, todos estos síntomas pueden ocasionar un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer afectando así, a las actividades diarias, ejercicio, relaciones interpersonales y a su sexualidad (Miñano, 2011).

Trastornos del sueño:

Los trastornos del sueño son alteraciones muy comunes durante la vejez aunque, su aparición de forma recurrente durante la premenopausia es uno de los factores pronósticos para padecer dichos trastornos durante la menopausia.

Los problemas relacionados con el ciclo del sueño; normalmente, el insomnio, son una de las preocupaciones más importantes que llegan a afectar al 30-60% de las mujeres de mediana edad que se encuentran en la fase de perimenopausia o menopausia temprana (Acosta Osio, 2005).

Trastornos neurológicos:

La depresión es un problema altamente significativo a nivel de salud pública mundial, afectando tanto a la salud, la cognición y la calidad de vida de la persona que la padece.

Haciendo referencia a factores epidemiológicos, ser parte de la población femenina supone formar parte de los factores de riesgo para experimentar trastornos depresivos; esto es debido a las fluctuaciones hormonales femeninas durante los años fértiles tanto en el periodo premenstrual como en el posparto (Abella Jove et al., 2008).

Aunque, hoy en día, sigue sin haber estudios que indiquen si la depresión debe ser considerada como uno de los síntomas centrales durante la edad menopáusica; al igual que, varios problemas asociados a la etapa de la vida en la que se encuentran estas mujeres como pueden ser la viudedad y la jubilación han sido falsamente asociados a la menopausia (Abella Jove et al., 2008). No obstante, por los cambios hormonales que sufre esta población, sí que se evidencia que aparecen cambios en la forma de responder a situaciones normales mostrándose exageradas, irritables o incluso apáticas; por otro lado, las mujeres con antecedentes de trastornos depresivos, son susceptibles a experimentar síntomas depresivos durante la transición a la etapa menopáusica (Torres & Torres, 2018).

Síntomas osteoarticulares:

Los dolores musculoesqueléticos son síntomas que afectan de forma frecuente a la población general, pero debido al déficit estrogénico se muestra la osteoporosis de forma acentuada en la población menopáusica (Miñano, 2011).

Las hormonas sexuales femeninas cumplen un papel fundamental en el hueso ya que, ayudan a su conservación del hueso y de la actividad osteoclástica. Al alcanzar la edad menopáusica, estos niveles de hormonas decrecen haciendo que la absorción de calcio por parte del hueso mengue provocando a la larga problemas como fracturas principalmente en cadera, muñecas y vértebras (Abella Jove et al., 2008). No obstante, se ha visto que factores de riesgo modificables como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo y una dieta pobre en calcio inciden exponencialmente en el desarrollo de la osteoporosis (Ceinos Arcones et al., 1999).

A pesar de que la osteoporosis sea uno de los dos problemas que tienen mayor importancia para las mujeres que se encuentran en esta etapa del ciclo vital, cabe destacar que se deben modificar los estilos de vida de las féminas, ya que, la osteopenia es un problema de salud que muchas pasan desapercibido pero es la prevención de esta vital para no desarrollar osteoporosis al cabo de los años. Es relevante resaltar que, muchas mujeres no sufren de osteopenia y osteoporosis si no de artromialgias; estas, se manifiestan como dolores osteoarticulares pero muestran una gran diferencia con la osteoporosis y, es por esto por lo que es crucial diferenciarlos dado que, la osteoporosis no provoca dolor (Miranda et al., 2013).

Para el diagnóstico de la osteoporosis es fundamental determinar la masa ósea debido a que unos valores entre -1 y -2,5 DE es significativo de que la densidad ósea es baja es decir, que hay osteopenia y que presenta riesgo de sufrir osteoporosis; por otro lado, mostrar valores de -2.5 o menos significa que esta paciente sufre de osteoporosis. Por ello, es vital llevar una dieta saludable acorde a cada etapa de la vida en la que se encuentre para así, en caso de sufrir osteopenia, evitar la osteoporosis o por el contrario, en caso de sufrir osteoporosis paliar sus síntomas (Medline, 2021).

Alteraciones cutáneas:

La dermis está compuesta, junto con otros elementos, de varios receptores de estrógenos como queratinocitos, fibroblastos, melanocitos, folículos capilares y glándulas sebáceas.

La piel, que en su mayoría está compuesta por colágeno de tipo I el cual se encarga de la turgencia cutánea y del colágeno tipo III que es el encargado de otorgar elasticidad a la piel. Con el paso del tiempo, los cambios morfológicos que experimentan los fibroblastos así como también la disminución progresiva de la formación de colágeno junto con la desorganización del restante y; por otro lado, el ácido hialurónico presente en el cutis que, debido a la influencia del déficit estrogénico provoque la depleción de la presión oncótica que ejerce sobre la epidermis. Todos estos factores conllevan al adelgazamiento de casi un 20% de la piel además de comenzar con la aparición de ritides (Muñoz, 2011).

4. ANÁLISIS DEL PROYECTO (DAFO)

Para poder llevar a cabo la planificación estratégica del siguiente proyecto de educación para la salud se hará uso del análisis de la situación (DAFO) (Universidad de Navarra, 2014).

La situación se evalúa a través de contrastar la situación actual (parámetros, indicadores, et.) contra los criterios previamente establecidos o contra un modelo ideal, al igual que ocurre con la visión de futuro. El análisis DAFO es un resumen de los aspectos fundamentales del estudio del entorno de una actividad (externa) y de la capacidad estratégica de la organización (interna). Dentro de esta perspectiva interna se incluyen las fortalezas y debilidades, mientras que a su vez, en la perspectiva externa se reúnen las oportunidades y amenazas (Universidad de Navarra, 2014).

En cuanto a la organización interna, se forma mediante las fortalezas y las debilidades. Las fortalezas se componen de aquellas situaciones positivas o elementos relevantes que permiten abordar de forma exitosa los cambios o desafíos de la competencia; además, se consideran aspectos positivos de la organización que facilitan la expansión del alcance, incluyendo entre otros los recursos financieros y la eficiencia del proceso. Haciendo referencia a las debilidades, son aquellas que a pesar de ser parte del centro interno, constituyen todas las situaciones que son un obstáculo para llevar a cabo el desarrollo del centro, como por ejemplo el burnout de los profesionales o participantes, falta de recursos para el correcto abordaje... (Universidad de Navarra, 2014).

Por otro lado, dentro de la organización externa, está conformada por las oportunidades y las amenazas. Las oportunidades son aquellas situaciones externas ajenas al proyecto que pueden ser empleadas de forma beneficiosa en el proyecto como podrían ser recursos financieros mostrándose en forma de ventajas comparativas. Por último, las amenazas son todo aquel impulso negativo, no controlado, que puede perjudicar el progreso futuro (Universidad de Navarra, 2014).

4.1 ANÁLISIS DEL PROYECTO (DAFO) APLICADO AL PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A modo de poder obtener una visión global de la importancia de crear un programa de educación para la salud enfocado hacia el climaterio y menopausia, se efectúa a continuación un análisis DAFO. Principalmente se han estudiado las características internas (debilidades y fortalezas) y externas (amenazas y oportunidades) que, a su vez, se dividen en positivas y negativas.



Imagen 2: Análisis DAFO. Fuente: Elaboración propia

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa a las mujeres de entre 38 y 57 años de edad en fase climática que se encuentren tanto en menopausia precoz, natural o tardía.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar de forma individual e integral a las mujeres climáticas y en estado menopáusico.

- Identificar los tabúes existentes en la sociedad sobre la menopausia y desmitificarlos proporcionando información real.
- Analizar los conocimientos y habilidades previas para ayudarles a adoptar un nuevo estilo de vida de forma que incremente su autoestima.
- Adquirir conocimientos sobre los cambios físicos, endocrinos y biológicos que ocurren durante la menopausia, basado en la evidencia científica.
- Descubrir distintas alternativas en el manejo sintomático además de pautas relacionadas con el autocuidado y estilo de vida.
- Mostrar la importancia de un personal sanitario especializado en el proceso de enseñanza y acompañamiento durante esta etapa de vida.

6. MATERIAL Y MÉTODOS BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Durante el periodo comprendido entre octubre de 2023 hasta enero de 2024, la recopilación de datos para la elaboración del siguiente proyecto de educación para la salud se hizo uso del siguiente material, así como bases de datos de las cuales se extrajo información para su consiguiente selección de datos y por último la aplicación para la elaboración del proyecto.

Para la selección de datos del proyecto se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos de investigación originales tanto en guías de práctica clínica como en revistas científicas. Para ello, se utilizaron diversas bases científicas y guías físicas a través de la biblioteca CRAI Jose Planas perteneciente a la Universidad Europea de Valencia (UEV). Las bases de datos a destacar fueron EBSCO, Scielo y MEDLINE, entre otras. Asimismo, se consultaron artículos en Google Scholar, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

En el presente estudio se propone un programa de educación para la salud centrado en mejorar el estilo de vida de las mujeres con síndrome climatérico y en estado menopáusico. Tendrá un enfoque dirigido a la detección de signos y síntomas de carácter personal para hacer frente a ellos, fomentar comportamientos y un estilo de vida saludables así como dotar de la importancia de la salud mental. Además, abarcará contenidos relacionados con el autocuidado, la auto percepción de la figura de la mujer en dicha etapa, la autoestima, la alimentación, el ejercicio, la salud mental y los estigmas sociales.

Dicho programa podrá tener lugar en los Centros de Salud que cuenten con un espacio para su aplicación o, en su defecto, aulas o instituciones que se concedan para que este pueda tomar lugar.

6.1 CRITERIOS DE LEGIBILIDAD

6.1.1 PREGUNTA PICO

Con el fin de superar el objetivo planteado se procede a desarrollar la pregunta de investigación en formato PICO: “¿Mejoraría la calidad de vida y el nivel de conocimiento de las mujeres menopáusicas que acudan a un programa de educación sobre el climaterio en relación con aquellas que no asistirán?”.

El paciente afectado serían las mujeres en etapa menopáusica, la intervención sería el programa de educación para la salud en el climaterio y menopausia y el objetivo que se busca conseguir es el aumento del estado de bienestar de las mujeres menopausia.

De esta forma, haciendo referencia al trabajo a realizar, se obtiene la siguiente estructura:

P	Población ¿Ante qué tipo de paciente/problema nos encontramos?	Mujeres de entre 40-57 años, en estado o fase menopáusica.
I	Intervención ¿Qué intervención se pretende realizar para aminorar el problema?	Elaborar un programa de educación para la salud enfocado a mejorar el estilo de vida y bienestar de las mujeres con síndrome menopáusico.
C	Comparador ¿Qué otra alternativa se pretende comparar con la intervención?	Los conocimientos adquiridos entre las mujeres que acuden al programa y las que no acuden.
O	Resultados ¿Qué se espera lograr o mejorar?	Una mejoría en el nivel de conocimientos sobre la menopausia, ayuda frente al manejo de síntomas y calidad de vida.

Tabla 4: Estructura PICO. Fuente: Elaboración propia.

6.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.1.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión empleados para la selección de participantes del proyecto de educación para la salud fueron los siguientes:

- Tener una edad perteneciente al rango 38-57 años.
- Presentar síntomas climatéricos.

6.1.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión empleados para la selección de participantes del proyecto de educación para la salud fueron los siguientes:

- Rellenar los formularios de admisión de forma incompleta.
- Pertenecer a Centros de Salud fuera del barrio seleccionado.

7. MATERIAL Y MÉTODOS EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

7.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Tras los resultados obtenidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE), se ha visto cómo las mujeres que se encuentran en el rango de edad entre 45-54 años son las que, en su mayoría, presentan problemas asociados al periodo menopáusico (alrededor de 412) (gráfico 1) y que; a su vez, es el grupo que acude en menor medida a la consulta de la matrona o, en caso de acudir, suele ser de forma esporádica durante el mes haciendo notar que, dichas visitas probablemente puedan llegar a coincidir con alguno de las revisiones que deben realizarse las mujeres de forma periódica.

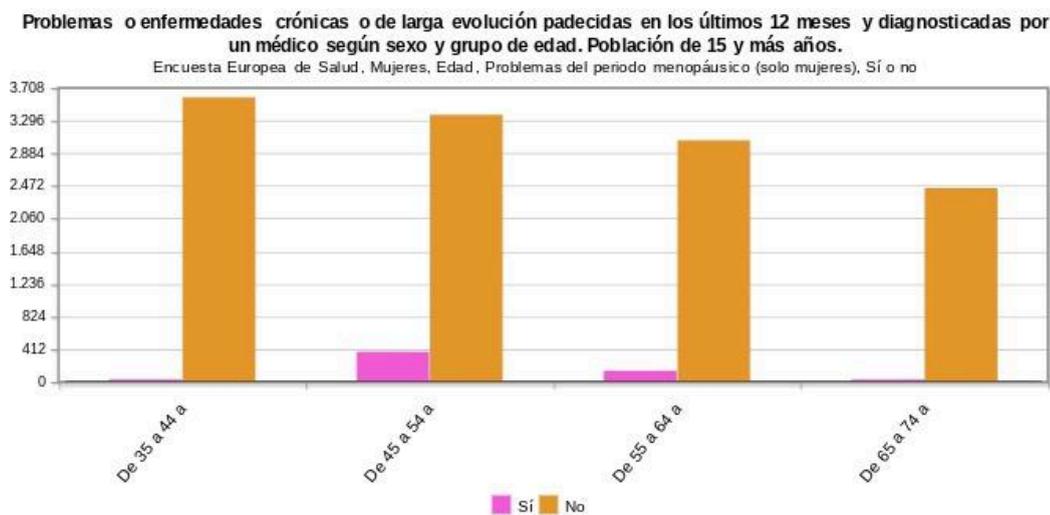


Gráfico 1: Problemas del periodo menopáusico. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estos datos, han llevado a comprobar que, tanto en las consultas de matronas como en los centros de atención primaria de la comunidad valenciana, no constan programas de educación para la salud sobre temas como la menopausia haciendo ver que, se trata de un servicio sumamente relevante y que le sería de gran ayuda a la población femenina.

Además, canales de difusión como ciertos periódicos e incluso la televisión, hacen eco de cientos de titulares como “el 85% de las mujeres menopausia no reciben una terapia eficaz” (anexo 1), “el tabú de la menopausia persiste en el siglo XXI” (anexo 2), o incluso “se pone la mirada en que ya no vales porque no eres fértil” (anexo 3),

A pesar de que cada vez son más las mujeres que deciden mostrarlo como un problema cotidiano, desafortunadamente son muchas otras las que siguen sintiendo “humillación” e “inseguridad” por su nueva condición.

Lo cual, acompañado de la alta demanda de la consulta de matrona por otros motivos de salud y su limitado horario para poder enfrentarse a dicho problema, trae por consiguiente una “excusa” entre las mujeres para intentar dejar atrás complejos e inseguridades derivados de la menopausia para requerir acudir a la consulta mostrándose como una comunidad desinteresada y desinformada.

Todo esto, han llevado a la realización del siguiente proyecto con la finalidad de motivar a la población femenina de la comunidad valenciana a manifestar sus dudas, inseguridades y problemas de salud asociados a esta nueva situación además de la normalización de esta desterrando los tan populares tabúes.

Considerando todo lo mencionado anteriormente, se ha podido observar como el primer problema para la salud es la falta de conocimientos debido a la vergüenza y desinterés de las mujeres acompañado de la escasa comunicación sanitaria y la falta de recursos para dicha comunicación haciendo que programas de educación como el siguiente sirvan de modelo muy necesario en la población.

7.2 DEFINICIÓN DEL GRUPO DE INCIDENCIA

En la Comunidad Valenciana, según el Instituto Valenciano de Estadística (IV,E) a 1 de enero de 2021, viven 5.058.138 personas. Dicha población, se encuentra subdividida en las tres provincias de la siguiente forma: Alicante 1.881.762 habitantes, Castellón 587.064 habitantes y Valencia 2.589.312 habitantes.

Según estas cifras y debido a que Valencia es la provincia con mayor población, se hará uso de la siguiente provincia para escoger la población diana. Valencia cuenta con 1.321.351 habitantes femeninos. Respecto a la ciudad de Valencia, cuenta con 807.693 habitantes y de estos, 424.628 son mujeres, es decir el 52,5% del total con una media de edad establecida en 47 años siendo el 26% el grupo mayoritario (gráfico 2).

Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (española/extranjera)
 Estadística Continua de Población, Valencia/València, Española, Grupo quinquenal de edad, Mujeres, 1 de enero de 2021

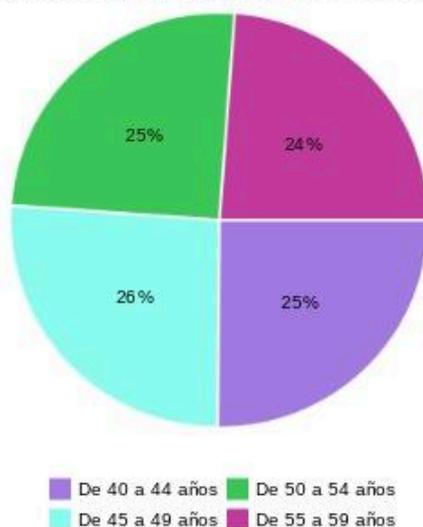


Gráfico 2: Población femenina residente en la ciudad de Valencia según grupos de edad. Fuente: Instituto Valenciano de Estadística (IV,E) (2021).

Es por todo esto por lo que la población diana finalmente elegida serán las mujeres que viven actualmente en la ciudad de Valencia, exactamente en el distrito Quatre Carreres. Esta selección se ha llevado a cabo por los datos obtenidos en relación a las personas que habitan los 19 distritos de Valencia, siendo el seleccionado el que mayor número de habitantes posee.

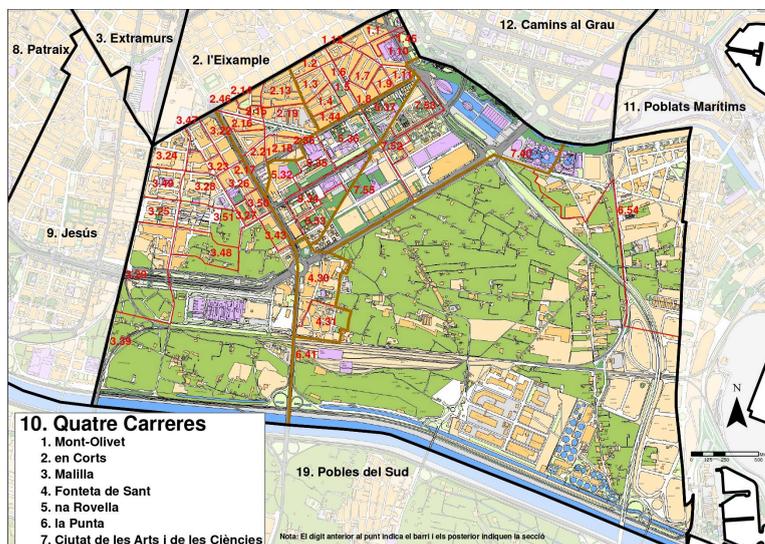


Imagen 3: Distrito 10 Quatre Carreres. Fuente: Valencia Actúa.

Para poder definir con exactitud el grupo, se han establecido ciertos parámetros:

1. Conocer la zona:
 Quatre Carreres se divide en 7 barrios: Mont-Olivet, en Corts, Malilla, Fonteta de Sant, na Rovella, la Punta y Ciutat de les Arts i de les Ciències
2. Conocer los barrios con mayor población de la zona:

- Mont-olivét: 19.204 hab.
- en Corts: 12.028 hab.
- Malilla: 22.100 hab.
- Fonteta de Sant: 3.040 hab.
- na Rovella: 7.540 hab.
- La punta: 2.769 hab.
- Ciutat de les Arts i de les Ciències: 7.689 hab.

3. Destacar los Centro de Salud (CS) con área para la mujer:

- CS Fuente San Luis.
- CS Ingeniero J.Benlloch.

Teniendo en cuenta la población, el horario del centro y el área de matrona de la zona, el centro de atención primaria (CAP) seleccionado para llevar a cabo el programa de salud será el CS Fuente San Luis.

7.3 POBLACIÓN DIANA

El siguiente programa está dirigido a todas las mujeres que se encuentren en un rango de edad de entre 38-57 años o en cualquier fase tanto climatérica como menopáusica. Se ha establecido este rango de edad ya que, comúnmente las mujeres en dicha fase suelen abarcar estas edades. Por otro lado, se comprende la cifra de 38 años para poder contemplar los casos de mujeres con menopausia precoz y a su vez, la edad de 57 años para poder contemplar a aquellas que presenten menopausia tardía.

Además, el programa estará principalmente enfocado en la Comunidad Valenciana (en el barrio Quatre Carreres especialmente a las mujeres con el CS Fuente San Luis) ya que, antes la Comunidad Valenciana sí que contaba con un proyecto de educación enfocado a este tipo de población pero a día de hoy, no queda registro por vía online de dicho programa.

El CS Fuente San Luis pertenece al Departamento de Salud València-Doctor Peset, este departamento cuenta con una población atendida a fecha de enero del año 2024 de unas 288.583 personas, siendo 150.324 de ellas mujeres. Haciendo referencia al CAP seleccionado, el CS Fuente San Luis cuenta con 33.362 números SIP asignados; estos se dividen en 17.403 mujeres y 15.959 hombres.

A continuación, se presentan las características de la población diana:

- Tener una edad perteneciente al rango 38-57 años.
- Presentar síntomas climatéricos.

7.4 CAPTACIÓN

7.4.1 CAPTACIÓN DOCENTE

Para que el programa de educación tenga un desarrollo adecuado y provoque un impacto en las participantes, es necesario que los docentes del programa estén sumamente cualificados para poder enfrentarse a los temas a tratar, es por ello por lo que se precisará una matrona o en su defecto una enfermera con alto rango de conocimientos acerca de la menopausia y climaterio, una psicóloga, una fisioterapeuta especializada en mujeres, una nutricionista, una psicóloga con conocimientos sobre la menopausia y por último una entrenadora personal.

Para la captación docente se hará uso de diversos métodos:

- Se enviará una difusión mediante correo electrónico (Anexo 4) a todos aquellos profesionales sanitarios que cumplan los criterios establecidos. En dicho correo se explicará de forma resumida el contenido del programa de educación para la salud, las sesiones en las que deberán participar, disponibilidad horaria, sueldo aproximado, entre otros aspectos.
- Se contactará con los CAP del distrito seleccionado para transmitir la información del proyecto y manifestar su participación en el proyecto, en caso de que estos profesionales no pueden hacerse cargo se contactará con otros CAP de los barrios colindantes.

7.4.2 MUESTRA

Para reunir un grupo de mujeres 16 de entre 38-57 años de edad, todas aquellas que deseen formar parte de este proyecto deberá ser de forma totalmente voluntaria y gratuita, se llevarán a cabo las siguientes técnicas:

- Se colgará un cartel informativo (Anexo 5) en la puerta de entrada del CS Fuente San Luis, donde se informará del modo de inscripción.
- Se colgará el mismo cartel informativo (Anexo 5) en la Universidad Popular de Valencia- UP Na Rovella, donde tendrá lugar el proyecto.
- En la consulta de la matrona del CS se colgará el cartel informativo (Anexo 5) del proyecto con toda la información necesaria para participar en él.
- Para poder inscribirse al curso, deberán acudir al mostrador del CS donde deberán rellenar el documento de consentimiento informado (Anexo 6), una vez que las plazas estén llenas se finalizará el plazo de inscripción.
- Se entregará un documento informativo con el día y hora exactas de cada sesión; es decir, el cronograma y se les indicará las sesiones pertenecientes al grupo inscrito para no causar confusión (Anexo 7).

7.5 TIPO DE INTERVENCIÓN Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

La intervención planificada que se va a llevar a cabo se trata de un proyecto de educación para la salud, de naturaleza grupal con un número de participantes limitado y de carácter voluntario. Por todo esto y al tratarse de un programa que tendrá lugar a partir de enero de 2025, no es posible determinar con exactitud el número total de participantes.

Se ha de aclarar que para que el programa resulte óptimo y se alcancen los objetivos, los grupos serán reducidos y cerrados, contando con un máximo de 16 participantes por grupo. Los participantes que acudan a la primera sesión mantendrán su plaza para las siguientes sesiones, en caso de que algún participante quiera unirse una vez que el programa haya comenzado deberá asegurarse de la disponibilidad del grupo ya que, si los grupos se completan no podrá acudir. El cambio de grupo para alguna sesión en concreto deberá ser avisado previamente debido al material empleado en cada sesión y, en ese caso, el número de participantes de algún grupo podría verse modificado.

Las participantes deberán acudir de forma presencial a todas las sesiones y de forma continuada ya que, se adquirirán conocimientos que serán útiles para poder enfrentarse a los retos y ejercicios que serán planteados a lo largo de las 4 sesiones con las que contará el programa.

Debido a las circunstancias de las participantes y a sus horarios, se crearán sesiones durante los turnos de mañanas, siendo estas los lunes; y, durante el turno de tarde, siendo estas los miércoles. Por último, es recomendable la participación completa al programa ya que, esto servirá de ayuda para la evaluación final del programa y así, poder lanzar nuevas ediciones de este.

8. DESARROLLO Y ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

8.1 ESTRUCTURA DEL PROYECTO

El proyecto de educación para la salud en el climaterio y menopausia tendrá un desarrollo a lo largo de un mes con una distribución de una sesión por semana.

Todas las sesiones se realizarán de forma grupal, aunque se mantendrá la misma distribución por grupo y aula, las sesiones se realizarán siguiendo el mismo orden y cada grupo contará con una enfermera distinta. En cuanto al resto de profesionales sanitarios, serán los mismos los que acudan a las sesiones del grupo de A (turno de mañana) como del grupo B (turno de tarde).

A lo largo de las sesiones se desarrollarán temas individuales y se enfocará de la siguiente manera:

Sesión 1: Presentación del proyecto e introducción a los conceptos.
Sesión 2: Tratamiento y nutrición.

Sesión 3: Autoestima y salud mental.
Sesión 4: Ejercicio físico y estilo de vida saludable.

Tabla 5: Organización por temas de las sesiones. Fuente: Elaboración propia.

8.2 DURACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de educación para la salud tendrá una duración total de 4 semanas, contando con 2 sesiones por semana (una en el turno de mañanas y otra sesión en el turno de tardes).

En cuanto a la duración individual de cada sesión:

- La primera sesión contará con una duración aproximada de 85 minutos.
- La duración de la segunda sesión será aproximadamente de 115 minutos.
- La duración de la tercera sesión será aproximadamente de 90 minutos.
- La cuarta sesión contará con una duración aproximada de 95 minutos.

9. CONTENIDO DE LAS SESIONES

9.1 SESIÓN Nº 1: HOLA, SOMOS CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Objetivo principal de la sesión:

Dar a conocer el proyecto y sus objetivos para así, normalizar la situación afectivo-sexual actual de las mujeres en este rango de edad. Se tomará como punto de partida sus conocimientos sobre el tema a tratar para después esclarecer las fases de la menopausia como sus sintomatología.

Desarrollo de la sesión:

La primera sesión se centrará en comprender los cambios y síntomas que forman parte del climaterio. Además, se abordarán los contenidos relacionados con los siguientes conceptos: menopausia, climaterio, sintomatología y los factores que influyen en ellos. Para poder llevar a cabo lo mencionado anteriormente se utilizarán los métodos y técnicas detallados a continuación.

Al comienzo de la sesión, se dará la acogida a las participantes (A.1). La acogida intenta transmitir a los participantes la confianza, seguridad e interés por el taller de parte de los profesionales sanitarios. Tras la acogida, se dará paso a la presentación (A.2). Las educadoras realizarán una breve presentación sobre ellas y, a su vez, las participantes procederán a lo mismo; de esa forma, se buscará crear un ambiente de confianza y cercanía. También, las educadoras presentarán el taller mostrando el cronograma (M-1) (Anexo 7) a seguir donde se verá reflejado el número de sesiones, las fechas en las que se llevarán a cabo y el contenido de estas.

La presentación dará paso a la tercera actividad donde las participantes obtendrán un folio con una tabla que contará con 3 columnas para la técnica didáctica CQA (A.3) (M-2) (Anexo 8), cada columna irá acompañada de una de las letras de la actividad. Las participantes deberán rellenar las columnas de las siguientes letras: C (lo que conozco) y Q (lo que quiero aprender) y, al final de todas las sesiones rellenará el apartado A (lo que aprendí). Este cuestionario será usado a modo de comparación al final del proyecto para evaluar si las sesiones que formarán parte del programa resultan informativas y educativas.

Durante la cuarta actividad, se realizará una lluvia de ideas. Para llevar a cabo la realización de esta técnica (A.4), las educadoras escribirán en la pizarra una palabra, en este caso será la palabra “menopausia” y, las participantes expresarán a viva voz el significado o que les inspira la palabra escrita; por último, las educadoras escribirán en la pizarra las palabras mencionadas por las participantes. Estas palabras, servirán para contrastar durante la sesión la percepción que las mujeres tienen sobre la menopausia y los conocimientos que irán adquiriendo,

Las educadoras darán paso a la quinta actividad donde se realizará una técnica expositiva (A.5). Para la realización de esta técnica, las colaboradoras realizarán una presentación (M-3) (Anexo 9) que servirá a modo de guía para explicar los términos relacionados con la menopausia que comúnmente crean confusión y son empleados de forma errónea, entre ellos destacan los términos menopausia y climaterio; también, se explicarán de forma sencilla los cambios endocrinos que conlleva el cese de la producción ovárica y los síntomas que generan todos estos procesos hormonales. Tras la presentación, se realizará una rueda de preguntas (A.6) sobre las dudas surgidas durante esta actividad, las cuales serán formuladas por parte de las participantes a las educadoras para que estas puedan ser aclaradas.

Al finalizar la actividad teórica, se realizará un método de caso (A.7). Para esto, las educadoras entregarán un folio con un bolígrafo a cada participante. En el folio se mostrará un caso clínico (M-4) (Anexo 10) que deberán realizar en parejas. Esta actividad es muy útil para completar y ampliar información además de trabajar las actitudes y conocimientos adquiridos aprendiendo a valorar las situaciones del día a día en mujeres en su misma situación.

Por último, se entregará la ficha de valoración (A.8) (M-5) (Anexo 16). Una vez cumplimentada, se despedirá a las participantes y se les animará a continuar con el resto de las sesiones del programa.

PRIMERA SESIÓN: HOLA, SOMOS CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			
Objetivos	Técnica y método	Tiempo	Desarrollo y materiales
Recibir a las participantes.	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.1: Transmitir al grupo confianza, seguridad e interés por el taller
Presentar el taller, la sesión, los profesionales y asistentes.	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de presentación	10 minutos	A.2: Presentación del contenido del taller y cronograma, del contenido de la sesión, de la profesional y asistentes M-1: Cronograma
Iniciar la actividad y averiguar los conocimientos previos acerca del climaterio de las asistentes	Método de investigación Técnica: CQA	10 minutos	A.3: Gestión de conocimientos M-2: Tabla CQA
Enunciar un sinónimo en base a las creencias y en la cultura de cada participante	Método de investigación Técnica: Tormenta de ideas	10 minutos	A.4: Las participantes expresarán al grupo que sinónimo asocian con la palabra "menopausia"
Transmitir conocimientos, aclarar conceptos y resolver dudas	Método expositivo Técnica: Exposición con discusión	25 minutos	A.5: Exposición tema 1 A.6: Rueda de preguntas M-3: Diapositivas
Desarrollar el análisis de situación, las actitudes y el área emocional	Método de análisis Técnica: Análisis de caso	20 minutos	A.7: Analizar un caso M-4: ¿Qué le ocurre a Ana?
Despedir a las participantes	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.8: Final de la sesión, complimentar la ficha, agradecer la participación y animar a que asistan a la siguiente M-5: Ficha de valoración

Tabla 6: Primera sesión. Fuente: Elaboración propia

9.2 SESIÓN N° 2: MÁS ALLÁ DE LAS PASTILLAS

Objetivo principal de la sesión:

Explicar las técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el abordaje de la sintomatología climatérica, pautas para llevar un estilo de vida saludable y mejorar el autocuidado. Por otro lado, se van a proponer varios ejemplos nutricionales para mejorar la alimentación en esta etapa.

Desarrollo de la sesión:

La segunda sesión del programa irá orientada al tratamiento sintomatológico de la menopausia. Se realizarán actividades para conocer el tratamiento farmacológico y otras alternativas no farmacológicas como por ejemplo consejos nutricionales o técnicas como la acupuntura. Para poder llevar a cabo lo mencionado anteriormente se utilizarán los métodos y técnicas detallados a continuación.

Al comienzo de la sesión se recibirán a las integrantes mediante la técnica de la acogida (A.9), en la cuál se presentará a la nutricionista que formará parte de esta sesión. Tras la acogida, se realizará un cuestionario (A.10), el cuestionario se realizará a modo de resumen para recordar los temas tratados en la sesión anterior, las participantes deberán unirse desde sus dispositivos móviles al cuestionario haciendo uso de la aplicación Kahoot (M-6) (Anexo 11).

Para la segunda actividad, se hará uso de la técnica de la telaraña (A.11). Para realizarla, las participantes se deberán situar en medio del aula formando un círculo donde las docentes entregarán un ovillo de lana a una de ellas. Una vez que una de ellas obtenga el ovillo de lana (M-7), se plantea la siguiente pregunta: “¿Cómo podemos mejorar los síntomas relacionados con el climaterio?”. La mujer que haya obtenido el ovillo deberá dar una respuesta a dicha pregunta, tras su respuesta, lanzará el ovillo de forma aleatoria a otra mujer, esta nueva mujer dará otra respuesta distinta o en su defecto lo que ella hace o haría. Se seguirán los mismos pasos hasta que todas las participantes den su respuesta.

En la tercera actividad, se llevará a cabo una técnica expositiva (A.12), donde se realizará una presentación que será de gran ayuda para dar solución a las respuesta planteadas en la actividad anterior. La exposición irá acompañada de unas diapositivas (M-8) (Anexo 12) que servirán como soporte. Tras la exposición se realizará una rueda de preguntas (A.13) donde las participantes podrán consultar con las profesionales todas las dudas que les hayan ido surgiendo durante la exposición del tema.

Para la cuarta actividad, el programa contará con la colaboración de una nutricionista, ella les brindará consejos sobre suplementos, alimentos y estilo de vida acordes al climaterio. Para empezar, la nutricionista realizará un juego (A.14) donde mostrará en la pizarra la pirámide de alimentación saludable de la SENC pero sin ningún contenido dentro, a cada una de las participantes se les

otorgará una carta con el dibujo de un alimento (M-9) que tendrán que colocar según su creencia de forma correcta en la pirámide.

Tras la realización del juego, mediante una charla (A.15) que contará con el apoyo visual de unas diapositivas (M-10) (Anexo 13), se dará una breve clase informativa sobre alimentación enfocada a la menopausia. Al acabar la charla se dará paso a las preguntas (A.16). Tras la rueda de preguntas, el grupo se dividirá en 2 para realizar la siguiente actividad.

Durante la última actividad de la sesión, se hará uso de la técnica tormenta de ideas (A.17), la nutricionista mostrará en la pantalla un alimento o snack no saludable, las participantes deberán debatir durante 2 minutos en grupos para brindar una alternativa saludable a ese alimento, cuando cada grupo obtenga una respuesta, deberá comentar en voz alta y se escribirá en la pizarra; tras finalizar con todos los alimentos, la nutricionista informará de la opción correcta de respuesta e indicará varias alternativas saludables.

Al finalizar este último juego se dará para a una pequeña charla (A.18) en la cual se intentará crear consciencia de que existen alternativas saludables para saciar los impulsos de dulce o comida basura que suelen ser muy comunes también se procurará informar de las posibles relaciones entre antojos y carencias de algunos minerales en concreto aunque, también se explicará qué comer algún alimento tachado de no saludable de forma puntual no provoca daños a nuestro organismo.

Por último, se entregará la ficha de valoración (A.19) (M-5) (Anexo 16). Una vez cumplimentada, se despedirá a las participantes y se les animará a continuar con el resto de las sesiones del programa.

SEGUNDA SESIÓN: MÁS ALLÁ DE LAS PASTILLAS			
Objetivos	Técnica y método	Tiempo	Desarrollo y materiales
Recibir a las participantes.	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.9: Saludar a las participantes y presentación de la nutricionista
Sintetizar los conocimientos anteriores	Método de investigación Técnica: Cuestionario individual	10 minutos	A.10: Proporcionar un resumen de la sesión anterior M-6: Kahoot con dispositivos móviles
Proponer ideas relacionadas con los conocimientos para solucionar una situación específica	Método expositivo Técnica: Telaraña	20 minutos	A.11: Plantear de forma grupal la pregunta: “¿Cómo podemos mejorar los síntomas relacionados con el climaterio?”, las participantes deberán responder de forma individual argumentando su respuesta M-7: Ovillo de lana
Transmitir conocimientos, aclarar conceptos y resolver dudas	Método expositivo Técnica: Exposición con discusión	25 minutos	A.12: Exposición tema 2 A.13: Rueda de preguntas M-8: Diapositivas
Establecer el correcto orden de los alimentos	Método desarrollo de habilidades Técnica: Juego	10 minutos	A.14: Otorgar el lugar correcto del alimento obtenido M-9: Cartas
Transmitir conocimientos, aclarar conceptos y resolver dudas	Método expositivo Técnica: Exposición con discusión	20 minutos	A.15: Exposición alimentación A.16: Rueda de preguntas M-10: Diapositivas
Sugerir alternativas nutricionalmente saludables	Método de investigación Técnica: Tormenta de ideas	10 minutos	A.17: Argumentar de forma grupal ideas sanas para sustituir el alimento mostrado
Crear conciencia de la importancia de una alimentación saludable	Método expositivo Técnica: Charla	10 minutos	A.18: Charla motivacional
Despedir a las participantes	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.19: Final de la sesión, complimentar la ficha, agradecer la participación y animar a que asistan a la siguiente M-5: Ficha de valoración

Tabla 7: Segunda sesión. Fuente: Elaboración propia

9.3 SESIÓN N° 3: QUE LOS TABÚS NO DAÑEN TU MENTE

Objetivo principal de la sesión:

Identificar los tabús de la sociedad relacionados con el climaterio y la menopausia para reducir el estigma social y tratar de enfocarlos común aspecto positivo; además se demostrará como la salud mental es tan importante como la salud física y el poder que juega la mente tanto positivamente como negativamente a cada persona.

Desarrollo de la sesión:

La tercera sesión del programa está dirigida a la desmitificación de los tabús que a pesar de haber sido disminuidos en los últimos años aún siguen muy presentes en la sociedad. Por otro lado, se seguirá dando visibilidad a la salud mental y la importancia que tiene en esta fase del sistema reproductor femenino ya que el descenso hormonal puede acentuar o crear enfermedades mentales como la depresión. Para poder llevar a cabo lo mencionado anteriormente se utilizarán los métodos y técnicas detallados a continuación.

Al comienzo de la sesión se recibirán a las integrantes mediante la técnica de la acogida (A.20), en la cuál se presentará a la psicóloga que formará parte de esta sesión. Tras la acogida, se realizará una actividad donde se darán a conocer los tabús sobre el climaterio y la menopausia; para esto, haremos uso de la técnica phillips 6/6 (A.21); a fin de realizar esta técnica, las participantes formarán dos grupos (grupo A y grupo B) con 6 integrantes en cada uno; cada grupo, deberá debatir durante 6 minutos sobre los tabús que se mostrarán en la pantalla (M-11) y deberán llegar a un acuerdo donde decidirán cuáles de ellos son ciertos y cuáles no. Pasados los 6 minutos, la representante elegida por el grupo deberá exponer al resto las respuestas obtenidas dando un argumento sólido para contrastarlo.

Al finalizar la técnica anterior, la enfermera encargada del proyecto, dará paso a un debate dirigido (A.22) donde brindará información real para dejar de lado los tabúes, durante este debate, las participantes tendrán la oportunidad de expresar sus experiencias y creencias de forma personal mientras se van esclareciendo cada uno de los tabús. Al finalizar el debate se visualizará el siguiente video (A.23) con el fin de derrocar los tabús (M-12):

<https://www.youtube.com/watch?v=1iaV1qq07vQ&t=125s>

Tras la proyección, la psicóloga informará mediante un mapa mental (A.24) (M-13) todos los síntomas a nivel psicológico que puede presentar una mujer durante la menopausia y el impacto negativo que estos traen en la salud de la mujer que los sufra; asimismo, brindará un discurso motivador (A.25) con el fin de inculcar a todas aquellas mujeres que presentan dichos síntomas tanto como a aquellas mujeres que no los presenten de buscar ayuda psicológica desmitificando uno de los mitos, que a pesar de estar cada vez más normalizado en la sociedad aún continúa generando prejuicios.

Por último, se entregará la ficha de valoración (A.26) (M-5) (Anexo 16). Una vez cumplimentada, se despedirá a las participantes y se les animará a continuar con el resto de las sesiones del programa.

TERCERA SESIÓN: QUE LOS TABÚS NO DAÑEN TU MENTE			
Objetivos	Técnica y método	Tiempo	Desarrollo y materiales
Recibir a las participantes.	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.20: Saludar a las participantes y presentación de la psicóloga
Identificar y desmitificar los tabús sobre el climaterio y la menopausia	Método de investigación Técnica: Phillips 6/6	10 minutos	A.21: Identificar en base a sus creencias que tabús son reales y cuales de ellos son falsos M-11: Diapositivas
Proponer ideas relacionadas con los conocimientos para solucionar una situación específica	Método expositivo Técnica: Debate dirigido	20 minutos	A.22: Proporcionar información real para dejar atrás los tabús
Resumir los conceptos tratados	Método desarrollo de habilidades Técnica: Video	20 minutos	A.23: Visualización del video M-12: Video mediante enlace
Transmitir conocimientos, aclarar conceptos y resolver dudas	Método expositivo Técnica: Mapa mental	20 minutos	A.24: Presentar los síntomas psicológicos que pueden darse en la menopausia y los impactos que ocasionan en la sociedad M-13: Mapa mental
Crear conciencia de la importancia de una buena salud mental	Método expositivo Técnica: Charla	10 minutos	A.25: Charla motivacional
Despedir a las participantes	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.26: Final de la sesión, cumplimentar la ficha, agradecer la participación y animar a que asistan a la siguiente M-5: Ficha de valoración

Tabla 8: Tercera sesión. Fuente: Elaboración propia

9.4 SESIÓN N° 4: CÚDATE

Objetivo principal de la sesión

Proponer ejercicios para prevenir problemas asociados a la situación climatérica de la mujer como medidas preventivas en el caso de la incontinencia o en su defecto medidas para mejorar la incontinencia; al igual se enseñarán técnicas de relajación. Por otro lado y haciendo uso de un cuestionario se resumirán los conocimientos adquiridos durante el programa y conocer la satisfacción con el taller.

Desarrollo de la sesión:

La cuarta sesión irá encaminada a el autoconocimiento sobre su aparato reproductor femenino de forma que sean capaces de reconocer las zonas que se ven afectadas, que carezcan de apoyo e incluso conlleven a un prolapso; además de brindar dichos conocimientos se realizarán ejercicios que ayuden a prevenir o mejorar la incontinencia. Además, se les brindará la oportunidad de aprender técnicas de relajación y para ser capaces de llevar un control respiratorio en momentos de ansiedad.

Al comienzo de la sesión se recibirán a las integrantes mediante la técnica de la acogida (A.27), en la cuál se presentarán la fisioterapeuta y la entrenadora personas que tomarán parte de esta sesión (A.28). La última sesión del programa estará dividida en tres apartados, la división irá en función de la colaboradora principal en las técnicas a realizar:

- Apartado 1: fisioterapia.
- Apartado 2: entrenamiento personal.
- Apartado 3: fisioterapia.

Apartado 1: al dar fin a la técnica anterior, se realizará la primera actividad, mediante la técnica del foro (A.29) las participantes deberán expresar sus ideas, opiniones e incluso sus vivencias personales acerca de los temas que se tratarán en la sesión: incontinencia, atrofia vaginal, prolapso e irritación o sequedad vaginal.

Tras la realización del foro; la fisioterapeuta acompaña de la enfermera docente, realizarán una exposición (A.30) donde darán voz a los contenidos mencionados respaldadas con ayuda de unas diapositivas proyectadas en la pizarra (M-14) (Anexo 14). Tras la exposición dará paso una rueda de preguntas (A.31) donde las asistentes podrán consultar sus dudas con las profesionales.

Al dar fin a la exposición, la fisioterapeuta dará paso a la siguiente actividad. Durante esta, las participantes tomarán una esterilla y se situarán en el centro del aula formando un círculo, en el centro de este se situará la fisioterapeuta. Ella, procederá a la explicación del entrenamiento (A.32) y a su consiguiente demostración de los ejercicios oportunos para tratar la incontinencia (Kegel).

Apartado 2: durante esta sección las participantes continuarán en sus respectivas colchonetas. La entrenadora, se situará en el centro del círculo formado por las participantes y dará comienzo al entrenamiento mediante la técnica del espejo (A.33). La técnica consiste en realizar una serie de ejercicios de yoga y mediante la realización guiada por la entrenadora, los miembros deberán imitar el ejercicio. Al finalizar los ejercicios realizará mediante la misma técnica los ejercicios de estiramiento.

Apartado 3: al finalizar los estiramientos, realizarán ejercicios de respiración que les permitirán relajarse y a ser capaces de hacer que situaciones de estrés o ansiedad que puedan sufrir a lo largo de su vida no tomen el control y spena abordar dicha situación. Para ello, les informará de los tipos de respiración que hay siendo la diafragmática la recomendada para estos casos y de nuevo, realizarán la técnica del espejo (A.34). Esta vez, aprenderán el ejercicio de respiración 4-7-8; este consiste en una inspiración durante 4 segundos, retención de 7 segundos y exhalación durante 8 segundos. No obstante, este ejercicio también es útil para ayudar a inducir el sueño a personas con problemas para ello además de ayudar a reducir la ansiedad.

Antes de finalizar, la docente entregará el folio que rellenaron al comienzo de la primera sesión para poder rellenar la última columna: letra A (lo que aprendí) (A.35) (M-2). También, se les entregará la ficha de valoración (M-5) (Anexo 16). Una vez que las participantes lo rellenen deberán entregárselo a la docente.

Además, se les mostrará un enlace QR en la pantalla, el cual deberán abrir mediante sus dispositivos móviles. Este QR les redirigirá a un cuestionario (A.36) (M-15) (Anexo 17) de 7 preguntas que deberán rellenar, este será útil para conocer la opinión de las participantes acerca del programa.

Al finalizar la sesión y el programa, (A.36) , se les dará las gracias por su participación en el programa y les entregará un tríptico (M-16) (Anexo 15) donde se resumirá los ejercicios y técnicas realizados en la última sesión del programa.

CUARTA SESIÓN: CÚDATE			
Objetivos	Técnica y método	Tiempo	Desarrollo y materiales
Recibir a las participantes.	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.27: Saludar a las participantes y presentación de la nutricionista
Presentar la sesión	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de presentación	5 minutos	A.28: Presentación del contenido de la sesión y las colaboradoras (fisioterapeuta y entrenadora personal)
Describir e identificar los síntomas a tratar de forma personal	Método de análisis Técnica: Foro	15 minutos	A.29: Expresar sus ideas, opiniones y vivencias relacionadas con los síntomas
Transmitir conocimientos, aclarar conceptos y resolver dudas	Método expositivo Técnica: Exposición con discusión	15 minutos	A.30: Exposición tema 3 A.31: Rueda de preguntas M-14: Diapositivas
Replicar y aprender los ejercicios	Método desarrollo de habilidades Técnica: Demostración con entrenamiento	15 minutos	A.32: Realizar ejercicios Kegel y guiar a las participantes en su práctica
Replicar y aprender los ejercicios	Método desarrollo de habilidades Técnica: Demostración con entrenamiento	15 minutos	A.33: Realizar ejercicios yoga y guiar a las participantes en su práctica
Replicar y aprender los ejercicios	Método desarrollo de habilidades Técnica: Demostración con entrenamiento	10 minutos	A.34: Realizar ejercicios respiración y guiar a las participantes en su práctica
Contrastar los conocimientos previos con los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones	Método de investigación Técnica: CQA	5 minutos	A.35: Gestión de conocimientos y cumplimentar la ficha. M-2: Tabla CQA M-5: Ficha de valoración
Evaluar la efectividad del programa	Método de investigación Técnica: Cuestionario	5 minutos	A.36: Realizar un cuestionario para conocer la opinión acerca del programa M-15: Encuesta de satisfacción
Despedir a las participantes	Técnica dirigida a las relaciones Técnica de acogida	5 minutos	A.37: Final de la sesión, agradecer la participación, recoger la evaluación, entrega de tríptico y despedida M-16: Tríptico

Tabla 9: Cuarta sesión. Fuente: Elaboración propia

10. CRONOGRAMA

El proyecto descrito tendrá un desarrollo a lo largo de 4 semanas. Dada la magnitud del este y la considerable cantidad de recursos tanto humanos como materiales requeridos para que alcance un óptimo desarrollo, se establece como fecha de inicio en enero de 2025.

Previo a la implementación del programa se realizará una selección del personal docente para llevar a cabo el proyecto; de forma simultánea, se contactará con el centro educativo para presentarles el proyecto que se realizará en sus instalaciones para que puedan aceptarlo. Una vez tengamos las instalaciones y a todos los profesionales, se realizará una pequeña reunión con todos ellos donde se les informará detalladamente del contenido a tratar y del trabajo que deberán ejercer cada uno de ellos.

Al finalizar todo lo mencionado y al obtener la participación educativa tanto de los docentes como del centro, dará paso la captación de las participantes. La captación de participantes tendrá una duración aproximada de dos meses en la que tras la inscripción se formarán los grupos siguiendo el orden de las inscripciones. Al completar las plazas ofrecidas se cerrarán los grupos y se enviará vía correo electrónico la información necesaria para poder acudir a la primera sesión.

Una vez finalizado el programa, al final de la última sesión, dará lugar la evaluación final donde las participantes deberán de rellenar un cuestionario detallando sus impresiones sobre el curso recibido, los aspectos de mejora o propuestas para futuros programas.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O
Captación y selección del personal docente						
Aprobación del centro educativo						
Formación del personal docente						
Difusión del programa						
Captación de las participantes						
Sesión nº1						

- Una psicóloga.
- Una entrenadora personal.

Tabla 11: Recursos. Fuente: Elaboración propia.

11.1 PRESUPUESTO

En la siguiente tabla se ve reflejado el coste del material a emplear:

MATERIALES	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
Folios	1 paquete de 500 Uds.	8,34€	8,34€
Bolígrafos	1 paquete de 50 Uds.	13,79€	13,79€
Tiza	1 paquete de 100 Uds.	8,82€	8,82€
Bolígrafo digital	1 paquete de 10 Uds.	9,99€	9,99€
Esterillas	1 unidad	3,99€	55,68€
Ovillo de lana	1 unidad.	2,29€	2,29€
Fotocopias cartel informativo	10 Uds.	3,15€	31,50€
Fotocopias tríptico y cronograma	35 Uds.	0,50€	17,50€
Fotocopias cuestionarios /documentos para realizar las sesiones	100 Uds.	0,40€	40€

Tabla 12: Presupuesto recursos materiales. Fuente: Elaboración propia.

PROFESIONAL	NÚMERO	Nº SESIONES	SUELDO	TOTAL
Enfermera especialista en obstetricia y ginecología	2	4	175€ /sesión	1400€
Nutricionista	1	1	100€ /sesión	100€
Psicóloga	1	1	120€ /sesión	120€
Fisioterapeuta especialista en ginecologia	1	1	120€ /sesión	120€

Entrenadora personal	1	1	45€ /sesión	45€
----------------------	---	---	-------------	-----

Tabla 13: Presupuesto recursos humanos. Fuente: Elaboración propia.

11.2 PRESUPUESTO TOTAL

RECURSOS MATERIALES:	187,91€
RECURSOS HUMANOS:	1785€
TOTAL:	1972,91€

Tabla 14: Presupuesto total. Fuente: Elaboración propia.

12. EVALUACIÓN

La evaluación forma parte de un proceso de aprendizaje y mejora, puesto que sirve para determinar la efectividad de las actividades planteadas se hayan desarrollado tanto satisfactoriamente como de forma resolutiva cumpliendo así los objetivos propuestos. Por otro lado, la evaluación brinda una visión global e identifica aquellos aspectos a mejorar.

Para poder evaluar este proyecto de educación para la salud, se han establecido tres herramientas, entre ellas se encuentran:

- FICHA DE EVALUACIÓN INICIAL/FINAL

La ficha de evaluación inicial se realizará al inicio del proyecto junto con la primera actividad que se llevará a cabo.

La ficha (Anexo 8) se compone de tres partes aunque, para la parte inicial sólo deberán cumplimentar dos de ellas. En la primera las participantes deberán rellenar la columna que está relacionada con los conocimientos previos y en la segunda lo que esperan aprender en el programa.

Para llevar a cabo la evaluación final, los docentes les volverán a entregar las fichas de la primera sesión donde las participantes deberán cumplimentar la tercera parte, es aquí donde deberán incluir aquellos conocimientos y sensaciones adquiridas a lo largo del proyecto.

- FICHA DE VALORACIÓN PARTICIPANTES

La ficha de valoración (Anexo17) se trata de un cuestionario anónimo que consta de 6 preguntas que las participantes deberán cumplimentar al finalizar cada sesión.

Estas preguntas sirven para medir el grado de satisfacción obtenido durante el transcurso de la sesión. Todas las preguntas deberán ser contestadas, 5 de las preguntas lo harán mediante una escala con puntuación del 1 al 5, donde el 1 representa totalmente insatisfecho y el 5 totalmente satisfecho; y, en la pregunta restante deberán señalar lo que más les ha gustado de la sesión y en su defecto lo que mejorarían de la sesión.

Al finalizar la sesión, los docentes leerán y valorarán todas las respuestas obtenidas buscando conseguir alternativas para suplir dichos descontentos en relación a las próximas sesiones.

- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Junto con la encuesta de satisfacción (Anexo 17) se dará fin al programa. Este documento será el último que tengan que rellenar las participantes.

La encuesta cuenta con 7 preguntas, 6 de ellas en formato test y 1 de desarrollo. En las preguntas tipo test se seguirá el mismo formato de la ficha de valoración, las respuestas serán de si y no, donde deberán hacer una cruz indicando la respuesta seleccionada; en la pregunta de desarrollo las participantes deberán argumentar la pregunta realizada.

- FICHA DE VALORACIÓN DOCENTE

En cuanto a la evaluación llevada a cabo por los profesionales se centrará en los objetivos planteados, en el cumplimiento de estos, en la estructura en la que se llevará el programa y sobre el proceso de ejecución de este.

Al finalizar cada sesión la enfermera encargada con ayuda de el profesional que acuda de acompañante a la sesión deberán revisar de forma conjunta un cuestionario de evaluación acorde a cada sesión relleno por las participantes; gracias a este, se valorará la capacidad de comunicación, la efectividad de las sesiones y la interacción con el grupo.

Por último, se compararán los resultados obtenidos en la valoración individual de cada sesión frente a los obtenidos en la ficha de evaluación final de los participantes para evaluar si las técnicas educativas y material utilizado están siendo realmente efectivos para la realización de futuras ediciones del programa.

13. CONCLUSIÓN

Tras la realización del programa de educación para la salud en el climaterio y menopausia y a la búsqueda bibliográfica realizada para la elaboración de este, se ha concluido que:

- La transición menopáusica es una fase complicada y llena de cambios físicos como psicológicos para la mujer. Durante esta fase, las mujeres pueden sentir sentimientos como la humillación o el rechazo por parte de la sociedad manifestando ciertas inseguridades sobre su estado físico. Es por esto por lo que se vuelve esencial el focalizarse para que sus hábitos o comportamientos no pongan en riesgo su salud mental.
- El descenso de los niveles hormonales que trae por consecuencia a la menopausia provoca cambios complejos, variados e individuales a cada mujer. Esto viene acompañado de unos factores de riesgo modificables como no modificables. Entre los modificables se encuentra el estilo de vida principalmente, un cambio en la alimentación como un estilo de vida activo se ha visto reflejado que podría mejorar muchos de los síntomas producidos.
- La sociedad de hoy en día, pese a estar pasando un proceso de normalización sobre los temas que abarcan la salud femenina, aún son muchos los titulares que aparecen en medios de comunicación uniendo las palabras tabú y menopausia; por ello son fundamentales los programas para la educación como muchos otros materiales para concienciar a la población en general.
- Los programas de prevención para la salud son un punto de apoyo en la sociedad que permite, en este caso, que las mujeres se sientan libres de expresar sus miedos y preocupaciones sin temor a ser juzgadas a la vez que se les brinda una educación acerca de temas que les afectan de forma directa. En España, se está comprobando como diversos programas enfocados en otras temáticas están resultando efectivos.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abella Jove, M. A. J., Barrabeig Fabregat, I. B. F., Bernaus Ponch, E. B. P., Carrascón Calvo, A. C. C., Casas Navarro, F. C. N., Coll Navarro, E. C. N., Delgado Santamaría, A. D. S., Falguera Puig, G. F. P., Garcia Cogolludo, M. G. C., García García, A. G. G., Gascón Navarro, E. G. N., Gratacos Solsona, E. G. S., Gris Martínez, J. M. G. M., Guix Llistuella, D. G. L., Lladó Maideu, C. L. M., Martínez Aguilera, M. M. A., Martínez de la Riba y de la Gándara, A. M., Noval Lloranch, A. N. L., Palacios Vila, C. P. V., . . . Zaragoza Marfá, A. Z. M. (2008). *Enfermería de la Mujer* (2009.^a ed.). RosaMaría Torrens Sigalés y Cristina Martínez Bueno
2. Acosta Osio, G. (2005). Trastornos del sueño durante la menopausia. *Salud y Ciencia*, 13(2), 27-29. <https://www.siicsalud.com/dato/sic/132/expertos132.pdf>
3. Aguilar Macías, A. M. A., De los Ángeles Miranda, M., & Alfredo, Q. D. (2017, abril). La mujer, el ciclo menstrual y la actividad física. Scielo. Recuperado 5 de noviembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552017000200015&script=sci_arttext
4. Alvarado-García, A., Hernández-Quijano, T., HernándezValencia, M., Negrín-Pérez, M. C., Rios-Castillo, B., Valencia-Pérez, G. U., Vital-Reyes, V. S., Basalvilvazo-Rodríguez, M. A., Tores-Arreola, L. P., Ortiz-Luna, G. F., Sánchez-Aguirre, F., & Montaña-Uscanga, A. (2025). Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. Mediagraphic. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152q.pdf>
5. Arteaga Urzúa, E. (2016). Menopausia y riesgo cardiovascular. *Revista Medica de Chile*, 144, 1375-1376. https://web.archive.org/web/20180723103151id_/https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n11/art01.pdf
6. Barranquero, M., García de Miguel, . L. ., Spies, K. ., Quea Campos, G., Henzenn, E., Rogel Cayetano, S. ., & Salvador, Z. (2023, 4 septiembre). ¿Qué son los estrógenos? - Tipos, funciones y fármacos. Reproducción Asistida ORG. Recuperado 25 de noviembre de 2023, de <https://www.reproduccionasistida.org/estrogenos/>
7. Bolaños Chaves, B. D., & Muñoz, E. O. (2021). Riesgo cardiovascular asociado a menopausia. *Dialnet*. Recuperado 27 de noviembre de 2023, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7967556>
8. Brantes Glavic, S. (2009). Conceptos actuales en el diagnóstico de perimenopausia. *Medwave*, 11. <https://doi.org/10.5867/medwave.2009.11.4264>
9. Ceinos Arcones, M., Acosta Estévez, E., Martín Perpiñán, C., Yeves Yeves, L., Atienza López, J. M., & González Galán, M. A. (1999, julio). Factores de riesgo en relación con la osteoporosis y la

edad de presentación de la menopausia en población Genera. Elsevier. Recuperado 18 de diciembre de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-relacion-con-osteoporosis-13320>

10. Chedrese, J. C. (2003, 21 junio). Regulación autocrina y paracrina del desarrollo folicular i: efecto de los esteroides. Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias. Recuperado 29 de noviembre de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/2950/295026126008.pdf>

11. Daysi, N. D., Felipe, S. P., Rubén, P. D., & Maité, C. G. (2007). Hormonas del eje hipotálamo-hipófisis gonadal y síndrome climatérico. Scielo. Recuperado 5 de noviembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000300003&script=sci_arttext

12. De Santiago Garcia, J., & Hernández Gutiérrez, A. (2022). Tratado de Ginecología y Obstetricia (15.ª ed., Vol. 24).

13. Fernandez Barriga, H. A., Hernández Quimbiulco, C. I., Pacheco Romero, K. E., & Quisilema Ron, V. A. (2020, 30 abril). Vista de síndromes metabólicos en la menopausia. RECIAMUC. Recuperado 13 de diciembre de 2023, de <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/478/971>

14. GVA. (2024). Descripción del Departamento - Doctor Peset - organismes. Generalitat Valenciana. Recuperado 17 de abril de 2024, de https://doctorpeset.san.gva.es/es/descripcion_departamento

15. INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). Consulta a la matrona en las últimas 4 semanas según grupo de edad. Mujeres de 16 y más años. INE. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p04/l0/&file=04051.px#!tabs-grafico>

16. International Menopause Society. (2024, 22 mayo). International Menopause Society. <https://www.imsociety.org/>

17. Larrea, D. E. P. (2019, 29 noviembre). Fases del climaterio en la mujer. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/menopausia/fases-climaterio/>

18. Lugones Botell, M., & Navarro Despaigne, D. (2006, enero). Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Recuperado 27 de noviembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000100002&script=sci_arttext

19. Medina, F. (2008). Salud cardiovascular en la menopausia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 54(2), 85-92. <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428188005.pdf>

20. Medline. (2021, 16 septiembre). Densitometría ósea. Recuperado 18 de diciembre de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/densitometria-osea/#:~:text=Puntuaci%C3%B3n%20de%20%2D1.0%20o,Significa%20que%20probablemente%20tiene%20osteoporosis>
21. Ministerio de Sanidad. (2022, 23 noviembre). La esperanza de vida España. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5944#:~:text=%2D%20La%20esperanza%20de%20vida%20al,y%20su%20evoluci%C3%B3n%20desde%202006>.
22. Miñano, A. (2011). Tratado de Ginecología y Obstetricia (2.ª ed.).
23. Miranda, E., Muñoz, S., & Paolinelli, P. (2013). Desiometría ósea. Revista Médica Clínica las Condes, 24(1), 169-273. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70142-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70142-1)
24. Morato Hernández, L., & Malacara Hernández, J. M. (2006). Condiciones metabólicas y hormonales en la menopausia. Revista de Endocrinología y Nutrición, 14(3), 149-155. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er063f.pdf>
25. Moreno, R. (2017, 4 julio). Historia de calles y distritos de Valencia. Valencia Actua. Recuperado 1 de febrero de 2024, de <https://calles.valenciaactua.es/distrito-10-quatrecarreres/>
26. Muñoz Gonzalez, A. (2011). Menopausia y piel. Sociedad Venezolana de Dermatología Médica, 49, 12-20. <https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/3/3>
27. Pizzi la Veglia, R., & Parilli, M. F. (2018). Consideraciones generales. Revista Obstetrica y Ginecológica de Venezuela, 78, 4-12. <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/5Capitulo.pdf>
28. Portal estadístico de la Generalitat Valenciana - Portal estadístico de la Generalitat Valenciana - Generalitat Valenciana. (s. f.). Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. <https://pegv.gva.es/es/>
29. Salvador, J. (2008). Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 54(2), 71-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428188003>
30. Sánchez- Gómez Sánchez, P. ., Barranquero Gómez, M., Santiago Romero, E., Salvador, Z., & Rodrigo, A. . (2024, 6 marzo). Análisis hormonal en la mujer: ¿cuáles son los niveles normales? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/valores-hormonales-en-la-mujer/>

ANEXOS

ANEXO 1: Títular medio de comunicación: “el 85% de las mujeres menopausia no reciben una terapia eficaz”

MENOPAUSIA >

El 85% de las mujeres con síntomas de menopausia no recibe una terapia eficaz

Una revisión científica alerta de las lagunas de conocimiento para entender por qué surge la menopausia y cuál es el mejor abordaje terapéutico para las que sufren síntomas graves

ANEXO 2: Títular medio de comunicación: “el tabú de la menopausia persiste en el siglo XXI”

El tabú de la menopausia persiste en el siglo XXI, aunque con menos vergüenza y más información

- ▶ Muchas mujeres acuden a la consulta con miedo a un cambio en sus cuerpos, su salud mental o sus vidas
- ▶ Los médicos recuerdan que naturalizar esta etapa no implica vivir con molestias: el malestar hay que tratarlo

15.05.2023 | 16:06 horas Por RTVE.es

ANEXO 2: Títular medio de comunicación: “se pone la mirada en que ya no vales porque no eres fértil”

El eterno tabú de la menopausia: "Se pone la mirada en que ya no vales porque no eres fértil"

Una investigación reciente de 'Cell' advertía la falta de conocimiento sobre esta etapa vital. El libro 'Señoras' viene a llenar ese vacío.

25 septiembre, 2023 - 01:20



ANEXO 4: Mensaje mediante correo electrónico para la capacitación docente



The image shows a simulated email interface. At the top left is a yellow envelope icon with a red circle containing the number '1'. To its right, the text 'CAPTACIÓN DOCENTE' is displayed in a light-colored font against a dark background. Below this is a white box containing the email's subject line: 'ASUNTO: INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE EDUCACIÓN'. The main body of the email is in a light gray font and contains several paragraphs of text. The text describes a recruitment effort for a health project in Valencia, listing potential professions like midwife, psychologist, and physiotherapist. It details the project's schedule (January-February 2025) and its goal of providing tools to women for menopause management. Contact information and a closing signature are also present.

1 CAPTACIÓN DOCENTE

ASUNTO: INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE EDUCACIÓN

El siguiente correo va dirigido a la búsqueda de profesionales sanitarios, especialmente a una matrona, una psicóloga, una fisioterapeuta especializada en mujeres, una nutricionista y por último una entrenadora personal.

:La principal razón de esta captación es la colaboración en el proyecto de salud nombrado como "Programa de educación para la salud en el climaterio y menopausia".

El ya mencionado proyecto tendrá lugar en Valencia a lo largo de los meses de enero-febrero del próximo 2025 contando con dos sesiones por semana divididas en dos grupos sumando un total de 8 sesiones en 4 semanas.

El proyecto está dirigido con el objetivo de brindar herramientas a las mujeres para saber afrontar los cambios asociados a la menopausia, a brindar conocimiento acerca de ellos y a contribuir con la desestigmación social.

Para más información acerca del proyecto no dude en ponerse en contacto mediante el próximo mail: anegrande@gmail.com

Muchas gracias por su atención, esperamos noticias.

Un saludo.

Atte: Ane Grande Alvarez.

Fuente: Elaboración propia.

ATENCIÓN

NUEVO PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

LOCALIZACIÓN: Universidad Popular de Valencia- UP Na Rovella

FECHA: Desde enero hasta febrero del 2025

HORARIO:

- Turno de mañana
- Turno de tarde

DIRIGIDO A: Mujeres de entre 40-57 años de edad

TEMAS A TRATAR: Estilo de vida saludable, medidas para aliviar los síntomas, tratamiento y mucho más.

INSCRIPCIÓN EN EL MOSTRADOR DEL CENTRO DE SALUD FUENTE SAN LUIS.

PLAZAS LIMITADAS !

ANIMATE Y PARTICIPA

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: de del 2024

Dña. identificado con DNI manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me han surgido sobre el proyecto de educación para la salud y que he recibido información sobre el mismo.

Me comprometo a ceder mis datos personales con carácter anónimo para la elaboración del proyecto.

Firma del participante:

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 7: Cronograma por grupos

CRONOGRAMA				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
20 de enero	21 de enero	22 de enero	23 de enero	24 de enero
27 de enero	28 de enero	29 de enero	30 de enero	31 de enero
3 de febrero	4 de febrero	5 de febrero	6 de febrero	7 de febrero
10 de febrero	11 de febrero	12 de febrero	13 de febrero	14 de febrero

GRUPO A: 10:30h a 12:30h

GRUPO B: de 18:00h a 20:00h

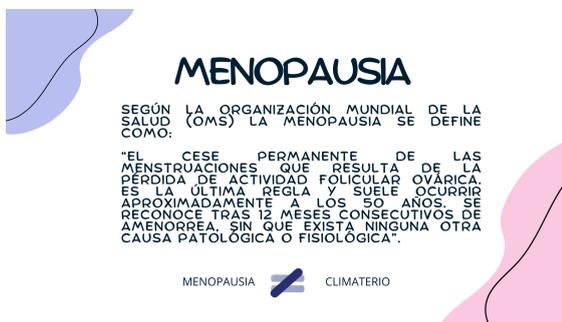
Fuente: Elaboración propia

ANEXO 8: Tabla CQA

CQA		
Lo que conozco (C)	Lo que quiero aprender (Q)	Lo que aprendí (A)

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 9: Presentación tema 1 sesión 1



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 10: Caso clínico

Caso clínico: ¿Qué le ocurre a Ana?

Ana es una mujer de 49 años que acude a la consulta de la matrona. Ana comenta que comenzó a mostrar desarreglos en su ciclo menstrual hace 1 año y medio aproximadamente y desde hace 2 meses se nota con sofocos, dolores en las articulaciones y cambios de humor; también comenta que ella siempre ha dormido bien, “como un bebe” pero que desde que todo empezó le cuesta mucho mantener el sueño por la noche y se despierta a menudo.

Ana dice que lo que más le preocupa es que al mirarse al espejo se ve con más barriga y que ha aumentado de peso, que piensa que ha perdido el atractivo y se siente avergonzada por ello. También comenta que siente “picores” en su zona íntima y que no quiere mantener relaciones sexuales con su pareja porque siente dolor.

CUESTIONES:

1. ¿Qué crees que le pasa a Ana?
2. ¿Qué cosas de las que le pasan a Ana os ocurren a vosotras?
3. ¿Os ocurren más cosas que a Ana no le ocurren? ¿Cuáles?
4. Si fueseis amigas de Ana, ¿qué le comentarais en relación a lo aprendido en la sesión de hoy?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 11: Kahoot

¿El climaterio es?

20

Kahoot!

2 Answers

▲ Una enfermedad

◆ Una etapa en la vida de las mujeres

● Lo mismo que la menopausia

■ Una etapa en la vida de los hombres

¿Qué cambios afectan en el climaterio?

20

Kahoot!

1 Answer

▲ Cambios hormonales	◆ No hay cambios que afecten
● Cambios en entorno (relaciones familiares y laborales)	■ Los cambios de tiempo

Los síntomas que pueden aparecer en el climaterio son:

20

Kahoot!

1 Answer

▲ Únicamente los sofocos	◆ Sofocos, insomnio, molestia y dolor al orinar, entre otros
● Sofocos y sudoración	■ No tiene síntomas

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 12: Presentación tema 1 sesión 2

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

TIPOS

- Terapia con estrógenos
- Terapia hormonal combinada



SÍNTOMAS OSTEOARTICULARES

Medicamentos:

- Biofosfonatos
- Calcio y Vitamina D
- Hormona paratiroidea
- Calcitonina

Otras medidas:

- Evitar beber alcohol
- Disminuir el consumo de cafeína
- Aumentar los ejercicios de fuerza
- Llevar un estilo de vida saludable



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 13: Presentación tema 2 sesión 2



A NIVEL HORMONAL:

- ↻ Peso
- ↻ Grasa a nivel abdominal
- ↻ HDL (colesterol malo)
- ↻ Nivel de calcio
- ↻ Sofocos

ALIMENTOS

- Hidratos:** Garbanzos, cereales integrales.
- Vegetales:** Verduras, frutos, tofu, soja, especias y hierbas aromáticas, etc.
- Carne:** Evitar carne magra y potenciar apollo, conejo, etc.
- Omega 3:** Pescado azul, nueves, semillas de lino, semillas de chía, etc.

OTRAS RECOMENDACIONES

- Mantenerse hidratado (1,5L - 2L)
- Acostumbrarse a los alimentos naturales sin azúcar
- Dormir entre 7-9h

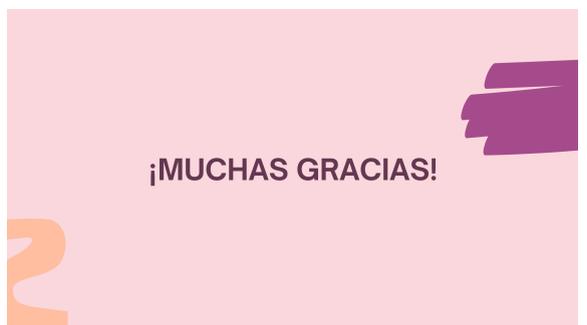
Organiza tu menú

	LUNES	MARTES
DESAYUNO	Café con bebida vegetal. Tostadas de pan integral con queso fresco, tomate y atún.	
MEZCLA MAÑANA / MERIENDA	1 pieza de fruta / Infusión + 2 nueces y onza de chocolate 85%.	
COMIDA	Supergojo verde. Salchichón a la plancha con papaja verde. 1 pieza de fruta.	
CENA	Ensalada de calabacín con pimiento, tomate, zanahoria y queso. Paquete de pollos a la brasa. Veggie.	



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 14: Presentación tema 1 sesión 4



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 15: Tríptico

TÉCNICA 4-7-8

"RESPIRACIÓN RELAJANTE"

PASOS

- Vaciar los pulmones.
- Inspirar por la nariz durante 4 segundos.
- Aguantar la respiración durante 7 segundos.
- Exhalar por la boca cerrando los labios a modo de silbido durante 8 segundos.
- Repetir el ciclo 4 veces.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

MUCHAS GRACIAS

END PLOTOD POTENTUD

"ENAMÓRATE DE TI, DE LA VIDA Y LUEGO DE LO QUE TÚ QUIERAS"

-Frída Khilo

EJERCICIOS KEGEL

¿QUÉ SON LOS EJERCICIOS KEGEL?

Son ejercicios que sirven para fortalecer los músculos del suelo pélvico que ayudan a evitar o mejorar la incontinencia urinaria.

¿CUÁNTAS VECES SE DEBEN REALIZAR?

Se recomienda realizarlos 3 veces al día de 6 a 7 días por semana.

¿QUÉ BENEFICIOS TIENEN?

- Ayudan a evitar pérdidas de orina.
- Contribuyen a recuperar el tono del suelo pélvico.
- Previenen las distensiones de suelo pélvico tras la debilidad de los tejidos.
- Tonifica la musculatura pélvica.
- Mejora la circulación de la sangre a la vagina.
- Mejoran la salud sexual.

PASOS

1. Apriete los músculos del suelo pélvico.
2. Manténgalos apretados durante 3 a 5 segundos.
3. Relaje los músculos y cuente hasta 5 segundos.
4. Descanse y repita 10 veces.

* Asegúrese de tener la vejiga vacía antes de realizarlos.
* Comience a realizarlos acostado en el suelo y según programe sientese en una silla al realizarlos.
* Cuando lo esté preparado incorpore las bolas chinas.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 16: Ficha de valoración

FICHA DE VALORACIÓN

Nº SESIÓN: _____

Complete la ficha de forma anónima. Esta ficha servirá a los docentes para mejorar futuras sesiones. Muchas gracias.

Para la correcta realización de la ficha de valoración lea las siguientes cuestiones. Tras la lectura deberá marcar con una cruz (X) el grado de satisfacción en la escala. La puntuación planteada es del 1 al 5, siendo el 1 (totalmente insatisfecho) y el 5 totalmente satisfecho. Por último deberá desarrollar la cuestión planteada argumentando su respuesta.

Cuestión 1: La información expuesta en la sesión ha sido interesante y educativa:

1

2

3

4

5

Cuestión 2: El desarrollo de la sesión, así como las actividades realizadas han resultado dinámicas y amenas:

1

2

3

4

5

Cuestión 3: Las actividades me han ayudado a entender mejor la información de la sesión:

1

2

3

4

5

Cuestión 4: Los medios materiales proporcionados durante la sesión han sido suficientes:

1

2

3

4

5

Cuestión 5: La duración de la sesión ha sido adecuada:

1

2

3

4

5

Cuestión 6: ¿Que es lo que más te ha gustado de la sesión y que es lo que cambiarías de ella?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 17: Ficha de evaluación final

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Complete la ficha de forma anónima. Esta ficha servirá a los docentes para mejorar futuras sesiones. Muchas gracias.

Para la correcta realización de la ficha de valoración lea las siguientes cuestiones. Tras la lectura deberá marcar con una cruz (X) el grado de satisfacción en la escala. La puntuación planteada es de si y no. Por último deberá desarrollar la cuestión planteada argumentando su respuesta.

Cuestión 1: ¿El trato recibido por parte de los docentes ha sido adecuado?

Si

No

Cuestión 2: ¿Se ha sentido cómoda a lo largo del proyecto?

Si

No

Cuestión 3: ¿La duración del programa como de las sesiones le ha parecido correcta?

Si

No

Cuestión 4: ¿Qué sesión le ha gustado más?

1

2

3

4

Cuestión 5: ¿Le han parecido útiles los temas tratados?

Si

No

Cuestión 6: ¿Recomendaría el programa a otras mujeres?

Si

No

Cuestión 7: ¿Qué modificaría del programa?

Fuente: Elaboración propia.