

31921  
28



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO**

-----  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**"EL APOYO SOCIAL COMO AMORTIGUADOR DEL  
ESTRÉS, EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
ESMERALDA CALDERON MONTES

ASESORES: DR. CARLOS NAVA QUIROZ.  
MTRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO.  
LIC. JUAN ANTONIO PAEZ NAJERA:

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2002



IZTACALA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Pág.
Resumen	
Introducción.....	3
Capítulo 1 <u>Climaterio</u>	
1. Cultura y Climaterio.....	7
1.1 Definición de Climaterio y Menopausia.....	9
1.2 Síntomas Físicos.....	13
1.3 Síntomas Psicológicos.....	22
1.4 Tipos de Tratamiento.....	36
Capítulo 2 <u>Estrés en el Climaterio</u>	
2. Antecedentes Históricos.....	42
2.1 Definición de Estrés.....	45
2.2 Causas de Estrés en el Climaterio.....	55
2.3 Afrontamiento.....	61
Capítulo 3 <u>Redes de Apoyo Social en el Climaterio</u>	
3. Apoyo Social.....	65
3.1 Tipos de Apoyo Social en el Climaterio.....	73
Capítulo 4. <u>Metodología</u>	
Método .....	76
Resultados .....	81
Discusión y Conclusiones .....	93
Referencias .....	101
Anexos.	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2

## AGRADECIMIENTOS



A Dios por sus innumerables bendiciones.



A mi padre por su ejemplo, cuidado, amor, apoyo y fe en mí. Sin ti esto no hubiera sido posible. Gracias por que con tu amor he sido y soy feliz.



A mi abuelo y tía por su protección y soporte.



A mis asesores Dr. Carlos Nava Quiroz, Mtra. Zaira Vega Valero y Lic. Juan Antonio Páez Najera, por su guía, conocimientos, paciencia, interés, tiempo y apoyo.



A mis amigas Mirna y Luz por su colaboración en este trabajo, por su disposición, su cariño y tolerancia. Son las mejores.



A Octavio por su comprensión, entusiasmo y amor.



A Gabriela, Ana y Guadalupe por su cooperación, tiempo y amistad.



Al Psic. Juan Carlos Vera por su orientación, consejo e interés.



A la familia Peza Pérez por su invaluable ayuda, generosidad y confianza.



A la Universidad por brindarme la oportunidad de adquirir conocimientos y experiencias enriquecedoras. A PROBETEL, por su interés y apoyo.



A todas las mujeres que participaron para que este trabajo pudiera llevarse a cabo. Gracias por su confianza, por sus ejemplos de valor y esfuerzo, por su dedicación y compromiso.

ESTAMPADO CON  
FALLA DE ORIGEN

## APRENDERAS

Después de algún tiempo aprenderás la diferencia entre dar la mano y socorrer un alma, y aprenderás que amar no significa apoyarse, y que compañía no siempre significa seguridad.

Comenzarás a aprender que los besos no son contratos, ni regalos, promesas... comenzarás a aceptar tus derrotas con la cabeza erguida y la mirada al frente, con la gracia de un niño y no con la tristeza de un adulto y aprenderás a construir hoy todos tus caminos, porque el terreno de mañana es incierto para los proyectos y el futuro tiene la costumbre de caer en el vacío.

Después de un tiempo aprenderás que el sol quema si te expones demasiado... aceptarás incluso que las personas buenas podrían herirte alguna vez y necesitarás perdonarlas... aprenderás que hablar puede aliviar los dolores del alma... descubrirás que lleva años construir confianza y apenas unos segundos destruirla y que tu también podrás hacer cosas de las que te arrepentirás el resto de tu vida.

Aprenderás que las nuevas amistades continúan creciendo a pesar de la distancia, y que no importa que es lo que tienes, sino a quien tienes en la vida, y que los buenos amigos son la familia que nos permitimos elegir.

Aprenderás que no tenemos que cambiar de amigos, si estamos dispuestos a aceptar que los amigos cambian. Te darás cuenta que puedes pasar buenos momentos con tu mejor amigo haciendo cualquier cosa o simplemente nada, solo por el placer de disfrutar de su compañía.

Descubrirás que muchas veces tomamos a la ligera a las personas que más te importan y por eso siempre debemos decir a esas personas que las amamos, porque nunca estaremos seguros de cuando será la última vez que las veamos.

Aprenderás que las circunstancias y el ambiente que nos rodea tienen influencia sobre nosotros, pero nosotros somos los únicos responsables de lo que hacemos. Comenzarás a aprender que no nos debemos comparar con los demás, salvo cuando queremos imitarlos para mejorar.

Descubrirás que se lleva mucho tiempo para llegar a ser la persona que quieres ser, y que el tiempo es corto. Aprenderás que no importa a donde llegaste, sino a donde te diriges y si no lo sabes cualquier lugar sirve...

Aprenderás que si no controlas tus actos ellos te controlarán y que ser flexible no significa ser débil o no tener personalidad, porque no importa cuán débil y frágil sea una situación: siempre existen dos lados. Aprenderás que héroes son las personas que hicieron lo que era necesario, enfrentando las consecuencias...

Aprenderás que la paciencia requiere mucha práctica. Descubrirás que algunas veces, la persona que esperas que te patee cuando te caes, tal vez sea una de las pocas que te ayuden a levantarte.

Madurar tiene más que ver con lo que has aprendido de las experiencias, que con los años vividos. Aprenderás que hay mucho más de tus padres en ti de lo que supones.

Aprenderás que nunca se debe decir a un niño que sus sueños son tonterías, porque pocas cosas son tan humillantes y sería una tragedia si lo creyese porque estarías quitando la esperanza.

Aprenderás que cuando sientes rabia, tienes derecho a tenerla, pero eso no te da derecho a ser cruel. Descubrirás que solo porque alguien no te ama de la forma que quieres, no significa que no te ame con todo lo que puede, porque hay personas que nos aman, pero que no saben como demostrarlo...

No siempre es suficiente ser perdonado por alguien, algunas veces tendrás que aprender a perdonarte a ti mismo. Aprenderás que con la misma severidad con la que juzgas, también serás juzgado y en algún momento condenado. Aprenderás que no importa en cuantos pedazos tu corazón se partió, el mundo no se detiene para que lo arregles.

Aprenderás que el tiempo no es algo que pueda volver hacia atrás, por lo tanto, debes cultivar tu propio jardín y decorar tu alma, en vez de esperar que alguien te traiga flores.

Entonces y solo entonces sabrás realmente lo que puedes soportar; que eres fuerte y que podrás ir mucho más lejos de lo que pensabas cuando creías que no se podía más.

Es que realmente la vida vale cuando tienes el valor de enfrentarla!!!

William Shakespeare

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4

## RESUMEN

Una constante de la vida cotidiana es el estrés que se hace presente de variadas formas trayendo consigo consecuencias en la salud, a lo largo de la vida ocurren un sinnúmero de acontecimientos que generan estrés como: el tráfico vehicular, el empleo, la ausencia de recursos económicos, la adolescencia, etc, estas situaciones pueden ser el origen principal de enfermedades provocadas por el estrés.

Una de las etapas generadoras de ansiedad, temor y estrés es el Climaterio no sólo para la persona que lo vive, sino también para quienes les rodean. El Climaterio encierra diversas manifestaciones físicas y psicológicas a nivel individual tales como: vértigo, sudores, irritabilidad, atrofia en la vulva, insomnio, alteraciones cutáneas, etc, los cuales reflejan cambios en los niveles de estrógeno, este desequilibrio hormonal aunado a las presiones sociales y culturales hacen parecer a la mujer como blanco perfecto del estrés. Una de las herramientas para afrontar el estrés es el apoyo social entendido éste como una organización social que provee al individuo de habilidades, procedimientos y recursos con los que se logra resolver, crecer y madurar. Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo examinar el nivel de estrés que presenta un grupo de mujeres en la etapa del Climaterio y comprobar si la percepción de apoyo social contribuye a disminuirlo, incrementarlo o modificarlo.

Las participantes fueron 50 mujeres climatéricas de 40 a 50 años, a las cuales se les aplicó 6 instrumentos de los cuales, se obtuvo información sobre síntomas climatéricos, niveles de estrés, percepción de apoyo social y estrategias de afrontamiento.

La aplicación de los instrumentos se realizó en los hogares y áreas de trabajo de las mujeres, durante su tiempo de descanso.

El método y el diseño empleado fue no experimental, transversal correlacional, con un muestreo no probabilístico.

En este estudio se encontraron correlaciones significativas aunque bajas, entre la sintomatología física y psicológica, con respecto a ésta relación se descubrió que no es lineal, y que independientemente de los síntomas climatéricos, el estrés psico-social que se

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

experimenta en esa edad, tiene un efecto significativo en la magnificación de los síntomas, más que el climaterio por sí solo.

Se encontraron correlaciones entre padecimientos climatéricos y apoyo social sin embargo, éstas no fueron significativas, así como tampoco se encontraron correlaciones significativas entre padecimientos, estrés y apoyo social. Al llevar a cabo un análisis más detallado se encontró que los padecimientos se desarrollan e incrementan conforme se presentan las etapas del climaterio, así pues, mientras se incrementan los síntomas climatéricos, los niveles de estrés también se elevan, y a su vez el apoyo social y afrontamiento disminuyen.

En síntesis, la percepción del apoyo social como un amortiguador del estrés en la etapa del climaterio, lo fue en el presente estudio únicamente en rangos específicos de edad, de los 46 a los 55, y de los 49 a los 50 años de edad.

Las aportaciones de este trabajo son: una perspectiva del comportamiento y correlaciones entre los síntomas climatéricos, el estrés cotidiano, el apoyo social, y el afrontamiento. El análisis del comportamiento de los síntomas climatéricos a partir de la edad de la mujer, así como la confirmación de que el Climaterio es advertido más por el enfoque cultural (y sus implicaciones) que por los cambios físicos reales que corresponden a esta etapa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN.

Es en la etapa de la adultez que el individuo goza de plenitud psicofísica en condiciones normales, al llegar a esta etapa ha logrado un adecuado desarrollo de la personalidad y este desarrollo continúa durante todo el ciclo vital, aunque sí las intensas transformaciones que se producen en la niñez y en la adolescencia. Al llegar a los 50 años, la mujer a diferencia del hombre experimenta un cambio importante, un cambio hormonal que ocasiona la desaparición de la menstruación, y por lo tanto la pérdida de la capacidad reproductiva.

En el pasado cuando el cometido más importante de la mujer era tener hijos, esta suspensión era algo así como una clausura de su función femenina y en general era aceptada con sumisión y conformismo, mientras que socialmente la mujer menopáusica era considerada como un ser disminuido. En la actualidad perdura esta visión peyorativa, entre tanto, a muchas mujeres les cuesta aceptar este cambio, y esto refuerza la consideración negativa que la propia mujer tiene de su proceso climaterio. No obstante en nuestros días, sabemos que la femineidad no se termina en la edad adulta sino que únicamente se transforma, en ocasiones para optimizar e intensificar fuerza y solidez que antes no se tenía. (Botella-Llusiá, 1990).

Para entender las implicaciones de este estudio, en primera instancia es necesario tener presente que el Climaterio constituye una etapa de la vida de la mujer en la que se presentan cambios psíquicos, sociales y culturales, es en esta etapa donde se distingue la menopausia, la cual se define como el cese de las menstruaciones como consecuencia de insuficiencia ovárica. (Jiménez y Pérez, 1999).

Ser una mujer "menopáusica" no significa tanto ya no menstruar sino volverse, según calificativos de otros, histérica, loca, caduca, nerviosa, etc. Es claro que la mujer sufre en esta etapa una serie de molestias que pueden dar lugar a una verdadera enfermedad. De ahí el interés médico y psicológico por identificar patologías reales y enfermedades psicósomáticas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



En muchas ocasiones, el climaterio puede convertirse en el centro de proyección de todas las causas de los conflictos que se presentan concomitantemente a nivel físico, emocional, laboral y familiar, cuando por lo general habrían de atribuirse estos síntomas psíquicos asociados al proceso climatérico a la combinación de los cambios físicos, las influencias culturales y las expectativas y percepciones individuales del proceso. (Sempere y Mouríño, 1998).

El climaterio y la menopausia han sido revisadas por disciplinas médicas en su gran mayoría, revisiones que tratan de tener poca convergencia, con otras disciplinas como la psicología, condición que origina una visión exclusiva de síntomas climatéricos. Las creencias culturales acerca de la menopausia y el climaterio son fundamentales para comprender la forma en que las mujeres afrontan las crisis que se les presentan. Por esto el trabajo del psicólogo debe considerarse como primordial e importante en la planteamiento y elaboración de programas y estrategias, encaminados a desmitificar los conflictos irremediables sufridos en esta etapa, así como para mejorar la calidad de vida y de salud integral de la población femenina.

Desde esta perspectiva y tomando en cuenta que en el climaterio se corre el riesgo de sufrir trastornos atribuibles al estrés, como úlceras, hipertensión, fatiga, ansiedad, neurosis. (Witking-Lanoil, 1984), se hace necesario que una de las líneas de investigación se relacione al estrés. Bajo la teoría de que éste se presenta cuando las demandas del medio superan la capacidad del individuo para hacerle frente. (Mora y Gómez, 1995).

Según Witking-Lanoil, las mujeres padecen trastornos que derivan de su fisiología característica, de los cambios vitales, de las exigencias físicas y psicológicas de su rol, y la mayoría de las alteraciones estresantes se presentan por periodos prolongados, algunos de los síntomas relacionados con el estrés son: amenorrea, tensión premenstrual, vaginismo, frigidez, depresión postparto, anorgasmia, y lo que llama melancolía menopáusica. Si bien

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

es cierto que es factible que el estrés sea el causante de experiencias aversivas que dañan la salud desde la niñez, en el climaterio, el estrés posee un papel significativo.

Uno de los recursos que posee el individuo para contrarrestar y resolver el estrés es el afrontamiento. (Noriega, 1998). El afrontamiento consiste en los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que realiza el sujeto para hacer frente al estrés. (Lazarus y Folkman, 1991). Se dice que las estrategias de afrontamiento de las mujeres climatéricas generalmente le reditúan resultados negativos porque su estrés no disminuye. (Ussher, 1991).

Estudios al respecto del afrontamiento han destacado que a partir de las relaciones sociales se obtiene apoyo en momentos de crisis y malestar. (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000). A pesar de lo anterior se afirma que en la etapa del climaterio la relación entre estrés y apoyo social no es la esperada porque el medio no le proporciona a la mujer los recursos necesarios para superar obstáculos y satisfacer sus necesidades. (Arroyo y Hernández, 1995).

Tomando en cuenta los antecedentes registrados, el objetivo del trabajo fue, examinar el nivel de estrés que presenta un grupo de mujeres en la etapa del Climaterio y comprobar si la percepción del apoyo social contribuye a disminuirlo, incrementarlo o modificarlo.

En el primer capítulo se examina como se ha conceptualizado al Climaterio a través de la historia en distintas partes del mundo, las diferencias entre Menopausia y Climaterio, así como los síntomas físicos y psicológicos que se presentan, concluyendo en los tipos de tratamiento que existen.

En el segundo capítulo se aborda el tema del estrés desde el modelo teórico de Richard Lazarus, a partir de sus antecedentes y definiciones, así como la relación entre estrés y Climaterio, además de una revisión respecto al afrontamiento y las formas de afrontamiento en el Climaterio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tercer capítulo gira alrededor del Apoyo social, sus definiciones y los tipos de apoyo social que existen en el Climaterio.

En el cuarto capítulo se presenta el trabajo de investigación realizado.

En el último capítulo se discuten los resultados, sugiriendo pautas a seguir para posteriores investigaciones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPITULO I

## CLIMATERIO

### I. CULTURA Y CLIMATERIO

Los grupos humanos tienen formas de relacionarse entre sí, desde el nacimiento, crecimiento, desarrollo, madurez, vejez hasta la muerte. Los rasgos biológicos, masculinos y femeninos son papeles a desempeñar en una cultura, la sociedad espera de estos, actividades, comportamientos, conocimientos e incluso reacciones emotivas diferentes, los juicios culturalmente determinados de lo que es importante, deseable, prejudicial o justo son importantes en la determinación de las emociones, de tal manera que en esa necesidad de formar parte de un grupo y ser aceptado por él, el hombre y la mujer asumen esos comportamientos, en ocasiones sin tomar clara conciencia de ello.

Mead (1972) al analizar estos rasgos, concluye, en su libro *Sexo y temperamento*, que la naturaleza humana es maleable de manera casi increíble, las condiciones culturales distintas y opuestas para cada sexo influyen en gran manera, esta conformidad se da a lo largo de toda la vida y tiene efectos diferentes dependiendo de la época en la que se encuentre.

En el transcurso de estas etapas existen temporadas biológicas críticas, con respuestas psicológicas paralelas, por ejemplo, en la joven adolescente la llegada de la menarca es uno de estos momentos críticos, primero con los ajustes de los ciclos irregulares, los ciclos cortos o largos, los cambios físicos como aparición de vello pubiano y axilar, desarrollo de los senos, etc; de igual forma para la mujer madura, la *menopausia* constituye un episodio biológico representado por la falla progresiva de la función ovárica que marca de manera importante su vida.

Estos dos episodios, la menstruación y la *menopausia* no son solamente procesos biológicos, también tienen un sentido psicológico, social y cultural: según Casamadrid (1997) en algunas culturas la sangre de la menstruación simboliza peligro y fuerza, en otras

salud y bienestar, en algunas sociedades, la menarca y la *menopausia* son consideradas como enfermedad y en otras como un proceso natural de la vida.

Este investigador realizó estudios con algunos grupos árabes y orientales, en sociedades primitivas como la de los indios Mohawe, y no encontró ningún reporte el cual demostrara que el *climaterio* fuera considerado por mujeres y hombres, como un período traumático o deprimente, menciona que en estos grupos las mujeres tienen pocos o ninguno de los síntomas que la mayoría de las mujeres occidentales asocian con la *menopausia*, esto se debe a que, las mujeres al no menstruar dejan de ser consideradas por su grupo como "agentes contaminantes", promoviendo beneficios en su rol social.

En cambio en las sociedades occidentales e industrializadas el *climaterio* sin trastornos es considerado excepcional, ante esto Sempere, Mourido, y González (1998) manifiestan que la cultura occidental fomenta el mito de que la mujer *menopáusica* sufre cambios en su personalidad, con tendencia a padecer depresión y disminución del interés sexual, lo cual a su vez refuerza la consideración negativa que la propia mujer tiene en su proceso de *menopausia*.

En un estudio transcultural llevado a cabo por Beyene (1986) en México y Grecia, encontró que entre las mujeres mayas y las griegas existen percepciones distintas de la *menopausia*. Para las mujeres mayas la menstruación se asocia con actividades restrictivas y molestas, por lo tanto el *climaterio* es percibido como una etapa en donde se liberan de sus restricciones y tabúes, durante esta etapa no evidencian ningún síntoma que les represente problemas físicos ni psicológicos, sus relaciones de pareja mejoran y se sienten con más vitalidad.

Para la mujer griega menstruar es un signo de buena salud porque considera que la sangre de la menstruación es la sangre enferma de la que se tienen que librar, así pues su perspectiva ante la *menopausia* no es tan positiva, ya que a pesar de que la etapa de la vejez es respetada en esta cultura, envejecer no es algo que se quiera o se busque, y como consecuencia sufren ansiedad, padecen bochornos, sudoraciones, manifiestan una postura negativa ante el *climaterio*.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los resultados anteriores nos sugieren que la mujer toma una actitud determinada y experimenta una vivencia particular hacia este proceso, tomando como referencia su historia individual y de las personas que le rodean. Por lo visto la cultura de una sociedad es importante en la vida emocional de las personas, según menciona Gordon (1981, en Lazaruz, y Folkman, 1991) porque la conformación de una emoción y la manera en que se exprese tiene que ver con el significado que la cultura le asigna. De tal forma que es posible afirmar que la percepción que se tenga de la *menopausia* y *climaterio* varía dependiendo de la cultura a la que se pertenece, considerándolos como procesos bio-culturales.

## LA DEFINICION DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

### Antecedentes

El interés por el climaterio se remonta a Aristóteles quien registró en el libro llamado *Enfermedades de la Mujer* algunas características físicas de esta etapa como las siguientes: "con las menstruaciones ligeras, el dolor va dentro de los brazos, piernas, espalda, la mujer puede tener dolor alrededor del cuello, en la espina y en la región lumbar, el dolor no es localizado en el mismo lugar, pero ahora ahí se encuentra".

Oríbasio nacido en Pérgamo (325-423 A.D), refirió en sus escritos, los problemas que presentan las mujeres después de la menopausia. Durante unos 1300 años se tuvo un pobre interés sobre los problemas ginecológicos en general, la primer referencia fue de Willis en 1683, refiriéndose a ellos como "convulsiones del estómago", para el año 1712 en Kornburg Alemania, Laurence Heister describió los síntomas de una persona mencionada como Lady Rieden, con aproximadamente 40 años, tenía menstruaciones irregulares "presentaba commociones en la sangre que comenzaban en el estómago y se acompañaban de gran calor, enrojecimiento facial y fuerte sudoración", los médicos reconocieron que los bochornos eran complicaciones específicas de la postmenopausia y semejantes a "rubores de damas caprichosas que se presentan con las reacciones emocionales y el estrés". Más

tarde Filt en 1858 confirmó la existencia de boehornos, en el 50% de un grupo de 500 mujeres menopáusicas que él atendía y lo relacionó con la ausencia de las menstruaciones. (PAC' Climaterio Femenino Ginecología Libro 1).

## CLIMATERIO

Para comprender esta etapa en la vida de la mujer es necesario en primer lugar diferenciar entre el *climaterio* y la *menopausia*. Es un error común considerar a la *menopausia* como período o etapa de la vida de la mujer, cuando en realidad es solo un signo más del período del *climaterio*.

La palabra *Climaterio* proviene del griego y significa escalera descendente. (Beyene, 1986). Seasso y Machin (2000) definen al *Climaterio* como el período de transición hormonal entre la vida reproductiva y la vejez, caracterizado por síntomas multi-sistémicos variables, en este período existe una declinación gradual y progresiva del ovario por agotamiento de los complejos folículo oocitarios.

Para Jiménez y Pérez (1999) ésta es una etapa en la que se presentan cambios psíquicos, sociales y culturales, los cuales ponen a prueba la capacidad psíquica de la mujer para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales necesarios que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo.

Este período transcurre aproximadamente entre los 45 y 65 años, desarrollándose desde un tiempo antes de la última menstruación y un lapso de varios años después (Defey, Storch, y cols 2000). Otros investigadores más precisos, explican que el *climaterio* comprende tres décadas (Figura. 1), de los 35 a los 42 años se presenta el *climaterio temprano*, de los 46 a los 55 años abarca la *premenopausia* y la *postmenopausia*, y de los 56 a los 65 es el *climaterio tardío*. (Vera, Rentería, y cols, 1996).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

35-45 años	45-55 años		56-60 años
	PRE	POST	
Climaterio temprano o Preclimaterio	Peri menopausia		Climaterio Tardío o Posclimaterio

Figura. 1. Rangos de edad y períodos en el Climaterio

Barruel e Iñesta (1993) explica que en el climaterio existe una involución (paso de lo múltiple a lo simple, modificación retrógrada de un órgano) de los ovarios y se presentan diversos cambios patológicos y hormonales asociados con la ausencia del sangrado menstrual. La misma autora menciona que el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha denominado al Climaterio como la fase en el proceso de envejecimiento en el cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva; donde los signos que dicen que ha llegado este periodo se mencionan como síntomas climatéricos o molestias climatéricas

### **MENOPAUSIA**

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la menopausia como la ocurrencia del último episodio de sangrado menstrual después de los 40 años, considerando que una mujer es menopáusica hasta que tiene por lo menos 12 meses sin menstruar. (Alvarado, Rivera, y cols, 1995).

La menopausia es el cese de la menstruación (amenorrea completa y final) como consecuencia de insuficiencia ovárica, ese último periodo menstrual, ocurre usualmente después de algunos años de haber iniciado el climaterio.



Así como existen varias perspectivas respecto al climaterio y la menopausia dependiendo de la cultura, también existen diferencias en cuanto a la edad en que aparece ésta, la edad promedio se sitúa entre los 39 y 51 años, se ha reportado que en comunidades indígenas, de negros y asiáticos se presenta años antes, en Estados Unidos se presenta a los 51, en Noruega a los 41, en Nueva Guinea África a los 43, en Colombia a los 47, en México aparece entre los 47 y 52 años aproximadamente (Castro, Anaya y Bello, 1999).

Esta variación depende de factores hereditarios, sociales, culturales y económicos, sin embargo resulta imposible saber cuando se producirá la menopausia, porque no se conocen los mecanismos que intervienen en la interrupción de la función ovárica, por otro lado aún no es claro ni evidente si factores como la menstruación, el uso de la píldora, el número de hijos, la talla o el peso influyan para que la menopausia aparezca a determinada edad.

Existen dos tipos de menopausia, la fisiológica y la artificial; la primera es, la suspensión definitiva de la menstruación producto del proceso natural de envejecimiento ovárico, con la consecuente pérdida de la función hormonal cíclica (Velasco, Cardona y cols, 1998); y la segunda se refiere al cese de la menstruación, originada por la extirpación quirúrgica de los ovarios por radioterapia o laparotomía (Barruel e fiesta, 1993).

Con base en la anterior clasificación de los episodios del climaterio, el comportamiento de la menopausia se desarrolla de la siguiente manera: en la premenopausia es frecuente que el ciclo menstrual se vuelva irregular y comiencen las molestias climatéricas, ésta marca la transición de los ciclos menstruales irregulares a la amenorrea permanente, aquí el sangrado puede volverse más ligero o abundante, los cambios pueden ser:

- a) supresión brusca del ciclo menstrual, esta forma de finalización es poco frecuente aproximadamente el 10% de las mujeres lo presentan, ya que rara vez los ovarios dejan de funcionar de forma brusca.
- b) disminución gradual, la cantidad de flujo disminuye progresivamente así como la duración, los períodos se vuelven más cortos y menos frecuentes, con esta forma de experimentar la menopausia los síntomas son en general leves, ya que los ovarios continúan produciendo estrógenos en pequeñas cantidades.

- c) hemorragias vaginales intensas, estas suceden antes de los 40 años de edad; la postmenopausia se presenta después de los 55 años, y se caracteriza por cambios endocrinos posteriores a la menopausia, al respecto Velasco (op. Cit) comentan que es incierto si este término debe referirse al resto de la vida de la mujer o solo al período en el cual ocurren los síntomas del climaterio.

## 1.2 SINTOMAS FISICOS

Es importante aclarar que la mujer pasa por modificaciones hormonales durante toda su vida, no solamente en el climaterio; en la niñez tiene ovarios abundantes pero con una actividad mínima por falta de estímulo hipofisiario, lo que origina bajas concentraciones de estrógeno; en la adolescencia el sistema hipotalámico-hipogonadal comienza a desarrollarse y a producir los estrógenos que permitirán el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, en esta etapa lo más importante es la producción hormonal que completará la madurez para la vida reproductiva.

La adolescencia se caracteriza por un progresivo aumento de la secreción de estrógenos, lo que provoca modificaciones físicas y psicológicas, cada cambio que sucede tiene que ver con la relación de cada tejido u órgano de acuerdo al estímulo estrogénico; uno de los cambios más notorios es la menarquia o primera menstruación que se produce cuando la estimulación estrogénica es suficiente para iniciar la proliferación y descamación endometrial.

En la edad reproductiva o adulta debe existir un correcto funcionamiento hipotalámico-hipofisico-gonadal, en este período la mujer está en las mejores condiciones para la reproducción. Ya en la vejez existe un descenso en la capacidad reproductiva, entra en una etapa de muy bajas concentraciones de estrógenos y como consecuencia los caracteres sexuales cambian y se atroflan los genitales secundarios (Scasso y Machin, 2000).

Se da por sentado que las mujeres en el climaterio presentan síntomas físicos y psíquicos que forman parte de un llamado Síndrome menopáusico, sin embargo la menopausia no tiene que ir necesariamente acompañada de las diversas perturbaciones que

se le atribuyen y que en realidad están relacionadas con el envejecimiento del cual la menopausia es solo un aspecto, no obstante es cierto que existen determinadas perturbaciones que están directamente relacionadas con la desaparición de las reglas, por ejemplo, los bochornos, los sudores nocturnos, las alteraciones de las mucosas, etc.

Otras alteraciones que frecuentemente acompañan a la menopausia y que no tienen relación directa con ella son, el nerviosismo, el insomnio, la fatiga, la disminución del apetito sexual, entre otras, su origen no se debe a la menopausia, sino a una serie de conflictos y cambios que se presentan en esta etapa y que se atribuyen a la menopausia.

Dado el interés científico por atender el Síndrome menopáusico, se empezaron a usar los estrógenos para tratarlo, pero se comprendió la necesidad de contar con un índice o inventario de síntomas que pudiera evaluar los resultados de los tratamientos y comparar diversos estudios. El primer índice propuesto y que se ha utilizado ampliamente fue el Índice Menopáusico de BLATT ("Blatt's Menopausal Index, BMI) introducido por Kupperman (s/f, en Salvatierra, 1997); después de la recolección de datos y de su valoración Kaufert y Syrotuik (s/f, en Salvatierra, 1997) llevaron a cabo una discusión y consideraron insuficientes los síntomas psicológicos incorporados en el inventario, afirmaron que resultaba erróneo integrarlos en un índice global, concluyendo que los síntomas pueden agruparse en tres o cuatro factores o grupos independientes, 1) Factor Somático, este factor agrupa síntomas corporales como cefaleas, vértigos, tensión corporal entre otras; 2) Factor Psicológico comprende alteraciones del estado de ánimo como mal humor, así como depresión y ansiedad; 3) Factor vasomotor incluye síntomas neurovegetativos como sofocos, sudoraciones, etc.

Desde el punto de vista de Seacco y Machin (2000) existen varios motivos por los que no puede hablarse de un síndrome climatérico sino más bien de múltiples síndromes, que se relacionan con distintos patrones hormonales que se van modificando conforme avanza la insuficiencia ovárica, por ello se propone una clasificación del climatérico en etapas, en las cuales se evidencian diversas conductas. Esta clasificación la hacen argumentando que la nomenclatura utilizada hasta ahora es poco práctica desde el punto de vista clínico porque se marcan períodos largos e imprecisos que no permiten establecer medidas terapéuticas propias para cada caso. Debido a que esta clasificación es en gran medida médica, solo se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

retomaran las características útiles para analizar, los primeros tres escalones corresponden al climaterio premenopáusic y los últimos tres al postmenopáusic:

#### PRIMER ESCALON (Premenopausia)

Los primeros trastornos se inician alrededor de los 37 años, se producen anomalías en los óvulos relacionadas con estrés, que después se hacen frecuentes y persistentes. Existen desajustes del ciclo, porque se acortan de 24 a 26 días, aunque hay algunas mujeres que los mantienen de 28 días, en este período se incrementa el síndrome premenstrual habitual es decir:

- \* Cefáleas
- \* Tensión mamaria
- \* Distensión abdominal
- \* Cambios anímicos → irritabilidad → depresiones transitorias
- \* Retención de líquidos.

En este sentido Escalante (1995) afirma que se presenta:

- Dolor generalizado
- Constipación
- Fatiga
- Disminución de la fuerza

Y sugiere que tanto estos como los padecimientos anteriores no son privativos de la pre o postmenopausia.

#### SEGUNDO ESCALON

En esta etapa sucede un acortamiento del ciclo o retraso menstrual esporádico y transitorio, que generalmente se vincula con estrés, finalmente se llega a una oligomenorrea

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(menstruación cada 60 o 90 días) persistente. En esta etapa una de cada dos mujeres aumenta entre 3 y 10 kilos, también suelen presentar:

- Sedentarismo
- Angustia
- Alteraciones cutáneas → Cutis graso  
Seborrea  
Acné
- \* Pérdida de hierro → Anemia

A esto Escalante (1995) agrega otra característica, cambios en la dieta. Casamadrid (1986, en Barruel e Ingesta, 1993) coinciden al afirmar que se producen trastornos gastrointestinales también, por los efectos colaterales del tratamiento hormonal.

### TERCER ESCALON

Durante esta etapa Scasso y Machín señalan como síntomas:

- Nerviosismo → Preocupación por el futuro, miedo a dejar la casa, o asistir a reuniones.
- Dificultad para la concentración
- Pérdida de memoria
- Insomnio → Irritabilidad
- Disminución del rendimiento (Salvatierra, 1997)

### CUARTO ESCALON (Síndrome Climatérico posmenopáusico temprano)

Los trastornos hormonales que se presentan provocan:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Bochornos, síntoma más conocido y relacionado con la menopausia. Estos afectan al 75% de las mujeres menopáusicas y 1 año después de la menopausia al 82% (Drapier, 1992).

La primera descripción publicada referente a los bochornos fue hecha por Lawrence Heister en 1972 en Alemania tomando como ejemplo el de una mujer de 40 años que aún menstruaba y tenía intermitente e irregular conmovión en la sangre, que principiaba en el estómago y se acompañaba de gran calor y enrojecimiento facial con frecuente sudoración.

Los bochornos se observan en 6% a 63% de las mujeres en la premenopausia, de 28% a 65% en la perimenopausia y de 58% a 93% en el primer año postmenopáusico. (Mekinlay y Jeffers, 1974 en PAC Climatario Femenino Ginecología Libro 1, s/D).

Los bochornos pueden aparecer espontáneamente o son precipitados por factores como estrés, clima caliente, espacios reducidos, cafeína, alcohol y drogas y éstos pueden tener características premonitorias como sensación de ansiedad, presión en la cabeza, sensación de calor que se inicia en la cara y continúa en el cuello, la cabeza y el tórax, puede tener un punto inicial el cual puede ser en los lóbulos de las orejas, en la frente y en las glándulas mamarias (Sturdee, 1978 en PAC Climatario Femenino).

Los bochornos pueden presentarse en 3 fases:

- a) Pródromos (estado de malestar que precede a una enfermedad): cuando los bochornos suceden en la noche
- b) Sensación de calor localizada primero en la cara y cuello y luego se extiende al tórax y hombros pudiéndose generalizar, aumenta la temperatura periférica que suele asociarse con sudoración y taquicardia
- c) Fase de resolución, caracterizada por sensación de escalofrío y temblores

Los bochornos duran desde algunos segundos hasta 3 minutos, pero son tan molestos que a las climatéricas les parecen de más duración. Cabe aclarar que no todas las mujeres tienen crisis de bochornos, algunas solo crisis parciales, de sudoración o palpitaciones que casi no se relacionan como síntomas climatéricos.

Durante este periodo es frecuente que experimenten:

- Disminución de la libido (Cala, 1986)
- Disminución de reacciones emocionales
- Insatisfacción sexual

Otros trastornos cutáneos como:

- Sequedad en la piel
- Caída del cabello
- Uñas quebradizas
- Resequedad en los ojos

También sufren dolores en las articulaciones, óseas y/o musculares, muchas veces se diagnostican como reumáticos atacando el síntoma y no la causa fisiopatológica

#### QUINTO ESCALON (Síndrome Climatérico postmenopáusico intermedio)

Ésta se ubica entre los dos y cuatro años posteriores a la menopausia, para esta época los bochornos han sido superados en la mayoría de las pacientes, pero algunas continúan teniéndolos 5 a 10 años después. En esta etapa tiende a prevalecer o crecer la:

- Depresión
  - Crisis de llanto, pérdida de interés por vivir
  - Pérdida de apetito
- Angustia
- Nerviosismo
- Insomnio
- Se incrementan los trastornos cutáneos de la etapa anterior

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Rodríguez (1998) al igual que Arroyo y Hernández (1995) manifiestan que existe sequedad vaginal o dispareunia en esta etapa del climaterio, síntoma frecuente y molesto, lo que contribuye al rechazo de la pareja.

#### SEXTO ESCALON (Síndrome climatérico posmenopáusico tardío)

Sucedee de 5 a 10 años después de la menopausia. Existen modificaciones en el aparato genital:

- Atrofia en la vulva, porque se pierde tejido colágeno y los labios menores de la vulva se acortan y se vuelven más finos y los labios mayores se aplanan
- El ph vaginal aumenta y puede ocasionar infecciones locales
- Disminución del cuello uterino y moco cervical
- Los ovarios y las trompas disminuyen su tamaño, existe una regresión del tejido mamario
- Deseo súbito de orinar
- Incontinencia de orina, la carencia de estrógenos la desencadena (Escalante, 1993)

Scasso y Machín mencionan también la:

- Pérdida de volumen de hueso o disminución de la cantidad de hueso, lo que ocasiona que los huesos se vuelvan endebles.

La osteoporosis es una condición en la cual los huesos se van deteriorando de manera progresiva haciéndose más frágiles conforme avanza la edad, el proceso de pérdida de hueso es un proceso silencioso, no se ven sus consecuencias hasta varios años después.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Los factores que se sugieren como causas de osteoporosis y que influyen en la densidad de masa ósea son diversos, pero en general pueden ser factores genéticos, nutricionales (calcio, vitamina D y otros), factores relacionados al estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo y otros), factores de salud o médicos (niveles de estrógenos, uso de algunos medicamentos) y factores mecánicos (actividad física, peso corporal y otros). (PAC, Climaterio Femenino)

Morris (1986, en Escalante, 1993) dice que también existen diferencias raciales en la aparición de osteoporosis, independientemente de que en la mujeres la pérdida de masa ósea se da después de los 30 años y en lo hombres después de los 45 o 50 años. Por otro lado se cree que el tabaco y el alcohol favorecen la osteoporosis y que las mujeres delgadas, de baja estatura o complexión pequeña, presentan mayor riesgo de sufrirla.

Seasso y Machin (op.cit) hablan de la Osteoporosis tipo II o senil que la padecen mujeres de 70 a 80 años, y provoca fractura del cuello femoral, debida a una pérdida ósea relacionada con la edad.

En cuanto a las investigaciones al respecto de los síntomas en el climaterio, Neugarten y Krames (1975, en Salvatierra, 1997) investigaron una serie de 28 síntomas incluyendo los 11 del BMI ("Blatt's Menopausal Index") y otros síntomas somáticos y psicológicos en 460 mujeres de 13 a 64 años, distribuidas en 5 grupos de edad: Grupo de las maduras de los 45 a los 55 años, menopáusicas y no menopáusicas, la mayor frecuencia de síntomas ocurrió en las dos edades críticas del desarrollo, es decir, en la adolescencia (13-18) años y en el climaterio (45-54 años). En la adolescencia predominaron los síntomas emocionales mientras que en la madurez lo hicieron los somáticos y psicósomáticos, detectaron 5 síntomas del BMI, significativamente asociados con el climaterio: sofocos, parestesias, hormigueo, irritabilidad (nerviosismo) y melancolía.

En 1980, Bungay llevó a cabo un estudio en una población aleatoriamente elegida de las listas de pacientes de médicos generales del área de Oxford en Gran Bretaña. Trabajo con 1120 mujeres y 510 hombres entre los 30 y 64 años los cuales contestaron un cuestionario conformado por 40 síntomas (somáticos, vasomotores y psicológicos), una vez que contestaron los cuestionarios, seis semanas después recolectó datos médicos, ginecológicos (en los que se preguntaba si había ocurrido la menopausia y a que edad), y

familiares. La edad media de la menopausia en esta población fue de 50.3 años. Para analizar sus resultados estableció una relación entre edad y frecuencia de los diversos síntomas y obtuvo lo siguiente:

- a) Las parestesias (adormecimiento, hormigueo en la piel, manos y/o pies) y la dificultad en el coito aumentaron a partir de los 35-40 años de forma paralela en ambos sexos.
- b) Las mujeres aquejaron con mayor frecuencia insomnio, pérdida del interés sexual y urgencia urinaria (sin incremento en la edad de la menopausia).
- c) los sofocos y los sudores nocturnos presentaron un aumento tras la menopausia, mientras que la dificultad para tomar decisiones, la pérdida de la confianza en sí misma, la ansiedad, pérdida de la memoria, dificultad de concentración, sentimientos de minusvalía, cansancio, crisis de vértigo, y palpitaciones lo padecieron en el año anterior a la menopausia y se incrementaron en la edad de la menopausia.
- d) los síntomas generalmente asociados con el ciclo menstrual como la irritabilidad y lumbalgia, decrecieron a partir de la menopausia.

Estos resultados muestran que hay algunos trastornos o síntomas que aumentan con la edad y que el climaterio se asocia con ciertos síntomas, predominando los psicológicos en el año que preceden a la menopausia y probablemente ligados a la irregularidad menstrual perimenopáusia, así como los vasomotores en el año siguiente al cese definitivo de las reglas.

Desde el punto de vista de DeFey, Storeh y cols (2000), no existe manera general de vivir el climaterio, los síntomas y las reacciones afectivas tienen que ver con la cultura, las características de la personalidad y la historia personal.

De acuerdo a la explicación anterior, es posible observar tres grupos de síntomas en el climaterio: los que tienen que ver con la disminución de estrógenos; los que se relacionan con la personalidad, y los que modifican o intervienen en las relaciones sociales. Estos tres determinan como se viven y manejan los cambios estrogénicos desde la niñez, adolescencia, adultez hasta la vejez.

### 1.3 SINTOMAS PSICOLÓGICOS

La etapa del climaterio vista como un hecho biológico, hace que la mujer le asigne ventajas y desventajas; algunas consideran como ventaja, el fin de la menstruación, menos gasto económico, menos incomodidades por la higiene, menos preocupaciones por la anticoncepción, cero conflictos por embarazo no deseado. Las desventajas se derivan de lo sociocultural, se piensa que esta etapa es algo vergonzoso que implica la pérdida de atributos físicos, del valor simbólico de madre-mujer, la satisfacción sexual, etc, lo cual provoca un deterioro en la autoestima.

Los diferentes significados hacen que la mujer dependiendo de la cultura a la que pertenezca -- de la forma de aparición de la menopausia, la edad, estrato socio-cultural, nivel de desarrollo psicosexual alcanzado, estructura psicológica, factores familiares, ambientales y su estado de salud física -- desarrolle una determinada actitud o expectativa, lo que favorece la aparición de grupos de síntomas o características psicósomáticas que impiden que la mujer elabore y asuma los cambios producidos por el desequilibrio hormonal.

En cuanto a este asunto de la actitud, según Neugarten ( s/f, en Salvatierra, 1997) las mujeres anticipadamente ven a la menopausia peor de lo que es, sin embargo una vez que ocurre, se comprueba que no es una fatalidad: esto lo respalda al mencionar el estudio de Manitoba y El estudio de Massachussets, en los que se demuestra que la mayoría de las mujeres atraviesan por el climaterio y la menopausia sin problemas y que los problemas lo presentan un grupo reducido de personas con trastornos psicológicos existentes antes del climaterio: el estudio de Massachussets, se basa en una encuesta de una muestra transversal seleccionada aleatoriamente del censo de Massachussets de 8050 mujeres que tenían entre 45 y 55 años en Enero de 1982. El 42% de esas mujeres manifestaron que la menopausia era un alivio, mientras que el 35,5% mantuvo una actitud neutral, el 19,8% una actitud ambivalente (con sentimientos mezclados) y el 2,7% una actitud negativa.

De la muestra se identificaron 2565 mujeres que habían menstruado en los tres meses anteriores y que tenían útero y ovarios. Estas mujeres fueron seguidas longitudinalmente durante 5 años, mediante entrevistas telefónicas cada 9 meses (6 entrevistas). En general los

cambios de actitud en las entrevistas sucesivas fueron positivos, es decir las que tenían una actitud de alivio, la mantuvieron y las que tuvieron una actitud neutral o ambivalente, tendieron a cambiarla a positiva. Los datos del estudio muestran que alrededor del 20 al 25% de mujeres temen a la menopausia y esperan alguna repercusión negativa sobre su salud y no solamente eso sino que entre 15 y 26% experimentan sentimientos negativos durante la menopausia especialmente durante el ciclo de períodos irregulares que precede a la amenorrea.

En este mismo tenor pero en México, el objetivo de Jiménez y Pérez (1999) al llevar a cabo un estudio descriptivo en la Ciudad de Torreón, fue determinar la actitud de la mujer ante la menopausia y su relación con síntomas climatéricos; aplicaron una encuesta a 425 pacientes mayores de 50 años considerando las siguientes variables:

- Edad de la paciente
- Edad de la presentación de la menopausia
- Actitud de la paciente frente a la menopausia
- Información sobre climaterio, entre otros.

Una vez obtenidos los resultados se dividió la población en 2 grupos: A) Pacientes con actitud positiva (Tabla 1), y B) Pacientes con actitud negativa (Tabla 2). Los resultados del grupo A fueron una actitud positiva manifestada como un proceso natural en el 100% de las pacientes. Los síntomas más frecuentes que presentaron fueron:

Grupo A

Síntomas	Mujeres
Irritabilidad	94
Depresión	93
Labilidad Emocional	56
Disminución de la libido	50
Ansiedad	40
Tristeza	48
Apatía	40

Tabla 1. Porcentajes de Mujeres con actitud positiva.

El grupo clasificado como la actitud negativa frente al climaterio incluye concepciones de la mujer climatérica como: enferma 95%, vieja 88%, histérica 70%, nerviosa 48%, y la frecuencia de los síntomas fueron:

Grupo B

Síntomas	Mujeres
Irritabilidad	162
Depresión	136
Labilidad Emocional	144
Disminución de la libido	123
Ansiedad	48
Tristeza	56
Apatía	50

Tabla 2. Porcentaje de mujeres con actitud negativa

En este estudio la depresión y la irritabilidad fueron 2 de los síntomas más susceptibles en la mujer climatérica. Estos investigadores afirmaron que 5 de los síntomas tuvieron una correlación estadísticamente significativa con la actitud hacia el climaterio, lo que representó que las mujeres que tuvieron una postura favorable hacia él, tendieron a padecer menos síntomas de este tipo que las que adoptaron una actitud desfavorable.

En otra investigación que incluyó a mujeres premenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas; las mujeres que tenían baja autoestima y poca satisfacción en circunstancias de su vida, tenían mayores posibilidades de tener problemas durante el climaterio. En esta población existía continuidad entre las reacciones previas de la mujer en su desarrollo psico-sexual y las manifestaciones durante el climaterio, es decir, había una relación significativa con problemas de salud, dificultades con la menstruación, actitudes y reacciones negativas durante el embarazo en las mujeres con trastornos psicológicos, se concluyó afirmando que la menopausia en sí no es experimentada por la mayor parte de las

mujeres como un evento crítico, más bien depende de cómo fue su desarrollo psico-sexual. (Krahn, 1963, en Cala, 1986).

Es notable que los trastornos afectivos han sido los que con mayor frecuencia se relacionan con la menopausia, sin embargo no hay evidencias significativas que establezcan la existencia de trastornos psicológicos asociados específicamente a este periodo, ni que el mayor número de mujeres depresivas sean las menopáusicas, a excepción de aquellas con trastornos afectivos previos asociados o relacionados con la reproducción como: padecimiento de síndrome premenstrual, o depresión post parto.

Se ha sugerido que es el desequilibrio hormonal lo que causa los síntomas psicológicos (fatiga, irritabilidad, problemas de sueño, variaciones bruscas de humor) porque lo mismo sucede en el síndrome premenstrual, no obstante la depresión durante la menopausia no esta específicamente asociada con los cambios hormonales de la menopausia fisiológica sino con otros factores como: menopausia quirúrgica, depresión previa, estado de salud grave, problemas menstruales, estrés social o familiar, es decir no esta claro si se debe al déficit hormonal, a la situación psico-social, o al estado de salud. Algunos estudios han demostrado que las tensiones familiares y sociales, así como el pensamiento negativo asociado, están más relacionados con el origen de los síntomas psicológicos que acompañan a la menopausia que el cambio biológico-hormonal.

Según Salvatierra (1997) en el historial clínico de gran número de mujeres con trastornos climatéricos se encuentran rasgos psicopáticos y neuróticos o rasgos de personalidad anormal, especialmente trastornos del desarrollo psico-sexual, afirma que muchas mujeres han tenido varios de los padecimientos climatéricos a lo largo de su vida, o si no es que la vida entera de una paciente ha sido climatérica; menciona que estudios realizados con el "General Health Questionnaire" se detecto una alta frecuencia de trastorno mental en mujeres de 40 a 50 años, la mayoría tenía un record de visitas al médico por problemas "de nervios", habían recibido tratamiento con medicamento y habían sido hospitalizadas frecuentemente, se evidenció que sus trastornos emocionales no tenían un tipo específico porque eran clínicamente iguales a los que padecían antes del climaterio, se calcula que el 15% de las mujeres menopáusicas son casos psiquiátricos, con trastorno de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

personalidad que las predispone a desarrollar síntomas en relación con lo psicológico y lo somático.

Desde el punto de vista de Abbate (1993), los trastornos psíquicos tienen origen en situaciones de crisis de curso (de vida) producidas como reacción ante el envejecimiento, lo cual tiene un peso importante porque la pérdida de la capacidad reproductora altera el papel o el desempeño social de la mujer, es decir independientemente de que la menopausia reafirma que se ha dejado de ser joven (valor importante en nuestra sociedad), lo más difícil es adaptarse a la desaparición de los patrones tradicionales, esto hace evidente que no existe perspectiva de transición a un nuevo y mejor "estadio de desarrollo".

Así pues los síntomas psicológicos pueden presentarse como consecuencia de la propia historia y situación actual de la mujer, ya que ella misma le deposita significados de manera individual y de acuerdo a la ideología y cultura en la que se desarrolla.

Es innegable que los síntomas psicológicos que aparecen en la etapa climaterica participan en diferentes áreas en la vida de la mujer, en su relación con los hijos, relación de pareja, sexualidad, vida social, empleo, etc, a continuación se examinará cada uno de ellos:

#### *RELACION CON LOS HIJOS*

Durante la época del climaterio también se generan cambios en el ciclo vital de la familia, los hijos buscan independizarse y formar sus propias familias, cambian de lugar de residencia, o laboran lejos del hogar. Al parecer son más vulnerables a estos cambios aquellas mujeres que han centrado sus vidas en el rol femenino tradicional, existen mujeres posesivas que establecen lazos simbióticos con sus hijos y el equilibrio de su autoestima depende de esta relación. Asimismo hay mujeres que no logran conseguir sus aspiraciones, o no regresan a su situación laboral y si aparte de esto su función reproductiva ha finalizado, sufren ansiedad y / o depresión y su autoestima atraviesa por cambios importantes.

Escalante (1993) manifiesta que en la sociedad contemporánea existe un trauma en las mujeres que pasan esta época porque su rol de proteger a los hijos se termina, actualmente

muchas mujeres han dejado de tener hijos tiempo antes de iniciar la menopausia, sin embargo el impacto de la separación de los hijos es una dificultad frecuente.

La llamada crisis de la mujer en la edad moderna se une al conflicto de la maternidad y la profesión, esto provoca que su realidad se divida y se vea afectada, ya sea, por el propósito de ser una mujer profesionista y exitosa en su empleo, estar al cuidado de los padres, plantearse perspectivas a mediano y largo plazo, soportar un marido adúltero, etc. En el caso del empleo fuera del hogar, Salvatierra (op cit) menciona que un estudio belga de la "International Health Foundation", demostró que el índice de nerviosismo correlacionó muy bien con otras tres variables: .

- 1) Nivel Socioeconómico: la sintomatología fue mayor en niveles bajos.
- 2) Trabajo fuera del hogar: hubo más síntomas con este tipo de trabajo si el nivel socioeconómico fue alto, y al revés si fue bajo.
- 3) Función de ama de casa: al revés que en el caso anterior, la mayor sintomatología ocurrió en las amas de casa de bajo nivel socioeconómico.

El análisis de regresión múltiple confirma una relación entre la sintomatología (depresión, ansiedad) con los tres parámetros:

- 1) Estado marital: empeoraba cuanto peor era la situación conyugal (viudez, separación, divorcio, desarmonía).
- 2) Clase social: empeoraba en clases inferiores.
- 3) Empleo: empeoraba cuando no existía empleo fuera de casa.

Se concluye que la alteración psicósomática es mayor cuanto mayor es la dependencia social de la mujer, acentuada en los casos de matrimonio insatisfactorio, bajo nivel socioeconómico y funciones de ama de casa. Parece que las mujeres más perturbadas por la menopausia son aquellas con mayor dedicación a la procreación y al cuidado de la familia, y una pérdida o fracaso en este terreno las hace más vulnerables.

En tal caso el nido vacío es una situación intolerante en la menopausia, casi de manera general las mujeres no están preparadas para este cambio en su estilo de vida, así pues es más común atribuir depresión o angustia a la menopausia que a la separación de los hijos, ya de por sí, una crisis natural en la vida en familia, en este sentido Jaszmani (s/T en Salvatierra, 1997) encontró que en las mujeres casadas, no tener hijos o el haberlos tenido



después de los 40 años, se asociaba a menor sintomatología, porque tal vez la presencia de un hijo *pequeño* en el hogar da importancia a la mujer, lo que trae como consecuencia una autoestima positiva, con menor alteración psicológica.

En otro estudio hecho por Gilen (S/I en Salvatierra, 1997) se observó que las mujeres cuyos hijos habían abandonado el hogar, estaban más satisfechas que aquellas cuyos hijos continuaban en casa, es posible que se perciba mayor estrés al ver que los hijos no se independizan porque no tienen trabajo o no han acabado sus estudios u otros problemas, todo depende de la edad de los hijos y de la ligazón sentimental entre ellos y su madre.

Otra característica relevante que se ha mencionado, es el papel que juega el factor socioeconómico en esta área familiar, se dice que las mujeres de un nivel económico privilegiado son menos afectadas adversamente por la menopausia debido a que tienen más alternativas en su estilo de vida, y su autoestima y valor no se depositan en el rol de madre, sin embargo aquellas mujeres que tienen una educación límite, son amas de casa típicas y con poco interés fuera de su propio círculo familiar, su desempeño como madre protectora es lo más importante, entonces cuando llega la separación de los hijos, aunado al episodio de dejar de menstruar, aquello se convierte en lo más terrible de sus vidas.

Aguila (1983, en Arroyo y Hernández, 1995) concluye después de realizar un estudio con mujeres climatéricas con trabajo remunerado, que éstas tienen una autoestima más positiva y un campo más amplio de intereses, el cual produce bienestar tanto en el trabajo como en el hogar. Desde el punto de vista de Barruel e Iñesta (1993) la introducción de la mujer a la fuerza del trabajo hacen que sea cada vez más difícil cuidar de los hijos, en ocasiones éste cuidado puede llegar a ser una carga para la familia, lo cual ha provocado que en la sociedad actual se cuenten con diversos recursos para sustituir o reemplazar las labores maternas obteniendo de manera óptima una satisfacción materna distinta, se cree que la ausencia de esa satisfacción puede originar consecuencias serias en el climaterio, es decir cuando la mujer se da cuenta de que ha perdido la posibilidad de realizarse y desarrollarse como madre y esta satisfacción no se ha ejercido en otras actividades creativas positivas y benéficas a lo largo de la vida puede sobrevenir en la etapa climatérica una tendencia a la depresión.

De lo anterior mucho depende del tipo de interés que la mujer tenga, si se limita al cuidado de los hijos y las labores en el hogar, cuando ellos faltan la mujer empieza a sentirse inútil y vacía, así todos los cuidados que se centraban antes en la familia comenzarán a centrarlos hipococondriacamente en su propio cuerpo.

#### *RELACION CON LA PAREJA*

Con la salida de los hijos del hogar se presenta un reajuste en la relación de pareja. Ambos se quedan solos como al principio de la relación, se dice que si la relación de pareja ha sido buena es probable que este reajuste se de sin conflictos importantes; si la relación fue problemática y crítica es posible que al ocurrir la menopausia de la mujer, se experimenten conflictos más serios que repercutan gravemente en su estado de ánimo y actitud.

Para De la Fuente (1992, en Rodríguez, 1998) existen algunas condiciones psicológicas que alteran la vida de la mujer en el climaterio; una de ellas es que cuando su vida sexual y su relación de pareja ha transcurrido sin erotismo y sin amor, cumpliendo solo el prerrequisito de la procreación de los hijos, entonces el climaterio puede provocar en la mujer el anhelo de recuperar el tiempo perdido.

Greenblatt (1977, en Arroyo y Hernández, 1995) agrega que hay un reencuentro no previsto en la pareja, en la que es posible que el diálogo y la comunicación se pierdan, lo ideal es que la menopausia de la mujer debiera ser asumida también por el compañero y por los hijos, sin embargo generalmente no es así.

En 1989 Estopier llevo a cabo una investigación y encontró que el 65% de las mujeres dijo que sus parejas tuvieron conocimiento de un periodo en el cual la menstruación cesara, y el 35% restante si sabía de los cambios hormonales que atraviesa la mujer con la edad, de esta población solo el 17% les comunicaba a su pareja de los síntomas y estado de ánimo que sufrían, y el 83% no decía nada.

Con la comunicación y conocimiento la relación de pareja debería fortalecerse, ya que en este periodo del climaterio se sufre un desequilibrio si alguno de los dos no asume lo que le corresponde. Frecuentemente la mujer prolonga su rol, social y familiar mediante el

cuidado de los nietos, una de las hipótesis es el deseo de prolongar su maternidad, otra hipótesis es la falta de interés y abandono físico y emocional por parte del compañero, y otra más es que debido a la valoración que se tiene de este rol (de madre) que "ya perdió", el cuidado de los nietos resultaría una compensación ante el vacío que experimenta.

Se tiene la creencia de que cuando una mujer se siente insatisfecha en su relación de pareja es porque no tiene relaciones sexuales placenteras con su compañero, pero lo que casi siempre pasa es que circunstancias de la vida cotidiana como: hacer comida que puede no gustarle al esposo, tener la ropa lista, atender a los hijos o nietos, ir a trabajar, etc. son aspectos que no están directamente relacionados con el esposo y el acto sexual.

Las esposas y madres también tienen necesidad de pensar un poco más en ellas mismas, de vivir una vida propia satisfactoria, pero hay algunas que están condicionadas o dependen del marido por comodidad, incapacidad o falta de habilidades. (Arroyo y Hernández, 1995).

Muchas de las llamadas mujeres insatisfechas no lo son esencialmente en lo sexual, se debe también a que su vida aún depende de los demás, tiene pocas metas dirigidas a su persona lo que contribuye a que la vida de pareja no sea como ella la espera. Muchas mujeres suponen que es responsabilidad del hombre brindarles la felicidad que necesitan, sin haberse encontrado ellas mismas y estar conscientes de lo que son y quieren ser en esta nueva etapa de sus vidas.

#### SEXUALIDAD

Un factor de máxima importancia es la repercusión que tiene la vida sexual en la pareja y en particular en la mujer, es posible que piense que ha perdido atributos físicos que provocan desinterés en su compañero, y esto le genera una serie de síntomas emocionales incómodos. La teoría de Defey y Storeh (2000) se fundamenta en lo siguiente: es frecuente que cuando el hombre está en su propio proceso climatérico (andropausia) tenga poco interés y rendimiento sexual, lo cual origina que la mujer crea que se debe a su respuesta sexual "insatisfactoria" y como consecuencia se aleje de su pareja, a esto le llaman proceso de duelo sexual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado De Zueher (1999) contempla otro tipo de mujeres, las que depositan su libido en la belleza física y la seducción, éstas al perder la juventud pierden su atracción física y sexual; ante ello responden, visitando gimnasios, practicándose cirugías, utilizando cosméticos, toda clase de dietas y prótesis.

Sin embargo el común de las mujeres climatéricas reportan disminución de la libido; al respecto Master y Johnson (s/f, en Cala, 1986) afirman que lo anterior no se debe a la falta de estrógenos, el deseo sexual de una mujer no disminuye hasta pasados los sesenta años de edad, la disminución del libido se debe al ambiente, a los cambios físicos por los que esta pasando, a lo desconocido de esta nueva etapa. Este mismo autor ofrece un esquema (Figura. 2) muy simple de ello:

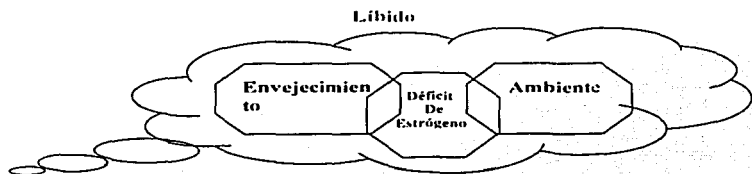


Figura. 2. Factores que intervienen en la disminución del libido

Se dice que hay un descenso general de la actividad y goce sexual en ambos géneros con la edad, aunque existen variaciones individuales dependiendo de las circunstancias.

Algunos estudios demuestran que simultáneamente al descenso de la actividad sexual, muchas mujeres y hombres mantienen una actividad sexual satisfactoria y relativamente frecuente por encima de los 60 años, por lo tanto corresponde fundamentar a la par del supuesto del descenso de la sexualidad, el de la persistencia de la actividad para descubrir que factores influyen en uno u otro.

Para ilustrar lo anterior, una investigación francesa (Salvatierra,1997) aporta lo siguiente al trabajar con una muestra estratificada a nivel nacional, conformada por hombres y mujeres entre 52 y 70 años (el 90% de las mujeres eran postmenopáusicas). En

primer lugar destaca la diferencia de estado civil, el 8% de los hombres eran viudos, divorciados o separados contra el 31% de las mujeres.

Respecto a la actividad sexual masculina, disminuyó poco hasta los 65 años, mientras que la de las mujeres bajó entre los 52 y los 65 años, por otro lado los hombres sin ninguna relación sexual en el año anterior al estudio paso del 6% a los 52 años, al 32% a los 70 años, pero para las mujeres fue del 16% a los 52 años al 73% a los 70 años. El 40% de los hombres afirmó haber tenido una relación sexual la semana anterior, mientras que en las mujeres fue el 26%. Menos del 20% de las mujeres deseaban relaciones sexuales más frecuentes, el 42% de las mujeres no tenían actividad sexual y solamente un tercio lo lamentaba, el 36% se declaró dispuesta a realizar un tratamiento para mejorar su comportamiento sexual.

El 5% de las mujeres activas, confesaron menos placer que en sus años más jóvenes y al preguntar de quién creían que era la responsabilidad por la menor satisfacción, el 24% lo atribuía al compañero, el 14% consideraba que se debía en parte a ellas mismas y el 60% decía que la culpa era solamente de ellas, en cuanto a las causas raramente era la dispareunia (13%), pero era frecuente el descenso del libido (50%).

En este estudio se destaca: 1) la importancia de que la disminución de la actividad sexual y la satisfacción sexual no muestra diferencias con encuestas realizadas hace 15 o 20 años, 2) La conformidad con dicha situación, 3) La poca disposición de las mujeres francesas para buscar ayuda con la finalidad de mejorar dicha sexualidad, de alguna forma este estudio refleja cual es la sexualidad femenina en Francia, un país que se considera en cierto modo, muy "sexualizado".

Salviatierra (op. cit) reporta una serie de investigaciones en este sentido, la primera esta conformada por una muestra aleatoria de 800 mujeres del área urbana de una ciudad sueca, la muestra fue dividida en cuatro series de 200 mujeres cada una, de 38, 46, 50 y 54 años de edad, distinguiéndose entre menopáusicas y no preclimatóricas, premenopáusicas perimenopáusicas, postmenopáusicas precoces (hasta 3 años de amenorrea) y postmenopáusicas tardías (más de tres años de amenorrea); el objetivo fue investigar los parámetros sexuales habituales (interés, respuesta orgásmica, frecuencia coital, dispareunia), y no solamente el nivel, sino la percepción de cambio.

Estos fueron los resultados: 1) En todos los estratos de edad, la proporción de las mujeres que señaló un deterioro sexual, aumentó significativamente en los 5 años anteriores a la menopausia, para después estabilizarse. 2) Se encontró una relación significativa del deterioro con la fase del climaterio, pero no hubo una relación significativa de la fase del climaterio con la edad.

Posteriormente se realizó un estudio con 417 de las mujeres de la investigación anterior, a lo largo de 6 años y tras la menopausia; se advirtió que un 63% mantuvo su deseo sexual y un 10% lo aumentó, el descenso del deseo ocurrió en un 27% de los casos en relación con la edad (por ende con los años de la menopausia), en relación con la falta de relaciones conjugales armónicas y apoyo insuficiente del esposo, así como con trastornos psiquiátricos como la depresión o el alcoholismo.

Otro grupo de investigadores de la Universidad de Stanford también reportado por Salvatierra, estudiaron prospectivamente la sexualidad en relación con el período perimenopáusico (en el que se presentan ciclos irregulares), donde apareció una asociación negativa estadísticamente significativa entre la frecuencia de coito, la intensidad y frecuencia de los sofocos y la regularidad de los ciclos menstruales, se encontró una clara diferencia entre las mujeres que tenían coito al menos una vez por semana y las que tenían una frecuencia menos que semanal.

Algunas mujeres continuaron en el estudio con la finalidad de aclarar la situación en la menopausia, profundizando más en su sexualidad. De un grupo inicial de 39 mujeres, 16 cumplieron con una entrevista cada 4 meses, desde la premenopausia hasta un año o más de amenorrea (de 2-41 meses antes del cese de las reglas, hasta 11-23 meses después).

Contestaron el BMI (Índice Menopáusico de Blatt) y otro cuestionario de 10 ítems, además llevaron un diario de sus actividades sexuales y se sometieron a estudios hormonales, obteniendo los siguientes resultados:

- La frecuencia coital disminuyó tras la menopausia, desde 1.4 coitos por semana antes de la misma a 1.06 coitos por semana después.
- Lo que no se modificó fue, la frecuencia de la masturbación, de orgasmo, satisfacción con la frecuencia de coito, disfrute, excitación, dispaurenia y satisfacción con la pareja (como compañero).

- Disminuyeron significativamente los pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación vaginal y la satisfacción de pareja (como amante).

Finalmente se concluyó que la menopausia por sí e independientemente de los síntomas produce un deterioro del deseo y de la satisfacción sexual, con descenso de la frecuencia coital.

Sin embargo hay otro lado de la moneda, es decir también existen mujeres en las que su respuesta sexual puede ser más intensa después de la menopausia, sobre todo en aquellas que tenían temor al embarazo y que inclusive esto les impedía gozar plenamente del coito.

Langer (1992) menciona que gracias a estudios se ha demostrado que las mujeres que gozaban su sexualidad antes de la menopausia, se dan cuenta al estar en el climaterio, que no habían perdido esa facultad y esto trae como consecuencia que no padezcan problemas hormonales mayores, pero aquellas que no vieron satisfecha su sexualidad, en el climaterio ven su última posibilidad.

En el ejercicio de esta sexualidad se observan cambios en la relación, lo que antes parecía primordial como la comunicación y la intimidad sexual, ahora es, la seguridad emocional y la fidelidad, a este respecto, Arroyo y Hernández (1995) señalan que el hombre se inclina a la infidelidad más por cuestiones sexuales, y la mujer lo hace por lo general por cuestiones emocionales y afectivas de las cuales carece su relación, según las autoras no es de extrañar que después de 15 o 20 años de matrimonio se desvanezca lo que al principio fue el deseo y se observen más parejas de mediana edad que copulan más por hábito que por deseo.

Así pues la sexualidad en esta etapa se tendría que modificar en cuanto a su expresión, los aspectos de ternura, compenetración afectiva y sensual, tendrían que sustituir las entregas físicas intensas y apasionadas, sin embargo esto no es practicado por muchas parejas y surgen dificultades sexuales cada vez más difíciles de superar.

Kastenbaum (1980 en, Arroyo y Hernández, 1995) menciona que una vez que la pareja hace a un lado su relación sexual, también se separarán en otros aspectos, se pierde el gusto por interactuar y no es posible establecer una intimidad especial que permita el intercambio de afecto, compañerismo, cariño, amistad comprensión, confianza, y aceptación del otro, factores suficientes para que la mujer en este caso sienta cubiertas sus necesidades físicas y

emocionales; para lograr este intercambio es necesario un reajuste social y psicológico por ambas partes, si bien es cierto que la mediana edad es una etapa de ajustes y cambios se requiere un gran esfuerzo para enfrentar los síntomas emocionales que aparecen en el climaterio.

#### *AUTOESTIMA*

Como se mencionó anteriormente existen mujeres que atribuyen su valor ya sea a su rol materno o a sus atributos físicos, al modificarse estos en el climaterio su autoestima se ve desequilibrada y pasan por conflictos psicológicos graves que conllevan sentimientos de inutilidad y menosprecio; pero también existen mujeres que durante la etapa anterior al climaterio se sintieron valiosas como madres y esposas, por lo tanto su sentido de identidad no fue dañado por la pérdida de la capacidad reproductiva.

En este sentido Rose (1989 en Arroyo y Hernández, 1995), subraya la importancia de los satisfactores fuera de las actividades del hogar, si la mujer busca y tiene la oportunidad de desarrollar intereses ajenos a su papel de madre y esposa, se verá realizada y vivirá su etapa madura con armonía, de lo contrario su carácter y personalidad cambiarán completamente, y podría presentarse una crisis psicológica al hacer una evaluación de lo que se esperaba de la vida y lo que realmente se logró, ya que los éxitos y objetivos alcanzados se relacionan directamente con la autoestima y valoración.

#### *LA MUJER SOLTERA Y EL CLIMATERIO*

Según Rio de la Loza-Cava y cols (1997) la etapa del climaterio en las mujeres solteras es similar a las casadas en cuanto a los síntomas físicos y psicológicos, sin embargo existe en ellas una mejor adaptación, porque generalmente su vida se encuentra centrada en su profesión, parientes, amigos y sobre todo en su padre; afirma que si existe una buena relación, la muerte de alguno de ellos es más significativa que para la mujer casada, porque es posible que el vacío que deje le impida continuar con sus actividades sociales por no dejar solo al otro padre. Por otro lado la soltería puede ser el origen diversas tensiones,



sobre todo si existe el deseo de tener hijos, pues el saber que termina la posibilidad de ser madre crea un efecto emocionalmente nocivo.

Es natural que cualquier situación nueva de cambios importantes genera ansiedad, miedo, sentimiento de pérdida de protección y seguridad, se llora lo que se pierde lo que hasta ese momento era el marco de vida, ante lo que se viene hay desconfianza y temor, por eso entender y asimilar la serie de cambios biológicos y psicológicos que se presentan en el climaterio es determinante para la actitud y calidad de vida que se tendrá en la senectud, pero también implica que la mujer conozca los cambios que se le presentan y pueda reorganizar su vida en el presente, con una base psicológica fuerte que le permita enfrentar las angustias, miedos y dudas que tiene respecto al rango de edad en la que está.

#### 1.4 TIPOS DE TRATAMIENTO

Es importante informar a la mujer cuando está experimentando cambios en su cuerpo, desde la infancia hasta la senectud, a las mujeres climatéricas se les debe dar una explicación completa respecto a los síntomas y signos propios de la edad, con el fin de reducir y desvanecer temores infundados, disminuir la ansiedad, el estrés y el impacto emocional de las características que presenta, es importante reafirmar la posibilidad de continuar sus actividades normales y su estilo de vida habitual, de igual forma es conveniente informar sobre las opciones de tratamiento médico y psicológico que evite complicaciones, solo conociendo lo normal y lo potencialmente patológico relacionado con la menopausia, las mujeres estarán en capacidad de utilizar los servicios de atención en salud, exigir eficientes programas de promoción y prevención en los programas de salud pública.

Desde el punto de vista médico de Sánchez y Alvarez (2000) es importante tener un manejo integral del proceso biológico del climaterio: revelan que hay mujeres que acuden a consulta más por el interés de control y prevención (población asintomática), hay otras que lo hacen para el manejo de sus síntomas climatéricos, y otro elevado porcentaje para el

tratamiento de sus enfermedades (población sintomática y clínicamente enferma). Lo que proponen como plan de manejo en la mujer, se presenta en la tabla 3, y debe estar orientado a:

Tabla 3. Manejo Biológico del Climaterio y la Senectud

I. Evaluación Médica General:
II. Evaluación y Control de Factores de Riesgo
III. Terapia no Farmacológica, que comprende principalmente: 1. Programa nutricional 2. Actividad Física 3. Exposición al sol Terapia de Apoyo
IV. Terapia específica de las enfermedades concomitantes
V. Terapia Hormonal Sustitutiva

En el siguiente apartado se citan sólo algunas de las acciones que este programa comprende:

Evaluación Médica General: Historia Clínica personal y familiar, evaluación de factores de riesgo y de protección para las enfermedades que se presentan frecuentemente en esta etapa de la vida, examen físico completo que incluya presión arterial, peso, talla, índice de masa corporal, examen pélvico y de mamas.

- I. Evaluación y Control de Factores de Riesgo: Es importante controlar el peso corporal (obesidad y bajo peso) porque agravan o aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y osteoartritis, hacer un estudio para la detección del cáncer cervicouterino, es importante el control de lípidos, evitar la vida sedentaria, disminuir o atenuar la dependencia al alcohol, sedantes, cigarrillos, etc, disminuir la ingestión de sustancias que alteran la absorción del calcio.
- II. Terapia no farmacológica: tener una alimentación variada que comprenda los 4 grupos siguientes: a) frutas y verduras, b) granos y cereales, c) leche y derivados y d) proteínas. Evitar alimentos con mucha grasa, comer

alimentos con cantidades suficientes de almidón y fibra, no comer demasiada azúcar refinada, no comer cantidades exageradas de cloruro de sodio, moderar la ingestión de bebidas alcohólicas.

- III. **Terapia de Apoyo:** Es necesario que se le brinde a la mujer climatérica algún tipo de terapia de apoyo, que se le oriente en sus dificultades y las motive a modificar su estilo de vida, proteger su salud y aumentar su autoestima, sobre todo en los casos que se presenten estado depresivos, estrés, ansiedad, y pérdida de la autoestima. Para que haya efectos sobre los síntomas emocionales, para que sean controlados o atendidos y no desencadenen desequilibrio emocional, resulta imprescindible tomar acción con el objetivo de reducir el estrés psicológico, hormonal y social de la mujer, básicamente promoviendo una actitud positiva en esta etapa, al respecto Rodríguez (1998) sugiere lo siguiente:

- El uso de terapias con estrategias cognoscitivas, que se orientan al cambio de la percepción personal.
- Terapia sexual cuando esta afectando la calidad de la relación de pareja.
- El uso de otras técnicas o herramientas complementarias como: la relajación, el yoga, el masaje, la acupuntura, etc.
- La asistencia a grupos de apoyo, en donde la mujer pueda redefinir positivamente su experiencia climatérica, aumente sus relaciones sociales y aprenda del progreso de otros.
- Llevar a cabo una actividad agradable y satisfactoria, como un hobby o pasatiempo, en compañía o en solitario.

Como Tratamiento Farmacológico, se utilizan los estrógenos solos o en combinación con un progestágeno; esto para suplementar la producción ovárica que es la responsable de las complicaciones y síntomas climatéricos, a esto se le llama *Terapia Hormonal de Reemplazo*.

Según datos epidemiológicos existe una mejoría en la calidad de vida de la mujer postmenopáusicas que usa terapia hormonal de reemplazo, porque hay una reducción en la

frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores y urogenitales y la disminución del riesgo de muerte por cardiopatía coronaria, así como fracturas por osteoporosis. (Velasco, Cardona y cols. 1998), las postmenopáusicas sin tratamiento tienen concentraciones más altas de triglicéridos y colesterol.

Se ha sugerido que la administración de estrógenos reduce el riesgo de desarrollar enfermedades de Alzheimer, siendo éste fenómeno parcialmente dependiente de la duración del tratamiento, la terapia estrogénica también tiene efecto positivo en la salud dental, previene la pérdida de piezas dentales y disminuye la necesidad de usar prótesis.

Las pacientes postmenopáusicas tienen mayor riesgo de morir a consecuencia de una enfermedad cardiovascular arteriosclerótica que por algún tipo de cáncer, sin embargo la posibilidad de presentar cáncer mamario es uno de los factores que determina que las pacientes no acepten o usen terapia hormonal durante periodos largos.

La asociación entre cáncer de mama y terapia hormonal de reemplazo es controversial, la mayoría de los estudios concluyen que el tratamiento sustitutivo con estrógenos a corto plazo (menos de 5 años) no incrementa el riesgo de desarrollar cáncer mamario, sin embargo en algunos reportes se señalan que dicho riesgo sí se incrementa cuando se utilizan por diez años o más.

Vías de administración: la oral, y las cremas y los anillos vaginales son otra forma de administración de estrógenos, que en dosis bajas son suficientes para corregir la atrofia genital; la administración transdérmica de estrógenos puede aplicarse mediante geles.

Protocolos de tratamiento: las mujeres que han sido sometidas a histerectomía solo requieren el uso continuo de estrógenos, en mujeres que tienen útero es indispensable la administración acompañada de progestágeno. (Aranda, Barrón y cols. 2000). Por otro lado también se administran tranquilizantes como benzodiazepinas para tratar la ansiedad y depresión. Algunos tratan los problemas emocionales con inhibidores de la monoaminoxidasa (Cala, 1986).

Problemas clínicos y seguimiento: el mayor problema para manejar el climaterio es la suspensión del tratamiento, según Aranda y Barrón (op. cit) entre más alto es el nivel cultural y el conocimiento de las mujeres sobre los problemas patológicos que se asocian al climaterio, mayor es la posibilidad de que se usen los medicamentos de manera adecuada.

se ha observado que solo el 30% de las mujeres que inician la terapia hormonal continúan usándola después de un año de seguimiento, de las que usan medicamentos aproximadamente el 70% lo toman de manera correcta y regularmente, casi el 30% que reciben prescripción de terapia de reemplazo nunca ha usado los medicamentos.

Otra razón de abandono es que mujeres que ya se encontraban en la menopausia sufren de hemorragias genitales, o bien que aparecen los síntomas del síndrome premenstrual que generalmente se debe a una sobredosis. Finalmente se reconoce que la terapia con estrógenos previene secuelas graves a largo plazo y mejora notoriamente la calidad de vida de las mujeres, aunado a una terapia psicológica que mejora el estado emocional, reduciendo la crisis, lo cual contribuye a un crecimiento y fortalecimiento interior, que se generaliza a lo que rodea a la mujer, la familia, su empleo y sus relaciones sociales.

A través de esta revisión es posible advertir que en el transcurso de la vida de la mujer se registran cambios físicos inherentes a su desarrollo, desde el proceso psicosexual en la pubertad y adolescencia hasta la madurez tardía, donde el Climaterio ha sido depósito de diversos significados, en nuestra sociedad esta etapa corresponde a una vida molesta, indeseable, angustiada, que mengua el valor de la mujer porque pierde su capacidad reproductora, sin embargo en este capítulo también se reportaron culturas en las que la menopausia es vista como un reajuste positivo que permite mantener equilibrio emocional.

De la manera que existe diversidad de perspectivas respecto al climaterio, también así en cuanto a la edad de presentación y síntomas físicos. Si bien es cierto que durante este época existen modificaciones características como: atrofia en la vulva, disminución del cuello uterino, del moxo cervical, disminución de los ovarios y las trompas, también hay cambios psíquicos, que desafían a la mujer para poner en juego habilidades y herramientas que les permitan percibir al Climaterio como una etapa menos padecida, ya que al darse por sentido que el Climaterio es un período de calvario físico (insomnio, nerviosismo, cambios de humor, caída de cabello, aumento de peso, fatiga dolor generalizado, sudoraciones, entre otros, todos estos estudiados desde el punto de vista médico) los síntomas psicosomáticos invaden los otros sectores en la vida de la mujer, por ejemplo, en lo familiar, con la separación de los hijos, el reencuentro con su pareja, su vida sexual, en la esfera individual, su imagen, autoestima, la aceptación del envejecimiento, y en el círculo social, la

adaptación a nuevos marcos de vida, cabe aclarar que estas esferas revisadas en el capítulo han sido obtenidas y observadas de casos particulares analizados desde una perspectiva clínica según lo describen los autores.

De manera general se puede afirmar que no hay una forma determinada de vivir el Climaterio, las reacciones, síntomas, respuestas y procesos, tienen que ver con la cultura, la personalidad y la historia de vida. Así pues una vez examinado cada una de los elementos que participan en esta etapa se distinguen, los que están en relacionados con los cambios en los niveles de estrógeno (físico), los que tienen que ver con la personalidad (psicológico) y los que intervienen en el desarrollo social (ambiente como crisis de vida).

No hay duda que una situación nueva y por lo tanto desconocida produce ansiedad, miedo y pérdida, el futuro se ve con desconfianza y las situaciones de las que hasta en ese momento se tenía control, ahora se ven con desconfianza, intranquilidad, ansiedad y estrés. Por eso el conocimiento y la comprensión de la serie de cambios físicos y psicológicos en el climaterio es definitiva para la buena calidad de vida en la vejez.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO II

### ESTRÉS EN EL CLIMATERIO

El estrés es una característica natural e inevitable de la vida, que no distingue culturas, edad, razas, posición social, y económica. Y parece una parte tan natural de la condición humana, que si no encontramos estresores espontáneamente, hacemos un trabajo bastante bueno para inventarlos nosotros mismos, el ejemplo más claro, es la manera en que solos nos presionamos dejando las cosas para el último momento, e incluso es notable que un número significativo de personas trabajamos mejor bajo presión.

En el capítulo anterior se señaló que en el climaterio existen ciertas características, físicas y/o psicológicas que predisponen o vulneran a la mujer a experimentar el estrés, lo que provoca una enfóque y experiencia adversa de esta etapa. El presente capítulo tiene el objetivo de vincular y aclarar, la dinámica entre el estrés y el climaterio.

#### 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La palabra estrés posee una amplia variedad de significados elaborados desde distintas ópticas que van desde definiciones simplistas hasta concepciones complejas, por ejemplo: "los médicos hablan de estrés en términos de mecanismos fisiológicos, los ingenieros en términos de soporte de carga, los psicólogos basándose en el cambio conductual, los consultores administrativos se refieren a las necesidades de la organización; sin embargo el origen parece haber llegado del idioma inglés entre los siglos XII y XVI, del término francés antiguo *destresse*, que significa ser colocado bajo estrechez u opresión.

En términos de sus orígenes, stress tiene que ver con constricción u opresión de algún tipo" (Fontana, 1989, pag 2). La palabra no puede verse como buena o mala en sí misma, porque un extremo de la escala representa aquellos desafíos que incitan, promueven, activan, y mantienen el estado de alerta, entre tanto el otro extremo constituye condiciones bajo las cuales los individuos enfrentan exigencias que no pueden satisfacer física o psicológicamente, y que provocan alguna alteración en cualquiera de estos dos rubros.

42

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cofér y Appely (1964, en Lazarus y Folkman,1991) señalan, que el estudio del estrés, se había expandido a campos de investigación en los que el estrés tenía un vínculo estrecho con otros conceptos, como la ansiedad, la frustración, los trastornos emocionales, los traumas, los conflictos, etc. lo cual tenía como consecuencia la misma línea para investigar.

A finales del siglo XVII, Hooke, utiliza esta palabra en el área de la Física, emplea la palabra LOAD, para significar una fuerza externa, y la palabra STRESS para significar la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de una fuerza externa, que lo deforma y el STRAIN, es el cambio sufrido por el objeto. Estos créditos permanecen y tiempo después son vistos como antecedentes de pérdida de la salud.

Años más tarde, un investigador interesado en la psicología de la emoción, Walter Canon, estima que el estrés es una perturbación de la homeostasis, es decir, supuso que la vida humana requiere conservar un equilibrio interior, cuando éste se trastorna se encienden los procesos endocrinos y vegetativos, de igual forma propone que el estrés puede medirse, existiendo el estrés bajo y alto; posteriormente el médico austro-canadiense Hans Selye construye un término técnico del estrés el cual se refiere a una respuesta inespecífica, estereotipada y siempre igual al estresor, a través de cambios en el sistema nervioso, endocrino, e inmunológico; a esto lo denomina Síndrome General de Adaptación (Olardini,1995), así pues el estrés era un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos provocados como respuesta a una demanda.

Se dice que la psicofisiología y la medicina modifican su punto de vista, aceptando la vulnerabilidad hacia la enfermedad, además de la acción de los agentes como bacterias, virus o accidentes traumáticos sobre el organismo, Selye, contribuyó de manera importante al afirmar que los factores sociales y psicológicos son valiosos y de considerar, en la salud y en la enfermedad.

Al igual que Selye, Harold Wolf, en el campo de la medicina, considera al estrés como una reacción del organismo ante determinados eventos o circunstancias nocivas, sin tomar en cuenta ningún aspecto interno, externo, social ni de otra clase; escribe diversos trabajos sobre la relación estrés-enfermedad, donde subraya que la adaptación del organismo a las demandas del medio conforman un proceso activo, y así traduce al estrés en una respuesta



que resulta del proceso de adaptación biológica del individuo a su medio ambiente. (Barrientos, 1998).

En el área de la psicología, con Freud y las teorías psicodinámicas se dice que el estrés es concebido como una estructura organizadora para pensar en psicopatología, no obstante el término ansiedad es el que se emplea en lugar de estrés, las investigaciones posteriores con este título reciben mucho estímulo en los años cincuenta, se publica una escala para medir la ansiedad, se editan libros en los que sigue apareciendo el término ansiedad sustituyendo a estrés o utilizando ambos para el mismo fin.

Para la segunda guerra mundial, el estrés es un motivo importante en las investigaciones, para conocer el efecto del estrés en el rendimiento en combate, se escriben libros al respecto, en los que se discute el impacto de las bombas en el ánimo y funcionamiento del hombre. Las guerras de Corea y Vietnam fueron un precedente en las investigaciones del estrés en el combate, sus consecuencias psicológicas y fisiológicas; así como la supervivencia en tiempos de guerra y los campos de concentración.

En los años 60's poco a poco se admite, que si bien el estrés es algo inevitable en el hombre, el afrontamiento funda diferencias en cuanto a la respuesta como resultado final, de esta forma el interés se traslada en cierta medida al afrontamiento. Lo anterior conduce a fijar la atención en las diferencias individuales, y una serie de cuestiones como la terapia conductual, estilos de vida con elevado riesgo para la salud y el crecimiento de un interés experimental del curso de vida.

Las investigaciones en lo que se refiere a las diferencias individuales, surgen de los efectos del estrés consecuencia de la guerra, en esos momentos el estrés afectaba el bienestar y la actuación de los soldados, éstos desarrollaban síntomas que iban desde la ansiedad leve y grave hasta la angustia emocional debilitante y el trastorno mental severo, en este periodo los trastornos emocionales inducidos por el combate pasaron de llamarse neurosis de guerra o fatiga de batalla a lo que ahora se denomina trastorno por estrés posttraumático.

En estos años la tesis era simplista: el estrés da como resultado deterioro en el rendimiento, ya sea por excesiva tensión o por interferencia; empero se evidenció cada vez más, que las diferencias individuales son importantes en el momento de responder al

estrés, así pues, después de estudiar lo anterior, se afirmó que no se podía predecir el rendimiento, por simple referencia a los estresores y que para hacer conjeturas del resultado, era necesario tener en cuenta los procesos psicológicos individuales en la reacción.

A partir de las guerras se descubrió que el estrés no es privativo de los militares, de tal forma que lo más conveniente es aprender a manejarlo, tanto en tiempos de guerra como en tiempos de paz. Lo cual propició el crecimiento en las investigaciones llevadas a los puestos de trabajo, al hogar, a la escuela, a cualquiera que trabajara en equipo o tuviera relaciones con otros como: miembros de familia, amigos, compañeros de trabajo, profesores, etc. En las ciencias sociales y biológicas el tema del estrés revisó importancia.

Por otro lado la terapia conductual centrada en el condicionamiento clásico y operante, tiempo después fue flexible y conformó la terapia cognitiva, considerando como cuestiones principales en el afrontamiento, cómo el individuo interpreta sus experiencias y se concentra en acciones para cambiar los pensamientos, sentimientos y actos (Lazarus y Folkman, 1991).

A partir de lo anterior la psicología ha puesto atención a los entornos en los que vive el individuo, descubriendo que el estrés depende en parte, de las demandas sociales y físicas del entorno, las limitaciones ambientales y los recursos de los que dependen, las posibilidades de afrontamiento; sumado a esto existe interés por el estrés generado de los cambios sociales y la manera en como se afrontan, como por ejemplo: la etapa en la que los hijos se independizan, la crisis de la mitad de la vida, la jubilación, etc. Todo lo anterior ha ofrecido variedad de elementos para la investigación del estrés.

### 2.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Según Lazarus (2000) la palabra estrés se adopta en el siglo XVI refiriéndose a las luchas, aflicciones o dificultades. A finales del siglo XVII Robert Hooke contribuye con tres conceptos básicos los que explican diseños de estructuras creadas por el hombre: 1) Carga, entendida como fuerzas extremas; como el peso; 2) estrés, entendido como la superficie de la estructura donde se aplica la carga y 3) tensión que significa la deformación

de la estructura producida por la carga y el estrés; esta explicación tuvo mucha influencia en los modelos del siglo XX.

Uno de los investigadores sobresalientes en este tema fue Hans Selye para el cual el estrés es una reacción atípica del cuerpo a cada exigencia que le sea planteada (Troch, 1979) es decir que es una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda.

Con el propósito de sistematizar el concepto de estrés, Mahl (González-Forteza, Villatoro y cols., 1998) distingue entre demandas crónicas y agudas, y explica que el grado y la calidad de las reacciones pueden ser muy diferentes, según el tipo de demanda, aún cuando la pérdida sea la misma como la muerte repentina de un familiar, o la muerte de un familiar pero debido a una enfermedad prolongada.

Para Miller (en Lazarus y Folkman, 1991) el estrés representa cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que es una amenaza y causa algún cambio significativo en la conducta. Troch (1979) define al estrés como un programa corporal de acomodación de la persona a situaciones nuevas, apareciendo respuestas estereotipadas a todos los estímulos, que trastornan el equilibrio personal.

En 1985, Ivansevich afirma que existen tres definiciones del estrés: una de ellas basada en los estímulos, conceptualizada como la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, en el cual, tensión es semejante a presión en sentido físico. Otra basada en la respuesta, como la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental que puede ser un evento o una situación inmensamente dañinos. Y una más basada en el concepto estímulo-respuesta, que constituye una combinación de las dos clases anteriores.

Por otro lado Meichenbaum (1985) en su Manual de Inoculación de Estrés considera que éste, refleja una serie de fuerzas externas que caen sobre el individuo o el grupo de personas. Esta visión del estrés se relaciona con la respuesta del individuo cuando se encuentra en un entorno desafiante o amenazador, refiriéndose a la reacción fisiológica y psicológica del individuo cuando está expuesto a un entorno desafiante, es así que al estrés no se le considera como un estímulo, ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una transacción, influida tanto por el individuo como por el entorno, cuando uno actúa sobre el otro.

El estrés para Fontana (1989) es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo, si estas capacidades permiten que la persona controle tal exigencia y disfrute la estimulación implicada entonces el estrés sería bienvenido y provechoso, si no lo permiten y la exigencia es debilitante entonces el estrés es infructuoso.

A partir de la aportación de Lazarus, muchas de las investigaciones realizadas retoman su modelo: como Mora y Gómez (1995) que afirman que el estrés es un tipo de relación que se establece entre un individuo y su medio y se da cuando la persona siente que las exigencias del medio sobrepasan sus posibilidades de enfrentamiento; también mencionan que el estrés se presenta cotidianamente en diversos momentos y de distintas maneras en la actividad de las personas, ya sea como padecimiento psicósomático o como una cuestión general. De igual forma González-Forteza, Palos y Jiménez (1997) retoman esta relación dual, plantean que el estrés psico-social es un proceso donde la relación entre individuo y entorno incluye la evaluación cognoscitiva para determinar por qué y hasta qué punto una relación es amenazadora del bienestar, en esta evaluación, reconocen que los recursos psicológicos desempeñan un papel importante porque aminoran el impacto de los conflictos o estresores cotidianos sobre el estado emocional.

Es posible notar la importante influencia del modelo de Lazarus en diversas y múltiples investigaciones acerca del estrés teniendo como base que el estrés es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que aparece cuando el individuo evalúa que el entorno excederá sus recursos poniendo en peligro su bienestar. Pero esto no es tan simple: para que el individuo considere algo como peligroso, perjudicial o amenazador, se desarrolla un proceso en el que intervienen ciertos componentes, este proceso se llama evaluación cognoscitiva.

Si bien es cierto que existen demandas ambientales que producen estrés, cada persona o grupo, responden distinto en cuanto a grado y tipo ante esas exigencias, es por ello que las diferencias individuales son el cimiento de la evaluación cognitiva y su respectivo afrontamiento. Para entender estas diferencias que se dan en las reacciones de distintas personas ante un evento similar, es básico atender los procesos cognitivos que aparecen entre el impacto con el medio y la respuesta, sin dejar del lado los factores que afectan esta dinámica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Así pues lo más importante planteado por Lazarus, es el proceso psicológico que resulta de la interacción entre el individuo y el medio, de ahí la importancia de distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas, lo cual permitirá una adaptación más fácil del hombre a las circunstancias. Las características del individuo como los valores, juicios, estilos de pensamiento, de percepción, aprendizaje, memoria, etc. y las características cambiantes del entorno tienen que ver con la evaluación cognitiva. Para Lazarus el papel de la evaluación en sus estudios sobre el estrés es claro, y esto se aplica cuando el individuo en cualquier acontecimiento, sienta que sus recursos adaptativos se vean desafiados o sobrepasados.

### FORMAS BÁSICAS DE EVALUACIÓN COGNITIVA.

La evaluación es el proceso que permite evidenciar las consecuencias o repercusiones que provocará en el individuo una situación determinada, es decir si lo que sucede será trascendente para el individuo y en caso de ser así si es potencialmente bueno o malo. Existen dos tipos de evaluación cognitiva: la primaria y la secundaria.

La **evaluación primaria** es una evaluación cognitiva espontánea de algún hecho, donde la persona se pregunta si arriesga algo en el encuentro con ese acontecimiento o no, en caso de ser así, se preguntará, ¿Qué podría pasar?, si por el contrario se considera que es irrelevante entonces no producirá estrés.

De acuerdo con Folkman (1984, en Flor, Abad y Nieto, 1985) se ponen en juego con esta evaluación los siguientes aspectos: 1) el bienestar físico, 2) la autoestima, 3) las metas de trabajo, 4) la condición económica, 5) el bienestar de un ser querido y 6) el bienestar propio (salud física, seguridad).

Lazarus distingue tres clases de evaluación primaria: 1) la *irrelevante* que significa que en la dinámica o el impacto con el medio, no se pierde ni se gana nada, no existe atención por las posibles consecuencias. En el hombre es importante distinguir entre señales relevantes e irrelevantes para su adaptación, como ya se mencionó, lo esencial aquí son los procesos cognitivos necesarios para registrar y diferenciar un acontecimiento porque sólo cuando exista algo necesario o deseable se realizará una acción, 2) las evaluaciones *benigno*

*positivas*, se presentan cuando ofrecen bienestar y emociones placenteras (tranquilidad, alegría, amor, etc) o ayudan a conseguirlo, 3) las evaluaciones estresantes, éstas significan *daño, pérdida, amenaza y desafío*. Cuando el individuo sufre una lesión o enfermedad que lo incapacita, o cuando sufre daños en la propia estima o pierde un ser querido, se considera como *daño o pérdida*. Si la pérdida es importante será mayor el perjuicio.

La *amenaza*, tiene que ver con el daño que aún no se ha dado, pero que es posible o probable en un futuro cercano. La importancia de la amenaza distinguida del daño/pérdida es que permite planear como salvar los posibles obstáculos por anticipado, cuando existe amenaza generalmente se cobra mayor importancia a lo negativo que también produce miedo, ansiedad, enojo, etc; 4) la última clase de la evaluación estresante es el *desafío* que puede ser percibido como un reto o una oportunidad para mejorar, en ésta las habilidades o estrategias necesarias para vencer la situación son importantes, lo cual provoca emociones como la excitación y/o la impaciencia.

Cabe aclarar que éstas dos últimas clases (daño/pérdida y desafío) pueden presentarse en una misma situación e incluso pueden cambiar en el curso de un suceso: primero puede ser amenazante para pasar a ser un desafío o a la inversa de acuerdo a los esfuerzos cognitivos de afrontamiento, lo que provoca que la connotación del suceso cambie de negativo a positivo, por ejemplo: la jubilación, el cambio de casa, el inicio de los estudios universitarios, los cambios de residencia, etc.

En la valoración del desafío el individuo cree tener las fuerzas necesarias para vencer la confrontación y se originan emociones de impaciencia excitación y sensación de seguridad que mueven a la acción, mientras que la percepción de amenaza tiene un componente perjudicial (daño o pérdida potencial) acompañado de preocupación, miedo y ansiedad, estado emocional que impulsa al individuo a la huida-avoidancia de la situación.

Una vez que el individuo esta frente a una situación de amenaza o desafío lo primordial es actuar sobre la situación, ante esto se da otra forma de evaluación llamada secundaria. La *evaluación secundaria* tiene que ver con la detección de los recursos que pueden aplicarse en una situación perjudicial equis, de igual forma es un proceso complejo de evaluación de opciones de afrontamiento mediante el cual se tiene la certeza de que tal opción, logrará cumplir su objetivo de manera eficaz, se puede decir que es una búsqueda de información

de lo que se puede hacer si es que se puede hacer algo para ajustarse o dominar al posible agente estresante.

Entonces la evaluación secundaria implica la búsqueda de opciones de afrontamiento disponibles, aparte de lo anterior la estrategia debe tomar en cuenta las consecuencias que resultarán de su uso respecto a otras demandas internas y/o externas, es decir un pronóstico sobre las posibilidades de éxito de cada opción al enfrentarse con el agente estresante.

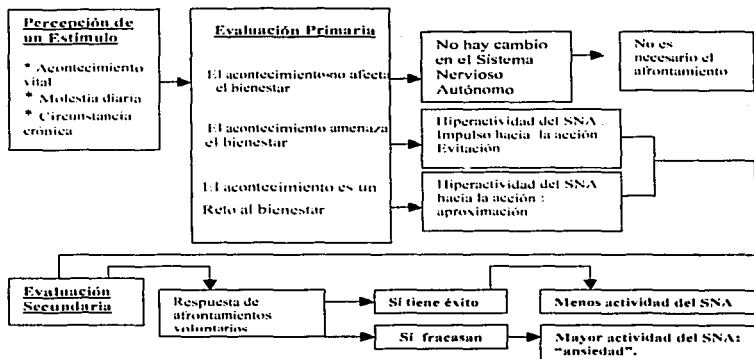
Ahora bien como la amenaza de una situación varía de una persona a otra, así también el impacto de experimentarla, es posible pensar en estas diferencias como un rasgo de personalidad, en ciertas situaciones las demandas pueden resultar extremas para los recursos con los que cuenta la persona, por lo que se vuelven amenazadoras, mientras que otras permiten poner en marcha habilidades y destrezas, convirtiendo la amenaza en desafío.

También existe la reevaluación que significa una nueva evaluación de una situación que sigue a otra anterior y que la modifica, esto quiere decir que una amenaza por ejemplo puede reevaluarse y notarse sin fundamento, o una previa evaluación positiva puede volverse lo opuesto, formándose una variedad de evaluaciones cambiantes.

Según Lazarus, la evaluación primaria y secundaria no son procesos distintos porque cada una influye a la otra y esto las hace interdependientes, la diferencia entre ellas tiene que ver con el contenido de la evaluación, es por ello que se justifica que sean tratadas distinto mientras se describen, pero ya en la práctica e investigación se consideran como parte de un proceso común. (Cuadro 1).

Lazarus (1991, pag. 89) plantea una serie de preguntas formuladas dependiendo de las circunstancias: "¿Debo actuar?, ¿Cuándo debería actuar?, ¿Qué puede hacerse?, ¿Es factible?, ¿Cuál es la mejor opción?, ¿Soy capaz de ejecutarla?, ¿Qué costes y beneficios conlleva?, ¿Cuáles podrían ser las consecuencias de cada tipo alternativo de respuesta, digamos, actuar o no actuar?". Lazarus también manifiesta que se hacen evaluaciones sin tener clara conciencia de los factores que intervienen en el proceso, y aclara que existen dos formas opuestas por las que se lleva a cabo una evaluación: a) deliberada y conscientemente y b) automática, intuitiva e inconscientemente, esto es porque algunas veces la evaluación requiere una búsqueda más lenta de información para decidir el modo

de actuar, sobre todo para manejar la situación y en otras se necesita de una evaluación más inmediata, la diferencia la marcan los hechos.



Cuadro 1. La conceptualización del estrés como proceso de Lazarus. (Llor, Abad y Nieto 1985).

Después de analizar varios estudios a este respecto se afirma que la forma en la que el individuo evalúa un acontecimiento estresante influencia el proceso de afrontamiento que hará, así como su reacción emocional.

No hay duda de que los factores personales pueden modular o deformar la percepción del medio y tampoco nadie se cuestiona el hecho de que los entornos físicos y sociales juegan un papel muy importante sobre las reacciones, por ejemplo: en crisis de la vida como los trastornos físicos, desastres naturales, el envejecimiento, el divorcio, etc. es por ello que las características de personalidad juegan un papel importante en la percepción y evaluación del entorno, la reacción a las demandas o a la hostilidad del entorno esta medida por procesos cognitivos, pero no quiere decir que los estímulos internos por sí solos



determinan las evaluaciones, sino que estos estímulos se relacionan con el entorno generando evaluaciones.

Esta postura de Lazarus aclara que el individuo normalmente interpreta el entorno como es, mediante sus percepciones y evaluaciones, aunque sus cogniciones no correspondan exactamente con la realidad objetiva.

Otro factor de la evaluación es la vulnerabilidad que frecuentemente se entiende en función de la suficiencia de recursos del individuo. Lazarus explica que en ciertas situaciones es propio referirse a vulnerabilidad solo en términos de recursos como en lo físico, por ejemplo, una lesión en el tobillo, esta parte será más vulnerable a otra lesión parecida.

Sin embargo en las personas con un funcionamiento adecuado, la insuficiencia de recursos es condición necesaria pero no suficiente para la vulnerabilidad psicológica esa insuficiencia convertirá a la persona vulnerable, cuando se refiera a algo que le es importante, por ejemplo, la medida en que la vulnerabilidad física influye en la psicológica, esto depende de las consecuencias que esas desventajas le reporte al individuo; es decir la vulnerabilidad esta determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación. Estos componentes de la evaluación cognoscitiva son importantes para una clara comprensión del efecto del estrés.

#### TIPOS DE AGENTES ESTRESANTES

Según el modelo de Lazarus, el estrés surge de la percepción que el individuo tiene de las exigencias que el medio le plantea, esa exigencia o agente estresante puede ser físico o psicológico, intrínseco a una situación o atribuido, general o solo del individuo, algunos de los agentes estresantes más estudiados de la literatura son los siguientes:

- A) Acontecimientos traumáticos, son situaciones que salen del ámbito de las experiencias normales, como los desastres naturales, inundaciones, terremotos, etc; los desastres provocados por los seres humanos como las guerras, los secuestros, ataques militares, etc; los ataques físicos,

torturas, violaciones, homicidios, etc. estas situaciones extremas producen estrés y requieren grandes esfuerzos de adaptación psicológica y física.

- B) Acontecimientos vitales, estos se refieren a hechos y dificultades que plantean considerables retos y cambios en la vida de la persona y que alteran o amenazan con alterar las actividades normales del individuo, estos acontecimientos vitales, positivos como negativos requieren un ajuste del comportamiento ya que también son fuentes de estrés.
- C) Contratiempos cotidianos, son las molestias diarias o exigencias irritantes, frustrantes y angustiosas, así como las relaciones conflictivas que suelen preocupar habitualmente (Tabla 1), por ejemplo: extravíar cosas, el ruido de la calle, las presiones laborales, los problemas maritales y de salud, debido a la frecuencia con que se presentan estas molestias sus efectos son acumulativos, suponen una carga constante de angustia para el sistema nervioso, es por ello que estas pueden ser tan estresantes como los acontecimientos vitales mayores.
- D) Dificultades crónicas, son las situaciones persistentes y desagradables que se mantienen como: nivel bajo de ingresos, malas condiciones de la vivienda, trabajo no satisfactorio, etc. tales agentes estresantes crónicos exigen respuestas de afrontamiento y debilitan el bienestar psicológico. (Llor, Abad y Nieto, 1985).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Molestias y Alegrías Diarias

Molestias diarias	% de veces señalado	Alegrías diarias	% de veces señalado
Preocupación por el peso	52.4	Buena relación con el cónyuge o amante	76.3
Salud de un miembro de la familia	48.1	Buena relación con los amigos	74.4
El alza en los precios de los bienes de consumo	43.7	Completar una tarea	73.3
El mantenimiento del hogar	42.8	Encontrarse bien de salud	72.7
Demasiadas cosas que hacer	38.6	Dormir lo suficiente	69.7
No encontrar o perder las cosas	38.1	Salir a comer / comer	68.4
Trabajo en el jardín, terrazas, etc	38.1	Cumplir con las responsabilidades	68.1
Propiedad, inversiones o impuestos	37.6	Visitar, llamar o escribir a alguien	67.7
Crimen	37.1	Estar con la familia	66.7
Aspecto físico	35.9	Encontrarse bien dentro de casa	65.5

(Fuente: Basado en Kanner, Coiné, Schaefer y Lazarus 1981, en Llor, Abad y Nieto, 1985)

Existen distintos tipos de consecuencias ante la presencia de un acontecimiento estresante, que altera el funcionamiento homeostático del individuo en tres áreas: a) el estado emocional, esto se manifiesta a través de períodos de ansiedad, irritación, rabia, depresión o culpa, los estados de ansiedad y depresión son los más frecuentes, pero la ansiedad aparece antes y la depresión se produce después del esfuerzo de afrontamiento, b) se perjudica la actividad cognitiva porque bajo los efectos del estrés surgen problemas en la memoria, concentración y confusión, se afecta la calidad de toma de la toma de decisiones racional que involucra la búsqueda activa de información relacionada con la decisión y una concienzuda evaluación de las opciones posibles, porque en condiciones de estrés la información se organiza pobremente, se dedica poco tiempo a considerar las alternativas y

como consecuencia se toman decisiones precipitadas (Janis, 1982 en Llor, Abad y Nieto, 1985), e) se trastorna la homeostasis corporal que supone una hiper-activación del sistema nervioso.

Poco a poco el cuerpo pierde capacidad de resistencia y los órganos sufren daño (sobrecarga), el efecto producido es la aparición de síntomas somáticos y de enfermedad debido a una desorganización del sistema nervioso central, que en casos extremos puede llevar a la muerte, por ejemplo en el caso de la muerte súbita.

## 2. 2 CAUSAS DEL ESTRÉS EN EL CLIMATERIO

Según Brim y Ryff, (1980 en González-Forteza, Villatoro, Pick, y Collado, 1998) los acontecimientos potencialmente estresantes varían según el sexo y la etapa de la vida. Por su parte Olardini (1996) refiere que el sexo femenino parece más sensible al estrés provocado por problemas familiares como la separación de la pareja; por supuesto la menstruación, aborto, violación, abuso sexual, etc. al igual que las tensiones derivadas al cuidado de los hijos o de padres ancianos, tareas domésticas, éstas con mayor intensidad en las amas de casa tradicionales, que padecen de agotamiento, depresión, baja autoestima, várices, etc. Algunas de las causas que menciona Witking-Lanoil (1984) propiciatorias de estrés en la mujer, son las crisis familiares, problemas laborales, el envejecimiento, el nacimiento de un hijo, inseguridades, cambios corporales como la menstruación, embarazo y menopausia.

Respecto a la última etapa mencionada, médicos y psicólogos, están de acuerdo que los síntomas físicos y psicológicos del climaterio no son imaginarios ni mucho menos inventados, el hecho es que existe un desequilibrio hormonal, por lo tanto el climaterio es real, sin embargo la comprensión no termina aquí.

Escalante (1993) comenta que es posible notar estrés, ansiedad y excitación, que pueden propiciar o agravar los ataques de calor e incrementar y prolongar ciertas molestias, empero estos síntomas pueden aparecer independientemente de tener mecanismos psicológicos claros o algún factor que estimule el calor. Hay autores que atribuyen los síntomas climatéricos a cierto estrés psicosocial que se experimenta en esa edad (Cooke, 1979, en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Escalante, 1993) y demuestran que el estrés de vida tiene un significativo efecto en la magnificación de los síntomas, más que el climaterio por sí solo. Una de las teorías que se proponen, para explicar por qué algunas mujeres experimentan problemas psicológicos como depresión o ansiedad durante el climaterio, es la vivencia o experiencia de sucesos estresantes.

Ussher (1991) afirma que existe evidencia para sugerir que algunas enfermedades y problemas psicológicos se relacionan con acontecimientos estresantes del ciclo vital. No hay duda de que estos acontecimientos tienden a influir en los síntomas climatéricos de la mujer, más que el suceso biológico del cese de la menstruación o el impacto del envejecimiento.

Se dice que los eventos estresantes que están relacionados con síntomas psicológicos ocurren en la primera fase del climaterio (Hunter, 1987, Green y Cooke, 1980 en Ussher, 1991) sin embargo se ha demostrado que la frecuencia de los acontecimientos vitales estresantes no es mayor para las mujeres durante el climaterio que en otras fases de la vida, no puede decirse entonces que las mujeres experimenten repentinamente un aumento de estrés que precipite sus síntomas.

Otro factor que tal vez se involucre en esta relación de síntomas psicológicos y estrés del ciclo vital, es que aumenta la sintomatología cuando el estrés del ciclo vital es más agudo, es decir que la mujer al experimentar un evento estresante como la pérdida de un familiar, puede ser más vulnerable a los síntomas psicológicos y llegar a interpretarse como síntomas climatéricos, porque es la etapa que está viviendo la mujer, a lo cual le atribuye generalmente una connotación negativa.

En 1966 Prill (en, Salvatierra 1997), llevó a cabo un estudio con 2232 mujeres casadas con hijos, en un rango de 45 a 55 años y encontró que el síndrome menopáusico severo se asociaba a estresores sociales en el 28% de los casos y el 12% de los casos en el grupo control, el problema más frecuente fueron los cambios en las relaciones matrimoniales, también observó diferencias sintomáticas entre habitantes de ciudad y del campo, y entre mujeres con trabajo dependiente e independiente, señaló que es difícil decidir si el estrés social aumenta los síntomas o los síntomas aumentan el estrés y recordó que los problemas

psicológicos no siempre se expresan por síntomas menopáusicos, siendo más usual expresarlos por síntomas circulatorios.

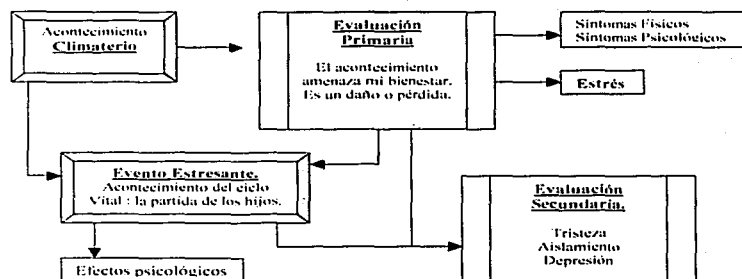
En otro estudio, se descubre que la vulnerabilidad a los estresores durante el climaterio es mayor en las mujeres que perdieron a la madre antes de los 11 años y en las que carecían de empleo; otros estudios confirman la relación de estresores psicológicos y situacionales con síntomas depresivos durante el climaterio sobre todo de carácter sexual.

Witking-Lanoil (1984) declara que muchas veces los estados de ánimo o el estrés coinciden con cambios corporales porque se presentan en la misma época de la vida, y no porque todos los estados de ánimo hayan sido causados por los cambios físicos. Green (1984, en Ussher, 1991) manifiesta que no sólo los síntomas psicológicos aumentan después de un suceso estresante, sino que también incrementan los síntomas somáticos, por ejemplo en mujeres climatéricas al sufrir la pérdida de un familiar; de igual forma declara que es posible que el propio climaterio haga a las mujeres más vulnerables al estrés, de este modo, la experiencia de ser climatérica puede ser percibida como una experiencia estresante en sí misma, añadiéndosele cualquier otro estrés aumentando su vulnerabilidad.

Lo anterior se confirma debido a que muchas mujeres al verse cercanas a esta etapa, lo hacen con miedo y angustia, lo que sugiere que esperan que sea una etapa estresante y por tanto difícil. Por otro lado Hunter encontró en una de sus investigaciones que el 57-58% de las climatéricas se consideran bajo estrés, y advirtió que hay una correlación positiva entre esta autoevaluación y la intensidad de los síntomas psicológicos, aunque la proporción de mujeres autoevaluadas como estresadas no varió a lo largo del climaterio y sus fases, a través de un interrogatorio más profundo se percató que los acontecimientos estresantes entre premenopausias se refieren fundamentalmente a problemas de trabajo o con los hijos, mientras que tres años después tiene que ver con sucesos relacionados a la familia, además de que la falta de empleo y la baja clase social disminuyen la tolerancia y aumentan la sintomatología.

Ahora bien según Resnick (s/f, en Witking-Lanoil, 1984) en una entrevista que le hizo a 145 mujeres de edades entre 36 y 75 años, encontraron que el climaterio no era considerado como una etapa del ciclo vital, y que esto más bien era considerado en su mayoría por los médicos de éstas que por las mismas mujeres. Esto permite inferir que el climaterio no

necesariamente es una etapa estresante para todas las mujeres, de tal forma que aunque el estrés del ciclo vital sea importante en este caso, la presencia del estrés no es lo que más importa, sino la evaluación que se hace del estrés. (Cuadro 2)



Cuadro 2. Proceso de evaluación en el climaterio.

Si bien es cierto que el climaterio es una etapa compleja por todos los cambios físicos mencionados en el Capítulo 1, también es cierto que en esta etapa se suceden eventos traumáticos en la vida de la mujer, como la separación de los hijos, el divorcio y otros más, anteriormente tratados, sin embargo, en la pubertad al ocurrir la primera menstruación también se llevan a cabo muchos cambios, si se consideran con cierta atención los cambios físicos, es natural que se genere estrés, porque en la mayoría de ellos no se puede tener control, y si aunado a esto no se manejan de manera adecuada los eventos estresantes del ciclo vital, el estrés será mayor y las consecuencias importantes; a este respecto Fontana (1989) contempla de manera general algunas de ellas: disminución de la capacidad de concentración, deterioro en la memoria, tendencia a la distracción, deterioro en la capacidad de organización, tensión, cambios de rasgos en la personalidad, depresión, impotencia, pérdida de la autoestima, disminución del interés y entusiasmo, alteración en los patrones del sueño, incluso el suicidio.

Salvatierra (1997) menciona que existen cuadros o alteraciones paralelas al climaterio ya sea que se hayan iniciado antes del mismo agravándose al producirse los cambios menstruales o bien por iniciarse a raíz de circunstancias psicosociales estresantes que ocurren en el periodo climatérico, los cuadros son los siguientes:

- 1) Trastornos adaptativos que tiene que ver con la reacción a un estrés identificado en los tres meses anteriores al comienzo del cuadro, que causa síntomas excesivos, e incapacidad para un funcionamiento social-familiar y laboral normal, este trastorno puede ocurrir como respuesta a un trastorno menstrual agudo e incluso a una menopausia inesperada, también el estrés puede deberse a el cambio menstrual brusco e inexplicable, lo usual es la existencia de un acontecimiento vital de otra índole.
- 2) Trastorno afectivo, en este hay tres tipos de alteración del ánimo con efecto negativo como ideas delirantes, alucinaciones, episodios maníacos.
- 3) Trastorno ciclotímico, que son alteraciones que alternan entre la manía y la depresión sin síntomas psicóticos.
- 4) Trastorno distímico, es una alteración crónica del estado de ánimo (al menos dos años) con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y acompañada de al menos tres síntomas de la Tabla 2.
- 5) Trastorno con ansiedad generalizada trata de la presencia de síntomas marcados de ansiedad, al menos de un mes de duración sin una causa que lo explique claramente.
- 6) Trastornos somatoformes cuando las pacientes presentan al menos 14 de los síntomas de la Tabla 2, de la lista de 37 que incluye en DSM-III, muchos de ellos en relación con las funciones de reproducción entre ellos la neurosis histerica, la hipocondria, pérdida del deseo, interés o apetencia sexual, pérdida de excitación, pérdida de orgasmo, dispareunia.



**DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO DE EL**

**DSM-III**

- 
1. Insomnio o Hipersomnia
  2. Cansancio crónico
  3. Baja autoestima
  4. Disminución del rendimiento
  5. Disminución de la concentración
  6. Retraimiento social
  7. Pérdida de interés en los placeres de la vida
  8. Irritabilidad
  9. Incapacidad para responder con placer a los elogios
  10. Menos activa o habladora de lo habitual
  11. Pesimismo y rumiación negativa de acontecimientos
  12. Llanto o sollozo fácil
  13. Pensamientos de muerte o suicidio
- 

Tabla 2. Síntomas del diagnóstico de trastorno distímico del DSM-III

(Fuente Salvatierra, 1997)

Se sugiere que para la recogida de estos datos se utilicen métodos específicos, por ejemplo Shmidt y Rubinow (citados en Hunter, 1990) defienden el registro prospectivo, es decir un diario de los síntomas a lo largo del climaterio, de la misma forma que se recomienda su uso en el síndrome premenstrual, porque es una forma de descubrir conexiones con los cambios menstruales así como de la carencia estrogénica, esta práctica con los médicos es inusual, sin embargo tomando un registro inicial de síntomas como base, puede establecerse un diario prospectivo para verificar la relación con los cambios menopáusicos subsiguientes y con los tratamientos sustitutivos.

Se propone que la mujer registre el número e intensidad de los síntomas vasomotores, la fecha y duración de las reglas, si las tiene, el estado de ánimo (astenia, irritabilidad,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

depresión) y por lo menos el número de coitos. Por otra parte Salvatierra indica que para averiguar los acontecimientos recientes o el estrés psicosocial que haya vivido la mujer lo más práctico es utilizar un instrumento como el Schedule of Recent Life Events de Holmes y Rahe, disponible en España, y apunta que conviene limitarse a los tres meses anteriores al inicio del cuadro actual, en todo caso si la climatérica lleva un diario prospectivo debe registrar en el mismo los acontecimientos que le sucedan.

### 2.3 AFRONTAMIENTO

Una de las partes más importantes del modelo de Lazarus, es el afrontamiento, este lo define como las respuestas cognitivas y de comportamiento que el individuo usa para manejar y tolerar el estrés. ( Noriega, 1998), es decir es cualquier intento que se hace para manejar el estrés, lo cual implica cambios en el modo de pensar y de actuar a lo largo de la interacción con el estresor, es por ello que el afrontamiento está determinado por la evaluación cognitiva y la forma en que se afronte la situación dependerá de los recursos que se dispongan y de las limitaciones que dificulten usar esas técnicas.

Algunas de las que pertenecen al individuo son: 1) la salud y energía (física) en este sentido es claro porque una persona frágil enferma, o cansada cuenta con menos energía para afrontar que una persona saludable, 2) las creencias positivas, estas son importantes porque favorecen al afrontamiento en las condiciones más difíciles, cabe aclarar que no todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas pueden incluso disminuirlo o nublarlo, por ejemplo una creencia negativa sobre la capacidad de ejercer control sobre una situación o sobre la eficiencia de una estrategia disminuye la posibilidad de afrontar los problemas, 3) las aptitudes, se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar cooperativamente con los demás, 4) la resolución de problemas, se refiere a la habilidad para conseguir información, examinar las situaciones, sondear las posibilidades y alternativas, así como reconocer opciones para obtener resultados deseados; por otro lado están las que forman parte del entorno son los recursos materiales como, el dinero y los bienes y servicios que pueden adquirirse con él, y sociales que tienen que ver con el hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible.

Existen dos tipos de afrontamiento: 1) comportamental y cognitivo, con dos estrategias: a) enfocada al problema, y b) enfocada a la emoción. El tipo de afrontamiento enfocado al problema implica la manipulación de una serie de estrategias y situaciones que permiten al individuo modificar las características del evento, si éste ya no es un problema, y pierde sus propiedades estresantes, este proceso considera un objetivo y dos procesos de analíticos, uno de ellos que se dedica al análisis del entorno y el otro al análisis del sujeto; el primero evalúa las características de la situación y busca estrategias para modificar las presiones del evento y el segundo busca estrategias que propicien cambios cognitivos, como valoraciones, aspiraciones, compromisos, metas, aprendizajes, así como nuevas pautas de comportamiento.

El afrontamiento enfocado a la emoción, regula la respuesta emocional que se da como consecuencia de las demandas específicas de la situación, por eso la persona pone en juego varias estrategias. Al igual que la evaluación, estos dos tipos de afrontamiento están estrechamente relacionados. Lazarus considera que cuanto mayor es la amenaza, la forma de afrontamiento dirigido a la emoción tiende a ser, más ingenua, desesperada o inmadura y cuando es dirigido al problema las opciones de afrontamiento son limitadas, esto debido a que la amenaza tiene efecto en el funcionamiento cognitivo y la capacidad de procesamiento de la información.

Sin embargo conocer los recursos de una persona no es suficiente para predecir su afrontamiento, primero porque los recursos no son constantes, algunos pueden generalizarse y otros no, otros son menos eficaces dependiendo de la situación, del momento en que se encuentre el individuo y lo que necesita para adaptarse a las distintas etapas de su vida, así pues el mecanismo es similar al estrés, es decir un recurso equis en un momento dado no significa que será igual de eficiente para el mismo individuo en otro momento.

#### FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN EL CLIMATERIO

Ven Keep y Prill (s/f, citados en Defey, Stoch y cols, 2000) han descrito cuatro estilos de afrontamiento en el climaterio y los han categorizado como:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) Adecuado (60 -70%) este se desarrolla en mujeres introspectivas, con una vida familiar armoniosa, integradas adecuadamente a su entorno y circunstancias, con una actitud de satisfacción hacia su vida profesional y/o creencias religiosas muy firmes.
- b) Apersonal (5-25%) aparece con más frecuencia en grupos de menor nivel socioeconómico donde se advierte la aceptación de las perturbaciones del climaterio con una actitud de resignación, considerándolas molestias inevitables.
- c) Neurótico (8-15%) en este estilo las mujeres centran el climaterio en torno a la importancia de su cuerpo sus cambios son percibidos con intensidad causando ansiedad e hipocondría, son incapaces de adaptarse, y redimen su sufrimiento y acuden a consultas médicas frecuentes; generalmente tienen antecedentes de problemas psicósomáticos, sexuales y reproductivos.
- d) Hiperactivo (5-10%) son mujeres que no dejan que sus ciclos biológicos interfieran con su autonomía personal, no muestran ningún tipo de síntomas y no buscan ayuda profesional, son fuertes y dinámicas, derivan su actividad a actividades sociales o artísticas, negando o reprimiendo los posibles síntomas, esta es una forma de coping que los sociólogos proponen como solución ante la crisis menopáusica pero que quizá este conformada por una personalidad especial.

Mientras que en los tipos de reacción Adecuada, Apersonal e Hiperactiva pueden presentarse síntomas neurovegetativos o vasomotores, así como cambios de humor, fatiga e insomnio, en el tipo de reacción Neurótica predomina la sintomatología psicológica generalmente de carácter depresivo, aunque en ciertos casos se reportan síntomas somáticos y vasomotores intolerables que corresponden a una personalidad histérica.

Aunque estas categorías son ilustrativas, las estrategias de afrontamiento que comúnmente desarrolla la mujer climatérica, le reditúa resultados negativos, porque su estrés no disminuye, a decir verdad gran parte de estas estrategias de afrontamiento es la información oportuna referente todo lo que ocurre en esta etapa, para prevenir algunos síntomas y manejar de la mejor manera los que indudablemente se presentarán.

Una de las estrategias ante los síntomas, es la terapia hormonal, otra la histerectomía, o sea la extirpación del útero, algunos sugieren terapias alternativas como grupos de auto-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ayuda reduciendo el aislamiento (Ussher, 1991), otra sería la reestructuración de atribuciones, es decir, que al detectar estados de ánimo negativos no se los atribuyan automáticamente al climaterio, o bien reestructurar la evaluación daño/pérdida ofreciendo un panorama más positivo, así como también proporcionar técnicas para aminorar los efectos del estrés del ciclo vital, siendo así se puede considerar que la mujer en el climaterio sería menos vulnerable, tendría una mejor calidad de vida, lo que traería como consecuencia salud, para ella y los que le rodean. Cabe aclarar que estas estrategias y clasificaciones corresponden a una visión médica, las cuales son importantes para recuperar información que guíe la presente investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO III

### REDES DE APOYO SOCIAL EN EL CLIMATERIO

#### 3. APOYO SOCIAL

Que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo a lo largo de su vida implica estar integrado a una organización social porque le provee de habilidades, procedimientos y recursos con los que el individuo se identifica, participa, crece y madura, ya que a partir de las relaciones sociales obtiene apoyo en momentos de crisis y malestar.

Para algunos autores (Cobb, 1976, Thoits, 1982, Anduna, en Yebra 2001), el apoyo social debe conceptualizarse como la información que el sujeto posee, y que lo lleva a pensar que pertenece a una red de comunicación y compromiso mutuo, que es amado e importante para alguien y que es apreciado y valorado.

House (1981, en Haines y Hulbert, 1991) define el apoyo social como ayuda de distintos tipos: de información, de recursos tangibles, interés por el bienestar del otro, apreciación y valoración del otro. Kahn y Quinn (1977, en Yebra, op. cit) definen al apoyo social como un convenio interpersonal que tiene distintos momentos: A) la manifestación de afecto, atracción física, admiración y respeto, así como otros tipos de evaluación positiva. B) la aceptación de las creencias, valores, actitudes y acciones. C) el ofrecimiento de ayuda, incluyendo materiales, información, tiempo y reconocimiento.

Por lo tanto el apoyo social es el proceso mediante el cual las personas proporcionan y reciben recursos materiales como información, ayuda práctica y afectiva como consejos y ánimo (Llor, Abad y Nieto 1985), tras esta afirmación se entiende que al haber relaciones pobres existen pocos mecanismos de afrontamiento eficientes, con impresiones de desamparo y enfermedades por estrés. Caplan (1974) menciona que las estructuras sociales ofrecen a los individuos posibilidades de recibir información de ellos mismos y para legitimar sus expectativas sobre los demás, por medio de las relaciones interpersonales duraderas se satisfacen distintas necesidades, y se logra una sensación de bienestar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Lazarus, manifiesta que la pertenencia a una estructura social tiene otra cara, ya que la separación o la ruptura de los lazos establecidos socialmente también genera inestabilidad y estrés, al mismo tiempo que su mantenimiento, el recuento entre el valor y las recompensas de estas relaciones varía de una persona a otra, de un rol social a otro y de una situación estresante a otra; por ejemplo Croog, y Liem y Liem identifican a la familia como fuente generadora de estrés y como un causa determinante de sicopatología (citados en Lazarus y Folkman, 1991).

Ahora bien, existen dos cuestiones fundamentales: 1) el número de tipos de relaciones que tiene el individuo, y 2) la impresión del valor de las interacciones sociales. El primero tiene que ver con lo que se llama **Entramados Sociales**, donde los beneficios no se miden o clasifican, si no que se dan por hecho. Para Mitchell (1969, en Lazarus y Folkman, 1991, pag 268) el "Entramado Social es un conjunto de vínculos existentes entre un grupo definido de personas", éste puede determinarse por la cantidad de personas incluídas, la intimidad entre ellas, la frecuencia y la duración de las relaciones, la intensidad de su lazos, la accesibilidad entre las personas.

Existe el supuesto de que los entramados más grandes y amplios son mejores que los pequeños, en este sentido Berkman y Syme (1979, en Lazarus y Folkman, op. cit), realizan un estudio de seguimiento a una muestra de 7000 personas aproximadamente, y encuentran que en las edades comprendidas entre los 30 y 69 años en ambos sexos, las personas con pocos vínculos sociales presentaron una tasa de mortalidad más alta.

Esta red o entramado social puede vincular a varias personas o unidades sociales más amplias; pueden ser espontáneas o informales como la familia o los amigos; formales como los grupos de trabajo, corporaciones de negocios, o creadas intencionalmente como los grupos de apoyo para personas con estrés ocupacional, médico, legal, etc; por ejemplo los grupos de apoyo que atienden a pacientes y familiares afectados por el SIDA, o a personas que padecen cáncer, los niños que sufren maltrato o que sufren enfermedades crónicas, los que auxilian a las mujeres y niños de la violencia intrafamiliar y los que acogen a los ancianos; otra variedad de grupos son los de autoayuda como, Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Comedores compulsivos, adictos al sexo, e incluso grupos de personas solitarias o que buscan pareja.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La segunda cuestión fundamental tiene que ver con la **percepción del apoyo social**, en este sentido Sarason y Sarason (1994, citado en Lindorff, M. 2000) mencionan que se refiere al apoyo que está disponible cuando llegue a necesitarse, totalmente distinto a *recibir* apoyo que aparece al momento de enfrentar una situación estresante, de tal forma que la percepción esta en relación a la función cognoscitiva mientras que el apoyo recibido esta relacionado al factor conductual. Durante los últimos 20 años, el interés en el diseño de intervenciones efectivas de apoyo social ha generado investigaciones acerca de las mecánicas involucradas en el dar y recibir apoyo social por parte de aquellas personas involucradas en circunstancias estresantes.

Las aproximaciones recientes intentan desarrollar clasificaciones detalladas de varios aspectos del apoyo que la gente intercambia, tanto en grupos como en pares. Dichos esquemas están basados en auto-reportes de aquellas personas que dan o reciben apoyo. Por ejemplo, basandose en entrevistas a madres económicamente autosuficientes, pero con bajos ingresos, Cohen, Underwood y Gottlieb (2000) desarrollaron una serie de 26 categorías de conductas de ayuda organizadas en cuatro categorías: conductas de sustento emocional, conductas de resolución de problemas, de influencia personal indirecta y de acción ambiental. Este esquema fundamentó el Inventario de Conductas de Apoyo Social desarrollado por Barrera, Sandler y Ramsay (1981, citado en op. cit) el cual ha sido utilizado como una herramienta para evaluar la movilización del apoyo en una red.

#### TIPOS DE APOYO SOCIAL.

Shaefer (1982, en Lazarus y Folkman, op. cit) y Jacobson (1986, en Lindorff, 2000) reconocen tres tipos de apoyo social:

- A) apoyo emocional que contribuye a sentir que se es amado, esto tiene que ver con un vínculo emocional, la confirmación del propio individuo, la posibilidad tener a alguien con quien contar y confiar.
- B) apoyo tangible que tiene que ver con herramientas o hechos, como los préstamos o servicios, el cuidado del otro, proporcionar un empleo, etc, cabe mencionar que cuando este tipo de apoyo es incondicional y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



voluntario, representa que la persona esta siendo protegida lo cual significa que es valorada, coordinando de esta forma dos tipos de apoyo, el tangible y el emocional, entre los beneficios de recibir apoyo de manera espontánea y voluntaria, y sin haberlo solicitado, están la preservación de la autoestima y un sentido reforzado de intimidad y solidez en la relación con quien lo da, se cree que hay algunos estresores que son muy visibles para los miembros de una red social, facilitando que se pueda brindar un apoyo oportuno y adecuado sin la necesidad de que sea pedido directamente, sin embargo otros estresores pueden ser menos evidentes para los miembros de la red, en ocasiones debido a lo vergonzoso que puede resultar para el afectado, o por el carácter crónico y gradualmente degenerativo. (Eckenrode y Wethington, 1990, en Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000)

- C) apoyo informacional, es el que ofrece consejos lecciones, testimonios y experiencias que notifican y conceden al individuo ver el resultado de sus actos.

Otras propuestas de tipos de apoyo incluyen: apoyo tangible, informativo, de pertenencia y de estima (S.Cohen y McKay, 1984, en op. cit) mientras que Cutrona, Suhr y MacFarlane (1990, en op.cit) agregan apoyo de compañerismo.

Desde otra perspectiva también se ha examinado cómo el apoyo es solicitado y como es proporcionado. Por ejemplo, Cutrona (1990, en op.cit) desarrolló un análisis en el cual describe ciertas estrategias de solicitud de apoyo que son diferentes en cuanto a dirección y especificidad, por ejemplo, para comunicar el tipo de apoyo deseado, los individuos pueden quejarse directamente acerca de la situación estresante con que se enfrentan, expresando duda acerca de sus propias habilidades de afrontamiento, o pedir apoyo de manera indirecta a través de demostraciones emocionales no verbales.

Por otro lado, en cuestión de cómo se brinda el apoyo Barbee (1990, en op. cit) desarrolló una clasificación e identificó cuatro tipos de estrategias para levantar el ánimo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

dos de las cuales reflejaban esfuerzos para brindar apoyo directo enfocado al problema y las emociones, mientras que las dos restantes reflejaban ayudar al afectado a evitar o escapar de los problemas o los sentimientos provocados por estos.

Otros trabajos han incluido el contexto de interacción en el cual ocurre el apoyo y cómo éste influye en el proceso de apoyo, en este sentido Barbee, ha examinado cómo el humor o estado de ánimo de los participantes (suponiendo una interacción) afecta el tipo de apoyo que sucede, encontró que los sujetos en los que se promovía un estado anímico positivo tendían a aproximarse con tranquilidad al aquejado ofreciendo sugerencias, mientras que aquellos en los que se provocaba un estado de ánimo negativo tendían a recomendar conductas de evitación como el darse por vencido.

El postulado esencial de este tema es que las personas en igualdad de condiciones, tendrán una etapa de bienestar y un estado de salud adecuado desempeñándose mejor si reciben o creen recibir apoyo social cuando lo necesitan. Al analizar el apoyo social Lazarus y Folkman (1991) reflexionan manifestando que éste es un recurso disponible en el ambiente, pero que el individuo debe fomentar y utilizar, es por ello que lo considera de carácter del afrontamiento. De tal forma que el apoyo social, percibido o recibido beneficia a las personas que están expuestas a situaciones estresantes, proporcionando bienestar teniendo efectos en la salud.

## EFFECTOS DEL APOYO SOCIAL.

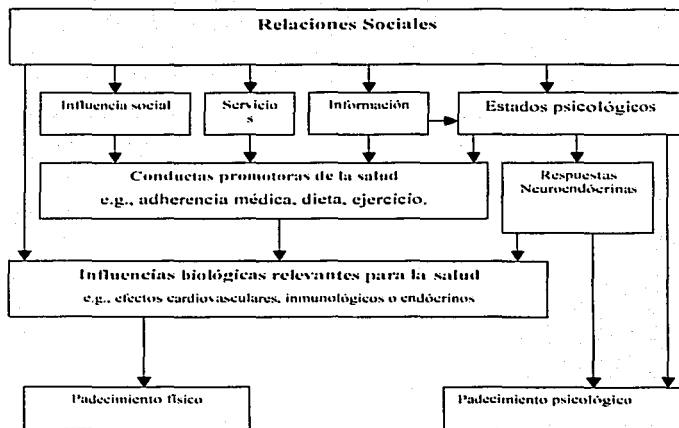
Resulta ser innegable que los efectos del apoyo social son positivos, en este sentido a lo largo de varias investigaciones se tienen distintas perspectivas teóricas, los siguientes son algunos modelos propuestos por House (1981, en Payne y Graham, 1995).

- **A) El apoyo social tiene un efecto directo en la salud;** bajo esta óptica, se piensa que el apoyo social afecta la salud mental y física a través de su influencia en las emociones, las cogniciones y la conducta, es por ello que el apoyo social provee tranquilidad emocional, reduce los efectos de los síntomas, promueve la recuperación, ya sea porque los proveedores de ayuda lo hacen a tiempo y con consejos apropiados, o porque la necesidad de apoyo es universal y porque que la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ausencia del apoyo puede provocar perjuicios (Cuadro 1). Se supone que los estados psicológicos positivos son benéficos porque reducen la desesperanza psicológica, que tiene como consecuencia una mayor motivación para el auto-cuidado, o resultando en la eliminación de las respuestas neuroendócrinas e incrementando las funciones de inmunidad (Bovard, 1959, Cassel, 1976, en Cohen, Underwood, Goltlieb, 2000). La información puede influir en las conductas relevantes para la salud, o ayudar a evitar o minimizar las situaciones estresantes o de alto riesgo, por ejemplo, los miembros de una red proporcionan información acerca del acceso a los servicios médicos, o los beneficios de las conductas que influyen positivamente en la salud y el bienestar. Una red puede funcionar para prevenir los malestares a través de la provisión de servicios económicos y tangibles que resultan en una mejor salud y en un mejor cuidado de la salud de los miembros de la red, por ejemplo, los miembros de una red pueden proporcionar comida, vestido y vivienda, que funcionan para prevenir el malestar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Cuadro 1. Mecanismos o rutas a través de las cuales las relaciones sociales pueden tener efectos directos (principales) sobre la salud física y psicológica. Las rutas están representadas en una sola dirección con fines de simplicidad, pero es posible encontrar retroalimentación. (Fuente Cohen, S.; Underwood, L.; Goltlieb, B. 2000)

- **El apoyo social reduce directamente los estresores que afectan al individuo**, en este modelo, los que proveen el apoyo por ejemplo, alejan a la persona de los estresores o prueban a la persona que los estresores no son tan peligrosos. El apoyo social puede funcionar para atacar los malestares a través de la provisión de servicios económicos y tangibles, por ejemplo, los miembros de una red pueden proporcionar comida, vestido y vivienda, que funcionan para prevenir una exposición excesiva a los factores de riesgo (Payne y Graham, 1995).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- **El apoyo social dispersa o mitiga la relación entre los estresores y la salud, lo anterior conocido como hipótesis de amortiguador del estrés.** Este modelo asume que no hay efectos directos del apoyo social ni en la salud ni en los estresores pero la relación entre ellos se ve alterada, es decir el apoyo que provee la pareja, la familia, los vecinos, los amigos, etc. actúa como amortiguador del impacto de los estresores, puede aliviar el impacto al proveer una solución al problema, al funcionar como distracción ante éste, al no desequilibrar el sistema neuroendocrino, lo cual provoca que las personas son menos reactivas ante el estrés percibido. (Cohen, Underwood, Goltlieb, 2000)

Tomando en cuenta la personalidad, Olardini (1996) revela una diferencia y explica que los sujetos extrovertidos tienen una mayor facilidad para establecer una red de apoyo que los hace más resistentes al estrés, por el contrario, los individuos introvertidos, retraídos, aislados y con dificultades para establecer relaciones personales, son más sensibles al efecto de los estresores, por su escasa red solidaria. Cohen y Wills (op. cit) mencionan que existe evidencia convincente acerca de que las redes sociales y el apoyo social pueden influir en el bienestar del individuo de diversas maneras, sin embargo existen dudas respecto a qué tipo de estructuras sociales y de apoyo funcionan adecuadamente, bajo qué condiciones y por qué razones.

Según lo observado, las personas que participan activamente en sus comunidades y sociedad viven más y son menos propensos a desarrollar estrés, para sustentar lo anterior, se consideran tres hipótesis:

- 1) las personas socialmente integradas tienen mayor diversidad de auto-conceptos (pariente, amigo, trabajador, miembro de una iglesia), y esta diversidad hace que los eventos estresantes en cualquier dominio social sean menos estresantes.
- 2) las personas socialmente integradas tienen una gran variedad de fuentes de apoyo a las cuales pueden recurrir cuando se presenta algún acontecimiento estresante.
- 3) las personas socialmente integradas tienen relaciones sociales en mayor cantidad y de mejor calidad, resultando esto en un incremento del afecto positivo y una reducción del negativo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Al apoyar estas afirmaciones Olardini (op. cit) argumenta que la persona puede amortiguar el impacto del estresor mediante la afiliación a grupos o solicitando ayuda a su red de apoyo. El cual le proveerá de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio, protección, compañía, y ayuda económica. menciona que en un estudio realizado en Inglaterra se estableció que el total de sujetos que había tenido problemas en los últimos diez años, el 94% había solicitado ayuda a amigos y familiares, el 47% lo había hecho a profesionales y agencias o instituciones sociales, y el 37% a su médico de cabecera, finalmente los participantes manifestaron que lo que más les habían ayudado fue la simpatía y el apoyo que recibieron durante sus problemas.

La principal diferencia entre la hipótesis del efecto directo en la salud y la del efecto amortiguador, es que en el caso del efecto directo el apoyo social siempre tiene un efecto positivo en la salud. En el caso del efecto amortiguador el apoyo social únicamente influye en la salud bajo condiciones de estrés. Olardini (op. cit.) manifiesta que el alto apoyo social no inhibe por completo las consecuencias negativas altas del alto estrés, sin embargo mantiene al estrés en niveles que se pueden manejar en la mayoría de las veces.

En suma independientemente de tener un efecto único en la salud o servir como amortiguador del impacto del estrés en la salud, el apoyo social ayuda a los individuos en situaciones de estrés, beneficiándolos en la salud.

### 3.1 TIPOS DE APOYO SOCIAL EN EL CLIMATERIO

En la etapa del climaterio la relación entre estrés y apoyo social no es la esperada, se dice que cuando el medio que rodea a la mujer, la sociedad, los amigos, la familia, no le proporciona los recursos para encontrar nuevos lugares, objetos, actividades, habilidades, sentimientos y pensamientos donde depositar su energía de vivir, su miedo ante la novedad, su intención por superar obstáculos y su necesidad de expresión; le resulta difícil proponerse y encontrar nuevas, buenas y saludables relaciones sociales, es por ello que poco a poco estos impedimentos modifican su autoconcepto, ante la falta de gratificación a sus necesidades, la falta de logros deseados, y el temor ante su situación física, emocional y

económica futura, lo que trae como consecuencia un sentimiento de soledad. (Aguirre, 1977, en Arroyo y Hernández, 1995).

De acuerdo a la literatura, las mujeres son relegadas a un segundo plano en el momento en el que más necesitan apoyo y comprensión incondicional de los demás y las alternativas que ellas encuentran o tienen más a la mano (sobre todo las mujeres que viven únicamente el rol materno) son comportamientos hipocondríacos, quejas continuas que se exacerban intencionalmente para preocupar y llamar la atención; otras se aferran a continuar su rol materno con los nietos, otras mujeres canalizan su energía en acciones y conductas que pueden ser agresivas y destructivas para ellas mismas o para quienes le rodean. (Langer, 1978, en Arroyo y Hernández, op. cit). También se ha observado que al estar descontentas y no ser entendidas en el climaterio las mujeres llegan a solicitar medicamentos o drogas; por ejemplo las mujeres que viven con esposos y familias muy dominantes, que las manipulan y controlan o que se sienten de alguna manera inútiles y poco importantes, buscan soluciones neuróticas a través de los medicamentos o drogas, otra explicación ante este mismo hecho es que el abuso de drogas pueda ser una importante fuente de afecto, es decir algunas mujeres consideran que ir al médico, recibir su visita o tener la atención de parientes y amigos sea una medicina para combatir su soledad. (op. cit).

Una alternativa contraria a lo anterior tiene que ver con el empleo, algunos autores como Rose (1980, en Arroyo y Hernández, 1995) pronostica equilibrio emocional para las mujeres que no han dejado de trabajar y sobre todo que disfrutaron mucho de esa actividad, porque este les permite mantener relaciones afectivas satisfactorias, además de generar interés por su apariencia y por el mundo que le rodea. Velasco y Cardona (1998) mencionan que la soledad, el vacío interior y la carencia afectiva son algunas expresiones que se resecan de las pláticas de las climatéricas.

Una vez revisada la dinámica y los factores que intervienen en el apoyo social, así como los tipos de apoyo, en el climaterio se han sugerido acciones, por ejemplo en el ámbito sexual se recomienda una terapia de apoyo, con la finalidad de atender las implicaciones de esta etapa, en conjunto con las crisis de la edad media ofreciendo apoyo emocional (cariño, comprensión), apoyo informacional (explicación clara y precisa de los cambios orgánicos) apoyo tangible (terapia hormonal de reemplazo) (Escalante, 1993). Por su parte Langer

(1990) declara que la investigación en el área de eventos o crisis de la vida debe tomar en cuenta sistemas sociales de apoyo que mejoren la calidad y confianza en las relaciones sociales, así como en la personalidad de las climatéricas.

Finalmente como se ha podido observar, es una realidad que la sociedad necesita modificar actitudes y valores respecto a las personas de edad madura (sobre todo al sexo femenino) mostrando apertura y aceptación de la experiencia con que ellas cuentan, ya que la etapa del climaterio tiene que ver con factores sociales y de personalidad de la mujer, de su capacidad de respuesta emocional, así como de los recursos psíquicos que tenga para adaptarse, que dependen de la manifestación de la sintomatología (física y emocional) y del tipo de apoyo social (con interacciones continuas, positivas, innovadoras, creativas y sanas). En conclusión el climaterio no debería tomarse como una fase de padecimiento, aislamiento y soledad, sino como una crisis adaptativa ante las nuevas situaciones que se presentan en la vida, por lo anterior el objetivo del presente trabajo es examinar el nivel de estrés que presentan un grupo de mujeres en la etapa del Climaterio y comprobar si la percepción de apoyo social contribuye a disminuirlo, incrementarlo o modificarlo.

Hipótesis 1. La percepción de apoyo social que tiene la mujer climatérica coadyuva para que manifieste menos estrés que aquellas que no lo perciben.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## CAPITULO IV METODOLOGÍA

### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.-Identificar los síntomas fisiológicos que presentan las mujeres en el Climaterio.
- 2.-Identificar los síntomas psicológicos y emocionales que presentan las mujeres en el Climaterio.
- 3.-Conocer el nivel de estrés que experimentan las mujeres en esta etapa.
- 4.- Identificar el nivel de apoyo social que perciben.
- 5.-Identificar si hay una correlación entre el apoyo social y la disminución del estrés.

### Universo de Trabajo

Mujeres en la etapa del Climaterio.

### Muestra y Sujetos

Se realizó un muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios. La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres climatéricas (perimenopáusicas y postmesnopáusicas, por menopausia artificial y natural).

La edad promedio de la población fué de 46.94 años, tomando un rango de los 40 a los 55 años. En cuanto al estado civil de las participantes, 34 de ellas son casadas (68%), 8 divorciadas (16%), 6 solteras (12%), y 2 en unión libre (4%).

En lo que respecta al número de matrimonios: 34 (68%) de ellas viven su primer matrimonio, 8 (16%) el segundo, una (2%) el tercero. El nivel de escolaridad de las mujeres fue: Primaria 19 (38%), Secundaria 7 (14%), Bachillerato 2 (4%), Carrera Técnica 12 (24%), Profesional 6 (12%), Posgrado 3 (6%).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al empleo, 31 (62%) mujeres reportan trabajar y 19 (38%) contestaron que no. Respecto a su ocupación: 18 (36%) son amas de casa, 14 son empleadas (28%), 7 profesionistas (14%), 7 en la categoría de "otros" (14%), y 2 obreras (4%).

En lo referente a su situación familiar: la edad promedio de las parejas de las mujeres fue de 48.23 con un rango de 37 a 64. El nivel de escolaridad de estas parejas es de: 11 personas con primaria (22%), 6 con secundaria (12%), 4 con bachillerato (8%), 2 con carrera técnica (4%), y por último 14 profesionistas (28%).

En cuanto al número de hijos: 6 mujeres dijeron tener 1 hijo (12%), 17 reportaron tener dos hijos (34%), 10 mencionaron 4 hijos (20%), 3 tienen 3 hijos (12%), 4 participantes 5 hijos (8%), las restantes 3 tienen entre 6 y 9 hijos (6%), ahora bien el 72 % de ellos son solteros y no apoyan económicamente a la madre, mientras que el 78 % viven en el hogar materno. Por último el 74% de la población reporta vivir en casa propia.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Sexo femenino, la edad de los 40 a los 55 años. No se consideró si habían tenido la menopausia, ni el hecho de estar bajo tratamiento hormonal.

#### **Criterios de eliminación**

Las mujeres que no contestaron la mayoría de los ítems fueron eliminadas.

#### **Pregunta de investigación**

¿ Si se percibe apoyo social en el climaterio el estrés disminuye?

#### **Materiales**

Fueron utilizados lápices, hojas impresas y folletos informativos.

### **Instrumentos**

El primer instrumento sirvió para recolectar datos demográficos como: edad, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad, número de hijos, edad de la pareja, ocupación de la pareja, entre otros. (anexo 1)

El segundo instrumento Escala de Green fue una escala tipo Likert que constó de 21 ítems considerados como síntomas climatéricos, los cuales valoran 4 esferas importantes: Psicológica (ansiedad y depresión), Somática, Vasomotora y Sexual. Las participantes debían marcar con una X el grado de severidad en que se les presentaba el síntoma. Para evaluar la gravedad existieron 4 respuestas a elegir: ausente, ligero, moderado y severo. Cabe aclarar que se eliminaron los ítems 1, 19 y 21 debido a sus bajos niveles de confiabilidad; en el área vasomotora quedó con un solo ítem, por lo que no se tomó en cuenta para el análisis. Para esta escala se realizó un estudio de confiabilidad en el cual se obtuvo un Alpha de Cronbach de .80. La presente Escala es utilizada en el Instituto Nacional de Perinatología, en su Clínica de Climaterio, para efectos de investigación (Río de la Loza-Cava y cols. 1997). (anexo 2).

El tercer instrumento Índice Menopausico fue una escala tipo Likert que constó de 12 ítems también considerados como síntomas climatéricos. Los síntomas analizados en este Índice fueron similares a la escala anterior, así como también la forma de contestar. Debido a sus bajos niveles de confiabilidad se eliminaron dos de los síntomas (inestabilidad psíquica y dolor precordial) quedando solo 10, obteniendo un Alpha de Cronbach de .69. Este instrumento de igual forma es utilizado en el Instituto Nacional de Perinatología. (op cit.) (anexo 3).

El siguiente instrumento, Inventario de Estrés Cotidiano (Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport 1988; traducción tomada de Barba, 1998) para este instrumento se realizó un estudio previo de confiabilidad, el cual no se reporta en este trabajo, cuyos resultados mostraron niveles de alpha de Cronbach estandarizados de .98 y alphas particulares para cada ítem superiores a .93. El inventario es una escala tipo Likert, de 58 ítems (situaciones

que pueden ser consideradas como estresantes); las participantes leían cada ítem y decidían si la situación particular les había ocurrido en las últimas 24 horas, de ser así debían marcar con una X que tanta molestia les causó, de acuerdo a la siguiente escala: 0= No ocurrió en las últimas 24 horas, 1= Si ocurrió, pero no fue molesto, 2= Causó muy poca molestia, 3= Causó poca molestia, 4= Causó cierta molestia, 5= Causó mucha molestia, 6= Causó una gran molestia, 7= Me causó pánico. (anexo 4).

El quinto instrumento, Cuestionario de Apoyo Social (Sarason y Sarason, 1983) es un cuestionario de 27 preguntas en las que se plantean distintas situaciones donde se pregunta qué personas ayudan o apoyan a las participantes, éste instrumento se divide en dos partes: en la primera, las mujeres enlistaron de 1 a 9 personas que les brindan ayuda o apoyo, escribiendo el tipo de relación que tiene con esas personas (esposo, hijo, amigo, vecino, etc.), en caso de no contar con la ayuda de alguien se marcaría la opción "Nadie" ubicada a un lado del espacio para enlistar; la segunda parte es una escala tipo Likert, donde las personas evaluaron marcando con una equis el nivel de satisfacción obtenido al recibir el apoyo, las opciones fueron de 6) muy satisfecho a 1) muy insatisfecho. En caso de marcar "Nadie", aún así se evaluó el nivel de satisfacción. Para el caso particular se evaluó con alpha de Cronbach .96. (anexo 5).

El último instrumento, Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1987) es una escala tipo Likert, compuesta por 67 ítems que representan pensamientos, conductas y/o emociones que posee el individuo para afrontar distintas demandas de una situación cualquiera. Las mujeres decidieron el grado de afrontamiento que experimentaban en cada situación que contenía cuatro opciones: 0= en absoluto, 1= En alguna medida, 2= Bastante, 3= En gran medida; una vez elegida la categoría la rodearon con un círculo. En cuanto a su confiabilidad este instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .97. (anexo 6)

ESTA TESIS  
NO DEBE SER  
REPRODUCIDA  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Aparatos

Se utilizó una computadora para hacer el vaciado y análisis de los datos y el programa SPSS 10, una impresora para imprimir los cuestionarios y una fotocopidora para la reproducción de los instrumentos.

### Escenario

La aplicación de los instrumentos se hizo en los hogares y áreas de trabajo de las mujeres, durante su tiempo de descanso.

### Procedimiento

Para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, se citaron grupos de 4 a 5 mujeres en su área laboral, en sus tiempos de descanso y de pocas actividades.

Así también se citaron grupos de 7 a 8 amas de casa, una vez que terminaban sus actividades más importantes.

Para tal efecto fueron necesarias aproximadamente 6 sesiones, con una duración de una a dos horas y media cada una, esto dependía del ritmo de las participantes para contestar.

Primero, se les proporcionó un breve explicación de cómo contestar los cuestionarios y en seguida se les dijo que los datos serían de carácter confidencial, se aclararon las dudas que surgieron durante la aplicación del mismo, por último se aclararon dudas relacionadas con el trabajo.

En algunos grupos fue necesario guiar a las participantes, dándoles una explicación de cada uno de los ítems, ofreciéndoles algunas situaciones similares, debido a que muchas de las preguntas y de los ítems no fueron comprendidos, así como la forma de contestar, es por ello que la duración de estas sesiones fue prolongada.

Cabe mencionar que se les dio una pequeña plática sobre el climaterio, únicamente en los grupos de amas de casa, al final de la aplicación.

Para terminar se les obsequió un pequeño folleto realizado por El Comité de Instrucción de la Sociedad Norteamericana de la Menopausia (NAMS), el cual contiene información general sobre esta etapa, invitándolas a visitar a su médico así como no descartar la ayuda psicológica profesional.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Uno de los objetivos del trabajo fue identificar los síntomas fisiológicos y psicológicos que reportan las mujeres climatóricas, para lo cual se construyeron gráficas que ilustraran los síntomas detectados en la Escala de Green y el Índice Menopáusico. En el caso de la Escala de Green, que quedó con tres subescalas al final del análisis de confiabilidad, se presentan los resultados para este estudio (Fig. 1).

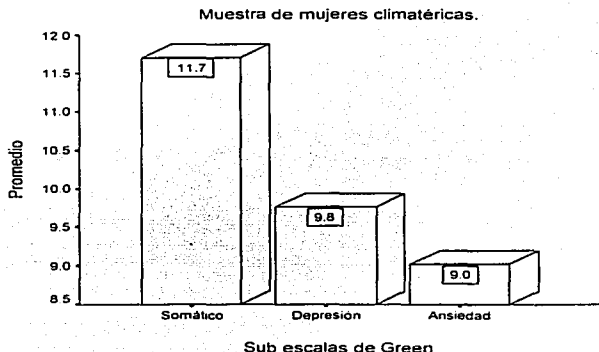


Fig. 1. Promedio de las tres subescalas de Green.

El mayor promedio lo obtuvo la subescala de padecimientos fisiológicos (somáticos) mientras que el menor promedio lo obtuvo la escala de ansiedad.

Como siguiente paso, se desglosan los promedios de los padecimientos fisiológicos: los de mayor promedio fueron: dolores de cabeza, presión o tensión en la cabeza o el cuerpo, y dolores musculares o de articulaciones, y los de menor promedio fueron: dificultad para respirar y pérdida de sensibilidad en manos y pies. (Fig. 2)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

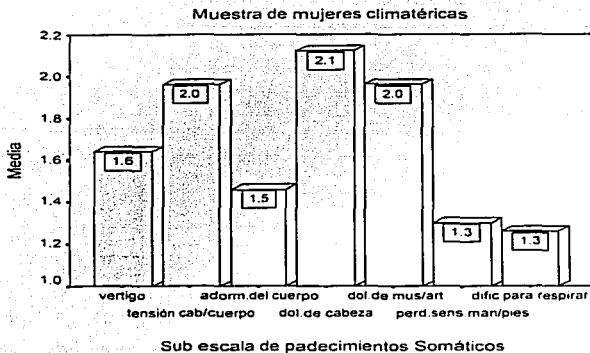


Fig. 2. Promedio de padecimientos fisiológicos.

En el caso de los padecimientos psicológicos, la figura 3 presenta los promedios de los padecimientos de ansiedad; el de menor promedio fue crisis de pánico y los que más promedio obtuvieron fueron sensación de tensión o nerviosismo y dificultad para dormir.

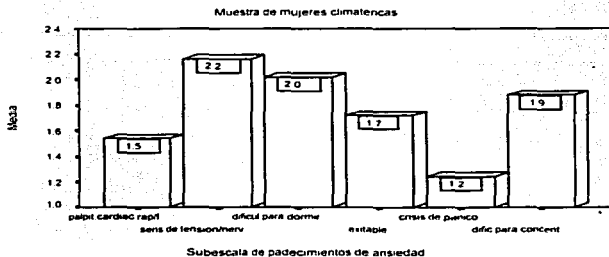


Fig. 3. Promedio de padecimientos psicológicos.

Con respecto a los padecimientos de depresión, en la figura 4, se observa que el mayor promedio lo obtuvo: sensación de cansancio e irritabilidad y el de menor promedio fue pérdida de interés en la mayoría de las cosas.

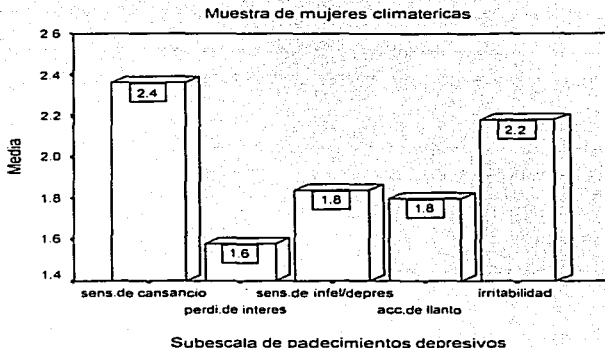


Fig. 4. Promedio de padecimientos psicológicos.

Por otro lado, el Índice Menopáusic, al no tener subescalas, representa un índice de carácter general. Los promedios obtenidos de este instrumento se observan en la figura 5, donde los padecimientos con mayor promedio son: sudores, insomnio, debilidad muscular y el cansancio e irritabilidad.



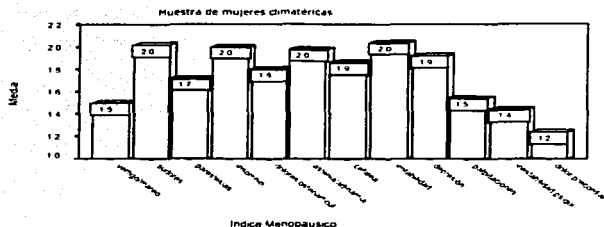


Fig. 5. Promedio de padecimientos físicos y psicológicos

En resumen, los padecimientos reportados por las mujeres climatéricas, que mayor promedio obtuvieron son: dolores de cabeza, presión o tensión en la cabeza o el cuerpo, y dolores de músculos o articulaciones, sensación de tensión o nerviosismo y dificultad para dormir, sensación de cansancio, irritabilidad, y sudores.

En cuanto al nivel de estrés, afrontamiento y apoyo social, la figura 6 muestra los niveles obtenidos en cada uno, el menor promedio lo tiene el Inventario de Estrés Cotidiano y el mayor promedio fue Afrontamiento de Lazarus.

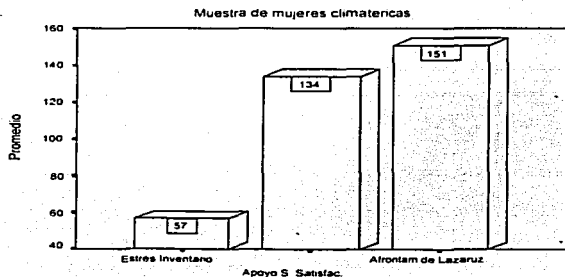


Fig. 6. Promedio de niveles de Estrés, Apoyo Soc. y Afrontamiento

Estos promedios gráficos pueden resultar un tanto imprecisos, debido a que la cantidad de reactivos para cada prueba varían, por esta razón se decidió hacer un análisis más fino para cada inventario.

En todos los casos, además de los puntajes obtenidos se calcularon los puntajes teóricos pertinentes a cada escala. El nivel de estrés en la muestra de mujeres climatéricas es bajo (Tabla 1), si se compara con la media teórica. En cuanto a la percepción de satisfacción con el apoyo social, en las climatéricas, es alto ya que se ubica por arriba de la media teórica. Los puntajes de afrontamiento, también, están por arriba de la media teórica.

Tabla 1. Tabla de puntajes.

	Media	Desviación Estándar	Media Teórica	Valor Teórico Mínimo	Valor Teórico Máximo
Inventario de Estrés Cotidiano	55.70	48.81	203	0	406
Apoyo Social	133.904	23.75	95	27	162
Afrontamiento de Lazarus	150.400	37.68	100.5	0	201

El siguiente paso fue evaluar si el apoyo social se correlaciona con el estrés, afrontamiento y medidas de climaterio (Tabla 2). Solo se presentan aquellas correlaciones que fueron significativas. Los resultados muestran que al correlacionar Escala de Green con Índice Menopáusico el valor de correlación fue muy aceptable y significativo. Al correlacionar Escala de Green con Inventario de Estrés Cotidiano se encontró una correlación aceptable (.288 en el nivel significativo .05). Sin embargo no se encontró correlación con apoyo social y afrontamiento.

No se encontró correlación del Índice Menopáusico con Inventario de Estrés Cotidiano, Apoyo Social y Afrontamiento. (Tabla 2).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se correlacionó Inventario de Estrés Cotidiano con Afrontamiento obteniendo un valor .313 en el nivel significativo de .01.

El Apoyo Social no correlacionó significativamente con Afrontamiento, así como tampoco correlacionaron las subescalas de Green con Afrontamiento, Inventario de Estrés Cotidiano y Apoyo Social.

Tabla 3. Tabla de Correlaciones

	Subescala de Green Depresión	Subescala de Green Somático	Escala de Green	Índice Menopausico
Subescala de Green Ansiedad	.619*	.327*	.757**	.419**
Subescala de Green Depresión		.326*	.814**	.506**
Subescala de Green Somático			.756**	.540**
Escala de Green				.656**

\*\* Nivel significativo .05

\* Nivel significativo .01

Al no encontrar correlaciones significativas entre padecimientos, estrés y apoyo social, se hizo un análisis más detallado (Fig. 7), el análisis consiste en conocer si existe una relación entre la distribución de síntomas climatéricos y la edad, con el fin de estimar su posible distribución lineal. La figura 7 muestra que no existe una relación lineal directa entre edad y padecimientos.

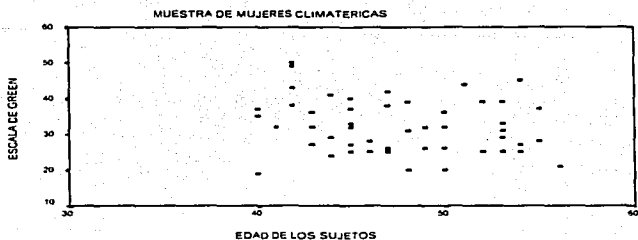


Fig. 7. Comportamiento de padecimientos relativo a la edad

Debido a ésta circunstancia, se intentó conocer las formas de las distribuciones para las escalas de apoyo social y estrés, además de la Escala de Green, por lo que el siguiente paso fue convertir a porcentaje los puntajes obtenidos de cada instrumento (Fig. 8) con el fin de evitar las diferencias de puntajes de cada inventario.

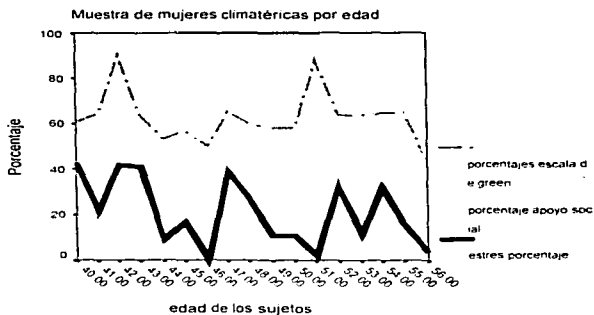


Fig. 8. Porcentaje de padecimientos, estrés y apoyo social.

En esta figura se observa que de los 40 a los 45 años se incrementan los niveles de estrés al igual que los niveles de la Escala de Green, mientras que los niveles de apoyo social disminuyen a los 42 y 45 años.

Como se observa en la figura 8, las variaciones de las tres medidas no son irrespectivas, es decir, se observan variaciones paralelas entre aumento y disminución de padecimientos, el estrés y apoyo social. Pero hay que admitir que la escala de Green, estrés y apoyo social no se comportan linealmente de ahí que no haya correlación, sin embargo la figura 8 muestra variaciones concomitantes.

Hay que recordar que la escala de Green está compuesta por subescalas, una de ellas comprende el área fisiológica; una vez que comienzan las modificaciones hormonales los padecimientos físicos se van incrementando en cuanto a su severidad, generando estrés, algunos de estos padecimientos suelen ser: dolores de cabeza, adormecimiento del cuerpo, presión o tensión en la cabeza o cuerpo, por ejemplo de los años 46 a 48 periodo denominado perimenopausia, en este periodo el apoyo social es alto; conforme avanza la insuficiencia ovárica, los trastornos se agravan presentando por ejemplo sensación de vértigo, dolores osteoarticulares, bochornos, atrofia en la vulva, disminución del cuello uterino, demostrándose de los 49 a los 52 años, sin embargo los niveles de estrés siguen variando durante la etapa del climaterio. (Fig. 9).

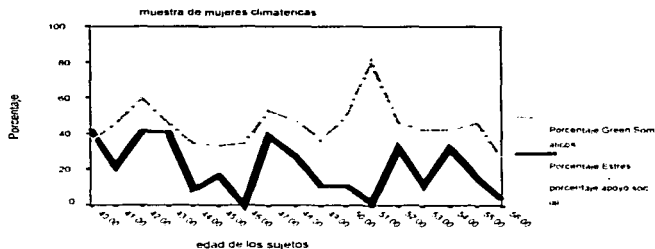


Fig. 9. Porcentaje de padecimientos somáticos, apoyo social y estrés.

En esta figura se observa que de los 49 a los 52 años se incrementa el nivel de los síntomas somáticos, al igual que el apoyo social, mientras que el estrés disminuye.

Con la aparición de los padecimientos fisiológicos, también se presentan síntomas psicológicos, y la escala de Green clasifica dos subescalas en esta área, los trastornos

depresivos (Fig. 10, 11, 12 ) y de ansiedad. (Fig. 13, 14, 15). En cuanto a los primeros, se incrementan al igual que los padecimientos somáticos, unos años antes de la perimenopausia, a los 43 años disminuye lo mismo que el estrés; de los 45 a los 49 años los niveles están por debajo de los trastornos físicos, sin embargo a los 47 años el nivel de estrés se eleva. Aproximadamente a los 55 años, los síntomas depresivos disminuyen a medida que se presenta la etapa postmenopáusia.

En esta muestra, los niveles de apoyo social y afrontamiento son rebasados por los síntomas depresivos, antes del periodo perimenopáusico, pero se incrementan entre los 45 y 49, y a partir de los 53 años, ambos se comportan de manera similar una vez que la mujer atraviesa la postmenopausia. Respecto a los niveles de padecimientos de ansiedad son irregulares, manteniéndose hasta aproximadamente los 54 años, cuando disminuye una vez comenzada la postmenopausia.

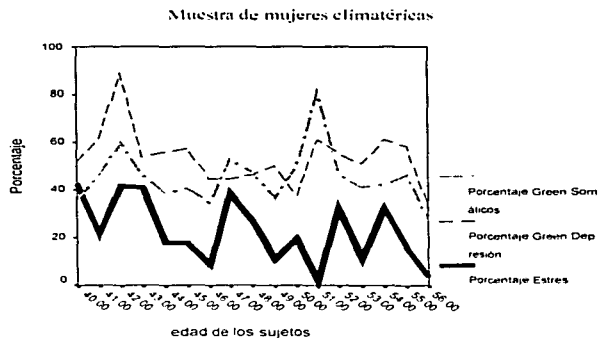


Fig. 10. Porcentaje de padecimientos somáticos, depresión, estrés.

En esta figura se observa que de los 40 a los 43 años el nivel de síntomas depresivos es más alto que a los 55 años que también incrementa, al igual que los niveles de estrés.

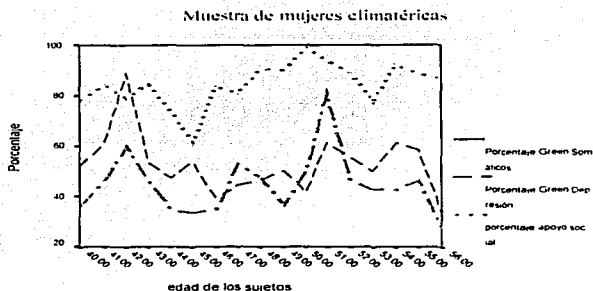


Fig. 11. Porcentaje de padecimientos somáticos, depresión, apoyo social.

En esta figura se observa que el nivel más alto de apoyo social se ubica de los 49 a los 51 años, y disminuye a los 45 años.

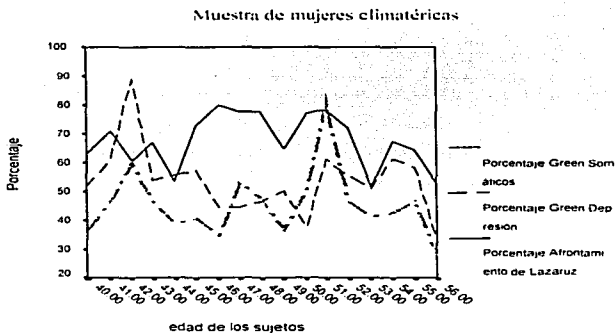


Fig. 12. Porcentaje de padecimientos somáticos, depresión, y afrontamiento.

En esta figura se observa que de los 45 a los 48 años se incrementan los niveles de afrontamiento, al igual que de los 50 a los 52 años.

Muestra de mujeres climatéricas

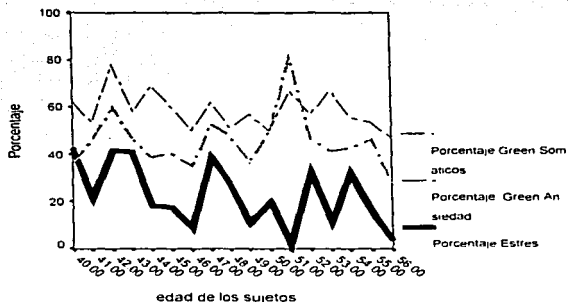


Fig. 13. Padecimientos somáticos, ansiedad, estrés.

En esta figura se observa que la ansiedad no tiene un comportamiento lineal, ya que cada dos o tres años, aumenta y disminuye.

Muestra de mujeres climatéricas

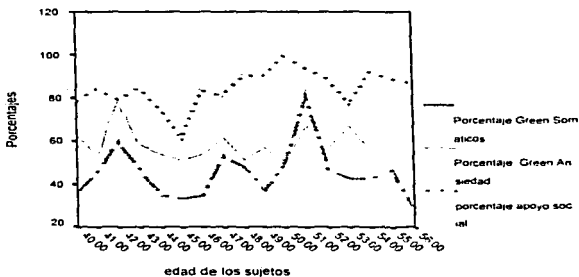


Fig. 14. Padecimientos somáticos, ansiedad, apoyo social.

En esta figura se observa que a pesar de existir altos niveles de percepción de apoyo social de los 41 a los 43 los niveles de ansiedad se elevan, lo mismo sucede de los 50 a los 52 años.



Muestra de mujeres climatéricas

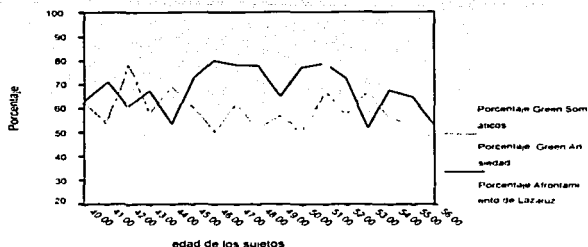


Fig. 15. Padecimientos somáticos, ansiedad, afrontamiento.

En esta figura se observa que de los 45 a los 47 existen altos niveles de afrontamiento, mientras que a los 53 disminuye, recuperándose a los 54 años.

Por último se llevo a cabo un análisis discriminante a partir de los totales de las variables (tabla 3) con el fin de detectar cuantos casos fueron correctamente asignados a su grupo de pertenencia, resultando que el 71.4% de los casos fueron asignados correctamente.

Tabla 3. Análisis Discriminante para Perimenopausias y Posmenopausias

	Predicted Group Membership	Perimenopáusicas	Posmenopáusicas	Total
	Perimenopáusicas y Posmenopáusicas	1.00	2.00	
Perimenopáusicas	1.00	9	7	16
Posmenopáusicas	2.00	5	21	26
%	1.00	56.3	43.8	100.0
	2.00	19.2	80.8	100.0

El 56.3% de las mujeres en la etapa perimenopausia fue asignada correctamente, mientras que el 80.8% fue correctamente asignadas al grupo de las posmenopausias.

Nota: La cantidad de casos correctamente clasificados fue de 71.4%. Se tomaron las muestras integrales no se excluyeron casos.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mujer es especialmente sensible a los cambios hormonales que ocurren al final de la etapa reproductiva, la cual es considerada como un evento fisiológico; causado por la disminución de la función ovárica, en la que se presentan modificaciones de tipo orgánico y psicológico (Botella-Llusia, 1990). Witting-Lanoil (1984) afirma que una fuente productora de estrés en las mujeres, entendiéndolo el estrés según Lazarus (1991), son: las crisis familiares, el envejecimiento, el nacimiento de un hijo, los cambios corporales como la menstruación, embarazo y la menopausia.

Sin embargo, en relación al estrés se afirma que el aumento en la incidencia de los episodios estresantes, no ha podido atribuirse a los cambios hormonales de la menopausia como había sido sugerido en numerosas ocasiones, sino que han mostrado una mayor relación con variables psico-sociales, entre las que los acontecimientos vitales estresantes tienen un papel preferente (Saiz-Ibáñez, O'Neill, 1998).

Las modificaciones psicológicas asociadas al climaterio son: irritabilidad, depresión, disminución del deseo sexual, ansiedad, (Luna y Luna, s/f). Las físicas como sofocos, bochornos, sequedad vaginal, atrofia genital, cefalea, vértigo, entre otras, (Dueñas, s/f), así como calambres, cansancio físico y mental ([www.teleline.terra.es/personal/dueñas/3.html](http://www.teleline.terra.es/personal/dueñas/3.html)).

La anterior descripción de sintomatología y comportamientos coinciden con los resultados obtenidos en el presente trabajo. De acuerdo con los instrumentos utilizados, se llevó a cabo una categorización, con la finalidad de identificar la sintomatología evidenciando que el mayor porcentaje se encuentra en la clasificación de padecimientos fisiológicos, lo cual coincide con Cooper y Whitehead (1998) quien menciona que parte de los padecimientos en este rango son síntomas que pueden durar unas pocas semanas, unos meses o varios años, y que pueden aparecer y desaparecer o que pueden ocurrir

irregularmente, como: el dolor de cabeza, la tensión en el cuerpo, bochornos y dolores musculares, que son los que se presentaron con mayor promedio.

Los resultados obtenidos en ésta investigación, presentan un promedio alto de manifestaciones como el nerviosismo, insomnio, dificultad para concentrarse, irritabilidad y sensación de cansancio, lo que coincide con el reporte de Figueroa (s/l) el cual argumenta que uno de los síntomas más encontrados en el climaterio es la depresión, así como la angustia, derivándose de ellas signos de, tristeza, melancolía, irritabilidad, cansancio, pensamientos negativos, aislamiento, dificultad de concentración y memoria, insomnio, entre otros.

Otro de los objetivos que guiaron ésta investigación fue conocer si existía algún grado de relación entre los síntomas fisiológicos climatéricos con las respuestas emocionales. En este estudio se encontraron correlaciones significativas, aunque bajas, entre la sintomatología física y psicológica, sin embargo hay autores como Saiz-Ibáñez, O'Neill (1998), que han llevado a cabo estudios para delimitar la relación de los síntomas físicos y psicológicos con los cambios hormonales de la menopausia, y concluyen que los únicos síntomas físicos que muestran una relación directa con la menopausia, son los vasomotores y la atrofia vaginal. Es la primera vez que se encuentra algún tipo de relación entre síntomas físicos y psicológicos más allá de las relaciones entre síntomas vasomotores y atrofia vaginal, tal vez habría que crear instrumentos más sensibles que permitan corroborar los datos aquí encontrados y que coinciden con la teoría.

Un objetivo más de la presente investigación fue conocer el nivel de estrés que experimentan las mujeres en el climaterio. En nuestro caso realizamos análisis gráficos que nos permiten sostener que la relación entre sintomatología física y psicológica no es directa o lineal, y se encontró que independientemente de los síntomas climatéricos, el estrés psico-social que se experimenta en esa edad, tiene un efecto significativo en la magnificación de los síntomas, más que el climaterio por sí solo. (Cooke 1979, en Escalante, 1993). Otro de los objetivos fue reconocer el nivel de percepción de apoyo social en las mujeres, ya que

éste es uno de los elementos importantes que permite al individuo llevar a cabo el afrontamiento de un evento estresante (Lazarus y Folkman, 1991). Encontramos correlaciones entre padecimientos climatéricos y apoyo social pero estas no fueron significativas, así como tampoco se encontraron correlaciones significativas entre padecimientos, estrés y apoyo social. Para resolver este problema hacemos algunas propuestas de tipo metodológico en la cual se considere un número mayor de sujetos, así como homogeneizar éstos, por grupos de edad, etapas climatéricas, síntomas y niveles de estrés, por otro lado se sugieren otras estrategias estadísticas para correlacionar ya que la prueba  $r$  de Pearson no es suficiente.

Adicionalmente, decidimos realizar una descripción más detallada de los síntomas climatéricos y las respuestas psicológicas para cada etapa (etapas de Scasso y Machin, 2000), que pueden pormenorizarse a partir de la edad de las participantes.

En este análisis del comportamiento de cada una de las variables, respecto a la edad, se encontró que los padecimientos se desarrollan e incrementan conforme se presentan las etapas del climaterio, en éste caso se usó la clasificación médica de los seis escalones del climaterio aportado por Scasso y Machin (2000) así como la clasificación por etapas climatéricas de Vera, Rentería y Sánchez (1996) para el análisis.

Scasso y Machin reportan que en la etapa del climaterio temprano (35-45) se originan anomalías en los óvulos relacionadas con estrés y se incrementa el síndrome premenstrual habitual es decir hay cefaleas, tensión mamaria, distensión abdominal, cambios anímicos, irritabilidad, depresiones transitorias, retención de líquidos. Escalante (1993) afirma que se presenta: dolor generalizado, disminución de la fuerza y fatiga, y sugiere que estos padecimientos no son privativos de esta etapa.

Los resultados entre los 40 y 45 años que obtuvimos revelan que mientras incrementan los porcentajes de los síntomas fisiológicos como tensión del cuerpo, dolor de cabeza, dolores musculares y óseos, lo mismo sucede con el estrés, y el apoyo social disminuye

ligeramente, sin embargo los síntomas de ansiedad como tensión o nerviosismo, dificultad para dormir, dificultad para concentrarse, así como los depresivos como sensación de cansancio dificultad para concentrarse e irritabilidad son más altos, lo que demuestra que los porcentajes de afrontamiento se ven sobrepasados. ( Fig 16 y 19).

Esto muestra que en esta etapa existe relación entre un porcentaje menor de apoyo percibido, de escasas herramientas de afrontamiento y el incremento de los síntomas climatéricos y el estrés, ya que al no recibir y percibir algún tipo de apoyo o soporte al comienzo de la etapa climatérica, los porcentajes de estrés cotidiano se disparan; a este respecto autores como Hunter en 1987, Green y Cooke en 1980 (en Ussher, 1991), afirman que los acontecimientos cotidianos estresantes no son superiores para las mujeres en el climaterio que en otras fases de la vida, por lo tanto es erróneo aseverar que las mujeres experimentan repentinamente un aumento de estrés que precipite el porcentaje o gravedad de síntomas.

Los siguientes tres escalones comprenden la etapa perimenopáusica la cual contempla la premenopausia y la postmenopausia (entre los 46 y 55 años). Scasso y Machin, mencionan que se produce un acortamiento del ciclo o retraso menstrual esporádico y transitorio, finalmente se llega a una oligomenorrea persistente (menstruación cada 60 o 90 días), en esta etapa las mujeres aumentan de 3 a 10 kilos, sufren angustia, alteraciones cutáneas, nerviosismo, dificultad para la concentración, pérdida de memoria, insomnio, irritabilidad, bochornos, dolores en las articulaciones, óseas y/o musculares. Casamadrid (1986, en Barruel e Iñesta 1993) afirma que se producen trastornos gastrointestinales por los efectos colaterales del tratamiento hormonal. Cala, (1986) menciona que existe disminución del libido.

De acuerdo a lo obtenido por nosotros a los 46 años los porcentajes de estrés disminuyen, al igual que los síntomas climatéricos, en tanto que el apoyo social aumenta. Sin embargo se evidencian tres periodos críticos, uno entre los 47 y 48 años durante los cuales se observa incremento en los niveles de estrés, síntomas fisiológicos, de ansiedad y

un porcentaje mínimo de depresión, mientras que el apoyo social disminuye y los porcentajes de afrontamiento se mantienen.

Estos datos muestran que existe una relación en estos años entre los síntomas fisiológicos y de ansiedad (provocada por el fin de la función ovárica) independientemente de que los porcentajes de estrés cotidiano son altos, es por ello que el apoyo a pesar de disminuir ligeramente tiene poco efecto sobre los síntomas fisiológicos y de ansiedad.

Entre los 49 y 50 años el porcentaje de estrés se mantiene bajo, los porcentajes climatéricos bajan y aumenta el apoyo social.

El siguiente periodo crítico es a los 51 años, donde los porcentajes de síntomas fisiológicos, de depresión y ansiedad se incrementan, mientras el apoyo social disminuye ligeramente, aunque no se reporta estrés y el afrontamiento se encuentra en un porcentaje alto, de acuerdo a estos datos los síntomas climatéricos son más fuertes en esta etapa que los mismos agentes estresores de vida.

El último periodo crítico es en los 54 años, donde se observa que el estrés, el apoyo social, los síntomas depresivos y el afrontamiento son altos, mientras que los síntomas fisiológicos y ansiedad disminuyen, se puede agregar de acuerdo a estos datos que la menopausia ha dejado de ser un acontecimiento amenazante reduciendo la ansiedad y los síntomas físicos, sin embargo el impacto por la pérdida deriva en el incremento del estrés y los síntomas de depresión a pesar de percibir apoyo y notarse un porcentaje alto de afrontamiento.

Ya en el periodo del Climaterio Tardío (etapa postmenopáusica intermedia y tardía 56 a 65 años), Scasso y Machín mencionan que tiende a prevalecer: depresión, crisis de llanto, angustia, nerviosismo, insomnio, sequedad vaginal, dispareunia, modificaciones en el aparato genital, posible incontinencia urinaria y pérdida de volumen de hueso. Estos síntomas y los comportamientos de las otras variables no fue posible observarlos, debido a que el límite de edad de nuestra población fue de 50 años.

CON  
FALLA DE ORIGEN

Si bien es cierto que existen eventos estresantes que ocurren en la primera fase del climaterio se ha demostrado que la frecuencia de los acontecimientos vitales estresantes no es mayor para las mujeres durante el climaterio que en otras fases de la vida, por lo tanto no puede afirmarse que las mujeres experimenten repentinamente un aumento de estrés que precipite sus síntomas. La literatura al respecto supone que la sintomatología aumenta cuando el estrés del ciclo vital es más agudo, es decir que la mujer al experimentar un evento estresante, puede ser más vulnerable a los síntomas psicológicos y llegar a interpretarse como síntomas climatéricos, porque es la etapa que esta viviendo (Hunter, 1990, Green y Cooke, 1980 en Ussher, 1991). Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con este supuesto, pues es claro que el estrés y los síntomas climatéricos incrementan y disminuyen a la par (de los 40 a los 50 años).

De lo anterior es factible deducir que el climaterio vulnera más a las mujeres al estrés, y entonces la experiencia de ser climatérica se perciba como una experiencia estresante en sí misma, añadiendo cualquier otro estrés que aumenta su vulnerabilidad, por ejemplo Hunter (op. cit) en una de sus investigaciones encontró que los acontecimientos estresantes como problemas en el trabajo o con los hijos los experimentaban las premenopausiicas, mientras que 3 años después estaban relacionados con la familia y el nivel socioeconómico, reduciendo la tolerancia que provoca aumento en la sintomatología.

Esto permite comprobar la importancia del afrontamiento ya que este proceso permite contar con estrategias defensivas y resolutorias dependiendo el momento o situación estresante (Lazarus y Folkman 1991). Algunos de los recursos de afrontamiento que mencionan Lazarus y Folkman (op. cit) son las propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes) y la resolución de problemas, así como los recursos sociales y materiales. Uno de esos recursos es el apoyo social, manifestado en información, ayuda práctica, consejos, recursos tangibles, tiempo, protección, entre otros (Llor, Abad y Nieto, 1995).

La cuestión que atañe a esta investigación tiene que ver con la percepción del apoyo social la cual se refiere al apoyo que esta disponible cuando llegue a necesitarse, es por ello que se le considera una función cognoscitiva. Es innegable que los efectos del apoyo social son benignos y para esta investigación se examinaron los modelos propuestos por Cohen, Underwood y Goldlieb (2000) con la finalidad de conocer si la percepción del apoyo social contribuye a la disminución del estrés en el climaterio. En este caso evaluamos la percepción de apoyo social respecto del estrés y síntomas climatéricos y no encontramos correlación alguna importante, por lo cual realizamos un análisis descriptivo a partir de las gráficas que describen las relaciones entre éstas variables.

Para tal efecto los resultados obtenidos muestran que durante las edades de 40 a 45 años, el nivel de apoyo social no es suficiente para disminuir el estrés y los síntomas climatéricos. De los 46 a 55 años el apoyo social es elevado cumpliendo el papel de amortiguador entre los estresores y la salud, lo cual nos permite comprobar nuestra hipótesis en esta etapa. Durante la segunda etapa crítica que dura un año (de los 47 a los 48) el apoyo social percibido no es capaz de disminuir los niveles de estrés y síntomas climatéricos. Mientras que de los 49 a los 50 años, de nuevo ejerce el papel de amortiguador entre los niveles de estrés y síntomas climatéricos. A la edad de 51 años, el apoyo social reduce únicamente los niveles de estrés (fig. 9), en tanto que los síntomas climatéricos aumentan. Por último a los 54 años de edad, la percepción del apoyo social a pesar de ser elevada, no disminuye los niveles de estrés, ni de síntomas depresivos, pero sí los síntomas fisiológicos y de ansiedad (fig. 9, 10, 13).

En resumen, si bien la percepción del apoyo social es un amortiguador del estrés en la etapa del climaterio, lo fue en el presente estudio únicamente en rangos específicos de edad, que son de los 46 a los 55, y de los 49 a los 50 años de edad.

Las aportaciones de este trabajo son: una perspectiva del comportamiento y correlaciones entre los síntomas climatéricos, el estrés cotidiano, el apoyo social, y el afrontamiento. El análisis del comportamiento de los síntomas climatéricos a partir de la



edad de la mujer, así como la confirmación de que el Climaterio es advertido más por el enfoque cultural (y sus implicaciones) que por los cambios físicos reales que corresponden a esta etapa. Para posteriores investigaciones se sugiere un análisis más profundo sobre la relación entre el apoyo social percibido y recibido y el estrés en el Climaterio, debido a que se afirma que la relación entre estos no es la esperada, ya que cuando el medio que rodea a la mujer no le facilita recursos para descubrir nuevas actividades, habilidades, sentimientos y pensamientos donde depositar su energía de vivir, su miedo, su superación y necesidades le resulta difícil encontrar nuevas, buenas y saludables relaciones sociales y poco a poco estos impedimentos modifican su autoconcepto, ante la falta de gratificación, la ausencia de logros, y el temor ante su situación física, emocional y económica futura. (Aguirre, 1977, en Arroyo y Hernández, 1995). Así como llevar a cabo un estudio comparativo sobre los niveles de estrés en las mujeres climatéricas y las no climatéricas.

Por otro lado también se sugiere el diseño de una escala climatérica que esté conformada por más reactivos en el área sexual y de autoconcepto. Así como el diseño de un instrumento que mida el estrés específicamente en esta etapa.

Por último, se recomienda que el estereotipo médico de que la mujer climatérica es una persona trastornada e inestable se supere y se modifique, equilibrando el valor de la mujer en esta etapa, y reconociendo al climaterio como una parte normal y natural de la vida, de igual forma se sugiere informar a la población en general sobre este tema, ya que mientras se sepa que se puede esperar, los cambios producirán menor temor. Uno de los compromisos de la ciencia es la prevención y mientras más información correcta y oportuna exista menor incidencia habrá en los problemas de salud pública.

FALLA DE ORIGEN













# REFERENCIAS














TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN













100 A













## REFERENCIAS

- Abbate, F. (1993). Sexualidad Conyugal. Buenos Aires, Argentina. El Ateneo.
- Alvarado, G., Rivera, R., Ruiz, M., Flores, F., Malacara, J. y Forsbaeh, G. (1995). "Factores que pueden estar asociados con la edad de presentación de la menopausia. Estudio multicéntrico". Ginecología y Obstetricia de México, 63, (10), 432.
- Aranda, J., Barrón, J. y Ortega, R. (2000). "Un punto de vista fisiopatológico del Climaterio y la Menopausia". Ginecología y Obstetricia de México, 66, (6), 253-258
- Arroyo, N. y Hernández, G. (1995). "Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas". Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo Mex., México de Psicología. México.
- Barba, S. (1998). Estrés Laboral. Tesis Psicología UNAM. Fes Iztacala.
- Brantley, P. J., Waggoner, C.D., Jones, G. N., & Rappaport, N. B. (1987). "A Daily Stress Inventory: Validity and Effect of Repeated Administration". Journal of Behavioral Medicine, 10, 61-76.
- Barrientos, I. (1998). "Análisis del desarrollo de transacciones estresantes y estrategias de afrontamiento en adolescentes". Trabajo de investigación del grado de Maestría en Modificación de conducta. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Mex. México.
- Barruel, M. e Iñesta, M. (1993). "Consecuencias emocionales ante la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer. (Autoconcepto en tres formas de pérdida: reproductiva, natural imprevista y decidida)". Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México. 5-20.
- Beyene, Y. (1986). "La importancia Cultural y las manifestaciones fisiológicas de la menopausia. Un análisis biocultural". Cultura, Medicina y Psiquiatría, 10, 23-46, 47-71.
- Botella-Llusá, J. (Ed.). (1990). La edad crítica. Epidemiología de la menopausia en Colombia. Estudio cooperativo. Barcelona, Madrid. Salvat.

-  Bungay, G. (1980). "Estudio sobre síntomas referentes a la Menopausia en la mitad de la vida". British Medical Journal, 2, 180-184.
-  Cala, N. (1986). Criterios actuales en el manejo del Climaterio. Instituto Nacional de Perinatología. Sesión de Médicos Residentes. 17-50. D. F. México.
-  Caplan, G. (1974 - Verano). Notas de la Conferencia de departamento de Psiquiatría. Ruthgats Medical school and New Jersey Mental Health Association.
-  Casamadrid, J. (1997). "Climaterio y Cultura". Climaterio, 1, (1), 24-28.
-  Castro, A., Amaya, J. y Bello, A. (1999). "Conocimientos y creencias sobre menopausia en mujeres mayores de 40 años de edad, naturales del Palenque de San Basilio, Bolivar-Colombia". Revista Colombiana de Menopausia, 4, (2), 1-4
-  <http://www.eedien.com/menopausia.htm>
-  Cooper, A. y Whitehead, M. (1998). Beneficios y riesgos de la terapia de reemplazo hormonal. Ginecología y Obstetricia, 7, 214-219
-  Cohen, S., Underwood, L., y Goltlieb, B. (2000). "Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists". Oxford University Press.
-  Defey, D., Storeh, E., Cardozo, S., Díaz, O. y Fernández, G. (2000). "Climaterio femenino: necesidades psicológicas y cuidado de la salud". Climaterio, 3, (17), 259-266 (primera parte).
-  Drapier, F. (1992). Menopausia y sus tratamientos. Ediciones de las técnicas. Enciclopedia Médica y Ginecológica. 38, (10), 18-22.
-  Dueñas (s/f) disponible en: <http://www.teleline.terra.es/personal/dueñas/3.html>
-  De Zucher, L. (1999). "Enfoque psicossomático del climaterio". Climaterio, 2 (11)

-  Escalante, M. (1993). "Aspectos sexuales y neuropsíquicos en el Climaterio". Tesis. Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Perinatología, México. 12-27
-  Escobar, F. y Alvarez, R. (2000). "Manejo integral del hombre y la mujer en el Climaterio". Revista Colombiana de Menopausia, 6, (1)
-  Estopier, M. (1989). Climaterio y Menopausia. Madrid, España. Mirpel
-  Figueroa (s/f) disponible en: <http://www.acog.org>
-  Fontana, D. (Ed.). (1989). Control de estrés. México: Manual Moderno.
-  González-Forteza, C. , Palos, P. y Jiménez, A. (1997). "Recursos Psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos". Salud Mental . (México) 20, (1) , 27-34.
-  González-Forteza C. , Villatoro, J. , Pick, S. y Collado, E. (1998). "El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolecentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental. (México) 21, (2), 37-45.
-  Haines, A. Y Hulbert, S. (1991). "Occupational Stress, social support, and the buffer...". Work and Occupational, 5, (18), 2, 212
-  Hunter, M.(1990). "Síntomas somáticos en la Menopausia". Psychosomatic Medical. 52 . 357-367.
-  Ivancevich J. (1985). Estrés y trabajo. México. Trillas.
-  Jiménez, J. y Pérez, G. (1999) "Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio". Ginecología y Obstetricia de México. 67 (7), 319-322.
-  Langer, M. (1990). Maternidad y Sexo. México. Piados.
-  Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. México. Martínez Roca S.A.

-  Lazarus, R. (2000). Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. . España. Desclée de Brouwer, S.A
-  Lindorff, M. (2000). "Is it Better to Perceive Than Receive? Social Support, Stress and Strain for Managers". Psychology, Health & Medicine, 5 (3), 271.
-  Luna y Luna (s/d) disponible en: <http://www.sge.com.mx/menopausia.htm>
-  Llor, B. Abad, A. Nieto, J. (1985). Estrés y Enfermedad. España..Interamericana Mc Graw Hill.
-  Mead, M. (1972). Sexo y Temperamento. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
-  Meichenbaum, D (1985). Manual de Inoculación de Estrés. México. Roca.
-  Mora, J. y Gómez, C. (1995). "Acercamiento a la representación semántica del concepto de "estrés" en adolescentes mexicanos". Salud Mental, 18. (1).
-  Noriega, F. (1998). "Problemas endocrinos del climaterio y la menopausia". Ginecología y Obstetricia México.51 (312)
-  Olardini, A. (1996). El estrés. Qué es y Cómo evitarlo. Argentina..Fondo de Cultura Económica.
-  PAC Climaterio Femenino Ginecología. Libro 1. 25-31 disponible en: <http://www.inper.edu.mx/gineco/pac/go111/bochor.htm>  
<http://www.inper.edu.mx/gineco/pac/go111/nutri.htm>
-  Payne, R. y Graham J. (1995). chapter 7. Measurement and methodological issues in social support.. p. 167-205. Willey John and Sons. ( 1995). "Research Methods in stress and heal psychology". Ed. Rasl and Cooper. Toronto Canadá.
-  Rodríguez, C. (1998). "Focalización y Confrontación en psicoterapia grupal de pacientes en etapa de Climaterio". Tesis de Especialización en Psicología Clínica y Psicoterapia de grupos e instituciones. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México. 11-41.

-  Rio de la Loza- Cava, F. , Mendoza, L. y Murrillo, A. (1997) "Atención a la mujer con menopausia". Perinatología, Reproducción Humana, 11 (1), 49-57.
-  Saiz Ibáñez, G. y O'Neill, A. (1998). Menopausia y salud mental. Madrid. Libro del año. SL En: www.psiquiatria.com
-  Salvatierra, V. (1997). "Alteraciones psicológicas y sexuales durante la Menopausia" Climaterio y Menopausia, del Instituto Palacios de Investigación Clínica en Ginecología y Metabolismo. Fascículo 2 Madrid. Mirpel
-  Sánchez, F. y Alvarez, R (2000). "Manejo integral de la mujer y el hombre en el Climaterio". Revista Colombiana de Menopausia, 6 (1), 1-2
-  Secaso, J. C. y Machin, V. (2000). "Los seis escalones del Climaterio". Climaterio, México 3 (14), 90-115.
-  Sempere, J. , Mourño, M. y González, J. (1998). "Menopausia y Depresión". Psiquiatría Pública, 10 (4).
-  Troch, A. (1979). El estrés y la personalidad. Barcelona. España. Herder.
-  Ussher, J. (1991). La psicología del cuerpo femenino. Madrid. España. Arias Montano.
-  Velasco, V. , Cardona, J. , Navarrete, E. y Madrazo, M. (1998) "Atención del climaterio y prevención de las complicaciones". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 36 (6), 463-476.
-  Vera, A. , Rentería, S. y Sánchez, F. (1996). "Conceptos y creencias sobre menopausia. Estudio en 240 mujeres distribuidas en dos grupos de edades". Revista Colombiana de Menopausia, 2 . 51-56.
-  Witing-Lanoil, G. (Ed.).(1984). El estrés de la mujer. Barcelona. España. Grijalbo.
-  Yebra, Y. (2001). "El bajo rendimiento escolar en adolescentes con discapacidad intelectual, su relación con la familia y el apoyo social que reciben". Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo Mex. México México. 63-67.

# SOXENZA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## Anexo I

### DATOS DEMOGRAFICOS

Los datos que a continuación se requieren son estrictamente confidenciales y serán usados para fines estadísticos, por lo que se le pide que sea lo más honesta posible al contestar.

#### INSTRUCCIONES

Marque con una X la opción que le corresponda y en su caso complete la información.  
Favor de contestar sin dejar información en blanco

Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Soltera \_\_\_ Viuda \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Casada \_\_\_

Primer matrimonio: \_\_\_\_\_ Segundo matrimonio: \_\_\_\_\_ Tercer matrimonio: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: Primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_\_ Bachillerato: \_\_\_\_\_ Carrera técnica: \_\_\_\_\_  
Profesional: \_\_\_\_\_ Posgrado: \_\_\_\_\_

Usted trabaja: Si \_\_\_ No \_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Intereses o pasatiempos: \_\_\_\_\_

Número de amigos: \_\_\_\_\_ Cada cuando los frecuenta: Diario \_\_\_ Semana \_\_\_  
Quincena \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_ Más tiempo \_\_\_

Pertenece a algún club o círculo social, político, cultural o académico: Si \_\_\_ No \_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edades de los hijos: \_\_\_\_\_

Estado civil de los hijos: \_\_\_\_\_

Le apoyan económicamente: Si \_\_\_ No \_\_\_  
Diario \_\_\_ Semanalmente \_\_\_ Quincenalmente \_\_\_ Mensualmente \_\_\_

Viven en la misma casa: Si \_\_\_ No \_\_\_ La visitan: Si \_\_\_ No \_\_\_  
Cada cuando: \_\_\_\_\_

Le apoya económicamente otro familiar: Si \_\_\_ No \_\_\_

Edad de su pareja: \_\_\_\_\_ Ocupación de su pareja: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad de su pareja: Primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_\_ Bachillerato: \_\_\_\_\_ Carrera  
técnica: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_ Posgrado: \_\_\_\_\_

Ingreso familiar mensual: \_\_\_\_\_  
Vive en casa: Propia \_\_\_ Rentada: \_\_\_ De familiares: \_\_\_ Hipotecada: \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Anexo 2

### ESCALA DE GREENE

La presente escala representa 21 padecimientos climatéricos que, valoran 4 esferas importantes a saber: psicológica, somática, vasomotora y sexual, cuyo valor se clasifica de: *ausente*, lo que significa que no los padece; *ligero*, lo que significa que los padece pero no le incomodan; *moderado*, lo que significa que le incomodan pero no llegan a interferir en su vida cotidiana; *severo*, lo que significa que le incomodan e interfieren en su vida diaria.

#### INSTRUCCIONES

Marque con un X el sintoma que padece, ubicándolo en un grado de severidad.

Ejemplo:

Si U d. Padece palpitaciones cardíacas rápidas o fuertes que interfieren en su vida y la incomodan, tachara en la casilla donde se ubica "Severo"

SINTOMAS	SEVERIDAD				Observaciones (en caso de que padezca alguna enfermedad relacionada con estos síntomas)
	Ausente (no se presenta)	Ligero (no incomodan)	Moderado (incomodan sin interferir la vida diaria)	Severo (incomodan e interfieren en la vida diaria)	
<b>PSICOLOGICOS</b>					
<b>Ansiedad</b>					
1. Palpitaciones cardíacas rápidas o fuertes. (latidos del corazón fuertes y rápidos)					
2. Sensación de tensión o nerviosismo					
3. Dificultad para dormir					
4. Excitable (sensibilidad extrema)					
5. Crisis de pánico (terror, temor)					
6. Dificultad para concentrarse					
<b>Depresión</b>					
7. Sensación de cansancio					

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

8. Pérdida de interés en la mayoría de las cosas					
9. Sensación de infelicidad o depresión					
10. Accesos de llanto					
11. Irritabilidad (facilidad para enojarse)					
<b>SOMÁTICOS</b>					
12. Sensación de vértigo o mareo					
13. Presión o tensión en la cabeza o el cuerpo					
14. Adormecimiento del cuerpo					
15. Dolores de cabeza					
16. Dolores de músculo o articulaciones (codos, rodillas, muñecas, etc)					
17. Pérdida de sensibilidad en manos y pies					
18. Dificultad para respirar					
<b>VASOMOTOR</b>					
19. Bochornos					
20. Sudoraciones nocturnas					
<b>SEXUAL</b>					
21. Pérdida de interés en el sexo (palabras, caricias, besos, etc)					

### Anexo 3

#### INDICE MENOPAUSICO

Esta escala representa 13 padecimientos físicos y emocionales comunes en cuanto a su severidad y relativa importancia

#### INSTRUCCIONES

Marque con una X el síntoma que padezca ubicándolo en un grado de severidad

Síntoma	SEVERIDAD			
	Ausente	Ligero	Moderado	Severo
Vértigo mareo				
Sudores				
Parestesias (adormecimiento, hormigueo en la piel, manos y/o pies)				
Insomnio (dificultad para dormir)				
Dolores osteoarticulares (huesos, muñecas, rodillas, codos, etc)				
Astenia (cansancio)				
Adinamia (debilidad muscular)				
Cefalea (dolor de cabeza)				
Irritabilidad (facilidad para enojarse)				
Depresión (tristeza, inteficidad)				
Palpitaciones (latidos del corazón fuertes y rápidos)				
Inestabilidad psíquica (ansiedad, angustia, terror, ira, etc)				
Dolor precordial (dolor en el pecho)				

## Anexo 4

### INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO

El presente inventario tiene como objetivo evaluar el estrés que producen situaciones comunes.

#### INSTRUCCIONES

Enseguida se enlistan una variedad de situaciones que pueden ser consideradas como estresantes.

Lea cada una cuidadosamente y decida si le ha ocurrido a usted dentro de las últimas 24 horas. Si le ha ocurrido, marque con una X que tanto le molesto, mediante un número que va del 1 al 7, (ver la clasificación más abajo). Para esto ud se preguntará: ¿Qué tanto me molestó X situación?

Si no le ha ocurrido, marque con una X el 0 (cero).

Por favor, conteste en la forma más sincera que le sea posible para poder obtener información precisa. (Por favor conteste todas las preguntas sin dejar ninguna en blanco).

Escala:

- 0: No ocurrió en las últimas 24 horas
- 1: Si ocurrió, pero no fue molesto
- 2: Causó muy poca molestia
- 3: Causó poca molestia
- 4: Causó cierta molestia
- 5: Causó mucha molestia
- 6: Causo una gran molestia
- 7: Me causo pánico

1. Desempeñe pobremente una tarea	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Me desempeñe pobremente	0	1	2	3	4	5	6	7
3. He pensado en un trabajo que no he terminado	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Me he apurado para cumplir con un cierto criterio de tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Se me ha interrumpido durante una tarea o actividad	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Alguien hecho a perder mi trabajo ya completado	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Hice algo en lo cual no soy muy habil	0	1	2	3	4	5	6	7
8. No fui capaz de terminar una tarea	0	1	2	3	4	5	6	7
9. He sido desorganizado	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Se me ha atacado o criticado verbalmente	0	1	2	3	4	5	6	7
11. He sido ignorado por otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7
12. He hablado o actuado en público	0	1	2	3	4	5	6	7
13. He tratado con un (mesero dependiente vendedor) rudo	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Se me ha interrumpido mientras hablaba	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Se me forzó a socializar	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Alguien rompió una promesa o una cita	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Competí con alguien	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Me han clavado la vista	0	1	2	3	4	5	6	7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

19. No he oído nada de alguien de quien esperaba oír algo	0	1	2	3	4	5	6	7
20. He experimentado contacto físico no deseado (tumbos, empujados)	0	1	2	3	4	5	6	7
21. He sido mal entendido	0	1	2	3	4	5	6	7
22. He estado en una situación embarazosa	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Me despertaron mientras dormía	0	1	2	3	4	5	6	7
24. He olvidado algo	0	1	2	3	4	5	6	7
25. He temido estar enfermo (embarazada)	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Me he sentido enfermo (con malestar físico)	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Alguien puseo algo mío sin mi permiso	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Algo de mi propiedad ha sido dañado	0	1	2	3	4	5	6	7
29. He tenido un accidente menor (he roto algo, rasgado la ropa)	0	1	2	3	4	5	6	7
30. He pensado en el futuro	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Se me acabo la comida (artículos personales)	0	1	2	3	4	5	6	7
32. He discutido con mi esposo (a) novio (a)	0	1	2	3	4	5	6	7
33. He discutido con otra persona	0	1	2	3	4	5	6	7
34. He esperado más de lo deseado	0	1	2	3	4	5	6	7
35. Me han interrumpido mientras pensaba (descansaba)	0	1	2	3	4	5	6	7
36. Alguien se metió en la cola de espera delante de mí	0	1	2	3	4	5	6	7
37. Me desempeñé mal en el deporte (juego)	0	1	2	3	4	5	6	7
38. Hee algo que no quería hacer	0	1	2	3	4	5	6	7
39. He sido incapaz de completar todos los planes del día	0	1	2	3	4	5	6	7
40. Tuve problemas con el auto	0	1	2	3	4	5	6	7
41. Tuve problemas con el tránsito	0	1	2	3	4	5	6	7
42. He tenido problemas de dinero	0	1	2	3	4	5	6	7
43. En la tienda no encontré algo que quería	0	1	2	3	4	5	6	7
44. Extravié algo	0	1	2	3	4	5	6	7
45. Ha habido mal tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7
46. He realizado gastos inesperados (multas, infracciones, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7
47. Me confronte con una autoridad	0	1	2	3	4	5	6	7
48. Recibí malas noticias	0	1	2	3	4	5	6	7
49. Me ha preocupado mi apariencia personal	0	1	2	3	4	5	6	7
50. He estado expuesto a una situación u objeto de miedo	0	1	2	3	4	5	6	7
51. Vi un programa de tv (espectáculo, libro, película) perturbador	0	1	2	3	4	5	6	7
52. Alguien violó mi privacidad (no tocó la puerta, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7
53. No he podido entender algo	0	1	2	3	4	5	6	7
54. Me he preocupado por los problemas de otros	0	1	2	3	4	5	6	7
55. He sentido pocas posibilidades de escapar de algún daño (peligro)	0	1	2	3	4	5	6	7
56. Contra mi voluntad he roto un hábito personal (comer mucho, fumar, comerme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7
57. He tenido problemas con mi (s) hijo (s)	0	1	2	3	4	5	6	7
58. Se me hizo tarde para llegar al trabajo (un compromiso)	0	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL.

Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo.

INSTRUCCIONES

Lee cuidadosamente: Cada pregunta de este cuestionario está dividida en dos partes.

En la primera parte, deberá enlistar por orden de importancia a las personas con las que ud. cuenta o confía para ayudarle o apoyarle en las situaciones que se le presentan en cada pregunta.

Deberá escribir el tipo de relación que cada persona tiene con ud. (por ejemplo: hijo, hermano, amigo, esposo, etc.). No enliste más de 9 personas por pregunta ni más de una persona junto a cada número. (Ver ejemplo)

En la segunda parte marque una X, el nivel de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada situación. Si no cuenta con apoyo para alguna pregunta marque "nadie", pero aún así evalúe su nivel de satisfacción.

Todas tus respuestas serán confidenciales. Favor de contestar todas las preguntas sin dejar ninguna en blanco.

Ejemplo:

¿En quién confía para contarle información que pudiera meterla a ud. en problemas?

Nadie	1) hermano	4) papá	7)
	2) amigo	5) empleado	8)
	3) amigo	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
<input checked="" type="checkbox"/> 0) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

1. ¿En quién puedes realmente confiar cuando necesita alguien que lo escuche?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

2. ¿Con quién podrías contar para ayudarte si te pelcaras con un muy buen amigo y él/ella te dijera que no te quería volver a ver?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

3. ¿En la vida de quienes crees tu que eres una parte importante o integral?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

4. ¿Quién crees que te ayudaría si te acabarás de separar de tu esposo (a) o novio(a)?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)



¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

5. ¿Quién crees que te ayudaría en una situación de crisis, aún cuando implicara un esfuerzo para ellos?

- |       |    |    |    |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
|       | 2) | 5) | 8) |
|       | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

6. ¿Con quién puede hablar francamente, sin necesidad de cuidarte de lo que dices?

- |       |    |    |    |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
|       | 2) | 5) | 8) |
|       | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

7. ¿Quién te ayuda a sentir que tú tienes algo positivo que aportar a los demás?

- |       |    |    |    |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
|       | 2) | 5) | 8) |
|       | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

8. ¿En quien puedes confiar para distraerte de tus preocupaciones cuando estás estresado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

9. ¿ Con quién puedes confiar realmente cuando necesitas ayuda?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

10. ¿ En quién podrías realmente confiar para ayudarte si te hubieran expulsado de la escuela o despedido de tu trabajo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

11. ¿ Con quién puede ser totalmente tu mismo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

12. ¿ Quién sientes que realmente te aprecia como persona?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

13. ¿ Con quién puedes realmente contar para darte consejos útiles que eviten que tu cometas errores?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

14. ¿ Con quién puedes realmente contar para escucharte abiertamente y sin críticas de tus sentimientos más íntimos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

15. ¿Quién te apoya cuando necesitas que te consuelen o te apapachen?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

16. ¿Quién te ayudaría si un buen amigo tuyo hubiera tenido un accidente y estuviera grave en el hospital?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

17. ¿Con quién puedes realmente contar para hacerte sentir más relajado cuando estás bajo presión o estás tenso?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

18. ¿Quién te ayudaría si un miembro cercano de tu familia muriera?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

19. ¿Quién te acepta totalmente, incluyendo tus mejores y tus peores aspectos?

- |       |    |    |    |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
|       | 2) | 5) | 8) |
|       | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

20. ¿Con quién puedes realmente contar para cuidarte o apoyarte, independientemente de lo que te esté sucediendo?

- |       |    |    |    |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
|       | 2) | 5) | 8) |
|       | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

21. ¿Con quién puedes realmente contar para escucharte cuando estás muy enojado con alguien más?

- |       |    |    |    |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
|       | 2) | 5) | 8) |
|       | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho       | 5) bastante satisfecho   | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho   |

22. ¿ Con quién puedes realmente contar para decirte, de forma amable y razonada, aquellos aspectos que necesitas mejorar?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

23. ¿ Con quién cuentas para ayudarte a sentirte mejor cuando te sientes muy deprimido?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

24. ¿ Quién sientes que en verdad te quiere profundamente?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

25. ¿ Con quién puedes contar para consolarte cuando te sientes muy alterado o preocupado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho  
3) un poco insatisfecho

5) bastante satisfecho  
2) bastante insatisfecho

4) un poco satisfecho  
1) muy insatisfecho

26. ¿En quién puedes realmente confiar para apoyarte cuando tienes que tomar decisiones importantes?

Nadie

1)  
2)  
3)

4)  
5)  
6)

7)  
8)  
9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho  
3) un poco insatisfecho

5) bastante satisfecho  
2) bastante insatisfecho

4) un poco satisfecho  
1) muy insatisfecho

27. ¿Con quién puedes contar para ayudarte a sentirte mejor cuando estás muy irritable?

Nadie

1)  
2)  
3)

4)  
5)  
6)

7)  
8)  
9)

¿Qué tan satisfecho estas con el apoyo?

6) muy satisfecho  
3) un poco insatisfecho

5) bastante satisfecho  
2) bastante insatisfecho

4) un poco satisfecho  
1) muy insatisfecho

## Anexo 6

### AFRONTAMIENTO

El presente instrumento enlista pensamientos, conductas y emociones que tenemos para enfrentar diferentes demandas de una determinada situación.

#### INSTRUCCIONES

Lea por favor cada uno de las oraciones que se indican a continuación.

Rodee con un círculo la categoría que indique en qué medida actuó. Tendrá 4 opciones para responder:

- 0= En absoluto
- 1= En alguna medida
- 2= Bastante
- 3= En gran medida

Favor de contestar todas las preguntas sin dejar ninguna en blanco

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación ( en el próximo paso)	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía pero al menos no me quede sin hacer nada	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	0	1	2	3
8. Hable con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
9. Me critique o me sermoneé a mí mismo	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que deje alguna responsabilidad abierta	0	1	2	3
11. Conté en que ocurriera un milagro	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si nada hubiera pasado	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
15. Busqué algún resqueño de esperanza, por	0	1	2	3



así decirlo; intente mirar las cosas por su lado bueno				
16. Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) responsable (s) del problema	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo	0	1	2	3
21. Intente olvidarme de todo	0	1	2	3
22. Búsqueda la ayuda de un profesional	0	1	2	3
23. Cambie, madure como persona	0	1	2	3
24. Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada	0	1	2	3
25. Me disculpe o hice algo para compensar	0	1	2	3
26. Desarrolle un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
30. Sañ de la experiencia mejor de lo que entre	0	1	2	3
31. Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3
32. Me aleje de problema por un tiempo; intente descansar o tomarme unas vacaciones	0	1	2	3
33. Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos etc.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado	0	1	2	3
35. Intente no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida	0	1	2	3
39. Cambie algo para que las cosas fueran bien	0	1	2	3
40. Evite estar con la gente en general	0	1	2	3
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	0	1	2	3
42. Pregunte a un paciente o amigo y respeté su consejo	0	1	2	3
43. Ocurrió a los demás lo mal que me iban las cosas	0	1	2	3

44.No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio	0	1	2	3
45.Le comente a alguien como me sentía	0	1	2	3
46.Me mantuve firme y peleé por lo que quería	0	1	2	3
47.Me desquité con los demás	0	1	2	3
48.Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes en una situación similar	0	1	2	3
49.Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
50.Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
51.Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	0	1	2	3
52.Propuse un par de soluciones distintas al problema	0	1	2	3
53.Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto	0	1	2	3
54.Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas	0	1	2	3
55.Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	0	1	2	3
56.Cambie algo de mí	0	1	2	3
57.Sone o me imagine otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
58.Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
59.Fantaseé e imagine el modo en que podrían terminar las cosas	0	1	2	3
60.Rece	0	1	2	3
61.Me preparé para lo peor	0	1	2	3
62.Repasé mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
63.Pense como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tome como modelo	0	1	2	3
64.Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	0	1	2	3
65.Me recuerde a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas	0	1	2	3
66.Hice jogging u otro ejercicio	0	1	2	3
67.Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor describalo)	0	1	2	3

OBSERVACIONES

GRACIAS POR SU COLABORACION

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN