

01966

3



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

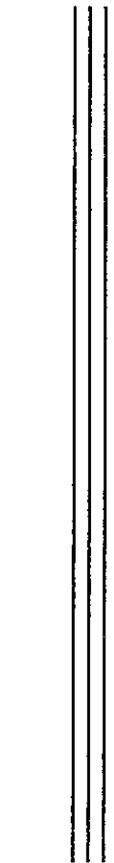
**CORRELATOS PSICOSOCIALES DEL  
CLIMATERIO**

**T E S I S :**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :  
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

**P R E S E N T A :**  
**RUBEN CHAVEZ AYALA**

**DIRECTORA DE TESIS :**  
**DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS**

**C O M I T É D E T E S I S :**  
**DRA. MATILDE VALENCIA**  
**DR. SAMUEL JURADO**  
**DRA. GRACIELA RODRIGUEZ**  
**DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE**



MÉXICO, D.F.

298509

2001.



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 está 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.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
1.El climaterio.....	9
1.1 Definición de climaterio.....	
1.2 Demografía del climaterio.....	11
1.3 Síntomas en el climaterio.....	"
1.4 El contexto del climaterio.....	13
1.5 Los modelos de investigación en el climaterio.....	14
1.5.1 La perspectiva de la deficiencia de estrógeno.....	15
1.5.2 La perspectiva epidemiológica.....	16
1.5.3 La perspectiva psicosomática.....	17
1.5.4 La perspectiva social psicológica.....	"
1.5.5 La perspectiva feminista radical.....	18
1.6 Variables psicológicas investigadas en los estudios sobre el climaterio.....	19
1.6.1 Depresión.....	"
1.6.1.1. Las explicaciones de la causa de la depresión.....	23
1.6.1.2. Antecedentes depresivos y climaterio.....	33
1.6.2. Autoestima.....	38
1.6.3. Eventos de vida estresantes.....	
1.6.3.1. Cómo afecta el estrés a la salud.....	41
1.6.3.2. Enfermedades debida al estrés.....	42
1.6.3.3. Antecedentes de investigación entre eventos estresantes y climaterio.....	48
1.6.4. Actitudes hacia el climaterio.....	53
1.6.5. Aportes a la investigación sobre climaterio de la teoría de campo de Kurt Lewin.....	57
1.6.6. Aportes de la teoría de las emociones de Schachter y Singer a los estudios sobre Climaterio.....	60
1.6.7. Enfoques conceptuales de las creencias.....	61
1.6.7.1. La clasificación de creencias según Pipetone.....	62
1.6.7.2. Las creencias según la Teoría de la Acción Razonada.....	64
1.6.7.3. Procesamiento cognoscitivo de las creencias falsas.....	65
2. MÉTODO.....	69
2.1 Problemas de investigación.....	"
2.2 Objetivo general.....	

2.3 Objetivo específico.....	"
2.4. Definición conceptual de variables .....	70
2.5 Definición operacional de variables .....	71
2.6 Tipo de estudio.....	72
2.7 Criterios de inclusión.....	"
2.8 Muestreo.....	"
2.9 Selección de la muestra.....	74
2.10 Procedimiento de aplicación.....	"
2.11 Descripción de los instrumentos.....	"
2.1.1.1 Instrumento de Nivel Socioeconómico.....	75
2.1.1.2 Instrumento de Nivel Socioeconómico.....	
2.1.1.3 Cuestionario de Creencias acerca del Climaterio.....	76
2.1.1.4 Escala de Actitud hacia el Climaterio.....	"
2.1.1.5 Cuestionario sobre Nivel de Eventos Estresantes.....	"
2.1.1.6 Escala de Síndrome Climatérico.....	77
2.1.1.7 Inventario de Depresión de Beck.....	78

### III. RESULTADOS

3.1 Resultados generales de los instrumentos aplicados.....	79
3.1.1 Índice de Nivel Socioeconómico.....	"
3.1.2. Antecedentes Ginecológicos y Climatéricos.....	81
3.1.3. Creencias.....	82
3.1.4. Actitud hacia el Climaterio.....	"
3.1.5. Nivel de Eventos Estresantes.....	84
3.1.6. Síndrome Climatérico.....	"
3.1.7. Depresión.....	88
3.2 Resultados generales de los instrumentos aplicados.....	89
3.2.1 Construir una escala para medir creencias hacia el climaterio.....	"
3.2.2 Analizar las características psicométricas del cuestionario de Síntomas Climatéricos de Greene (1998).....	92
3.2.3 Analizar las diferencias entre los datos generados entre las escalas epidemiológicas y las psicológicas, en cuanto a la medición de la depresión.....	93
3.2.4. Analizar la asociación entre los síntomas vasomotores, y los somáticos, con los sín- tomas psicológicos medidos por escalas epi- demiológicas y psicológicas.....	95
3.2.5. Analizar de las variables socioeconómicas antecedentes ginecológicos y climatéricos, creencias, actitudes, etc. si son variables predictoras del síndrome climatérico.....	96

IV CONCLUSIONES.....	101
V DISCUSION.....	103
5.1.Discusión por objetivos específicos.....	106
5.1.1. Construir una escala para medir creencias hacia el climaterio.....	"
5.1.2. Analizar características psicométricas del cuestionario de Síntomas Climatéricos de Greene (1998).....	107
5.1.3. Analizar las diferencias entre los datos generados entre las escalas epidemiológicas y las psicológicas, en cuanto a la medición de la depresión.....	108
5.1.4. Analizar la asociación entre los síntomas vasomotores, y los somáticos, con los sín- tomas psicológicos medidos por escalas epi- demiológicos y psicológicas.....	"
5.1.5. Analizar de las variables socioeconómicas antecedentes ginecológicos y climatéricos, creencias, actitudes, etc. si son variables predictoras del síndrome climatérico.....	"
VI RECOMENDACIONES FINALES.....	117
VII BIBLIOGRAFIA.....	118
ANEXO 1.....	128
ANEXO 2.....	134
ANEXO 3.....	137
ANEXO 4.....	142

## RESUMEN

**1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:** 1) Construir una escala de creencias hacia el climaterio. 2) Analizar psicometría del cuestionario del síndrome climatérico de Greene (1998) 3) Analizar las diferencias entre las escalas epidemiológicas y las psicológicas, en la medición de la depresión. 4) Analizar la asociación entre síntomas vasomotores y somáticos, con síntomas psicológicos medidos por escalas epidemiológicas y psicológicas. 5) Analizar las variables que predicen el síndrome climatérico y la depresión.

### 2. MÉTODO

**2.1 Sujetos:** Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional de mujeres de estrato medio y bajo ( $n=350$ ), en un rango de edad entre 40 y 60 años ( $X= 49.4$  años para el total de mujeres; 43.32, para las premenopáusicas, y 54.90, para las postmenopáusicas. ( $p < 0.01$ ).

**2.2. Escenario:** Se hizo el levantamiento de encuestas en una clínica familiar del ISSSTE en la ciudad de Cuernavaca.

**2.3. Tests:** Se aplicó el instrumento de depresión de Beck (Jurado, et al. 1998), la escala de síntomas climatéricos de Greene (1998), una escala de creencias hacia el climaterio, el índice socioeconómico de Brofman y cols. (1988).

**3. RESULTADOS:** Se encontraron 3 factores en la escala de creencias: desventaja social, aspectos emocionales y aspectos físicos.

La escala de síntomas climatéricos de Greene (1998) arrojó 3 factores: psicológico, somático y vasomotor. En cuanto al factor psicológico no hay diferencia entre los grupos pre y post, y se encontraron diferencias significativas en lo somático ( $p < 0.05$ ) y vasomotor, siendo en ambos mayor la sintomatología en las mujeres postmenopáusicas ( $p < 0.01$ ).

Las correlaciones son bajas entre el instrumento de Greene (1998) y el de Beck (Jurado, et al. 1998). Las postmenopáusicas padecen mayor depresión según el inventario de Beck ( $p < 0.05$ ).

En las premenopáusicas, para el factor psicológico, la variable predictora fue: seguir menstruando ( $p < 0.01$ ). Para el factor vasomotor, lo fue la edad ( $p < 0.01$ ). Para la depresión, el número de embarazos ( $p < 0.001$ ), la edad de la menarca ( $p < 0.01$ ), y contar con ocupación laboral ( $p < 0.05$ ).

En las mujeres postmenopáusicas, para el factor psicológico las variables predictoras fueron: nivel de estrés ( $p < 0.05$ ); haber tenido molestias con sus períodos menstruales ( $p < 0.01$ ); uso de hormonales ( $p < 0.017$ ); creencias de problemas psicológicos ( $p < 0.05$ ). Para el factor somático: haber tenido molestias con sus períodos menstruales ( $p < 0.01$ ); uso de tratamientos hormonales ( $p < 0.05$ ). Para el vasomotor, la fecha de la última menstruación ( $p < 0.05$ ); y para la depresión, el estrés ( $p < 0.01$ ).

**4. CONCLUSIONES:** Se concluye que el climaterio no es solamente una etapa del envejecimiento de la mujer, en la que se manifiestan síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) que están determinados exclusivamente por cambios hormonales, sino que en sus manifestaciones sintomatológicas contribuyen factores cognoscitivos como son las creencias, y también la presencia del estrés debido a la dinámica familiar y la multiparidad.

## ABSTRACT

**OBJETIVES** 1) To construct a scale of beliefs towards the climacteric. 2) To analyze the psicometrics characteristics of the questionnaire of the climacterical syndrome of Greene (1998) 3) To analyze the differences between the scales epidemiologists with the psychological ones, as far as the measurement of the depression. 4) To analyze the association between the vasomotor symptoms and the somatic ones, with the psychological symptoms measured by scales psychological and epidemiologic 5) To analyze if the variables of socioeconomic level, gynecological and climacterical antecedents, beliefs, attitudes, level of estresantes events are variable predicting of the climacterical syndrome and the depression.

### 2. METHOD

**2.1 Subjects:** One worked with a nonprobabilistic sample of intentional type of women of average and low layer ( $n=350$ ), in a rank of age between 40 and 60 years. The average of age was of 49,4 years for the total of women; 43,32, for the premenopáusicas, and 54,90, for the postmenopáusicas. ( $p < 0.01$ ). Were 3 factors in the scale of beliefs: social disadvantage, emotional aspects and physical aspects.

**2.2. Scene:** The rise became of surveys in a familiar clinic of the ISSSTE in the city of Cuernavaca.

**2.3. Tests:** The scale of climacterical symptoms of Greene (1998) threw 3 factors: psychological, somatic and vasomotor. There was a significant correlation between these three factors. It is observed that as far as the psychological factor there is no difference between the groups pre and post, and however if were significant differences in somatic ( $p < 0.05$ ) and the vasomotor, being in the both greater sintomatology in the postmenopausics women ( $p < 0.01$ ).

**3. RESULTS:** The postmenopausics women suffer of a greater depression according to the inventory of Beck ( $p < 0.05$ ). The correlations between the instrument of Beck and the one of Greene are low. In the premenopáusicas, for the psychological factor the predicting variables were: to continue menstruating ( $p < 0.01$ ); for the vasomotor factor, the age is predicting ( $p < 0.01$ ); for the depression, the number of pregnancies ( $p < 0.001$ ), the age of menarca ( $p < 0.01$ ), and to count on labor occupation ( $p < 0.05$ ).

In the postmenopáusicas women, for the psychological factor the predicting variables were: stress level ( $p < 0.05$ ); to have had annoyances with its menstrual periods ( $p < 0.01$ ); use of hormonal processings ( $p < 0.017$ ); beliefs on the occurrence of psychological problems in the climacteric ( $p < 0.05$ ). For the somatic factor: to have had annoyances with its menstrual periods ( $p < 0.01$ ); use of hormonal processings ( $p < 0.05$ ). For the vasomotor, the date of the last menstruation ( $p < 0.05$ ); and for the depression, stress ( $p < 0.01$ ).

**4. CONCLUSION:** It concludes that climacteric is not only one stage of aging of woman, in that symptoms declare psychological (anxiety and depression) that is in favor certain exclusively of changes hormonal, but that in their sintomatológicas manifestations also contributes cognoscitivos factors as they are the beliefs, and the presence of stress due to familiar dynamics and the multiparity.

## INTRODUCCION

El climaterio es un período en la vida de la mujer en el cuál comienzan a manifestarse cambios en los niveles hormonales que señalan que su etapa sexual reproductiva va a terminar. Los ovarios disminuyen su funcionamiento y su producción de esteroides decae. Distintos cambios ocurren en el cuerpo de la mujer en esta etapa, algunos ligados a los cambios hormonales y otros a eventos normales del envejecimiento. Socialmente, el climaterio ocurre en un periodo en el ocurren diversos eventos como la pérdida de los padres, los hijos se casan y se van del hogar, nacen los primeros nietos, mueren amistades cercanas, ocurren rupturas con la pareja o situaciones de viudez, etc. Es una etapa que indica desde varias vertientes que la tercera edad de la mujer está comenzando y que la juventud, definitivamente ha quedado atrás. En el actual avance de la ciencia médica, este período de la llamada tercera edad, se ha incrementado en alrededor de treinta años.

En los últimos años en el ámbito mundial, se han generado diversas líneas de investigación en relación con el climaterio, algunas de ellas han centrado su atención en los cambios orgánicos derivados del cese del funcionamiento ovárico, como los efectos en el sistema cardiovascular y óseo (Lobo, 1994); otras en las consecuencias de los tratamientos de sustitución hormonal en relación con el incremento del riesgo de cáncer de endometrio y posiblemente de mama entre las mujeres usuarias (Grady y Ernester, 1991); el efecto de los tratamientos hormonales sobre los estados emocionales (Sherwin, 1998); la identidad de género en el climaterio, (Carolan, 1994); las actitudes hacia el uso de tratamientos hormonales (Hunter y Liao, 1994), entre otros. No obstante, la investigación sobre las determinantes psicosociales de los síntomas durante el climaterio es escasa, y en los estudios realizados, existen errores de validez en la medición de variables como la depresión, la ansiedad y el insomnio.

En este contexto, el estudio sobre las relaciones entre las creencias, asociadas a la presencia de otras variables como los eventos estresantes, puede contribuir a la construcción de modelos que expliquen al climaterio desde una perspectiva psicosocial, ya que hasta ahora, las explicaciones de la sintomatología en esta etapa, propuestas desde la psicología clínica y la psiquiatría, han ocupado una posición hegemónica. Esto ha significado la presencia de errores metodológicos importantes en los estudios realizados, como los sesgos de selección (Sherwin, 1988); la ausencia de investigación de otras variables que pudieran explicar el origen de los síntomas en el climaterio; la baja confiabilidad de los instrumentos utilizados, (Holte, 1991); y la mala definición conceptual de ciertas variables (actitudes, normas, creencias, etc.).

Por otra parte, el desarrollo de una línea de investigación psicosocial en el área de climaterio puede contribuir a predecir el comportamiento en salud de la mujer durante esta etapa, lo cuál tiene la importancia de controlar a tiempo el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. Esto debido a que los avances médicos en este siglo, han incrementado el período de vida en la tercera edad, lo cual está acompañado por el desarrollo de enfermedades crónicas, algunas de las cuáles, como la descalcificación, se encuentran estrechamente asociadas a los cambios hormonales y la menopausia.

Las creencias populares acerca de los síntomas emocionales que ocurren en la etapa del climaterio, no dan importancia al debilitamiento óseo, y pueden estar desviando la atención de las mujeres hacia la ocurrencia de verdaderos síntomas, que requieren atención médica, y que no son percibidos como consecuencias de la disminución de la actividad hormonal en el climaterio, por lo que es importante analizar las creencias que las mujeres tienen acerca de los efectos del climaterio para su salud, puesto que de la percepción que tengan de su propio cuerpo y su salud, surgirá una orientación por desarrollar uno u otro estilo de vida, que incluyen la alimentación, el sedentarismo, la exposición o no a riesgos a su salud y la búsqueda o no, de atención médica.

# 1. EL CLIMATERIO

## 1.1. DEFINICION DE CLIMATERIO

Es el periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

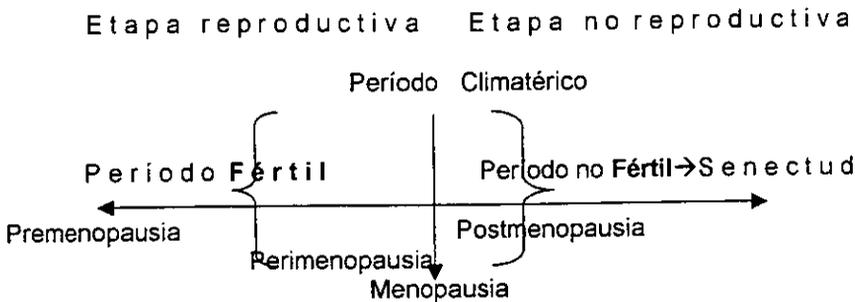
## DEFINICION DEL SINDROME CLIMATERICO

Es el conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y postmenopausia, como consecuencia de la declinación y/o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo. (SSA, 1999).

El climaterio entendido como un periodo en el que comienza a declinar la función reproductiva, contiene 3 fases denominadas: perimenopausia, menopausia y postmenopausia.

Como se muestra en la figura 1, existe un periodo fértil y uno no fértil. Entre ambos se encuentra la etapa de climaterio, entendida como un periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

Figura 1



La etapa perimenopáusica es parte de la etapa premenopáusica, pero en ella se manifiesta una menstruación irregular que señala el final del período de fertilidad, y la cercanía de la menopausia.

## FASE PREMENOPAUSICA

Es la totalidad del período reproductivo, hasta la última menstruación (SSA, 1999).

## FASE PERIMENOPAUSICA

Esta fase es parte de la premenopausia (período reproductivo de la mujer que comienza con la menarca y termina con la menopausia), y se caracteriza por ser el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que marcan el fin de la etapa reproductiva. En este período ocurren ciertos

fenómenos involutivos, todavía inaparentes; aunque en esta fase la mujer todavía menstrúa, la capacidad de fecundación es poco frecuente y el índice de fertilidad que disminuye, se debe a la desaparición progresiva de la ovulación, hay ciclos anovulatorios fisiológicos con folículos que maduran, que llegan al punto próximo a la ruptura, pero que no se rompen y no ovulan (SSA, 1999). Algunos investigadores señalan que una mujer es perimenopáusica si su periodo menstrual falla al menos una vez durante un período de seis meses en el cuál se ha presentado al menos un período menstrual (Collins y Landgren, 1994; Dennerstein, Smith y Morse, 1994; Holte, 1991; Holte y Mikkelsen, 1991; Hunter, 1992)

## **FASE MENOPAUSICA**

Corresponde al último período menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica (SSA, 1999).

## **FASE POSTMENOPAUSICA**

Es la etapa iniciada a partir del último período menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.

En cuanto al síndrome psicológico del climaterio, se han señalado principalmente a la depresión y la ansiedad como variables asociadas a los cambios hormonales (Greene, 1998); aunque como se revisará más adelante, existe una discusión muy fuerte sobre la relación entre cambios hormonales y síntomas psicológicos, por lo que especificar en este momento los síntomas que corresponden a cada etapa del climaterio, sería comprometedor.

Otros conceptos importantes relacionados a las fases del climaterio o su tratamiento son los siguientes:

**Amenorrea:** Ausencia de la menstruación por 90 días o más (SSA, 1999).

**Menopausia Inducida:** Cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía) ó daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación (SSA, 1999).

**Menopausia Prematura:** Situación en el que la menopausia ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad menor de 40 años como criterio práctico (SSA, 1999).

**Terapia de reemplazo estrogénica:** Es el tratamiento hormonal que incluye sólo estrógenos, encaminado a restablecer que ha disminuido o se ha perdido durante la peri o postmenopausia.

**Terapia de reemplazo hormonal:** Es el tratamiento que incluye estrógenos más alguna progestina, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido en la peri o en la postmenopausia.

A continuación se mostrará un panorama demográfico breve de la relación entre envejecimiento, climaterio, y desarrollo de enfermedades crónicas.

## 1.2. DEMOGRAFIA DEL CLIMATERIO

La edad del climaterio ocurre entre los 45 y los 55 años. Las mujeres pasan una parte importante de su vida en el estado de postmenopausia. En 1990 se estimaba que había 467 millones de mujeres que tenían más de los 50 años de edad en el ámbito mundial (Hill, 1996). Para el año 2030 se espera que este número se incremente a 1200 millones, lo cual significa no sólo más años de vida, sino también más años de vida postmenopáusica en la mujer adulta.

La reducción de la producción de hormonas después del climaterio, es un factor que está asociado con el desarrollo de enfermedades. Las enfermedades más asociadas son las cardiovasculares y los tumores malignos. En los países industrializados, las mujeres de todas las edades tienen en la mayoría de los grupos de edad, menores porcentajes de mortalidad por causa de enfermedades cardiovasculares, que los hombres; sin embargo, después de los 75 años de edad, los porcentajes de mortalidad por esta causa en las mujeres, son casi tan altos como en los hombres. Se considera, de acuerdo a las investigaciones, que se incrementan a partir de la menopausia (WHO, 1995).

En la edad temprana y en los años reproductivos, el porcentaje de muertes cardiovasculares en las mujeres comparadas con los hombres, decrece. Y los mayores porcentajes de cáncer en la mujer que en los hombres durante la edad reproductiva se deben a que se trata de cáncer de mama y cervicouterino, que no tienen equivalencia en los hombres. Posteriormente, en los treinta años de edad, la mortalidad decrece en la mujer y tiende a incrementarse después de la menopausia, asociada con los problemas cardiovasculares, por lo que se considera que existe una relación entre la menopausia y las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, el uso de tratamientos de sustitución hormonal, puede revertir muchos de estos efectos, mediante una pronta y controlada aplicación.

A continuación se presenta algunos de los índices de síntomas que son señalados en relación al climaterio en diversos estudios, y se hace una exposición de la problemática que ha representado su clasificación. Así como la postura de la Organización Mundial de la Salud sobre los síntomas auténticamente climatéricos.

## 1.3. SINTOMAS EN EL CLIMATERIO

Aunque se considera en el ámbito mundial que el climaterio es el período en el que decrece la función ovárica, resulta más difícil definir cuáles son sus síntomas, en parte porque sólo pocos de éstos son medibles objetivamente; la mayoría son subjetivos. Y además, porque la incidencia y el grado de cada síntoma varía no sólo entre mujeres de una misma sociedad, sino entre mujeres de culturas distintas.

La influencia de variables sociales, culturales y psicológicas han influido la investigación sobre síntomas climatéricos creando algunos dilemas para la metodología de investigación:

- La selección de una lista de síntomas climatéricos
- La medida de la morbilidad psicológica
- Limitaciones del impacto cultural de las creencias en los síntomas reportados (Kaufert y Syrotuik, 1981).

Se han elaborado varias listas de síntomas climatéricos. En el estudio de Blatt (1953) (cit. en Kaufert y Syrotuik, 1981) son agrupados dentro de subcategorías etiquetadas como "psicológicas", "psicosomáticas", "vasomotoras" y/o "somáticas". La clasificación de síntomas no siempre ha sido consistente entre estas distintas listas, ya que algunos ubican un síntoma, como por ejemplo, las "palpitaciones cardiacas" como un síntoma *psicológico* (Greene, 1976), otros lo señalan como *psicosomático* (Neugarten y Kraines, 1965 cit en McKinlay, Mackinlay y Brambilla, (1987)), y otros lo consideran como un síntoma *vasomotor* (Índice Internacional de la Fundación de la Salud (1977), cit. en Kaufert y Syrotuik, 1981).

A continuación se exponen en un cuadro (tomado de Kaufert y Syrotuik, (1981) una comparación de 9 índices generados en las primeras investigaciones sobre Climaterio. Las cruces indican en que índice es incluido cada síntoma. Los índices nombrados en la parte superior contienen los años en que sé reportó cada investigación.

### INDICES SINTOMATOLOGICOS REPORTADOS EN NUEVE ESTUDIOS

	Blatt (1953)	Jaszmann (1969)	Kraines (1965)	Jefferys Thompson (1974)	Thompson (1972)	Neugarten McKinlay Greene			
						F.I.S. (1977)	Maoz (1978)	Kaufert (1981)	Greene (1998)
Vasomotor (Bochomos/ Sudoraciones)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Parestesia	X	X				X		X	X
Insomnio	X	X	X	X	X	X		X	X
Nerviosismo/ Irritabilidad	X	X	X			X	X	X	X
Melancolía	X	X	X	X	X	X		X	X
Vértigo	X	X	X	X	X	X	X	X	
Fatiga	X	X	X		X			X	X
Dolores reumáticos	X	X	X		X			X	
Dolor de cabeza	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Palpitaciones	X	X	X	X	X	X			X
Resequedad de la piel	X	X	X					X	

\* (FIS= Fundación Internacional de la Salud)

Según Kaufert y Syrotuik, (1981) las amplias listas elaboradas sobre los síntomas climatéricos, reflejan las limitaciones del enfoque clínico sobre el climaterio y la falta de investigaciones poblacionales en este modelo, por lo que existe una confusión en dichos listados, entre los síntomas típicos del climaterio y

los síntomas que reflejan situaciones estresantes del envejecimiento, o que simplemente se manifiestan en cualquier otra etapa de la vida (Ballinger, 1985).

En contraparte, los estudios poblacionales, a través de algunas investigaciones (Dennerstein, Smith, Morse, Burger, Green, Hopper, y Ryan, 1993; Holte y Mikkelsen, 1991; Greene, 1976), han logrado demostrar que el cuadro neurótico y somático con el que William Conklin en 1889 describió al climaterio y que incluían un conjunto de síntomas como la depresión, trastornos digestivos y neurosis (Richardson, 1995), en realidad es una generalización de casos clínicos de mujeres demandantes de atención médico-psiquiátrica (teniendo como supuesta causa el climaterio), a la totalidad de la población femenina, sin la realización de investigaciones comparativas con otras poblaciones (Ballinger, 1985; Matthews, Wing, Kuller, Meilahn, Kelsey, Costello, y Caggiula 1990; Holte y Mikkelsen, 1991; Stewart, Bodydell, Derzko, y Marshall, 1992).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud define que la mayoría de los síntomas tienen un origen psicósomático, son producidos por eventos tensionantes del envejecimiento, y reconoce solamente a los síntomas vasomotores (bochornos y sudoraciones nocturnas); la atrofia vaginal, la incontinencia urinaria y menstruación irregular, como los únicos síntomas asociados a la disminución de la función ovárica; por lo que los síntomas restantes (insomnio, depresión, ansiedad, etc.) han sido atribuidos a un proceso cultural de condicionamiento emocional del cuerpo femenino (WHO, 1995), que según algunos autores, se inicia con el aprendizaje de la experiencia menstrual (Richardson, 1995; Rodin, 1992; Nicolson, 1995).

Kaufert y Syrotuik, (1981) realizaron un estudio sobre síntomas en el climaterio y autoestima en el que se utilizó el análisis factorial para explorar la formación de factores entre los síntomas y observó que los síntomas psicológicos y los vasomotores integran dos factores independientes. Esto confirma el supuesto de la OMS, donde los síntomas vasomotores son considerados como disturbios típicos del climaterio.

Greene (1998) ha propuesto un nuevo instrumento para medir 21 síntomas, a partir de una revisión de investigaciones anteriores. Los factores encontrados factorialmente por este autor fueron vasomotor, somático y psicológico (Greene, 1976).

A continuación se señala brevemente el impacto que pueden tener el escenario cultural en la salud de las mujeres y su experiencia en el climaterio.

#### 1.4. EL CONTEXTO CULTURAL DEL CLIMATERIO

Los eventos físicos asociados al climaterio ocurren en un contexto cultural que le da características particulares, por lo que la identificación de sus síntomas es relativo a la cultura misma.

Existen además diferencias biológicas derivadas de la raza y la alimentación, que se relacionan con diferencias en los síntomas durante el climaterio y en sus consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, se ha observado que entre las mujeres de origen mexicano residentes en los Estados Unidos, el riesgo de fracturas por osteoporosis es de sólo el 35% del riesgo de las mujeres caucásicas (Bauer, 1986, cit. en WHO, 1995), esto es atribuido no sólo a

cuestiones raciales, sino sobretodo alimenticias, ya que el consumo de maíz y frijol en población mexicana, ha sido reportado en otros estudios como un mecanismo protector de la salud, en la medida en que permite la ingestión de calcio (Fariás, 1995); sin embargo, en los países en desarrollo, la presencia de la nutrición tiene también un fuerte impacto en la salud de la mujer, ya que interactúa con otros factores culturales como el número de hijos que ha tenido, el número de embarazos, el espaciamiento entre uno y otro, el número de abortos, y el uso de anticonceptivos. Se estima que en América Latina la sexta parte de las mujeres sufren una desnutrición extrema (Rutter, 1988 cit. en WHO, 1995), lo que reduce la resistencia de su organismo durante el climaterio.

Por otra parte, en países como México existen diferencias de accesibilidad al servicio de salud que impiden que todas las mujeres puedan asistir a centros especializados (como es el caso de la mujer rural), a practicarse análisis de descalcificación, para prevenir la osteoporosis, así como comprar medicamentos, como los tratamientos hormonales, lo cual crea impactos diferenciados en la salud en distintos niveles socioeconómicos durante el climaterio y la tercera edad.

Existen otras diferencias de ambiente social que juegan un papel importante en la salud de la mujer climatérica y en sus comportamientos durante el climaterio, como es el caso de las creencias que imperan en una determinada cultura y que se relacionan con el envejecimiento y el climaterio. En algunas culturas, por ejemplo, el matrimonio del primer hijo marca el final de la célula familiar y representa un indicador del envejecimiento de la persona, este último hecho está asociado con mayores trastornos psicológicos durante el climaterio (Crawford, 1973). También se ha encontrado que aquéllas mujeres que son más femeninas en su rol familiar presentan más ansiedad durante el climaterio, y reportan una tendencia hacia la manifestación de más síntomas psicológicos que fisiológicos. Casamadrid (1986), realizó una investigación para buscar asociación entre las actitudes negativas hacia el climaterio y el grado de sus síntomas, encontrando que existe una correlación negativa entre ambas variables.

Las investigaciones sobre Climaterio y sus síntomas han sido desarrolladas desde dos corrientes metodológicas que se analizarán brevemente en el siguiente apartado y que son el modelo clínico y el poblacional o epidemiológico.

## 1.5. LOS MODELOS DE INVESTIGACION DEL CLIMATERIO

Al igual que en la Psicología General y Social, dentro de la Ciencia Médica, un primer método hegemónico para la investigación de la salud y la enfermedad ha sido el método clínico, el cuál ha sido básico para explicar los procesos biológicos que subyacen en general a las distintas funciones del organismo y al desarrollo de las distintas enfermedades.

Posteriormente, con el desarrollo de la estadística y los métodos del muestreo aleatorio, la comparación de procesos biológicos en poblaciones distintas, permitió establecer la presencia de otros factores de exposición que se relacionan con el desarrollo de las enfermedades, y en los cuáles se incluyen una amplia gama de variables que en conjunto integrarían el estilo de vida de la persona construidos a partir de un ambiente ecológico, físico y socioeconómico, que interactúa con características demográficas, fisiológicas del individuo, y con

sus consecuentes comportamientos; estilos de afrontamiento, creencias y actitudes.

Estos dos enfoques de investigación poseen aproximaciones explicativas sobre las manifestaciones del Climaterio, que no siempre coinciden. Estas dos visiones se describen a continuación:

### 1.5.1 LA PERSPECTIVA DE LA DEFICIENCIA DE ESTROGENO

Este modelo ha sido postulado desde la perspectiva de la práctica clínica (Del Campo y Herrera, 1996). De acuerdo con este modelo la reducción hormonal derivada del cese de la función ovárica durante el climaterio, es la causa de una gran cantidad de trastornos que incluyen a la depresión. Los principales síntomas físicos que señala esta perspectiva son los vasomotores, diaforénesis, secreción hemática vulvo-vaginal, prurito vulvar, frecuencia y urgencia urinaria, prolapso uterovaginal, cabello seco, hirsutismo menor de la cara, boca seca, cambio de voz, osteoporosis, reducción del tamaño y consistencia de las mamas.

Los principales síntomas psicológicos que señala este modelo son: depresión, falta de entusiasmo o de interés, irritabilidad, aprensión, insomnio, alteraciones de la libido, sentimiento de insuficiencia o falta de realización, pérdida de la capacidad de concentración, apatía, tensión, ansiedad y fluctuaciones en el estado de ánimo. Las alteraciones de este período se han clasificado como patologías psiquiátricas relacionadas con trastornos afectivos, como síndrome orgánico afectivo, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo, trastorno bipolar, ciclotimia, trastorno depresivo, depresión mayor, distimia, depresión atípica, depresión bipolar cíclica, trastorno afectivo estacional, de ajuste y de personalidad.

La estrategia metodológica de esta perspectiva comenzó con los estudios de caso, producidos empíricamente por los médicos ginecólogos, que atienden a mujeres climatéricas, y ha ido evolucionado hasta la investigación clínica de tipo experimental (Sherwin, 1998). Para ésta última se procede a seleccionar pacientes que presentan síntomas específicos o padecimientos, o fases de maduración, como por ejemplo, el climaterio, y son asignados aleatoriamente a un tratamiento experimental, o una variedad de tratamientos, como puede ser la ingestión de un medicamento o un placebo, para ver los efectos en la sintomatología presentada. El objetivo final de esta estrategia, en el terreno del climaterio, ha sido la cura de los síntomas experimentados o su reducción. La investigación sobre el efecto de diversos tratamientos en los síntomas climatéricos es muy amplio, principalmente sobre los vasomotores y la depresión (Carranza y Valentino, 1999; Van der Pompe, Bernards, Meijman, y Heijnen, 1999; Cagnacci, Neri, Tarusi, Volpe, y Facchinetti, 1999).

La limitación de esta perspectiva es que la población estudiada presenta un sesgo de selección, ya que se parte de mujeres climatéricas que tienen molestias vasomotoras y que demandan atención médica; que son captadas en los hospitales y clínicas al demandar atención por climaterio, y los resultados de dichos estudios se han generalizado hacia toda la población de mujeres que se encuentran en el climaterio.

## 1.5.2 LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLOGICA

A diferencia de la práctica clínica, la epidemiología no se ha enfocado exclusivamente a analizar la población de mujeres demandantes de atención médica en el climaterio, ni tampoco exclusivamente a las mujeres histerectomizadas, sino que ha comparado distintos tipos de poblaciones: distintos grupos étnicos o razas, distintas condiciones socioeconómicas, mujeres demandantes de atención médica y no demandantes, usuarias y no usuarias de tratamientos hormonales, etc. para establecer diferencias en las relaciones entre sintomatología y otros factores sociodemográficos y psicológicos. Además, gracias al uso de diversas técnicas de muestreo, ha reconocido la existencia de "dimensiones" en la sintomatología climaterica: disforia psicológica, vasomotores, somáticos, neuromusculares, e insomnio, (Mitchell y Woods, 1996); sin embargo, otros autores han encontrado algunos factores distintos: Factor "Psicológico", "vasomotor", de "sentimientos positivos", de "auto-imagen negativa" (Goldani, Kritz y Barrett, 1995); "estados de ánimo negativos", "síntomas vasomotores", "reducción del deseo sexual", "ánimo positivo" (Collins y Landgren, 1995); "somático", "nervioso", "humores cambiantes", "vasomotor" y "urogenital", (Holte y Mikkelsen, 1991); "urogenitales", "de apariencia física", "psicológicos", "cardiovasculares", no relacionados (Connor, Del Mar, Sheehan, Siskind, Fox y Cragg, 1995).

Por otra parte, a partir del análisis factorial se ha demostrado primeramente que el factor "Vasomotor" (bochornos, sudoraciones nocturnas, atrofia vaginal, incontinencia urinaria y menstruación irregular), es independiente del factor "psicológico" (ansiedad, nerviosismo, miedo, depresión, etc.) (Mitchell y Woods, 1996) que en realidad puede presentarse en cualquier edad y no solamente durante el climaterio (Hagnell, 1966 cit. en McKinlay, MacKinlay, y Brambilla, (1987); Myers, Lindenthal, y Pepper (1975, cit. en idem.); Weissman (1975, cit. en idem). Estas investigaciones observan que no existen diferencias significativas en depresión en distintas fases del climaterio (Neugarten y Kraines, 1965 cit. Idem.). Algunos estudios también señalan la importancia de las circunstancias sociales en elevar los síntomas psicológicos durante el climaterio (Greene y Cooke, 1980).

A pesar de lo anterior, los estudios epidemiológicos revisados carecen de un manejo conceptual claro de diversas variables sociales y psicológicas, cómo es el caso de la depresión, ya que hasta la fecha no existe todavía un criterio comparable, entre la práctica clínica y la investigación poblacional, por lo que los distintos estudios han definido de modo vago este concepto y han confundido los *trastornos depresivos*, que tienen un origen neurológico con los *estados de ánimo depresivos*, asociados a trastornos de personalidad que tienen un origen cognoscitivo (Sherwin, 1998). Además en diversos estudios ni siquiera se reporta la definición y operacionalización de ésta y otras variables psicológicas, así cómo tampoco se ha partido de utilizar instrumentos válidos para medirlas (Bungay, Vessey, y McPherson, 1980; Greene, 1976, y Kaufert, 1981). Asimismo, se observa que hay una ausencia de modelos teóricos explicativos.

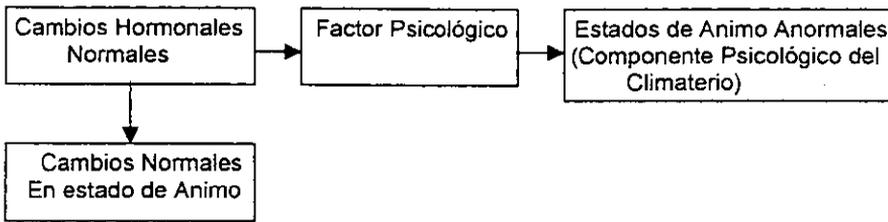
Algunas de las variables psicosociales que se han incorporado en los estudios sobre climaterio, así como los resultados encontrados, pueden señalarse en el siguiente apartado.

### 1.5.3. LA PERSPECTIVA PSICOSOMATICA

En este enfoque (Walker, 1995), las disfunciones ováricas no producen cambios psicológicos en las mujeres; sin embargo, existe algo en el temperamento de la mujer o en su psicología que está causando una intensificación de cambios cíclicos en estados de ánimo y en el bienestar, a través de un mecanismo psicosomático.

Un ejemplo de esta visión es la obra de Karen Horney. Ella propuso un mediador psicodinámico entre hormonas y síntomas. Los cambios fisiológicos anteriores a la menopausia despiertan inconscientemente conflictos internos entre el deseo de ser madre y el fin de la maternidad, y por ello disturbios emocionales y de comportamiento.

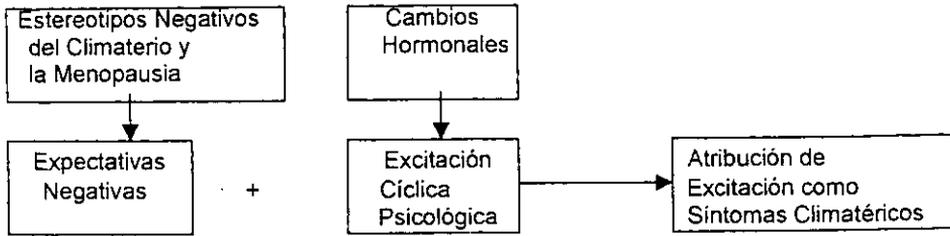
Otros investigadores a quienes se podría señalar como defensores de este modelo indican que las manifestaciones psicológicas del síndrome climatérico están relacionadas con un conflicto de feminidad relacionado con los roles tradicionales (Casamadrid, 1986; Dennerstein, Smith, Morse, Burger, Green, Hay, Hopper y Ryan, (1993); con mayores rasgos de neuroticidad (Hunter y Liao, (1994); y más recientemente se ha señalado altos niveles de estrés en el trabajo y el hogar, (o en ambos), como responsables de las manifestaciones del síndrome climatérico.



Estas explicaciones comparten muchas características en común con las explicaciones biológicas, por ejemplo, es señalada una polarización entre manifestaciones severas y bajas. La diferencia entre niveles altos y bajos no son de origen hormonal ni bioquímico, sino psicológicos. Las mujeres quienes presentan severos síntomas son psicológicamente diferentes de aquellas quienes no los presentan. El tratamiento sugerido es de tipo psicoterapéutico o de manejo del estrés, más que del consumo de medicamentos o drogas.

### 1.5.4 LA PERSPECTIVA SOCIAL PSICOLOGICA

Este modelo es una aplicación de los estudios clásicos de la psicología social de las emociones (Teoría de las emociones de Schachter) a los síntomas del climaterio, bajo el cual los cambios hormonales son conocidos y pensados para ser asociados a cambios cíclicos en la excitación psicológica (Walker, 1995). Estos cambios en excitación son asociados con experiencias emocionales subjetivas. La excitación es en si misma neutral, pero comienza a ser etiquetada como felicidad o angustia, o irritabilidad, etc. dependiendo de las atribuciones de la persona que las experimenta. Estas atribuciones dependen de creencias culturales y su contexto social.



Las creencias negativas acerca del climaterio y la menopausia podrían llevar a las mujeres a desarrollar expectativas negativas hacia estas etapas, y desde ahora señalar los cambios de estados de ánimo como más negativos que positivos. Las diferencias individuales son pensadas como diferencias en el grado de expectativas negativas, las cuales se relacionan con la socialización, las actitudes hacia la feminidad, y las diferencias en el grado del cambio cíclico en los síntomas.

Claramente este modelo lleva a una amplia gama de hipótesis para ser probadas, y casi siempre el objeto de la intervención es no sólo convertir a la mujer en paciente de una psicoterapia, sino a la cultura y a la sociedad, las cuáles han causado sus expectativas negativas del climaterio.

### 1.5.5 LA PERSPECTIVA FEMINISTA RADICAL

Este enfoque critica que el estrés, la depresión y la ansiedad en la mujer sean considerados como disfuncionales, y que históricamente haya existido una tendencia a medicalizar y patologizar cualquier comportamiento de las mujeres, que no se conforme con el estereotipo de lo "femenino" (Walker, 1995).

Este enfoque considera que el "síndrome climatérico" y el "síndrome premenstrual" son concepciones de la ideología médica patriarcal y que no existen biológicamente en realidad, pero que expresan la intolerancia de los varones por controlar el comportamiento femenino que se aleja de la función social reproductiva tradicional, o que ha dejado de ser útil a las necesidades de los varones. La angustia y/o la depresión en las mujeres puede ser una respuesta a la situación de opresión en que viven, pero son inútiles a la sociedad patriarcal que demanda comportamientos específicos de las mujeres. Si las mujeres, quienes son socialmente educadas para estar biológicamente destinadas para las labores domésticas y la maternidad, fallan para realizar estas funciones, o se rebelan contra ellas, entonces algo debe de andar mal en su biología. El síndrome climatérico y el premenstrual son etiquetas de disfuncionabilidad, que tienen una conveniente implicación biológica, a pesar de que dichos comportamientos tienen un origen social. Son creencias de amplia aceptación popular, porque se apegan al comportamiento conformista y a la conservación de la estructura social. Las mujeres que han internalizado dichas creencias acerca de la feminidad y la patología, tenderán a culpar a su biología individual por sus sentimientos de insatisfacción, y buscarán ayuda médica para curarla, en lugar de cuestionar las

tradiciones sociales, y por lo tanto su propio estatus social, a través de una solución política o social diferente.

El síndrome climatérico, al igual que el síndrome premenstrual, son construcciones sociales, y son definidos como padecimientos por las culturas occidentales. No tienen una base biológica real, sino que son construcciones misóginas en el discurso médico. La única forma para investigar la verdadera naturaleza del síndrome climatérico, es mediante investigación que incluya aspectos sociales, históricos y antropológicos.

## **1.6. VARIABLES PSICOLÓGICAS INVESTIGADAS EN LOS ESTUDIOS SOBRE EL CLIMATERIO**

La investigación en cuanto a la relación entre los síntomas climatéricos y algunas variables psicológicas sociales ha sido muy escasa, por lo que a continuación se describen las variables estudiadas.

### **1.6.1 DEPRESIÓN**

El concepto de depresión es uno de los más antiguos en los estudios de las patologías mentales, ya que ha sido señalado bajo distintos nombres a lo largo de la historia (Ayuso y Sáiz, 1981).

La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien utilizó el término de "melancolía" para hacer referencia a los sujetos deprimidos, señalando la misma sintomatología que en el presente se atribuye al concepto de melancolía: miedo, tristeza, inapetencia de alimentos, insomnio, etc. (Arieti y Bemporad, 1993). En esta concepción el agente causal de la melancolía fue denominado como "bilis negra" (Ayuso y Sáiz, 1981).

Posteriormente a este autor, con el renacimiento se desarrollaron una inmensa cantidad de tipologías de la melancolía y la manía, a partir de observaciones clínicas diversas y del sentido común. Por ejemplo, Bright en 1586 propuso un tratado sobre la melancolía; Francisco Vallés (1524-1592) en España rechazó el concepto demoníaco de las enfermedades mentales, y afirmó que la melancolía era producida por intermedio de causas naturales; etc.

En términos generales, para no caer en una descripción histórica demasiado extensa de las clasificaciones expuestas, que son muy diversas, éstas pueden agruparse en grandes enfoques que pueden denominarse como: "endógeno-reactivo", "de temporalidad", "primario-secundario", "dicotómico", "unipolar-bipolar", y "cuantitativo". Cada uno de ellos será expuesto a continuación.

### **LA CLASIFICACIÓN "ENDÓGENO-REACTIVO"**

Esta subdivisión está basada en el supuesto de que los síntomas dependen del origen de los padecimientos. Por ejemplo, se hace una diferencia entre la depresión psicótica y la depresión neurótica, donde por "psicótica" se debe entender un determinismo por causas biológicas, mientras que lo neurótico surge como una reacción ante los efectos de los acontecimientos vitales. Esta es la característica fundamental de las clasificaciones dualísticas, que han tenido varios

nombres como: "endógena-reactiva", "endógeno-neurótica", "autónomo-reactivo", "fisiológico-psicológico" y "vital-personal" como se muestra a continuación:

Clasificación	Autor
Depresión endógena – Depresión exógena	Lange, 1926
Depresión autónoma – Depresión reactiva	Gillispie, 1929
Depresión psicótica – Depresión neurótica	Buzzard, 1930
Depresión fisiológica – Depresión psicológica	Pollit, 1965
Depresión vital – Depresión personal	Van Praag, 1965

Estos términos son ambiguos e imprecisos, y no se ha demostrado su validez en investigaciones poblacionales.

Las diferencias entre los polos endógeno y exógeno se han establecido a lo largo de tres referencias: reactividad, sintomatología e historia familiar.

De acuerdo con Lange, 1926 (cit. en Ayuso y Sáiz, 1981) el tipo endógeno se caracteriza por la ausencia de circunstancias precipitantes, por la historia familiar positiva de trastornos afectivos y porque los síntomas no están influidos por el ambiente. Entre los síntomas expresivos de las depresiones endógenas, están la inhibición psicomotora, el sentimiento de indignidad, la pérdida de peso, la sequedad de boca y el estreñimiento. Por el contrario, las notas distintivas de las depresiones exógenas, serían la reactividad de los síntomas, la tendencia a acusar al ambiente como culpable de la situación personal y la historia familiar de esquizofrenia, epilepsia o psicopatía constitucional; sin embargo, en investigaciones realizadas por Lewis 1936 (cit en idem.) se ha encontrado que las circunstancias desencadenantes como la sintomatología clínica no permiten la distinción de tipos bien delimitados de la enfermedad depresiva.

## LAS CLASIFICACIONES PRIMARIA-SECUNDARIA

Esta clasificación fue propuesta en 1972 por Robins et al. (cit en idem.), para separar entre trastornos afectivos primarios y secundarios, basándose en un doble criterio: cronología y presencia o ausencia de enfermedades asociadas. En esta clasificación se considera como trastorno afectivo primario el que se presenta en un sujeto sin antecedentes psiquiátricos, salvo episodios de depresión o manía, y en ausencia de afección somática precediendo o evolucionando paralelamente al síndrome afectivo.

Todo síndrome afectivo que no corresponde a estas condiciones es denominado secundario. El diagnóstico se establece con independencia de la intensidad del cuadro sintomático y sin prestar atención a la presencia o ausencia de situaciones precipitantes psicosociales.

Dentro de las depresiones secundarias se distinguen dos grupos:

Síndromes depresivos precedidos por otro trastorno psiquiátrico, con independencia de que se encuentre presente o ausente durante la eclosión del cuadro depresivo (esquizofrenia, neurosis de ansiedad, neurosis fóbica, neurosis obsesiva, histeria, alcoholismo, drogodependencia, personalidad antisocial, homosexualidad, deficiencia intelectual y síndrome psicoorgánico).

Síndromes depresivos precedidos por enfermedades somáticas amenazantes para la vida o de carácter incapacitante.

## EL ENFOQUE UNIPOLAR Y BIPOLAR

Este fue propuesto en 1966 por Perris y Angst (cit en idem.), para señalar que existen casos de depresión que posee períodos de manía, y por otra parte, casos de depresión que solamente presentan cuadros de depresión.

Esta división ha sido confirmada por diversas investigaciones como los estudios sobre la incidencia de los trastornos afectivos en los familiares de primer grado de personas con depresión unipolar y bipolar, que demuestran que existe una relación entre el tipo de cuadro depresión y los antecedentes familiares. También, el estudio con gemelos ha mostrado que existe una etiología genética diferencial. En síntesis, el peso de la evidencia actual se inclina a aceptar un tipo de herencia dominante ligada al sexo en, al menos, un subgrupo de trastornos bipolares, mientras que en las depresiones unipolares los datos disponibles son más representativos de un mecanismo de transmisión poligénica.

Desde la perspectiva sintomatológica, básicamente el grupo unipolar se diferencia significativamente del bipolar en la mayor intensidad de ciertos síntomas: culpabilidad, ansiedad psíquica y somática, y pérdida de peso.

Por su parte, para los bipolares:

- La enfermedad comienza precozmente
- Las hospitalizaciones psiquiátricas se inician más precozmente.
- Presenta mayor número de fases.
- La duración media de los intervalos es menor.

Por otra parte también existen diferencias biológicas estadísticamente significativas entre ambos grupos:

Los bipolares tienen una menor actividad M.A.O. en plaquetas y menor excreción de esteroides urinarios. Mejor respuesta con sales de litio, mejor respuesta con tricíclicos de acción noradrenérgica y efecto rebote con los tricíclicos. Más bajo umbral "flicker" a estímulos visuales, y menor acortamiento de latencia R.E.M.

Los unipolares menor actividad COMT en hematíes, menor respuesta TSH tras TRH, volumen urinario durante la fase reducido en el 33% respecto a los bipolares, y potenciales corticales evocados menos amplios.

Como se observa, las diferencias entre los subgrupos unipolar-bipolar se apoyan finalmente en valoraciones estrictamente fisiológicas.

La principal dificultad de este sistema clasificatorio reside en la posibilidad de incluir erróneamente en el subtipo unipolar pacientes realmente bipolares que muestran el cambio de polaridad tras una larga evolución de la enfermedad afectiva.

A pesar de esta limitación, la distinción unipolar-bipolar representa una importante contribución para la comprensión de la nosología de los trastornos depresivos.

## CLASIFICACIONES CUANTITATIVAS DE LA DEPRESIÓN

En las tres últimas décadas, se ha generalizado el empleo de las escalas de evaluación conductual en el ámbito de los trastornos afectivos, en gran parte por exigencia de la investigación psicofarmacológica clínica. La medición del cambio experimentado en la sintomatología de los pacientes tratados con antidepresivos es, desde el punto de vista metodológico, uno de los problemas fundamentales de la psicofarmacología clínica.

Las técnicas de evaluación conductual intentan medir objetivamente y cuantificar los síntomas depresivos, evitando el juicio clínico intuitivo. Esto constituye un intento por medir objetivamente fenómenos psíquicos que no tienen una manifestación objetiva. Este nuevo enfoque se ha generado por presiones de cientificidad sobre la práctica clínica.

Para otros investigadores, la construcción de escalas tiene como objetivo establecer cuáles constituyen los síntomas auténticos de los cuadros depresivos, mediante herramientas como el análisis factorial y el análisis de cluster. Con este fin se han utilizado escalas tanto polivalentes (B.P.R.S. de Overall, Sistema A.M.D.P.) como específicas (Inventario para la depresión de Beck, Escala de Hamilton, escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung, escala de depresión de Lekie-Wikthers). Las primeras escalas pretenden medir tanto los síntomas depresivos como los síntomas maniacos, es decir síntomas que tienen manifestaciones opuestas, mientras que los segundos síntomas de un solo tipo. El análisis factorial, permitiría, en el caso de los primeros, formar factores separados de cada tipo de síntomas.

Con las técnicas estadísticas factoriales varios autores han intentado clasificar los síndromes depresivos, ofreciendo sistemas alternativos a la dicotomía endógeno-no endógeno. Un ejemplo de esta clasificación es el estudio de Grinker (1961 cit in idem.), quién utilizando el análisis factorial estableció dos patrones A y B de los cuadros depresivos. El patrón A, próximo al estereotipo común de la depresión, se caracteriza por sentimiento de desesperanza y descenso de la autoestima con cierto componente de culpabilidad. También por conductas de apatía, tendencia al aislamiento, el enlentecimiento verbal y el trastorno cognitivo. En el patrón B la alteración de los sentimientos se asocia con un alto nivel de ansiedad, frecuente agitación y necesidad de apoyo, siendo poco expresivo el enlentecimiento psicomotor, la actitud hipocondríaca y los síntomas psicósomáticos. El patrón C está constituido por un descenso moderado del humor que contrasta con una conducta claramente hipocondríaca centrada en quejas somáticas persistentes y exageradas.

Como parte de estas clasificaciones, para el presente proyecto se consideró a la depresión desde la perspectiva cognitiva de Beck (1976), que como se verá en el siguiente apartado, se basa en creencias y percepciones que la propia persona hace de sí misma y que permiten al investigador ubicar al desorden depresivo como un estilo de pensar el cuál es valorado por la propia persona depresiva, y no por un investigador que interpreta lo que la persona quiere decir o experimenta. Además debido a las características de corte transversal del presente estudio y porque el instrumento está validado en población mexicana.

## 1.6.1.1. EXPLICACIONES DE LAS CAUSAS DE LA DEPRESION

### LA EXPLICACIÓN DE ABRAHAM

Lo que puede considerarse la primera explicación psicoanalítica de la depresión. En 1911 la psiconeurosis era interpretada como consecuencia de una represión de la libido; de ahí que Abraham compara depresión con ansiedad, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos.

Abraham (Ayuso y Sáiz, 1981) formula la siguiente diferenciación: mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

En ambos casos encontró una profunda ambivalencia hacia los demás, en la cuál la búsqueda de amor está bloqueada por fuertes sentimientos de odio. Al igual que el obsesivo, el paciente deprimido no puede desarrollarse adecuadamente porque en él, amor y odio se interfieren constantemente. Las relaciones interpersonales del depresivo reflejan este odio reprimido que está enraizado en la libido bloqueada.

En ambos estados la capacidad de amar a otros está bloqueada a causa de la represión de la libido, depresivos y obsesivos difieren de manera radical en el modo en que los impulsos bloqueados encuentran una expresión sustitutiva. Para el depresivo, Abraham postula un peculiar proceso de proyección, aparentemente elaborado sobre la base de la explicación de la paranoia que Freud acababa de formular. Los procesos dinámicos internos del depresivo podrían ser verbalizados así: "No puedo amar a las personas; debo odiarlas". Este reconocimiento del odio es inaceptable y debe ser reprimido; por lo tanto la hostilidad se proyecta en los demás y el pensamiento consciente pasa a ser "las personas no me aman; me odian".

Según este autor, la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes. Esta hostilidad reprimida se manifiesta con claridad en sueños, delirios y otros actos simbólicos.

Abraham señaló como rasgos de la personalidad depresiva la ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su excesiva preocupación por sí mismo y la manera en que utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí mismo.

Advierte la hostilidad fundamental que bloquea el adecuado crecimiento emocional.

Abraham especula más bien que los desórdenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad.

Cinco años después, Abraham publicó su segunda contribución al estudio de los desórdenes afectivos, "la primera etapa pregenital de la libido". En esta segunda contribución, la explicación se orientó más a una postura psicoanalítica:

Abraham señaló que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, es decir la oral. La similitud entre la fase oral y la depresión ha de hallarse en la modalidad de descarga libidinal, así como en una

modalidad característica de vínculos objetales. Según Abraham, el depresivo hace más que incorporar al objeto psíquico: "Hay una tendencia a devorar y arrasar al objeto". Es este deseo de destruir al objeto oralmente lo que explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse (es decir la equiparación del alimento con el objeto de amor que el individuo teme que habrá de destruir) y el temor a morir de hambre (también consecuencia del temor a concretar los deseos de destrucción oral).

En su tercera contribución a la depresión, aparecida en 1924, Abraham continúa rastreando los orígenes del desorden en una fijación a la etapa oral, a pesar de que para ese entonces Freud había publicado sus propios puntos de vista sobre la melancolía. En esta tercera etapa Abraham propone que en los intervalos sanos el depresivo es en realidad un obsesivo. Propone entonces que ambos tipos regresan a un temprano período pregenital; pero mientras el obsesivo parece contentarse con un control inconsciente sobre el objeto de amor, el depresivo destruye realmente al objeto psíquico internalizado.

## **LA EXPLICACIÓN DE FREUD**

Freud postula que en la infancia el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto, quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario, esta libido se retrajo hacia el yo. Sin embargo, se produjo una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado, identificación en la cual la libido quedó absorbida.

Las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionado con parte de su propio yo. En casos extremos, el sadismo es tan virulento que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto.

En síntesis, Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo.

Freud fue capaz de percibir que en la depresión una persona afecta profundamente el estado mental de otra, y que la pérdida de esta persona trae como consecuencia una pérdida interna para el individuo depresivo. Reconoció así la naturaleza interpersonal del desorden y la estrecha conexión entre mantenimiento de la autoestima y mantenimiento de una buena relación.

## **LA EXPLICACIÓN DE LA TEORÍA ESTRUCTURAL**

Corresponde a Sandor Rado (1928) el desarrollo de los aportes de la teoría estructural a la concepción psicoanalítica de los dinamismos psíquicos. Este autor observó que antes del comienzo de un episodio depresivo, el individuo atraviesa un período de rebeldía arrogante y encarnizada. Se trata de una típica manifestación de la manera en que el depresivo trata al objeto amado durante sus períodos de normalidad. Tan pronto como el depresivo está seguro del amor del otro, lo trata con una "sublime indiferencia", que poco a poco se convierte en

control tiránico. Este comportamiento puede ocasionar el distanciamiento de la persona amada, que ya no tolera el maltrato. De acuerdo con Rado (1928), las personas depresivas "experimentan seguridad y bienestar sólo cuando se sienten amados, apreciados y alentados. Aun cuando desplieguen una actividad más o menos normal para gratificar sus instintos y lleguen a realizar las metas que se fijaron, su autoestima depende en gran medida de que cuenten o no con la aprobación y el reconocimiento de los demás".

Durante los períodos depresivos, que surgen cuando el objeto amado se ha distanciado, el individuo recurre a un método diferente de coerción. Se muestra lastimado, melancólico, implora perdón y espera recuperar al objeto perdido induciendo piedad y culpa.

Según Rado (1926) este patrón de hostilidad, culpa y constricción tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre, exhibiendo la adecuada actitud de remordimiento. El depresivo desea ser pasivo y suele ver satisfecho ese deseo por otra persona dispuesta a concederle todo y a quien puede controlar y tiranizar.

Si el depresivo no consigue recuperar el amor del objeto perdido, su melancolía avanza hacia una forma más maligna, en la cual el conflicto interpersonal es reemplazado por una lucha intrapsíquica, en la cual se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó, que ha tomado el lugar del objeto amado. De ahí que las autorrecriminaciones del depresivo profundo deben ser entendidas como expresión de las esperanzas del yo de lograr el amor del superyó mediante la apropiada actitud de contricción.

Casi 25 años más tarde, Rado (1951) retomó el estudio de la depresión, después de postular una reformulación del psicoanálisis desde la perspectiva de una adaptación psicobiológica al medio. En relación con la depresión, Rado siguió sosteniendo que las manifestaciones depresivas son intentos de restaurar la sensación de ser atendido, que es análoga a la seguridad que experimenta el lactante puesto al pecho de la madre. Pare él, los síntomas del melancólico adulto siguen el modelo de la premisa del niño de "llorar fuerte pidiendo ayuda".

Desde el punto de vista de la psicodinámica adaptativa, la depresión es una persistente pero ahora ineficaz modalidad de reacción ante la pérdida de amor.

Rado agrega por último que asigna menor importancia a las pérdidas reales sufridas en el contexto ambiental. Unas veces la pérdida puede ser insignificante, pero el paciente la exagera; otras, puede ser totalmente inconsciente, escapando al reconocimiento del individuo. Rado sugiere que en ciertos casos no existe pérdida alguna y el paciente inventa un acontecimiento precipitante para racionalizar su caída en la depresión.

## **LA EXPLICACIÓN DE LA "PSICOLOGIA DEL YO"**

Fenichel (1945) otro autor perteneciente a la tradición psicoanalítica, señaló que los depresivos son adictos al amor que insisten en recibir un flujo constante de benevolencia, sin preocuparse demasiado por la personalidad o las necesidades reales de quien se la otorga.

Por otra parte, este autor juzgó crucial para todo el problema de la depresión el problema de la caída de la autoestima. Lo que para este autor era el factor clave de la depresión. Al respecto escribió: "Una persona fijada a un estado

en que su autoestima está regulada por suministros externos, o cuyos sentimientos de culpa la hacen regresar a dicho estado, necesita imprescindiblemente de esos suministros. Vive en condiciones de perpetua avidez. Si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima disminuye hasta un punto crítico".

El papel fundamental asignado a la regulación de la autoestima y su relación con la depresión, modificó el curso de la investigación psicoanalítica de los desórdenes afectivos, al darle una importancia nueva al yo que es el encargado de calibrar la autoestima en función de la discrepancia entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira. La autoestima sería entonces la vivencia que expresa dicha disparidad.

Este enfoque ha sido adoptado por tres teóricos, Jacobson, Bibring y Sandler, cuyas postulaciones continúan ejerciendo una influencia poderosa sobre los actuales puntos de vista acerca de la depresión. Aunque proponen diferentes esquemas generales de pensamiento, los tres autores mencionados coinciden en que la regulación de la autoestima es un elemento crucial para la depresión y en líneas generales conceptualizan la autoestima como la vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado.

Por su parte, Jacobson (1954) postuló que la mente se desarrolla a partir de una matriz indiferenciada por medio de la gradual formación de representaciones de sí mismo y de los objetos, es decir, imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos.

Se afirma que en la infancia, la desvalorización de los otros (carga agresiva de la representación objetal) causada por una frustración trae aparejada también una desvalorización del sí mismo, puesto que éste se encuentra aún fusionado con la representación de los otros. Jacobson se refiere a los desengaños derivados de la creencia en la omnipotencia parental y a las consiguientes desvalorizaciones de las imágenes parentales. Este desengaño ocasiona una concomitante desvalorización del sí mismo y lleva a la depresión infantil primaria, que más adelante se reactiva debido a las decepciones sufridas en la edad adulta.

Para Jacobson, el conflicto básico en todos los desórdenes afectivos es el siguiente: la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada. Sin embargo, si el yo es incapaz de concretar este propósito, la agresión se vuelve hacia la imagen de sí mismo. Este apocamiento de la imagen de sí mismo acrecienta la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una disminución de la autoestima.

Según Jacobson, si el depresivo no consigue encontrar un nuevo objeto de amor para reabastecer de suministros libidinales a su autoimagen, se vuelve hacia un objeto de amor poderoso pero sádico, con la esperanza de obtener si no amor por lo menos fortaleza. Si este último recurso también fracasa, termina por cortar toda relación con el mundo externo y reactiva una primitiva y poderosa imagen interna del pasado. Esta poderosa representación objetal interna se fusiona con el superyó, que por lo tanto queda personificado, mientras que las verdaderas representaciones objetales, desvaídas, se fusionan con la representación de sí mismo.

La teoría de Bibring (1953) es un modelo de sencillez y claridad. Según este autor los depresivos se sienten indefensos ante poderes superiores o se enfrentan

con la ineludible sensación de ser un fracaso, con el consiguiente golpe para su autoestima. "Desde este punto de vista, la depresión puede ser definida como la expresión (indicación) emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima". Otras características centrales de la depresión son, según Bibring, el franco reconocimiento por parte del yo de su indefensión real o imaginaria, y las intensas aspiraciones narcisistas, que es incapaz de concretar.

Para Bibring, la depresión es el correlato emocional de un particular estado yoico. En este sentido, Bibring observa que algunos individuos son propensos a la depresión debido a aspiraciones demasiado ambiciosas que no pueden cumplir, o a causa de la excesiva reiteración en el pasado de experiencias en que se sintieron indefensos, o quizá lo estuvieron en realidad.

Por otra parte, Sandler y Joffe (1965) consideran que cuando se pierde un objeto de amor, lo realmente perdido es, a nuestro juicio, el bienestar que estaba implícito, psicológica y biológicamente, en la relación con ese objeto. Aunque expresan su reconocimiento a Bibring, Sandler y Joffe creen que la "pérdida de autoestima" es un concepto demasiado elaborado e intelectual para reflejar el carácter primario de esta reacción que, por ejemplo, se observa en niños. Por el contrario, conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, vehiculizado a menudo —pero no siempre— por una relación con otra persona.

En cuanto a la hipótesis según la cual la depresión refleja la ira volcada hacia el sí mismo, sugieren que la pérdida inicial genera rabia, pero el sujeto impide la expresión de esa hostilidad o la dirige contra un sí mismo que a casua de su ineficacia le inspira disgusto. Por lo tanto, de acuerdo con Sandler y Joffe, en la depresión se produce un bloqueo de la agresión. La reacción psicobiológica depresiva inicial promueve la erección de defensas y no siempre avanza hasta configurar un episodio depresivo clínico.

## **LA EXPLICACIÓN DE MELANIE KLEIN**

Klein postula dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina "posiciones". La primera es la posición esquizo-paranoide, caracterizada por la peculiar percepción de objetos parciales, en lugar de los objetos totales de la realidad.

La segunda etapa se denomina "posición depresiva" y surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando las facultades cognitivas del bebé han madurado lo suficiente como para permitirle empezar a percibir los objetos totales de la realidad que lo circunda. Debe enfrentar su propia ambivalencia y ya no puede proyectar su hostilidad en el mundo externo. En este momento el bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos; de ahí que el principal temor que experimenta se denomine ansiedad "depresiva", es decir, el temor del bebé de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar (objetos buenos).

El bebé puede adoptar diversas actitudes frente a la posición depresiva. Puede mostrarse inhibido y deprimido debido al temor de que cualquier acción

destruya a los objetos buenos. Puede recurrir a la denominada defensa maníaca, negando el valor de los objetos buenos e insistiendo en que no necesita de objeto alguno aparte de sí mismo. Por último, la resolución normal consiste en que el bebé reconozca que aunque sus acciones o deseos pueden haber causado la pérdida temporaria de los objetos buenos, éstos pueden haber causado la pérdida temporaria de los objetos buenos, éstos pueden ser recuperados mediante las adecuadas maniobras restitutivas. De este modo, el individuo admite su responsabilidad por sus sentimientos hostiles (ya no los proyecta en los demás), y al mismo tiempo tiene la certeza de que esa hostilidad no es tan masivamente destructiva y que un comportamiento apropiado le permitirá restablecer la buena vivencia de sí mismo (es decir, los buenos objetos internos). Los kleinianos han llegado incluso a postular que si no todas, por lo menos la mayoría de las actividades creativas de los adultos son reparaciones simbólicas de los deseos destructivos infantiles.

El factor que más predispone a la melancolía es, según Klein, la incapacidad del yo del niño de constituir buenos objetos de amor.

Se ha reprochado con justicia a Melanie Klein el dar por sentada la validez de premisas que no son sino hipotéticas. Se le critica también por atribuir al bebé todo tipo de sofisticadas facultades, por dar demasiado énfasis a lo patológico en la conducta cotidiana, y por adaptar artificialmente a su enfoque todos los recursos terapéuticos del paciente. Se le recrimina ignorar por completo los factores ambientales, para concentrarse en el desarrollo ingénito de los procesos instintivos, y más tarde en la lucha interna entre los objetos internalizados. Según él, la principal lucha del depresivo adulto consiste en hacer buenas las malas introyecciones parentales, con el fin de poder sentir su propia valía.

Klein contribuyó al estudio de la depresión al poner el acento en el temor a la acción debido a la eventual pérdida de objetos amados, la no incorporación de objetos buenos en los primeros meses de vida y el importante papel de la culpa y la hostilidad, más que de una transformación libidinal.

## **LA EXPLICACIÓN DEL ENFOQUE INTERPERSONAL Y CULTURAL**

Los primeros trabajos sobre factores no intrapsíquicos, dieron dos publicaciones de Cohen y colaboradores (1949, 1954). Estos estudios toman en cuenta la atmósfera familiar en que crece el futuro individuo depresivo, el afecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva.

Cohen observó en cada uno de sus doce casos que la familia se retraía de la comunidad general. En todos los casos este aislamiento afectaba profundamente a la familia, que se esforzaba por ganar la aceptación del vecindario.

De ambos progenitores, la madre era la figura más fuerte que exigía obediencia y cualidades sobresalientes. El padre, por el contrario, era a menudo un individuo económicamente y socialmente fracasado, blanco de las críticas y el desprecio de su mujer dentro del ámbito hogareño. Los hijos solían recordarlo como alguien débil pero fácil de amar, que tácitamente les aconsejaba "no ser como él".

El ulterior desarrollo infantil de estos pacientes reveló que con frecuencia habían ostentado una posición especial o privilegiada dentro de la familia, merced a sus cualidades superiores o a sus mayores esfuerzos por agradar.

Una característica sobresaliente era la incapacidad de apreciar a la otra persona, salvo en función de las propias necesidades. Los demás eran para el paciente posesiones suyas, de las que podía exigir continuo apoyo. No obstante la dedicación al trabajo, exhibían escasas manifestaciones de creatividad; tendían más bien a adoptar las pautas u opiniones relevantes de su entorno.

Cohen no detectó signos evidentes de hostilidad, aunque tanto ella como sus colaboradores destacan que las incesantes exigencias del paciente y su falta de empatía creaban una impresión hostil en quienes lo rodeaban. El factor más constante era una sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas debían satisfacer.

El último de los problemas terapéuticos que se menciona es el de la comunicación. A juicio de estos autores, el individuo maniaco-depresivo carece de empatía y opone barreras al auténtico intercambio emocional.

Gibson (1958) reiteró el estudio de Cohen y colaboradores, utilizando un cuestionario con los mismos pacientes. Observó que los maniaco-depresivos se preocupaban más por ser socialmente aceptados y provenían de hogares en los que prevalecía una atmósfera de competencia y envidia y mayores presiones para lograr triunfos y prestigios. Los estudios familiares relacionados con la depresión son escasos.

La corriente culturalista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Afirma Adler que "estos individuos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás".

De acuerdo con la escuela adleriana, la psicopatología es el resultado de la búsqueda de superioridad que se emprende para contrarrestar los sentimientos de inferioridad. Tanto las coartadas como las evasivas que adopta son maniobras protectoras que resguardan su autoestima, así como los síntomas de un patológico modo de vida.

Según Adler, el desdén que el depresivo siente por los demás se patentiza durante los periodos de normalidad, cuando revela sus excesivas ambiciones, su falta de escrúpulos y su renuencia a esforzarse para llegar a algo.

El depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad por sobre los demás para obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlo, para culparlos —de manera tácita o manifiesta— de su situación y para liberarse de toda obligación y cooperación social.

En la bibliografía psiquiátrica contemporánea, Bonime (1960, 1962, 1976) ha sido más convincente expositor del pensamiento culturalista sobre la depresión. En su opinión la depresión es una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Toda interferencia con este tipo de funcionamiento produce una manifestación externa de depresión clínica, tendiente a coaccionar al ambiente

con el fin de que permita al individuo restablecer sus actitudes interpersonales habituales.

El depresivo exige una respuesta por parte de los demás, pero no da nada a cambio. Al hacerlo, se priva de la auténtica vivencia de afecto o realización, limitándose sólo a obligar a los demás a hacer lo que él desea. En la misma medida en que es manejador, el depresivo es incapaz de tolerar la influencia de los otros y a menudo malinterpreta los esfuerzos por ayudarlo, tomándolos por disimuladas tentativas de controlarlo. El depresivo se niega a asumir las responsabilidades de la vida, viviéndolas subjetivamente como injustas demandas.

Bonime interpreta gran parte del comportamiento externo del depresivo como hostilidad encubierta. La ansiedad consiste "sobre todo en percibir el peligro de no funcionar eficazmente como un depresivo.

Según Bonime, la etiología de la depresión en el adulto se halla en una infancia carente del estímulo y el respeto que debieron proveer los padres. Las verdaderas necesidades emocionales del niño fueron ignoradas o sofocadas, de modo que aquél creció sintiéndose defraudado y con el convencimiento de que los demás le deben aún la solicitud que no tuvo antes.

Otros autores psicoanalíticos, como Chodoff (1970), Salzman y Maserman (1962) y Sapirstein y Kaufman (1966), presentaron estudios que subrayan las raíces sociales de la depresión, más que las instintivas o libidinales. Coincidieron también en destacar los aspectos interpersonales del desorden, así como los objetivos personales irrealizables pero desesperadamente ambicionados.

Becker sugiere también que el depresivo limita sus vínculos objetales a unos pocos individuos, de modo que la pérdida de uno de esos vínculos lo afecta duramente. Según él, el depresivo recurre a una monótona repetición de actitudes en busca de la aprobación de unos pocos elegidos.

## **LA ESCUELA EXISTENCIALISTA**

El análisis existencial o fenomenológico es el examen del mundo tal como lo intuye la conciencia activa, sin estructuras preconcebidas. Karl Jaspers (1964) es autor de una extensa obra en la que se ocupa de la psicopatología en su totalidad desde ese punto de vista. Comienza trazando una "representación de lo que realmente ocurre en nuestros pacientes, que situación están viviendo, cómo los afecta, qué sienten". Pasa después a establecer conexiones significativas entre las experiencias, para terminar encuadrando al paciente en la totalidad de su ser, tal como lo revelan sus experiencias, para terminar encuadrando al paciente en la totalidad de su ser, tal como lo revelan sus experiencias.

Minkowski (1958) informó acerca de un caso que desde este punto de vista calificó de "depresión esquizofrénica" e infirió que los delirios melancólicos de su paciente eran la lógica consecuencia de una distorsión de su sentido del tiempo. Arieti (1974) resumió otros estudios existencialistas realizados por Le Mappian, Ey y Sommer, quienes interpretaron el desorden como una detención o insuficiencia de todas las actividades vitales. De acuerdo con Ey (citado por Arieti, 1974), hay "una patética inmovilidad, una suspensión de la existencia, un síncope del tiempo". Los autores mencionados destacan también la importancia de la distorsión temporal en la experiencia de la depresión: hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el

individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas. El mundo del depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas; estos pacientes buscan seguridad y evitan situaciones que podrían provocarles culpa.

## **LA EXPLICACIÓN COGNOSCITIVA**

Beck, Brady y Quen (1977) (cit. en Ayuso y Sáiz, 1981) partieron de los señalamientos de diversos autores acerca de que las personas depresivas coincidían en poseer distorsiones cognitivas como el pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad.

Beck, et al. (1977) consideraron que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del trastorno depresivo. Según estos autores, las patologías mentales son desórdenes mentales o desórdenes del pensamiento. La postura de ellos es fenomenológica, ya que parte de que si bien la realidad es una construcción, es una interpretación, existe un consenso sobre la mayoría de las experiencias, y puesto que ese consenso es compartido por una abrumadora mayoría, se considera que dichas perspectivas corresponden al campo de la normalidad. Según Beck, et al. (1977), en la psicopatología se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad.

Según estos autores, existe una "tríada cognitiva" en las personas depresivas que se compone de los siguientes elementos:

- a) Expectativas negativas respecto del ambiente.
- b) Auto apreciación negativa, y
- c) Expectativas negativas respecto del futuro.

De acuerdo con estos autores, estos componentes esenciales fueron obtenidos a partir de un análisis cualitativo de los sueños de los depresivos, de sus asociaciones, pero también de la investigación experimental realizada, aplicando escalas evaluativas para medir la depresión.

Beck, et al. (1977) afirman que los sentimientos depresivos surgen espontáneamente de la posición cognitiva negativa y asocia la depresión con una pérdida significativa en la historia pasada de la persona, que a su vez da lugar a las típicas distorsiones cognitivas.

La depresión es entonces una consecuencia de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Estos autores consideran que después de que la persona ha experimentado una pérdida, el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa.

Para estos autores todos los mecanismos cognitivos son simples y conscientes, y desestimaron la importancia de las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto.

Estos autores no consideraron los factores interpersonales que inciden en la persona depresiva ni la causa por la cuál una pérdida o una frustración precipitan el episodio depresivo. Según quién, el individuo deprimido "considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad".

El enfoque de Beck, et al. es transversal y no longitudinal y psicodinámico. Para estos autores, la recuperación clínica se observa cuando desaparecen las distorsiones cognoscitivas y esto es un acto consciente.

## **LA EXPLICACION DEL MODELO DE DESVALIMIENTO APRENDIDO DE SELIGMAN**

Seligman sugirió que el manejo de las técnicas adaptativas que sirven para enfrentar situaciones dolorosas se haya bloqueado en el individuo depresivo, que en cambio aprende a ser indefenso. En la base de esta teoría se halla la hipótesis de que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de la personalidad.

Seligman afirma que el depresivo presenta el típico antecedente de haber fracasado en el control de las recompensas ambientales. La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa. A diferencia de Beck, Seligman diferencia entre expectativas negativas en general y desvalimiento aprendido. Dice que de acuerdo con nuestro modelo, la depresión no significa pesimismo generalizado, sino un pesimismo referido de manera específica a los efectos de las acciones intencionales del individuo.

El modelo de "desvalimiento aprendido" presenta ciertas dificultades. Muchos depresivos tratan de restablecer las fuentes perdidas de placer mediante una empeñada dedicación al trabajo, autonegaciones o actitudes culpógenas. Por lo tanto, el depresivo no está indefenso; más bien ha aprendido métodos específicos --aunque inapropiados-- para obtener el sostén que necesita. Su vulnerabilidad no se debe a que ignora cómo encontrar el apoyo necesario, sino a que depende desmedidamente del apoyo externo para su autoestima o su bienestar. El depresivo necesita demasiado de la asistencia externa para encontrar sentido a la vida, de modo que desarrolla una gran habilidad para elaborar maniobras interpersonales destinadas a mantener activos los vínculos necesarios.

Si pierde las fuentes externas de gratificación, su indefensión se manifiesta como una incapacidad de encontrar sentido a su vida o de obtener el refuerzo que necesita de actividades orientadas hacia sí mismo. La dificultad no reside en que el depresivo no percibe conexión alguna entre respuesta y apoyo, sino en que su sistema de apoyo es quizá demasiado precario y limitado.

### **1.6.1.2. ANTECEDENTES DEPRESIVOS Y CLIMATERIO**

Algunos autores han sugerido que existe un sesgo en los estudios sobre síntomas climatéricos, ya que se han extendido los resultados de investigación en mujeres que asisten a clínicas de climaterio a la población de mujeres en general. En tres estudios analizados (Hay, Bancroft, y Johnstone, 1994; Stewart y Boydell, 1993; Ballinger, 1977) se encontró que existían mayores antecedentes

psiquiátricos en las mujeres que demandan atención en las clínicas de climaterio que en la población en general. A su vez en otro pequeño estudio en mujeres de población en general (Hunter, 1990), se comprueba, que la existencia de antecedentes depresivos, se relaciona con la ocurrencia de depresión durante el climaterio. Sherwin (1998) reporta dos estudios realizados con mujeres a quienes se practicó histerectomía de los ovarios encontrando una alta incidencia de síntomas depresivos, así como diferencias en la reducción de estos síntomas cuando les son aplicados tratamientos hormonales de reemplazo. Similares resultados sobre los efectos de los tratamientos hormonales en la depresión son reportados por Saletu, Branstatter, Metka, Stamenokovic, Anderer, Semlitsch, Heytmanek, Huber, Grunberg y Linzmayer, (1995), y Carranza y Valentino, (1999). McKinlay, McKinlay y Brambilla, (1987) reportan un mayor nivel de depresión en las mujeres que no tienen pareja, que en las que la tienen. Huerta, Mena, Malacara, Díaz de León, (1995); y Bromerger y Matthews, (1996) señalan que las actitudes hacia la sexualidad se correlacionan con la depresión, ansiedad, y el síndrome del nido vacío.

En el siguiente cuadro se muestran algunas investigaciones sobre depresión en el climaterio y los resultados encontrados.

<p><b>Ballinger, (1977)</b></p> <p>N = 217          Edad X = 40-55          Muestra 1 = Mujeres asisten a clínica ginecológica          Muestra 2 = Población en general</p> <p>Tipo de estudio:          Observacional, transversal, correlacional</p> <p>Tipo de analisis: Estadística univariada, bivariada y regresión múltiple</p> <p>Resultados:          De la comparación de dos muestras entre mujeres que asisten a una clínica de climaterio y mujeres de la población en general, se encontró que el primer grupo difiere del resto de la población. En este grupo: el 52% son posibles casos psiquiátricos; la mayoría son casadas o separadas, con puntajes más altos en fatiga, depresión, pensamientos depresivos y excesiva preocupación por el cuerpo.</p> <p>Conclusión:          Las mujeres que asisten a clínicas de climaterio no son representativas de toda la población de mujeres climatéricas en cuanto rasgos de personalidad, síntomas y otras características demográficas.</p>
<p><b>McKinlay, McKinlay y Brambilla, (1987)</b></p> <p>N = 2500          Edad X = 45-55 años</p>

Comparación entre mujeres pre, post y menopáusicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis:

Estadística univariada, bivariada, y regresión múltiple.

Resultados:

La depresión no está asociada con cambios naturales de pre a postmenopausia. Los incrementos mayores en la depresión están asociados con diversas causas de preocupación por roles múltiples entre matrimonio y trabajo asalariado, además de problemas familiares como tener a la pareja enferma, hijos en la adolescencia, desempleo.

Conclusión:

La depresión en el climaterio se encuentra asociada al estatus marital y al nivel educativo y no a los cambios hormonales, pero sólo explica el 15% de la varianza.

Hunter, (1990)

N = 36

Edad X = 47

Mujeres población en general captadas desde la premenopausia, y seguidas hasta la postmenopausia

Tipo de estudio:

Observacional, longitudinal, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis:

Estadística univariada, bivariada, y regresión múltiple.

Resultados:

Los síntomas vasomotores aumentan en la perimenopausia y en la postmenopausia. Pequeños pero significativos incrementos de depresión fueron observados.

Tener episodios de depresión en la historia personal, con factores sociales y cognoscitivos explican el 51% de la varianza de la depresión en la peri y postmenopausia.

Conclusión:

Los síntomas depresivos al parecer si aparecen con el climaterio, aunque esta muestra es muy pequeña.

Stewart, y Boydell, (1993)

N = 259

Edad X = 50.8

Mujeres climáticas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de analisis: Estadística univariada, bivariada, y regresión múltiple.
<p>Resultados: Las mujeres que asisten a las clínicas de climaterio, tienen más antecedentes de desórdenes psiquiátricos relacionados con eventos reproductivos: disforia por anticonceptivos orales, disforia por síndrome premenstruales, depresión postnatal, y depresión postparto.</p> <p>Conclusión: Las mujeres que asisten a clínicas de climaterio no son representativas de toda la población de mujeres climatéricas en cuanto rasgos de personalidad y antecedentes depresivos.</p>
Hay, Bancroft, y Johnstone, (1994)
<p>N = 78 Edad 37-59 Mujeres climatéricas</p> <p>Tipo de estudio: Observacional, correlacional epidemiológico.</p> <p>Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada</p>
<p>Resultados: Se encontró que existe fuerte asociación entre asistencia a la clínica menopáusica y antecedente de enfermedad depresiva, con reciente recaída. 35% de las pacientes experimentaron por vez primera depresión en la perimenopausia.</p> <p>Conclusión: Las mujeres que asisten a clínicas de climaterio tienen antecedentes depresivos y posibles trastornos de personalidad, aunque no se descarta que la depresión sea para algunas mujeres un evento asociado a los cambios hormonales.</p>
Huerta, Mena, Malacara, Díaz de León, (1995)
<p>N = 222 Edad = 36-61 Mujeres Perimenopáusicas</p> <p>Tipo de estudio: Observacional, correlacional epidemiológico.</p> <p>Tipo de análisis: Estadística univariada, bivariada, y regresión múltiple.</p>
<p>Resultados: Los sujetos en la menopausia tardía presentaron una mayor alteración del sueño, una pérdida del interés sexual y un síndrome de nido vacío que las mujeres con etapas menopáusicas tempranas. Además, las actitudes hacia la sexualidad se correlacionan con la depresión, ansiedad, y el síndrome del nido vacío. Los datos</p>

de resistencia a la insulina se asociaron con una mayor depresión y alteraciones del sueño; el sobrepeso se asoció con alteraciones del sueño, y cambios hormonales.

**Conclusiones:**

La producción de eventos depresivos en el climaterio es multicausal, e incluye aspectos de soledad, actitudinales negativos hacia la sexualidad, aspectos biológicos y de cambios intrafamiliares.

Saletu, Brandstatter, Metka, Stamenkovic, Anderer, Semlitsch, Heytmanek, Huber, Grunberg y Linzmayer, (1995)

N= 69 mujeres postmenopáusicas Edad = 45-60 años  
Con diagnóstico de depresivas mayores sin cuadro psicótico.

Tipo de estudio:  
Cuasiexperimental

Tipo de análisis:  
Estadística univariada, bivariada.

**Resultados:**  
Recibieron aleatoriamente dosis de estradiol por 3 meses o placebo.  
Se encontró disminución de su depresión y un mejor funcionamiento cerebral en las mujeres que recibieron el estradiol ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:**  
El estradiol disminuye el nivel de depresión en la postmenopausia.

Bromberger y Matthews, (1996)

N = 460  
Edad = 42-50  
Mujeres Premenopáusicas

Tipo de estudio:  
Epidemiológico Observacional, longitudinal, correlacional.

Tipo de análisis: Estadística univariada, bivariada, e inferencial.

**Resultados:**  
Las mujeres que presentaron mayor nivel de depresión padecen la presencia de eventos estresantes de tipo crónico; padecen altos puntajes en ansiedad y pesimismo.

**Conclusión:**  
Los cambios en los estatus menopáusicos no explican por sí solos el surgimiento de la depresión, sino que está se asocia con aspectos de personalidad y por la presencia de eventos estresantes.

Sherwin, (1998)

N1= 315

Edad X = 52  
Mujeres histerectomizadas  
N2= 625  
Edad X= 51  
Mujeres histerectomizadas

Tipo de estudio:  
Epidemiológico Cuasiexperimental

Tipo de análisis: Estadística univariada, bivariada, e inferencial.

Resultados:  
Las mujeres histerectomizadas investigadas presentan altos niveles de depresión en las muestras estudiadas. Ante la aplicación de tratamientos hormonales de reemplazo, se observó que se redujeron los síntomas depresivos.

Conclusiones:  
Para la población de mujeres histerectomizadas, la administración de tratamientos hormonales de reemplazo, disminuye significativamente la depresión.

Carranza y Valentino, (1999)

N=12 mujeres postmenopáusicas divididas aleatoriamente.

Tipo de estudio:  
Epidemiológico Cuasiexperimental

Tipo de análisis:  
Univariado, bivariado, no paramétrico.

Resultados:  
En un diseño cuasiexperimental, la mitad de las mujeres recibió un tratamiento hormonal de estrógenos equinos (0.625 mg por día) y se observó una reducción significativa de su depresión, medida en la escala de Hamilton, a diferencia del grupo control. ( $p < 0.05$ ).

### 1.6.2. AUTOESTIMA

Algunos autores consideran que existe relación entre el nivel de autoestima y los síntomas que presenta la mujer durante el climaterio (Hunter y Liao, 1994; Bell, 1995).

Hunter y Liao, (1994)

61 mujeres  
Edad = 35-71

Tipo de estudio: Epidemiológico, observacional.

<p>Tipo de análisis: Univariado, bivariado y multivariado.</p>
<p>Resultados: Al investigar los aspectos cognitivos, afectivos, y de comportamiento de los bochornos, se encontraron dos factores separados: frecuencia de bochornos y sudoraciones y problemas de ansiedad o percepción de los bochornos. La baja autoestima, depresión y ansiedad discriminó a aquellos que perciben a los bochornos como problemáticos de aquéllos quienes no.</p>
<p>Conclusiones: La experiencia del síndrome climatérico se ve influida por variables psicológicas como la autoestima, la depresión y la ansiedad.</p>
<p>Bell, (1995)</p>
<p>130 Mujeres chicanas Edad = 28-75</p>
<p>Tipo de estudio: Epidemiológico, observacional.</p>
<p>Tipo de análisis: Univariado, bivariado.</p>
<p>Resultados: Al comparar entre mujeres hispanas residentes en los Estados Unidos, se encontró que las actitudes más positivas hacia el climaterio se encontraron entre las mujeres hispanas con una mayor autoestima y menos aculturadas al estilo de vida estadounidense.</p>
<p>Conclusiones: Existe una relación entre aspectos de la personalidad como la autoestima en la evaluación y el afrontamiento que hacen las mujeres hispanas, del climaterio.</p>

### 1.6.3 EVENTOS DE VIDA ESTRESANTES

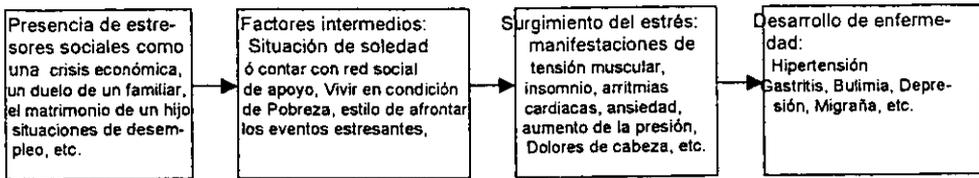
Una de las variables intervinientes más discutidas cuando se pretende establecer específicamente los síntomas psicológicos durante el climaterio, es la presencia del estrés derivado de cambios en la vida social de la mujer madura, lo cual debe de ser controlado para delimitar la relación entre los eventos biológicos y los sociales durante el climaterio.

Estos estudios sobre la relación entre los eventos de vida con el estrés, se desarrollaron a partir de los años cuarenta, en el área de la salud. En 1936 Selye definió al estrés como el "síndrome de adaptación general" un conjunto de reacciones fisiológicas no específicas a varios agentes ambientales no específicos (Rabkin y Struening, 1976).

Por otra parte, distintos estudios han mostrado relaciones entre el estrés y el desarrollo de algunos padecimientos crónicos y enfermedades (Nuckolls, 1972; Jackson, 1954; Brown, 1981), lo cual ha popularizado la idea de que el estrés es nocivo para la salud; sin embargo la presencia del estrés ocurre en interacción con

otras importantes variables, como el apoyo social (Sidney, 1976) y el estilo de afrontamiento, lo que indica que entre los eventos estresantes y el nivel de estrés, existen variables que atenúan o aumentan la tensión en las mujeres.

Rabkin y Struening (1976), proponen que existe una secuencia de condiciones para que se produzca el estrés, y se genere enfermedad. Primeramente en su modelo, es necesaria la presencia de estresores y que la persona los perciba. Estos factores son atenuados o no por la presencia de factores intermedios, como puede ser la ausencia o no de una red social de apoyo. Posteriormente, el estrés se desarrolla dependiendo del paso anterior y puede desencadenar desajustes corporales derivados de la tensión.



Estresores sociales según Holmes y Rahe (1967), son un conjunto de circunstancias cuya presencia significa o requiere un cambio en el patrón individual de vida. De acuerdo con esta definición, los estresores sociales no causan enfermedad pero pueden alterar la susceptibilidad personal en un período de tiempo y servir como un factor desencadenante.

Factores intermedios son aquéllas características de la persona, tanto individuales (experiencia previa, estilo de afrontamiento, personalidad, etc.) así como de su sistema de soporte social que influencia o median la percepción o sensibilidad a estresores. Algunos son factores predispositores a largo plazo, los cuales tienen peso sobre el riesgo individual de enfermarse, como los altos niveles de colesterol asociados al infarto del miocardio. Otros podrían volver al organismo menos vulnerable al estrés, y actuar como factores protectores de la salud de la persona. En general, la consideración de factores intermedios contribuye a un entendimiento de sensibilidad diferencial a estresores sociales.

El estrés es la respuesta del organismo a condiciones estresantes, que consisten de un patrón de reacciones fisiológicas y psicológicas, ambas inmediatas y retrasadas.

Factores que predisponen son patrones de comportamiento, experiencias de la infancia, y características que podrían alterar la susceptibilidad del individuo a la enfermedad, como por ejemplo, el grado de neuroticidad o el tabaquismo.

Factores precipitantes, en contraste, regulan el tiempo del desarrollo de una enfermedad. El término refiere para la mayor parte a más o menos cambios pasajeros en las condiciones existentes.

Enfermedad crónica se refiere a síndromes como alteraciones de ritmos metabólicos, nerviosos, cardiovasculares, etc. generalmente de muy larga duración y que no son infecciosos. Es la presencia de la enfermedad más bien que

la gravedad de ellas, que usualmente se piensan cómo influenciadas por la experiencia del estrés.

El papel del estrés en la etiología de varias enfermedades ha sido investigado en los últimos 25 años. Se atribuye a las observaciones de William B. Cannon sobre los cambios del cuerpo relacionados con emociones, y al interés de Adolph Meyer por elaborar un primer instrumento para su medición (la *carta de vida*) como una herramienta en el diagnóstico médico, la cual fue presentada en 1949 en la conferencia de estrés y enfermedad corporal por la Asociación de Investigación Nerviosa y Mental (Rabkin y Struening, 1976).

La investigación sobre eventos de vida estresantes tiene como propósito demostrar la asociación temporal entre una enfermedad y un reciente incremento en el número de eventos estresantes de vida que requieren respuestas socialmente adaptables de parte de los sujetos.

El impacto de cada evento es presumiblemente aditivo; se espera que un mayor número de eventos tiene un mayor número de efectos. Se asume que cada evento sirve como un factor precipitante, influenciando el tiempo del desarrollo de una enfermedad, pero no el tipo de episodios de enfermedad.

La mayoría de los investigadores que trabajan en este campo han adoptado la lista original de Holmes y Rahe (1967) de 43 reactivos, o la han adaptado. Esta lista intenta representar situaciones comunes relacionadas con la familia, la propia persona, el trabajo, y eventos financieros que requieren o significan un ajuste del sujeto para enfrentarlos. Los puntajes de la primera versión, se conocieron como la Cédula de Experiencias Recientes (SER en inglés). Posteriormente se construyó otra versión mediante la asignación de valores a cada reactivo mediante un método de jueces, a la que se le llamó Escala de Puntaje de Reajuste Social (SRRS). Muerte de la esposa, por ejemplo, tuvo un peso de 100 (la posición extrema más alta), matrimonio, 50; cambio en recreación, 19; y vacaciones, 12, entre otros. Esta lista aplicada de 6 a 24 meses, es la típica forma de medición de los eventos estresantes de vida.

En sus estudios retrospectivos, Rahe (1967) y sus colaboradores preguntaron a 2000 personas de la marina que reportaran los cambios en su vida e historias de enfermedad durante los 10 años previos. El número de episodios de enfermedad fue relacionado a los puntajes en la escala SRRS; estos puntajes fueron referidos como unidades de cambio de vida o UCV's (LCV). En general, de acuerdo con estas investigaciones, aquellos quienes grabaron menos que 150 UCV's de un determinado año reportaron buena salud para el siguiente año; para aquéllos entre 150 y 300 UCV's al año, cerca de la mitad reportó enfermedad en el próximo año; y cuando los puntajes anuales de UCV excedieron los 300, lo cuál fue una pequeña proporción de los encuestados, la enfermedad siguió en el 70% de los casos, y además tendió a vincular múltiples episodios (Rabkin y Struening, 1976).

En numerosos estudios se han encontrado asociaciones similares entre el número y la intensidad de los eventos de vida y la probabilidad de enfermedad específica en el futuro próximo (Holmes y Masuda, 1974; Rahe, 1972 cit. en Rabkin, y Struening, 1976).

Tanto en estudios retrospectivos y prospectivos, se han encontrado relaciones modestas pero estadísticamente significativas entre eventos de cambio

de vida y la ocurrencia de infartos al miocardio, accidentes, lesiones atléticas, tuberculosis, leucemia, esclerosis múltiple, diabetes, etc. (Bramwell, Masuda, Wagner, y Holmes, 1975); Antonovsky y Kats cit. en Rabkin y Struening, (1976); Rahe y Lind (1971) cit. en Rabkin y Struening, (1976).

### 1.6.3.1. COMO AFECTA EL ESTRÉS A LA SALUD

Lo que determina la fisiología del estrés, son las denominadas glándulas suprarrenales, que están ubicadas en la parte superior de cada uno de los riñones y que están relacionadas, en orden ascendente, con la hipófisis, el hipotálamo y finalmente con el cerebro (el eje cerebro-hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), formaciones de las que recibe órdenes para normar sus actuaciones ante situaciones de riesgo, pero también a las que envía información del estado que guarda el organismo, para establecer de esa manera el círculo del equilibrio o retroalimentación. Se afirma de las suprarrenales que son las glándulas del estrés (Pérez, 1998).

Ante un determinado estímulo, experiencia o vivencia estresante, el cerebro procesa esta vivencia para saber si es o no comprometedor, según las experiencias previas en la historia de cada individuo. Si el procesamiento cerebral de la vivencia resulta tranquilo, el cerebro no actúa mayormente, pero en caso contrario, "ordena" al resto del cuerpo reaccionar consecuentemente, en forma defensiva, para luchar o huir.

Una vez que ingresa la vivencia, el primer relevo es una pequeña formación llamada el hipotálamo, que se encarga de enviar el siguiente "mensaje" de alarma al otro relevo que está en la parte anterior de la glándula hipófisis o pituitaria.

Esta hipófisis elabora la hormona que se llama ACTH que va a hacer el siguiente relevo en la corteza de la glándula suprarrenal, ubicada encima del riñón.

Esta corteza suprarrenal fabrica finalmente, por influencia de esta "orden", una hormona corticoide (la cortisona), que es una de las hormonas del estrés.

Al final de todo este proceso, la corteza suprarrenal, en un momento dado, informa de vuelta (biorretroalimentación) a la propia hipófisis cómo está su producción de corticoides, para que no le envíe más ACTH si ya no se requiere.

Todo el proceso hasta aquí descrito se hace por vía sanguínea. Pero falta el mecanismo de acción de la otra hormona del estrés que es la adrenalina, considerada la representante de un grupo denominado catecolaminas.

En este caso, el mensaje del hipotálamo hacia la suprarrenal es por vía neural, es decir, el mensaje proveniente del cerebro viaja por un nervio, perteneciente al sistema nervioso simpático, que baja por la médula espinal y a poco sale hacia la parte central de la glándula suprarrenal, que se llama médula.

Al igual que con los corticoides, la suprarrenal informa a los centros superiores cuándo ya no hay necesidad de mayor influencia adrenérgica. Las suprarrenales fabrican y secretan dos tipos de hormonas:

- 1) Las corticoides, también llamados corticosteroides, cuyo representantes es la cortisona. Son fabricados por la cubierta o corteza de las glándulas.
- 2) Las catecolaminas, cuyo representante más popular es la adrenalina, fabricada por la parte central o medular de dichas glándulas.

Ambos grupos son, las principales hormonas del estrés y son las que se elevan exageradamente en la sangre cuando un individuo está sometido a una situación problemática, de tal manera que son sustancias que tienen una relación directa con los momentos o situaciones de conflicto del individuo, las que le dan tanto el ánimo como la fuerza para luchar o para huir ante una adversidad.

Cuando el individuo está expuesto en forma crónica a estas situaciones estresantes, obviamente que ocurre en él un aumento también crónico en las hormonas, mismas que producen alteraciones en varios órganos. Estas alteraciones son al principio "funcionales" nada más, es decir, con la posibilidad de que desaparezcan cuando se elimine el conflicto que se enfrenta; pero si persisten crónicamente estas alteraciones "funcionales", se convierten poco a poco en alteraciones orgánicas, lo cual implica ya una lesión física (corazón, arterias, estómago, etcétera). En algunos casos hay posibilidad de curación o cicatrización, siempre que se retire al sujeto de la fuente de tensión, pero en otros muchos casos el mal ocasionado puede ser de por vida, si es que no sobreviene la muerte al empezar a producirse dicha lesión.

En el caso de que haya un estrés agudo, es decir, una crisis grave, pero transitoria (un susto o un gusto), el incremento de adrenalina o de otras hormonas del estrés se convierte en la señal de alarma para que el organismo ponga en juego una serie de mecanismos que le confieren recursos para defenderse o para huir del conflicto o del peligro repentino.

Uno de esos recursos compensatorios es, como ya se dijo, la movilización de las reservas de glucosa (azúcar) que el hígado posee, para vaciarlas al torrente sanguíneo y así disponer del energético o el combustible para manejar la urgencia.

### 1.6.3.2. ENFERMEDADES DEBIDAS AL ESTRÉS

El estrés, o mejor dicho, el estrés, es, en sí mismo, un trastorno --o un síndrome en tanto conjunto de signo o síntomas que pone en aprieto la salud o el bienestar de quien lo padece. Pero además, el estrés genera otras enfermedades que se han denominado genéricamente enfermedades por estrés, aun cuando cada una tiene su nombre específico, como se verá más adelante.

Las enfermedades que sobrevienen como consecuencia del enfrentamiento con muchas situaciones estresantes pueden dividirse en dos grupos, de acuerdo con el tiempo y con la intensidad de la exposición de los individuos a dichas situaciones:

- 1) Enfermedades por estrés agudo.
- 2) Enfermedades por estrés crónico.

Pero en cada uno de ambos casos cabe hacer otra división, de acuerdo con el tipo de daño que el estrés ocasiona en el organismo: fisiológico únicamente, esto es, reversible; o bien orgánico. En caso, las enfermedades puede ser:

- 1) Enfermedades *psicofisiológicas*: también llamadas psicofuncionales, en las que únicamente existe un daño de la *función* del órgano, y que a su vez pueden ser:
  - a) Psíquicas o emocionales (de la mente).
  - b) Somáticas (del cuerpo).

2) Enfermedades *psicorgánicas* o *estructurales* en la lesión ya es *orgánica*.

## **I. ESTRÉS AGUDO**

El estrés agudo se debe a una agresión violenta pero breve de los estímulos del ambiente: un ruido súbito, como el de una puerta al golpear; una explosión o una emoción intensa con motivo de un accidente o una intervención quirúrgica; o también una mala o incluso una buena noticia recibida de repente.

La reacción del organismo ante esta agresión intempestiva y breve será rápida e intensa, aunque a menudo las consecuencias molestas, leves o severas, son de corta duración. Sin embargo, aún así, a veces originará enfermedades diversas, que pueden llegar a ser dramáticas, como las siguientes.

### **ULCERA DE ESTRÉS**

La úlcera de estrés suele formarse con suma rapidez —en cuestión de horas— en el estómago, a consecuencia, por ejemplo, de una intervención quirúrgica, y muy a menudo se complica con hemorragia.

La evolución de este padecimiento casi siempre es breve porque también es corto el tiempo de ataque de los agentes nocivos del ambiente. Es la crisis de miedo o de angustia ante los riesgos de la muerte (el estrés), junto con la agresión quirúrgica, las que ocasionan el desperfecto en la mucosa del estómago, que es el órgano comúnmente afectado.

### **ESTADOS DE SHOCK**

Otro ejemplo de una enfermedad por estrés agudo son los llamados estados de shock, que se observan sobre todo durante las grandes catástrofes, como los sismos o los accidentes aéreos, en los que las víctimas quedan anonadadas ante sus casas en ruinas, llorando la muerte de los suyos, incapaces de reaccionar lógicamente o incluso impotentes para protegerse de un peligro, en virtud de que no tienen en orden sus facultades mentales. También en este caso la evolución del cuadro casi siempre dura sólo unos cuantos días.

### **NEUROSIS POSTRAUMÁTICA**

Un tercer estado patológico generado por estrés agudo sería la denominada neurosis postraumática, que puede aparecer después de un gran pánico provocada por un terremoto o un accidente por mal tiempo.

En estos casos, el sujeto revive sin cesar la situación traumatizante en forma de pesadilla o de recuerdos obsesivos, y puede ir mostrando un ensimismamiento más o menos acusado que, al tiempo que perpetúa el efecto de estupefacción originado por el traumatismo inicial, revela el rechazo de la catástrofe.

La diferencias entre esta enfermedad y el estado de shock son que la neurosis postraumática es de más larga duración y la recurrencia que ésta suele tener, a la menor insinuación.

En la neurosis, por lo demás, el raciocinio está indemne y podría decirse que es justo la integridad de la razón lo que ayuda a lo abigarrado de la reacción

neurótica, por cuanto que el paciente está racionalmente consciente de la gravedad del problema que enfrenta.

Esta enfermedad o síndrome en la actualidad se denomina también trastorno de estrés postraumático. Los síntomas se manifiestan como pesadillas que reviven, por cierto, la experiencia traumática; nerviosismo e hipersensibilidad en sus relaciones interpersonales; tendencia a evadir situaciones que se ligen o se parezcan a las que ocasionaron el trauma psíquico.

## **DIABETES POR ESTRÉS**

En el caso de un estrés agudo, bien por un susto o por un gusto, el aumento de la adrenalina trae como consecuencia el aumento del azúcar sanguíneo circulante proveniente de la reserva almacenada en el hígado.

En estas condiciones el azúcar que circula por la sangre requiere insulina, una hormona fabricada por el páncreas, que metaboliza o degrada dicho energético en los derivados aprovechables por el organismo, de tal manera que cada crisis de estrés trae consigo un exceso de azúcar circulante y, en consecuencia, implica un aumento de la insulina que el páncreas se ve forzado a producir.

De la incapacidad biológica, determinada por la herencia y el estilo de vida, el páncreas puede ser incapaz de aumentar la producción de insulina, lo cuál puede derivar en el desarrollo de la diabetes mellitus, que consiste en una deficiencia en la capacidad del organismo para aprovechar el azúcar que se ingiere con los alimentos, pues habrá una escasez permanente en la fabricación de insulina por parte del páncreas.

## **II. ESTRÉS CRÓNICO**

Todas las enfermedades o los procesos antes mencionados están desencadenados por una crisis súbita de estrés agudo. El estrés crónico por otra parte, es aquél que persiste por un tiempo prolongado o es el que resulta de la repetición durante meses e incluso años de pequeños o de grandes ataques aislados de estrés.

Aunque el estrés crónico ocurre con menos intensidad, se da sin embargo de manera más permanente, y a la larga también puede acarrear auténticas enfermedades con mayor frecuencia y aun gravedad que en caso del estrés agudo.

El estrés crónico puede ser generado por un sinnúmero de problemas recurrentes del ambiente. Las desavenencias conyugales, las malas relaciones en el trabajo, el ambiente ruidoso de la ciudad, los problemas económicos, las dificultades de tránsito en las calles de las grandes ciudades, etc. Pueden ser algunos de los problemas que lo provocan.

La respuesta del estrés se perpetúa progresivamente y genera los consiguientes trastornos psicológicos y fisiológicos, como fatiga, desgano, angustia, tendencia depresiva; alteraciones diversas como dolores de cabeza y de espalda, digestiones pesadas, impotencia sexual, hasta generar la aparición de enfermedades más estructurales de tipo psicofisiológico o bien de tipo psicorgánico que más adelante serán mencionadas.

## **ESTRÉS Y TIMIDEZ**

La timidez genera estrés. La evidencia más fuerte de esto proviene de un estudio de 107 niños investigados por Jerome Kagan (1990), profesor de psicología de la Universidad de Harvard. Este investigador encontró que desde una etapa tan precoz como los dos años de edad, cerca de 15% de los niños estadounidenses son cautelosos y extraños; muestran mayor cantidad de signos de estrés físico durante las sesiones de juego y prueba mentales.

Comparados con un grupo de conducta fluida o comunicación interpersonal fácil, se encontró que los niños tímidos tienen su ritmo cardíaco más acelerado, tienen más tensión muscular cuando se mueven y tienen niveles más altos de cortisol, una de las hormonas del estrés fabricada por la glándula suprarrenal.

Las personas tímidas como Zimbardo, más que poner atención a lo que los demás dicen, a menudo se preocupan de lo que ellos van a decidir, y esto puede predisponerlos a la hipertensión arterial. En una conversación la presión la presión arterial se eleva cuando uno habla y desciende cuando escucha, de acuerdo con la investigación de James Lynch, autor del libro titulado *The Language of the Heart* (El lenguaje del corazón).

## **ESTRÉS Y MEMORIA**

El estrés puede bloquear el aprendizaje e incluso aniquilar células cerebrales. El neurobiólogo Richard Thompson (1992), demostró que el estrés puede generar déficit de aprendizaje al alterar la "potenciación de largo plazo", un mecanismo de la memoria que se cree es un componente de la formación de la memoria asociativa.

La potenciación de largo plazo propicia la eficiencia en la comunicación entre las células cerebrales, es decir, la rapidez con que un mensaje puede viajar por el cerebro, "punteando" los billones de infinitesimales espacios (sinapsis) que hay entre cada una de las células cerebrales. Thompson (1992) concluye que no sólo es el estrés en sí el que daña la capacidad para el aprendizaje, sino también el grado de control que el individuo tenga sobre ese estrés o las situaciones que lo producen.

Las investigaciones también han puesto de manifiesto que una de las hormonas del estrés (la cortisona), puede deteriorar a las dendritas de las neuronas cerebrales de la zona denominada hipocampo, cuya imagen al microscopio revela un aspecto "boscoso" poco nítido.

Una de las consecuencias del exceso de estrés en la vida es la depresión, y las personas deprimidas tienen memoria pobre, según Le Doux (1996).

Cuando el cuerpo padece estrés patológico o estrés desvía toda su energía a los músculos, para poder luchar o huir. La cortisona así producida suprime la captación neuronal del energético que circula por la sangre: la glucosa. Las neuronas pierden de esa manera de 20% a 30% de su energía.

## **III. ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS**

Estas son enfermedades que resultan, como ya se dijo antes, exclusivamente de la alteración de determinada función y no de la estructura orgánica. Se trata de enfermedades causadas por una exageración o una exaltación, aunque también pueden ser producto de un déficit en la función de

determinada parte del cuerpo humano, como consecuencia de una causa psíquica: el estrés.

Lo anterior quiere decir, en principio, que al suprimirse la fuente generadora de estrés, o al resolverse los problemas que confronta el individuo, la función alterada a lo normal y consecuentemente desaparece la enfermedad.

## **ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EMOCIONALES**

Estas son las enfermedades psicofisiológicas por estrés que sólo alteran la función emocional o psíquica; es decir, las alteraciones fisiológicas de causa psíquica desembocan en una enfermedad también psíquica.

### **NEUROSIS DE ANGUSTIA**

La neurosis de ansiedad es la neurosis más común, y se ha dicho de ella que es el mal de la época moderna por la gran excitación con que se vive en la actualidad. Los síntomas de esta enfermedad son de dos tipos:

*Psicológico.* Este síntoma psicológico es lo que se conoce como nerviosismo, ansiedad o angustia, que en la práctica son términos sinónimos. El enfermo tiene la sensación de que va a ocurrir algo grave, en forma inminente, pero sin que se sepa de qué se va a tratar ni por qué causa. Es una sensación de zozobra, de ansia o a veces de irritabilidad, pero, insistimos, de origen desconocido para el individuo, porque cuando el sujeto conoce la causa de su intranquilidad o nerviosismo, ya no se llama angustia sino miedo.

*Físicos.* Los síntomas físicos de la neurosis de angustia son sudoración de las palmas de las manos y de las axilas, ligero frío en todo el cuerpo, sensación de ahogo o de un "nudo en la garganta"; inquietud motora que se manifiesta en la imposibilidad de estarse quieto; deseos frecuentes de orinar o defecar, trastornos del sueño, falta de apetito o en ocasiones exceso del mismo, a veces deseos de llorar, etcétera.

Todos estos síntomas son producidos, como ya se ha mencionado, por el exceso de adrenalina circulando en la sangre.

### **NEUROSIS DEPRESIVA**

La neurosis depresiva es otra neurosis muy común en las personas que se enfrentan a situaciones que producen estrés.

La depresión es una enfermedad adaptativa, causada por el esfuerzo del cuerpo y de la mente para adecuarse a las circunstancias de la modernidad. En esta neurosis se encuentran dos tipos de síntomas:

*Psicológico.* La sensación emocional o psíquica del paciente es de tristeza, de desesperanza, de una especie de dolor moral que le hace ver gris todo en su vida. Padece gran inseguridad en sí mismo y presiente el futuro en forma sombría. La persona suele estar tan deprimida que lo único que desea es dejar de vivir.

Físicos. El deprimido se muestra lento en sus reacciones; sus funciones digestivas son deficientes, con estreñimiento y mala digestión; hay falta de apetito, deficiencia de la función sexual; pérdida de peso, etc.

### **SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

La particularidad esencial de este trastorno es la aparición de síntomas característicos de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en que el individuo experimenta hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e incontrolables. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico.

### **ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS SOMÁTICAS**

#### **COLITIS NERVIOSA**

Entre las enfermedades psicofisiológicas somáticas se puede contar la colitis nerviosa, en la que existe un aumento crónico del tono muscular del colon o intestino grueso, estreñimiento, indigestión, mal aliento, etc., síntomas todos ellos de tipo "funcional somático", es decir, sin que exista lesión del órgano.

#### **MIGRAÑA**

Este padecimiento consiste en un dolor intenso en la mitad de la cabeza, de comienzo y final intempestivos, alteraciones visuales que han sido denominadas "moscas volantes" (escotomas), y con fotofobia (intolerancia visual a la luz), náuseas y a veces vómitos. Al pasar el dolor sobreviene una sensación de bienestar marcado y a veces somnolencia.

Esta es una enfermedad por estrés que consiste en una contracción de los vasos sanguíneos más finos del cerebro seguida de una dilatación severa de los mismos.

### **ESTRÉS Y ALTERACIONES DEL SUEÑO**

Las alteraciones del sueño son otras de las consecuencias que el estrés puede tener para la salud de las personas, aunque existe mucha confusión a nivel popular entre el verdadero insomnio y cambios eventuales en el sueño debidos a cambios temporales en el estilo de vida.

### **IV. ENFERMEDADES PSICORGÁNICAS**

El otro gran grupo de enfermedades por estrés es el de las enfermedades psicorgánicas, en las que a fuerza de repetirse o de prolongarse el trastorno funcional ya se puede encontrar una lesión estructural de algún órgano que, al ser tratado el paciente, ya sea médica o psicológicamente, puede curarse la enfermedad, si al mismo tiempo se logra suprimir la o las causas externas del estrés.

A este tipo de enfermedades pertenecen la úlcera gástrica o duodenal; el infarto del corazón; el accidente vascular cerebral o trombosis cerebral (o como se conoce popularmente; la "embolia"; la hipertensión arterial, etc.

La instalación de una enfermedad orgánica ocurre cuando se persiste en la exageración de una función orgánica por un tiempo prolongado, hasta producirse la lesión del órgano.

### 1.6.3.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION ENTRE EVENTOS ESTRESANTES Y CLIMATERIO

Durante la edad del climaterio, ocurren gran cantidad de eventos estresantes, que tienen un efecto confusor sobre los síntomas del climaterio. Es importante investigar cuál es el efecto de dichos eventos sobre el cuadro global del climaterio.

Diversos autores (Crawford y Hooper, 1973; Bekker y Kramers, 1994; Kirchengast, 1992) han señalado que existe una confusión entre el estrés psicológico derivado de los eventos sociales normales de la edad en la que ocurre el climaterio, con los síntomas psicológicos atribuidos en esta etapa a los cambios hormonales. En otras palabras, que los conflictos psicológicos que ocurren en la edad mayor de la mujer están relacionados con situaciones familiares estresantes (matrimonio de los hijos, familia numerosa, síndrome del nicho vacío, divorcio, viudez, pérdida de los padres, etc.) más que con una reducción de la actividad hormonal.

Por otra parte, otros autores hacen referencia al peso de otros factores como los socioeconómicos (Koster y Davidsen, 1993); el pesimismo (Bromberger y Matthews, 1996); el tipo de actividad laboral (High y Marcellino, 1994); una mayor identificación con el rol tradicional femenino (Casamadrid, 1985); tener o no tener pareja, (McKinlay, McKinlay y Brambilla, 1987).

Crawford, (1973).

N = 106

Edad X = 48

Mujeres climatéricas y postmenopausicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis:

Estadística univariada y bivariada.

Resultados:

- 1) La mayoría de las mujeres consideró que el matrimonio del hijo fue un evento que les afectó emocionalmente, pero esto tiene mayor repercusión en sus síntomas psicológicos climatéricos, cuando el hijo es varón.
- 2) El nacimiento de un nieto incrementa los síntomas fisiológicos en el climaterio.

Conclusiones: los cambios en las relaciones familiares constituyen eventos que pueden resultar estresantes y que afectan la experiencia femenina durante el

climaterio.

McKinlay, McKinlay y Brambilla, (1987)

N = 2500

Edad X = 45-55 años

Mujeres pre, post y menopausicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Resultados:

Los incrementos mayores en depresión se correlacionaron con la mayor preocupación debida a la doble jornada de trabajo entre matrimonio y trabajo asalariado, además de problemas familiares. A su vez, se encontró que el estatus marital y el nivel educativo se encuentran asociados significativamente con la depresión en el climaterio.

Conclusiones: El estrés de los múltiples roles en la mujer se asocia con el incremento de la depresión en el climaterio.

Kirchengast, (1992)

N = 110

Edad X = 47.9

Mujeres Postmenopáusicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Resultados:

Se examinó la influencia del número de nacimientos y abortos en la forma del cuerpo, edad de la menopausia, síntomas climatéricos y no se encontró una correlación entre fertilidad y edad de la menopausia, pero la menopausia más severa mostró una correlación positiva con la fertilidad. En mujeres con muchos hijos los síntomas individuales se presentaron de un modo más severo. El incremento del número de hijos estuvo asociado con un incremento de trastornos somáticos; los problemas psicológicos fueron reforzados por el estrés de una familia numerosa. Las enfermedades somáticas y el estrés psicológico fueron mayor para las mujeres más obesas.

Conclusión:

Los síntomas en el climaterio están relacionados con factores como la fertilidad y el estrés de una gran familia.

Koster y Davidsen, (1993).

N = 526

Edad = 51 años

Mujeres

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Se examinó la prevalencia de molestias en el climaterio en la población danesa y se probó retrospectivamente la validez de la asociación entre el desarrollo de dichas molestias, con el desarrollo de la menopausia, la ocurrencia de los eventos de vida, y el contexto social.

Resultados: El análisis de regresión logística se realizó en una muestra restringida a las mujeres que tuvieron una menopausia natural, y reveló la prevalencia de bochornos, cambios de humor, y fatiga se asoció significativamente con el nivel socioeconómico. Los eventos de vida fueron ocasionalmente asociados con la prevalencia de los malestares estudiados.

Conclusiones: Existe una asociación entre nivel socioeconómico y prevalencia de bochornos, irritabilidad y fatiga en la postmenopausia.

Bekker y Kramers, (1994).

N = 65

Edad = 47-55 años

Mujeres

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Se estudió la relación entre la experiencia de discontinuidad en sus vidas como resultado de la menopausia y sus opiniones acerca del estado de salud, las causas a las cuales ellos atribuyen a sus problemas de salud, y sus modos de tratar con problemas de salud.

Resultados: Se encontró una correlación ( $r=.78$ ) entre la experiencia de discontinuidad existencial como resultado de la menopausia con cambios en la vida social.

Conclusión: La *experiencia existencial* en la menopausia está relacionada con otros cambios en la vida personal de las mujeres, como son los cambios en la dinámica familiar, y no exclusivamente con eventos biológicos hormonales.

**High y Marcellino, (1994)**

N = 89

Edad X = 47.5

Mujeres Postmenopáusicas que trabajan

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

El estudio tuvo como objetivo que los sujetos señalaran cualquier dificultad en su ambiente laboral derivado de sus síntomas en el climaterio, comparando a personal técnico y personal ejecutivo.

Resultados: fueron señaladas las sudoraciones nocturnas y los bochornos por el 40% de las mujeres, así como la ganancia de peso, la irritabilidad, depresión, cambios de humor e inflamación. Estos síntomas fueron señalados como obstáculos a sus vidas por el 47% de los sujetos, con un 30% indicando que su productividad laboral se había visto afectada adversamente. Los síntomas de irritabilidad y cambio de estado de ánimo mostraron correlaciones significativos con la productividad laboral. Excluyendo a las sudoraciones nocturnas y a los bochornos, el grupo de personal técnico mostró significativamente más alto porcentaje reportando cada síntoma en 7 de los 8 síntomas listados.

Conclusiones:

Existen diferencias en los síntomas climatéricos de acuerdo al estatus laboral de la persona. Las trabajadoras ejecutivas reportan menor grado de síntomas, que las trabajadoras no ejecutivas.

**Bromberger y Matthews, (1996)**

N = 460

Edad = 42-50

Mujeres Premenopáusicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional epidemiológico.

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada y multivariado.

Se examinaron las contribuciones del estrés, el estatus climatérico, el pesimismo, y el tratamiento de la ansiedad en el incremento de los síntomas depresivos en el climaterio a lo largo de 3 años.

Resultados: El análisis multivariado mostró que después de ajustes estadísticos para los síntomas depresivos iniciales y educación, fueron mayores los síntomas para las mujeres (a) quienes reportan eventos estresantes, especialmente de naturaleza crónica, (b) quienes puntaron alto en el manejo de ansiedad, y (c) quienes fueron pesimistas y posteriormente experimentaron estrés al implicarse en problemas.

<p>Cambios en el status menopáusico no se relacionaron con síntomas.</p> <p>Conclusiones: El estudio confirma que el estrés, el optimismo y el manejo de la ansiedad son importantes predictores de los síntomas depresivos en el climaterio. Los eventos estresantes de tipo crónico se relacionaron con una mayor depresión. Los cambios en los estatus menopáusicos no se relacionan con la depresión.</p>
<p><b>Nedstrand, Wijma, Lindgren, y Hammar, (1998)</b></p> <p>Mujeres postmenopáusicas que tienen (n=16) y no tienen síntomas vasomotores (n=17)</p> <p>Tipo de estudio: Observacional, correlacional epidemiológico.</p> <p>Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.</p> <p>En este estudio se buscó determinar la relación entre el estilo de afrontamiento al estrés, el grado de neuroticidad y el síndrome climatérico.</p> <p>Resultados: Las mujeres que tienen síntomas vasomotores tienen un menor estilo de afrontamiento al estrés, que las mujeres que no tienen síntomas. Las mujeres en quienes la terapia hormonal es exitosa en la reducción de los síntomas vasomotores, también presentan mayor grado de neuroticidad.</p> <p>Conclusiones: La severidad de los síntomas vasomotores está relacionada con rasgos de personalidad, y con el estilo de afrontamiento.</p>
<p><b>Bairey Merz, Kop, Krantz, Helmers, Berman, y Rozanski, (1998)</b></p> <p>100 sujetos (84 hombres y 16 mujeres) además 19 sujetos normales, 23 controles y 58 sujetos.</p> <p>Tipo de estudio: Observacional, correlacional epidemiológico.</p> <p>Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.</p> <p>El objetivo de este estudio fue el analizar el efecto del estrés en el sistema cardiovascular, comparando para ello a tres muestras de sujetos.</p> <p>Resultados: Se encontró que las mujeres postmenopáusicas tienen una mayor respuesta cardiovascular al estrés que las premenopáusicas y que los hombres. (p&lt;0.05)</p> <p>Conclusiones: el estrés presenta manifestaciones orgánicas más severas en las mujeres postmenopausicas, que en otros grupos.</p>
<p><b>Batrinos, Panitsa-Fafila, Koutsoumanis, Vourlioti, y Koutsilieris (1999)</b></p> <p>N = 8 Mujeres postmenopáusicas</p>

<p>Estudio clínico</p> <p>El objetivo de este estudio fue el conocer los efectos del estrés en la secreción de andrógenos en el organismo.</p> <p>Resultados: El estrés produce una hiper secreción de andrógenos que pueden tener como consecuencia un aumento en los síntomas vasomotores en la postmenopausia.</p> <p>Conclusión: los síntomas vasomotores pueden verse incrementados por el efecto del estrés en la postmenopausia.</p>
<p>Igarashi, Saito, Morioka, Oiji, Nadaoka, y Kashiwakura, (2000)</p> <p>N1 = 19 N2 = 44 Mujeres menopáusicas y mujeres normales</p> <p>Tipo de estudio: Observacional, correlacional y epidemiológico.</p> <p>Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.</p>
<p>Se buscó en este estudio conocer la relación entre los eventos estresantes, los estilos de afrontamiento, con los síntomas climatéricos.</p> <p>Resultados: La severidad de los síntomas climatéricos correlaciona positivamente con el número de eventos estresantes indeseables y el grado de estilo de afrontamiento evasivo, y correlaciona negativamente con el grado de afrontamiento negativo en mujeres menopáusicas. La vulnerabilidad al estrés empeora los síntomas climatéricos causados por el estrés.</p> <p>Conclusión: Los síntomas en el climaterio se ven afectados por la incapacidad para afrontar el estrés.</p>

#### 1.6.4. ACTITUDES HACIA EL CLIMATERIO

El concepto de actitud siempre ha estado ligado al desarrollo de la psicología social, y por algún tiempo se le consideró como el objeto de estudio de esta disciplina, ya que este concepto fue estudiado por muchos investigadores, quienes generaron muy diversas definiciones de "actitud", por lo que autores como Whittaker (1990) han propuesto una agrupación y clasificación de estas definiciones:

1) De acuerdo con Thurstone y Osgood, una actitud es una evaluación o reacción afectiva. Se mide tomando los sentimientos del individuo hacia un objeto como favorables y desfavorables.

2) Otros autores (Allport, (1935); Murphy, Murphy y Newcomb, (1935); Campbell (1950); Brown, (1965); Sheriff y Sheriff, (1965) consideran que es característica principal de una actitud la disposición a actuar de cierto modo.

3) Un tercer grupo de investigadores piensa que la actitud es una mezcla de los tres componentes: el afectivo, el cognoscitivo y el conductual (Hovland y Rosenberg, 1960).

4) Un cuarto grupo considera que las actitudes son disposiciones de respuesta similares a cualquier otra disposición que sirva de base a una ejecución aprendida (Whittaker, 1990).

Diversos autores han retomado la siguiente división de las actitudes en tres componentes:

a) Componente Cognoscitivo.- Que es el conjunto de conocimientos, creencias o estereotipos que tiene una persona con relación a un objeto en particular. Cuando la representación cognitiva es vaga, su atracción hacia el objeto tenderá a ser poco intensa; sin embargo cuándo es errónea esto en nada afectará a la intensidad de la atracción o el rechazo, el cuál será consistente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad.

b) Componente Afectivo.- Es el conjunto de emociones o sentimientos a favor o en contra de un objeto estímulo. Si una persona tiene una emoción negativa o positiva hacia la categoría, es posible que la generalice a todos los estímulos que la componen.

c) Componente conductual.- Es la *tendencia* o disposición a actuar de determinadas maneras con referencia a algún objeto, suceso o situación modo determinado, de acuerdo con los componentes anteriores.

Se han señalado como funciones de las actitudes las siguientes:

- Permiten predecir bien la conducta.
- Ayudan a tener una imagen más estable del mundo en que vivimos.
- Constituyen la base de varias situaciones sociales muy importantes como las relaciones amistosas, los conflictos, las agresiones, la formación de grupos, etc.

Para la situación del climaterio, algunas investigaciones señalan a las actitudes como una variable que discrimina diferencias entre tener un malestar psicológico o no tenerlo durante el climaterio.

Las actitudes de rechazo hacia esta etapa del declinamiento sexual, el valorarla negativamente, así como el comportamiento derivado tiene un efecto emocional diferenciado (Groeneveld, Bareman, Barentsen, Dokter, y Drogendijk, 1993; Dennerstein, Smith, Morse, 1994). La actitud hacia la sexualidad, está relacionada con la depresión y ansiedad (Huerta, Mena, Malacara y Díaz de León, 1995).

Groeneveld, Bareman, Barentsen, Dokter, y Drogendijk (1993)
N=1947
Edad= 45-60
Mujeres pre, peri y postmenopausicas
Tipo de estudio:

Observacional, correlacional

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Este estudio tuvo como objetivo conocer cuales la actitud de las mujeres hacia la menopausia, su bienestar y la demanda de atención médica por causa de ella.

Resultados: Se encontraron dos factores de actitud: ventajas y desventajas.

Se encontró un factor que abarca items que reflejan actitudes hacia el tratamiento médico de la menopausia.

En lo general, los sujetos contestaron neutralmente a items que hacían referencia a las desventajas de la menopausia y estuvieron de acuerdo con items que relacionan a la menopausia con ventajas.

Los sujetos mostraron una tendencia moderada a estar de acuerdo con los reactivos que tratan sobre asistencia médica durante el climaterio.

El acuerdo con reactivos del factor de desventajas se asoció negativamente con un bajo nivel de bienestar.

El acuerdo con reactivos del factor de ventajas se asocia ligeramente con un alto nivel de bienestar. Tanto el factor de bienestar y el acuerdo con reactivos del factor de tratamiento fueron estadísticamente asociados con la atención médica.

Conclusión: Las actitudes hacia la menopausia dependen del bienestar que la mujer tiene en el climaterio, y este bienestar está asociado a la demanda de atención médica.

Dennerstein, Smith, Morse, Burger, Green, Hopper, & Ryan. (1993).

N = 2000 mujeres

Edad = 45 a 55 años

Mujeres pre, peri y postmenopausicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Este estudio tuvo como objetivo conocer la experiencia sintomatológica durante el climaterio y analizar las contribuciones de esta etapa a la salud y a los estilos de vida.

Resultados:

Las mujeres premenopáusicas fueron las menos sintomáticas y las perimenopáusicas las que presentan más síntomas. El estatus climatérico basado en la historia menstrual estuvo significativamente asociado a dos grupos de síntomas: vasomotores, los cuáles incrementaron la transición menopáusica; y síntomas somáticos los cuáles fueron más frecuentes en la perimenopáusica. El análisis de varianza de los puntajes de los factores encontró pocos síntomas con el incremento de años de educación, mejores puntajes en salud, un menor uso de pocos medicamentos, la ausencia de condiciones crónicas de salud, un menor nivel de estrés interpersonal, la ausencia de síntomas premenstruales, no fumadores, haciendo ejercicio al menos una vez a la semana, y actitudes positivas

al envejecimiento y la menopausia.

La actitud negativa hacia "ya no poder ser madre" se asocia con estados de ánimo negativos.

Se observó demasiada preocupación por la pérdida del atractivo físico, por la salida de los hijos del hogar, por la muerte de personas que ama, que se asocia con estados de ánimo positivos y negativos.

Conclusiones:

Muchos factores no relacionados con los cambios hormonales contribuyeron a los síntomas. La investigación longitudinal es necesaria para determinar la importancia relativa de variables hormonales, psicosociales y de estilos de vida en la etiología de los síntomas en el climaterio.

Dennerstein, Smith, Morse, (1994)

N=1503

Edad= 45-55 Mujeres pre, peri y postmenopausicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional.

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

Se utilizó una escala de bienestar (Affectometer 2) para investigar el bienestar durante el climaterio asociado con el estatus menopáusico, las circunstancias sociales, la salud, el estrés interpersonal, las actitudes y el estilo de vida.

Resultados:

El estatus climatérico no afectó significativamente el bienestar. El bienestar estuvo significativamente asociado a las variables del estado de salud, de síntomas psicosomáticos, síntomas respiratorios en general, historia de molestias menstruales, asistencia al médico, y estrés interpersonal. Las actitudes favorables hacia el envejecimiento y la menopausia estuvieron también asociada a los puntajes en bienestar, tanto como el comportamiento de fumar, ejercicio, y estatus marital.

Conclusión: en la población australiana estudiada, urbana, el estatus en salud, las variables psicosociales y de estilo de vida explican más el bienestar que los cambios endocrinos en el climaterio.

Huerta, Mena, Malacara, Díaz de León, (1995)

N = 222

Edad = 36-61

Mujeres Perimenopáusicas

Tipo de estudio:

Observacional, correlacional

Tipo de análisis: Estadística univariada y bivariada.

El objetivo de este estudio fue analizar la asociación de los síntomas climatéricos

con el estilo de vida, el funcionamiento de la familia, los niveles hormonales, y las actitudes hacia la sexualidad.

Resultados:

Los datos fueron colectados acerca de la depresión, y el síndrome del nido vacío. 102 mujeres estaban en la menopausia. Los puntajes en depresión fueron más altos entre los sujetos con más de 1 año de la menopausia. La actitud hacia la sexualidad fue significativamente asociada con todos los 4 síntomas. En cuanto al funcionamiento de la familia, el involucramiento afectivo, el control del comportamiento, los roles de los miembros en la familia, y la comunicación fue asociada con algunos síntomas. Los niveles hormonales fueron asociados con la masa corporal y la depresión.

Conclusiones:

Las actitudes hacia la sexualidad se correlacionan con la depresión, ansiedad, y el síndrome del nido vacío.

Dentro de la psicología social, se han elaborado teorías como las de campo de Kurt Lewin, la teoría de las emociones de Schachter, y los conceptos de creencias que permiten explicar los síntomas climatéricos experimentados. Estos conceptos se revisarán a continuación.

#### **1.6.5. APORTES A LA INVESTIGACIÓN SOBRE CLIMATERIO DE LA TEORÍA DE CAMPO DE KURT LEWIN**

La teoría de campo propone que los sujetos se encuentran inmersos en una realidad perceptual que existe sobre una base física concreta. A esta realidad perceptual la denomina *espacio vital* que se definiría simplemente como "la totalidad de factores psicológicos efectivos para una persona dada en algún momento particular" (Marx y Hillix, 1985). Esto quiere decir, que el ambiente en el que está inmerso un individuo no sólo es una realidad física, sino también una realidad psicológica. El punto central de la distinción entre el campo, según la física y la concepción de Lewin, es que "el significado efectivo de las condiciones ambientales depende de algo más que de los atributos físicos; es decir, que una descripción hecha exclusivamente en función de estos factores es inadecuada. Es la percepción que tiene un individuo de los atributos físicos lo que determina cómo reaccionará".

El comportamiento estaría explicado no sólo por las barreras y objetos físicos de dicho ambiente, sino también por aquellos "objetos" psicológicos cómo son las normas sociales, las creencias, los estados emocionales, la opinión pública, el rumor, los temores, la necesidad, etc (Hall y Lindzey, 1970).

Por otra parte, la realidad física que percibe la persona, es percibida como una realidad con significado, que está organizada mediante el lenguaje y las experiencias previas del sujeto. Según Kurt Lewin, es posible operacionalizar las variables del espacio vital y medir sus fuerzas o pesos "vectoriales" para encontrar asociaciones explicativas de los comportamientos sociales.

De acuerdo con esta teoría, el climaterio puede ser visto como un periodo de transición, que implicaría, transformaciones más rápidas o profundas que el periodo precedente de una etapa reproductiva estable. Durante el climaterio son

producidos diversos cambios físicos, como la reducción de la producción hormonal y sus consecuentes síntomas orgánicos. Estos son experimentados conscientemente por la mujer.

Si se trata de caracterizar la naturaleza de la transición climatérica, pueden señalarse varios aspectos:

a) Puede considerarse al climaterio como un cambio en la pertenencia de la mujer a dos grupos: 1) al grupo de las mujeres reproductivas y 2) al grupo de las mujeres jóvenes.

Desde la adolescencia la mujer se ha visto como un ser sexualmente reproductivo; como integrante del grupo de las mujeres, potencialmente "madres". Esta etapa es culturalmente valorada en México, y ante los cambios hormonales, se comienza a experimentar síntomas que se asocian con la pérdida de una posición cultural importante, y una futura pertenencia a otros dos grupos: 1) al grupo de las mujeres no reproductivas y 2) al grupo de las mujeres adultas mayores o de la tercera edad. Este cambio en la identidad, puede crear reacciones de ansiedad, rechazo, conflicto social, depresión, etc.

"Cualquier cambio en la pertenencia de un grupo a otro es de gran importancia para la conducta de una persona; cuanto más central sea esta pertenencia, tanto más importante será el cambio. Un cambio en la pertenencia a un grupo es una "locomoción social", esto es, cambia la posición de la persona." (Lewin, 1978)

La locomoción de un grupo a otro lleva a que la persona modifique su posición respecto al mundo, y cambie su percepción del mismo y de sus relaciones con éste:

"Un cambio de posición --por ejemplo la locomoción de un grupo a otro-- cambia no sólo el ambiente momentáneo de una persona, sino más o menos el escenario total: lo que había sido una región vecina, fácilmente accesible desde la posición anterior, puede estar ahora más alejada o inaccesible. Por otra parte, regiones diferentes se convierten en vecinas y tal vez otras nuevas se vuelvan accesibles" (Lewin, 1978)

Por ejemplo, una región cercana como el embarazo o la maternidad, de pronto comienza a ser distante y una región como la de las enfermedades crónicas o la muerte, que antes parecía distante, ahora aparenta estar más cercana.

De acuerdo con el desarrollo de la persona, según la teoría del campo, el desarrollo de la infancia es el comienzo de una continua división y aparición de nuevas regiones cognitivas para la persona, es decir, en la medida que una niña va creciendo y madurando puede ir incorporando más experiencias que le permitan elaborar un esquema más diverso del ambiente psicológico. Con la maduración el campo psicológico se va dividiendo cada vez más en diversas regiones que aumentan aún más con la adolescencia y edad adulta. La juventud es una etapa de expansión cognitiva.

Por el contrario, la vejez es una etapa de contracción, de cierre, donde el climaterio puede tener para muchas personas el significado de "estar entrando en la vejez", y ser el principio del cierre a muchas regiones y experiencias.

b) El cambio desde el grupo "sexualmente reproductivo o joven" al de "no reproductivo o viejo" es un desplazamiento a una posición más o menos desconocida, dónde la nueva región puede ser cognitivamente inestructurada. "Esto significa que dicha región no se divide en partes distinguibles y claras.... La falta de claridad de la dirección en el campo es una de las principales razones que explican la típica *incertidumbre de conducta* que se revela en los ambientes desconocidos". (Lewin, 1978) Esta incertidumbre puede llevar a situaciones de conflicto y ansiedad ante el ambiente social inmediato. Los problemas de comunicación con los hijos, o con la pareja, puede en parte estar relacionados con la inestabilidad cognitiva de esta etapa.

c) "Una región particularmente cercana e importante para el individuo es su propio cuerpo. Desde el punto de vista psicológico, puede tratarse al propio cuerpo en algunos sentidos del mismo modo que al propio medio. Por lo general, el individuo conoce bastante su cuerpo, lo que significa que sabe que esperar de él y cómo reaccionará en circunstancia dadas" (Lewin, 1978). La época del climaterio, "trae consigo cambios que desconciertan al individuo respecto de su propio cuerpo. Surgen experiencias orgánicas, más o menos extrañas y nuevas, y hacen que esta parte del espacio vital (tan íntima y fundamental para el individuo) le resulte extraña y desconocida. En este caso, el cambio no implica tan sólo las incertidumbres propias de un ambiente desconocido; además, una región que previamente parecía conocerse bien y bastante segura, se vuelve desconocida e incierta....Puesto que la región del cuerpo es tan importante y central para todo individuo, esa duda puede ser de fundamental significación. Podría aumentar, por una parte, la inseguridad, de la conducta y provocar conflictos; podría conducir, por otra parte, a la agresividad propia de ciertas reacciones". (Lewin, 1978)

d) La contracción del espacio vital abarca no sólo ambientes geográficos y sociales, sino también temporales. La perspectiva del futuro va a influenciar las expectativas, temores y esperanzas de las mujeres climáticas. La dimensión del tiempo futuro que en la adolescencia se amplió para la realización de proyectos alcanzables en medidas temporales en años, puede ser sustituida en el climaterio por medidas temporales más cortas como los meses, semanas y días. Con el climaterio puede iniciarse una visión temporal del espacio vital más breve.

e) El climaterio puede considerarse como una etapa de transición entre una región y otra, o entre un grupo y otro, de modo que la mujer que se encuentra en dicho período puede ubicarse en una tierra de nadie. Ni puede pertenecer plenamente al grupo de las mujeres reproductivas, ni desea pertenecer al de las no productivas. En esta posición, puede ser considerada, sociológicamente, como una mujer "marginal". (Lewin, 1978)

La teoría de campo de Lewin (1978), tiene otros aspectos conceptuales importantes que demandarían más espacio para revisar (lo cuál rebasa el objetivo de este trabajo); sin embargo, hasta aquí es importante señalar que esta aproximación conceptual es importante porque es un modelo multivariable propuesto para la investigación psicológica, dentro del cuál pueden estar incluidas

variables "ambientales", en las que el ambiente es considerado tanto subjetiva como objetivamente, de modo que es posible integrar variables como las normas, las creencias, los roles informales, etc; así como variables "físicas" o "concretas" de un ambiente como el tipo de arquitectura de un lugar; los niveles de contaminación, etc. A su vez pueden ser incluidas otro tipo de variables de tipo individual como rasgos de personalidad, coeficiente de inteligencia o el estado de salud de la persona; por lo que esta teoría puede ser aplicable al estudio de la sintomatología durante el climaterio mediante la aplicación de escalas multidimensionales y estadística multivariada para ofrecer un modelo correlacional entre las distintas variables estudiadas en su relación con la sintomatología durante el climaterio.

#### **1.6.6. APORTES DE LA TEORIA DE LAS EMOCIONES DE SCHACHTER Y SINGER A LOS ESTUDIOS SOBRE CLIMATERIO**

La teoría de las emociones de Schachter y Singer (1962), parte de una crítica a la teoría de las emociones de James Lange, que planteaba que la acción precede a la emoción, y que el cerebro humano interpreta las acciones como emociones. Según Lange, una situación determinada ocurre (por ejemplo, un ruido fuerte) y el cerebro interpreta la situación, causando una respuesta fisiológica característica. Esto podría incluir: cambios en la respiración, elevación del pulso cardíaco, cambios faciales y gestos corporales. Estas respuestas reflexivas ocurren después de que la persona está consciente de que está experimentando una emoción; sólo cuando el cerebro cognoscitivamente evalúa lo fisiológico como "emoción".

Schachter y Singer discreparon con Lange en que la sensación de emociones se incrementa por la percepción de retroalimentación de las respuestas físicas, pero creían que la retroalimentación no es suficientemente variada para generar diferencias emocionales sutiles.

Ellos propusieron que las emociones son producidas tanto por la retroalimentación de las respuestas periféricas, como por una valoración de qué causa dichas respuestas. El cómo interpreta la persona las respuestas periféricas determinará la emoción que sienta. La persona etiqueta la respuesta dependiendo qué pensamos que está causando dicha respuesta.

Por ejemplo, cuando una persona se encuentra con un oso, interpreta ese estímulo como peligroso. Esta interpretación lleva a una excitación fisiológica. Entonces la persona interpreta dicha excitación fisiológica como una emoción particular. Pudiera ser "miedo", "tristeza", "sorpresa", etc. dependiendo de cómo se etiqueta la excitación fisiológica.

#### **TRES POSTULADOS DE SCHACHTER Y SINGER**

1) En el caso de que se presente un estado del despertar fisiológico para el cuál un individuo no tenga ninguna explicación inmediata, él o ella etiquetará este estado y describirá sus sensaciones en los términos de las cogniciones disponibles en ese momento. Hasta el punto de que los factores cognoscitivos sean determinantes en potencia de los estados emocionales, uno puede anticipar que exactamente el mismo estado del despertar fisiológico se podría etiquetar

como "alegría" o "cólera " o cualquiera de un gran número de etiquetas emocionales, dependiendo de los aspectos cognoscitivos de la situación.

En el caso del climaterio, los estados de excitación fisiológicos pueden ser etiquetados a partir de las creencias que rodean el escenario social de la persona. La falta de una explicación de eventos fisiológicos, puede hacer vulnerable a la mujer a atribuir cambios emocionales como síntomas del climaterio y la menopausia. "depresión", "irritabilidad", "tristeza", pueden ser categorías que las mujeres toman de su ambiente cognoscitivo disponible, para explicar sus estados neuro fisiológicos.

2) En el caso de que se presente un estado del despertar fisiológico para el cuál un individuo tiene una explicación totalmente apropiada (por ejemplo "me siento de esta manera (disfórica, por ejemplo) porque recibí una pastillas hormonal de reemplazo"), ninguna evaluación necesita ser hecha y es improbable que el individuo etiquete su sensaciones en términos de las cogniciones alternativas disponibles.

3) Dado las mismas circunstancias cognoscitivas, el individuo reaccionará emocionalmente o describirá sus sensaciones como emociones solamente hasta el punto de que experimenta un estado de excitación fisiológica. En este aspecto, los conceptos cognoscitivos pueden producir reacciones emocionales. Una mujer puede experimentar tristeza si apartir de una evaluación cognoscitiva, asume o cree que la tiene. Por lo que existe una conexión entre las emociones y las creencias.

## **1.6.7. ENFOQUES CONCEPTUALES DE LAS CREENCIAS**

### **EL ESTUDIO DE LAS CREENCIAS**

La investigación de las creencias ha estado ligada a la investigación sobre las actitudes Asch (1967). Se les ha considerado como la base de la orientación de la persona en un medio social, para lo cuál parten de un análisis de la información proveniente del medio. Las características que desarrollan las creencias, depende entonces de los contenidos informativos con que cuente la persona y del cómo se ha procesado dicha información.

Muchas creencias pueden no tener ninguna evidencia de datos reales que las sustenten y sin embargo, son compartidas por grupos sociales amplios, ya que responden a intereses diversos.

Según Asch (1967) la investigación sobre las actitudes y la acción social debe de basarse en el análisis de sus componentes cognoscitivos que subyacen a los comportamientos expresados (análisis de las creencias). A su vez, la modificación de las actitudes, debe de ser la consecuencia de una modificación en el sistema de creencias.

De acuerdo con Asch (1967) el desarrollo socioeconómico de una cultura afecta directamente los contenidos de la información que se difunde socialmente. De este modo las creencias pueden sustentarse no en evidencias empíricas, sino en evidencias por consenso, que pueden afectar nuestra organización cognoscitiva y funcionamiento emocional. Estas evidencias por consenso, están ligadas a las

necesidades, expectativas e intereses de los grupos que las sustentan. Las creencias son entonces interpretaciones que los grupos sociales elaboran acerca de los eventos del mundo.

#### **1.6.7.1.LA CLASIFICACION DE CREENCIAS SEGÚN PIPETONE**

Este autor define a las creencias como “estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa, son conceptos acerca de la naturaleza, las causas de las cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida” (Pipetone, 1990).

Para este autor las creencias surgen dentro de un nicho cultural y presentan diferencias de forma y contenido entre culturas distintas.

Este autor elaboró una clasificación de las creencias en la conducta social que a continuación se expone:

#### **CREENCIAS RELIGIOSAS**

Hacen referencia a una serie de eventos sobrenaturales como la vida después de la muerte, la reencarnación, la resurrección, la existencia de poderes, fuerzas o energías sobrenaturales, así como de tipos de personajes espiritualmente elevados o dioses. “Las creencias religiosas existen dentro de las organizaciones más o menos estructuradas siendo que en la mayoría de las religiones, las creencias versan sobre deidades, la obediencia a las leyes divinas, la eficacia del rezo, y el destino del espíritu en vidas posteriores”. Dentro de estas creencias se supone que la persona puede tener un fuerte control personal sobre los sucesos del mundo, tanto sociales, y naturales, y donde la moral juega un papel muy importante en esta capacidad de poseer el control.

#### **CREENCIAS NATURALES MATERIALES**

Pepitone (1990) las define como aquéllas creencias acerca de las propiedades, el desarrollo y las transformaciones del mundo material, que incluyen la visión científica con su diversidad de escuelas y paradigmas de explicación, sobre la naturaleza, la sociedad humana y la historia.

#### **CREENCIAS SECULARES SOBRENATURALES**

##### **DESTINO**

Esta creencia está basada en el supuesto de que los eventos en la vida de una persona ocurren por intervención de una divinidad o de los astros los cuáles influyen a la persona en el momento del nacimiento, imprimiéndole cierta disposición a vivir situaciones y vivencias, que tiene el propósito de servir de enseñanza o de castigo a la persona en su vida presente. En esta creencia el destino es el que se encargará del control de lo que suceda y no la persona que va a ser afectada por el resultado. La consulta de tránsitos zodiacales y cartas, son un intento de la persona por intentar controlar o evitar el destino que le depara.

## **BRUJERÍA**

Se refiere a poderes sobrenaturales que son practicados por personas especiales a través de estados de conciencia alterada, maldiciones conjuros y otras formas de "magia negra", con el objeto de dañar a otro o a alguno de su grupo o familia, o dañar su propiedad.

La diferencia entre las creencias en el destino o en Dios y la creencia en la brujería radica en el que la segunda es la creencia en el poder de personas reales, que pueden ser parte de grupos religiosos o sectas.

## **SUERTE**

Esta creencia considera que existe un poder externo que actúa de manera misteriosa y no predecible, diferente de la motivación individual y de las habilidades personales e independiente de la casualidad que interviene en las consecuencias positivas o negativas de un acontecimiento determinado.

Existe un estigma social sobre la persona que se supone posee, buena o mala suerte, ya que se le considera como "diferente". La gente cree que la suerte es dada como la característica más irónica cuando se dice que "alguien tiene suerte", implicando que esa persona es beneficiada por la buena suerte, así como cuando alguien se refiere a que "no es su día de suerte" significa que todos tenemos cierto grado de suerte pero que es impredecible cuándo actuará para influir en nuestras actividades.

Para Pepitone (1990), los augurios y signos favorables son creencias acerca de poderes que son análogos a la suerte. Aunque dichos poderes son misteriosos, el creer en ellos da cierto grado de control, dado que entonces la fortuna y la falta de ella parecen tener un objetivo y no está completamente al azar. Por último, el resultado que se le atribuye a la suerte está "en contra del azar" aunque rara vez sea de una enorme magnitud para que se considere que lo causó el destino.

## **CASUALIDAD**

La casualidad es una creencia en la que no se establece relación causal entre los eventos que ocurren en la vida de una persona; se considera que dichos eventos pueden ocurrir en cualquier momento y a cualquier persona y que no son controlables.

## **PSICOLÓGICO**

Estas creencias consisten en la atribución de que ciertos eventos ocurren por la intervención de ciertos poderes y capacidades mentales. Estas capacidades pueden ser la concentración, la inteligencia, la motivación, el talento, etc.

## **CREENCIAS MORALES**

Estas hacen referencia a que por la realización de ciertos deberes morales la persona logrará ciertos efectos en su vida, y a su vez, por el incumplimiento de los mismos se lograrán consecuencias contrarias. La realización de comportamientos buenos llevará a consecuencias favorables, y la realización de comportamientos negativos llevará a situaciones desfavorables o castigos.

De esta forma los valores morales positivos están asociados a creencias en entidades divinas, directa o indirectamente. Por lo anterior, las leyes de Dios se

basan en la justicia así como sus premios y castigos. Aunque cabe señalar, que la justicia metafísica no requiere de un contenido ni religioso ni político puesto que se cree que es resultado de fuerzas abstractas vinculadas a las leyes cósmicas que determinan el destino.

### **CLASIFICACIÓN DE CREENCIAS SEGÚN SU FUNCIÓN**

Según Pepitone (1990), por su función las creencias pueden clasificarse del modo siguiente:

**Emocional:** Las creencias sirven para manejar emociones (miedo, esperanza, enojo, sorpresa, etc.)

**Cognoscitivo:** Las creencias conforman estructuras cognoscitivas, las cuáles proporcionan sentimientos de control sobre la vida.

**Moral:** En este sentido, las creencias juegan un papel regulador en la distribución de la responsabilidad moral entre las personas y el grupo.

**El grupo:** Las creencias sirven para unificar al grupo al darle a las personas una identidad en común.

### **1.6.7.2. LAS CREENCIAS SEGÚN LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA**

La teoría de la acción razonada es una teoría que se ha desarrollado a partir de una crítica de los conceptos tradicionales de las actitudes. Esta teoría, propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), plantea que existe una baja relación entre actitudes y comportamiento, que revelan una baja correspondencia entre las actitudes expresadas verbalmente y el comportamiento manifiesto del sujeto (Wicker, 1969 cit. en Vander, 1986). Por lo que Fishbein y Ajzen (1975) proponen que el componente conductual debe de ser eliminado de la definición de actitudes. Ellos definen a la actitud *"cómo la ubicación de una persona en una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto a algún objeto, acción o evento. Una actitud refleja un sentimiento personal favorable o desfavorable hacia algún objeto estímulo"*.

Estos autores consideran entre otras cosas, que los comportamientos están más relacionados con las intenciones, que con las actitudes; a su vez que las intenciones están relacionadas con las actitudes y con la percepción de la norma social. Estos dos elementos son en realidad creencias, en virtud de que se basan en la información con que cuenta la persona sobre su entorno.

En este modelo, las creencias juegan un papel muy importante en la formación de las actitudes, ya que por la formación de una creencia hacia un objeto, automática y simultáneamente se adquiere una actitud hacia ese objeto. Cada creencia relaciona al objeto a algún atributo; la actitud de la persona hacia el objeto es una función de sus evaluaciones de esos atributos. En este sentido, las creencias son vistas como el determinante primario de las actitudes.

### **DEFINICION DE CREENCIA SEGÚN FISHBEIN Y AJZEN (1975)**

**Creencia:** Es la información con que cuenta una persona acerca de algún objeto o circunstancia. Una creencia específicamente vincula un objeto a algún atributo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Por otra parte, las creencias se forman primeramente como parte de la necesidad adaptativa por establecer una explicación acerca de un evento particular (en este caso el climaterio), que permita establecer un comportamiento congruente hacia el mismo; y en segundo, las creencias se forman por las presiones sociales hacia la conformidad, es decir, las creencias son un producto colectivo y tienen una orientación dentro de una colectividad en la búsqueda de producir un entorno social coherente, predecible y uniforme (Secord y Backman, 1980).

Las fuentes de validez de las creencias acerca de la menopausia son dos: la realidad física y la realidad social.

La realidad física incluirá los cambios del envejecimiento y los síntomas climatéricos que las mujeres observan en sus propios cuerpos y en los cuerpos de otras mujeres.

La realidad social es la interpretación que otras personas hacen de la naturaleza y el tipo de cambios y síntomas durante en el climaterio.

#### **TIPOS DE CREENCIAS**

Creencias Descriptivas: Son las creencias que surgen de la experiencia sensorial personal y las cuáles pueden ser diferenciadas entre las personas, dependiendo del desenlace que hayan tenido sucesos de la vida diaria. La obtención de castigos o recompensas sobre los comportamientos producidos, conforma diferencialmente dichas creencias.

Creencias inferenciales: Las creencias inferenciales se basan en relaciones entre creencias descriptivas, y son inferencias que hace la persona mediante el uso del pensamiento lógico, lo cuál no significa que las conclusiones a las que llega sean siempre verdaderas.

Creencias informacionales: Son las creencias que se basan en la aceptación de la información que llega a la persona a través de los medios de comunicación o por otras medios.

#### **1.6.7.3. PROCESAMIENTO COGNOSCITIVO DE LAS CREENCIAS FALSAS**

De acuerdo con Myers (1995) es importante conocer los procesos mentales en el manejo de la información que da origen a las creencias.

Para este autor existen seis formas de crear y sostener creencias falsas:

##### **1) COMÚNMENTE LA PERSONA NO SABE POR QUÉ HACE LO QUE HACE**

Los conocimientos que posee una persona se basan en la intuición y la experiencia personal, generalmente; sin embargo, el conocimiento empírico falla y la información está equivocada. De este mismo modo, la persona explica su conducta a través de respuestas plausibles que en muchas ocasiones son erróneas debido a que los agentes causales más importantes son percibidos como secundarios, mientras que los secundarios son percibidos como agentes primarios. Esto lleva a que la persona establezca relaciones falsas sobre las causas de los comportamientos y emociones.

## **2) LAS PRECONCEPCIONES CONTROLAN LAS INTERPRETACIONES Y RECUERDOS**

Las ideas preconcebidas guían la manera en que la persona percibe, interpreta y recuerda la información. Existe una realidad objetiva, sin embargo, esta es interpretada o construida a través de las creencias, actitudes y valores. Así mismo, cada persona percibe aquellos detalles que apoyan su creencia, lo cual a su vez hace creer en determinado objeto, persona o situación con mayor intensidad. Myers (1995) señala que el fenómeno al que llama perseverancia de la creencia muestra que las creencias pueden cobrar vida propia, sobreviviendo a la desacreditación de la evidencia que les dio origen, ya que es muy difícil tratar de cambiar una creencia una vez que la persona está plenamente convencida acerca de ella, pues se ha elaborado una razón fundamental que la explique y porque además, entre más conocemos y aceptamos nuestras teorías, más rechazamos la información que pudiera desafiarlas. Por lo tanto, las creencias y expectativas que se tienen influyen fuertemente en nuestra percepción e interpretación de la realidad. Del mismo modo, las creencias también controlan los recuerdos, dado que ellos se construyen al momento de recuperarlos con base en las creencias y conocimientos actuales. Al construir un recuerdo, se usa de manera inconsciente los conocimientos y creencias generales para llenar los agujeros y así, organizar fragmentos de nuestro pasado real en un almacén convincente. Es por ello que tanto los eventos sociales como los físicos son percibidos, interpretados y recordados selectivamente de manera que sostengan las creencias.

## **3) SE SOBRESTIMA LA PRECISIÓN DE LOS JUICIOS PERSONALES**

Una forma más de sostener creencias falsas es el fenómeno de la confianza excesiva, que es la tendencia a estar más confiado que acertado; a sobreestimar la precisión de las creencias, fenómeno que también se relaciona con la toma de decisiones en la vida cotidiana, pues una vez más, las personas tienen una marcada inclinación por buscar información que confirme sus preconcepciones que evidencias que las contradigan; fenómeno al que Myers (1995) llama *sesgo de confirmación*.

## **4) SE IGNORA INFORMACIÓN ÚTIL**

Con frecuencia se ignora información provechosa cuando utiliza la representatividad del heurístico, que es la estrategia para juzgar la probabilidad de las cosas por qué tan bien representan, o corresponden, a prototipos particulares. Esto desemboca en un problema común en el que se tienden a generalizar las creencias sobre las personas a partir de observaciones particulares. "Un principio básico del pensamiento social es que las personas son lentas para deducir casos particulares a partir de una verdad general, pero son notablemente rápidas para inferir una verdad general a partir de un caso vivido" (Myers, 1995). De este modo, las vivencias de registradas en la memoria son fácilmente recordadas al utilizar lo que el autor llama disponibilidad del heurístico, que es la regla empírica eficiente pero falible que juzga la probabilidad de las cosas en términos de su disponibilidad en la memoria.

Para ejemplificar lo anterior, una persona puede tener múltiples parejas sexuales y con ninguna usar preservativo y muy probablemente contagiarse de

VIH; sin embargo, se puede dar el caso de que una persona con una sola pareja sexual, sin protección también se contagie de VIH. En este caso, la verdad general consiste en que la no protección en la relación sexual, con una o varias parejas sexuales constituye un riesgo para la transmisión del VIH. No obstante, prevalece la creencia de que por el sólo hecho de tener más de una pareja sexual, que además lo hace ser inmoral- recibirá castigo de enfermarse, dado que a partir de un caso particular que se conozca se tiende a generalizar a las demás personas, y en vez de que a partir de la verdad general antes mencionada se deduzca un caso particular se dará mayor importancia a la primera porque además hace énfasis en lo moral o inmoral del suceso.

#### **5) SE PERCIBE ERRÓNEAMENTE LA CAUSALIDAD, LO CORRELACIÓN Y EL CONTROL PERSONAL**

Otra influencia importante son las explicaciones en sucesos azarosos. Uno de ellos es la correlación ilusoria, la cual consiste en percibir una relación en dónde no existe ninguna, o bien, percibir una relación más fuerte de la que existe en realidad. De tal forma que, al creer que existe una correlación, se perciben y recuerdan los hechos que la confirman. Señala que si se cree que las promociones se correlacionan con los eventos se tiende a observar y recordar la ocurrencia conjunta de la premonición y la ocurrencia posterior de dicho evento. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se recuerdan todas las veces que los eventos inusuales no coinciden. Esta dificultad para identificar situaciones aleatorias casuales predispone a percibir orden en las secuencias azarosas de los mismos. Al atribuir los eventos a una causa u otra, se ordena el mundo y se hace que las cosas parezcan más predecibles y controlables, lo cual es un fenómeno adaptativo. Esta tendencia a apreciar los sucesos aleatorios como predecibles y controlables, produce una ilusión de control que consiste en percibir eventos incontrolables como sujetos a nuestro control o como más controlables de lo que en realidad son.

#### **6) LAS CREENCIAS PUEDEN GENERAR SU PROPIA REALIDAD**

Dado que las creencias dirigen las acciones de la persona, la conducta que manifiesta produce su aparente confirmación. Un ejemplo de ello es el llamado "sesgo de experimentador" que consiste en que los sujetos adivinan o intuyen la hipótesis de un investigador experimental y cumplen con lo que piensan se espera de ellos. Del mismo modo, las creencias de los profesores hacia sus alumnos operan como profecías que se cumplen a sí mismas. Así las creencias erróneas que se tienen de las personas pueden inducir a que éstas confirmen tales creencias. A este fenómeno lo llama *confirmación conductual*: profecía que se cumple a sí misma donde las expectativas sociales de las personas las conducen a actuar de una manera que causa que los demás confirmen sus expectativas aunque con ciertos límites.

Dentro de la psicología social, se han elaborado teorías como las de campo, que son modelos multivariados que permitirían mostrar las relaciones existentes entre diversidad de variables para explicar eventos psicológicos. Dentro de estas teorías, la teoría del campo de Kurt Lewin ocupa un lugar importante, por su aplicación al estudio de los efectos de la pertenencia a un grupo en la psicología

del individuo. A continuación se exponen algunos de los aportes que el propio Lewin aplicó a la maduración biológica, desde su visión del campo psicológico y los grupos humanos.

o

## **II MÉTODO**

### **2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1) ¿Las variables de antecedentes ginecológicos, creencias, actitudes hacia el climaterio, sociodemográficas y eventos estresantes, son variables predictoras de la presencia del síndrome climatérico y depresión en los grupos pre y postmenopáusicas?

### **2.2 OBJETIVO GENERAL**

Conocer y comparar la relación entre síndrome climatérico y depresión, con el nivel socioeconómico, la historia ginecológica, las creencias y actitudes hacia el climaterio, y los eventos estresantes en mujeres pre y post menopáusicas.

### **2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1) Construir una escala para medir creencias hacia el climaterio.
- 2) Analizar las características psicométricas del cuestionario del síndrome climatérico de Greene (1998) en una muestra de mujeres pre y post menopáusicas.
- 3) Analizar las diferencias entre los datos generados entre las escalas epidemiológicas y las psicológicas, en cuanto a la medición de la depresión.
- 4) Analizar la asociación entre los tres componentes del síndrome climatérico: los "síntomas vasomotores" y los "somáticos", con los "síntomas psicológicos" medidos por escalas epidemiológicas y psicológicas.
- 5) Analizar de las variables de nivel socioeconómico, antecedentes ginecológicos y climatéricos, creencias, actitudes, nivel de eventos estresantes si son variables predictoras del síndrome climatérico y la depresión, en los grupos pre y postmenopáusicas.

### **2.4 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES**

#### **NIVEL SOCIOECONOMICO**

Es una combinación de condiciones en que viven las mujeres encuestadas, que incluyen las características de vivienda, el tipo de acceso a servicios (agua potable y drenaje), el hacinamiento, el número de cuartos usados como dormitorio y la escolaridad (Bronfman, Guiscafré, Castro, Castro, Gutiérrez, 1988).

#### **ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y CLIMATERICOS**

Son los eventos de historia biológica asociados a las etapas reproductivas de la mujer, cómo la edad de la menarca, el número de embarazos e hijos, edad al

primer parto, edad de la menopausia, etc. (Vázquez, Garrido, McGregor, Tamayo, Parra y Santibañez, 1996).

### **CREENCIA HACIA EL CLIMATERIO**

Una creencia es una asociación entre un objeto y algún atributo. Para este caso es la información científica o profana con que cuenta una persona acerca del climaterio. (Fishbein y Ajzen, 1975).

### **ACTITUD HACIA EL CLIMATERIO**

La actitud hacia el climaterio es una evaluación cognoscitiva y afectiva de esta etapa de declinamiento reproductivo de la mujer (Fishbein y Ajzen, 1975).

El aspecto cognoscitivo incluye valoraciones generales que se refieren a propiedades del climaterio en su capacidad por brindar o no brindar satisfacción a necesidades y metas. Dentro de los cuáles se pueden incluir la importancia social de la imagen personal en envejecimiento, frente a una realidad social expuesta y vivida en las interacciones personales.

El aspecto afectivo se refiere a las emociones que son experimentadas e imaginadas al percibir al climaterio como una etapa placentera o displacentera.

### **NIVEL DE EVENTOS ESTRESANTES**

Es la tensión producida por un conjunto de circunstancias vividas, cuya presencia significa o requiere un cambio en el patrón individual en la vida de la mujer climatérica. La tensión es generada en la mujer por la incapacidad de integrar varios eventos a un nuevo esquema de representación de nuevas relaciones o situaciones sociales. (Holmes y Rahe, 1967).

Estos eventos pueden ser la salida de los hijos del hogar, separación de la pareja, nacimiento de nietos, enfermedades derivadas de la edad, cambios en la situación económica, etc.

### **SINDROME CLIMATERICO**

Conjunto de signos y síntomas físicos y psicológicos que se presentan en el periodo de transición en la vida de la mujer, entre la etapa reproductiva y la no reproductiva, como consecuencia de la declinación y/o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo (SSA, 1999).

### **DEPRESION**

Estado emocional derivado de un trastorno cognitivo basado en expectativas negativas respecto del ambiente, autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto del futuro (Jurado, et. al. 1998).

## **2.5 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

### **NIVEL SOCIOECONOMICO**

Esta variable se obtuvo por la calificación obtenida por los sujetos en el cuestionario de características de la vivienda que registra información sobre el material de los pisos de la vivienda, disponibilidad de agua potable, forma de eliminación de excretas, número de personas en la vivienda, y número de cuartos en la vivienda. Además de incorporar la escolaridad del jefe de familia como otro indicador (Bronfman, Guiscafré, Castro, Castro, Gutiérrez, 1988).

### **ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y CLIMATERICOS**

Estos antecedentes se obtuvieron por la calificación obtenida por los sujetos en la escala del instrumento sobre climaterio validado por Vázquez, Garrido, McGregor, Tamayo, Parra y Santibañez (1996). Estas preguntas se refieren a eventos reproductivos como la edad de la menarca, edad de la menopausia natural o quirúrgica, edad al primer parto, edad al último parto, tipo de periodos menstruales, frecuencia de periodos menstruales, menstruación actual, número de embarazos, tratamiento hormonal, tipo de menopausia, antecedentes patológicos, padecimientos actuales.

### **CREENCIA ACERCA DEL CLIMATERIO**

Esta variable se obtuvo por la calificación obtenida por los sujetos en el cuestionario de creencias sobre las consecuencias del climaterio validada expresamente para este estudio, y contiene 21 reactivos que se agruparon en 4 factores que fueron: "desventajas", "psicológico", "ventajas" y "fisiológico". Fue retomado de los reactivos del estudio de Casamadrid (1986), y de otras publicaciones, pero la validación y prueba de consistencia interna se realizó por primera vez en este estudio.

### **ACTITUD HACIA EL CLIMATERIO**

Esta variable se obtuvo por la calificación obtenida por los sujetos en un cuestionario tipo diferencial semántico construido expresamente para este estudio, el cual cuenta con los adjetivos bipolares: "bueno-malo", "soportable-insoportable", "desagradable-agradable", "doloroso-placentero", "soportable-insoportable", "indeseable-deseable", "rápido-lento", y "natural-artificial".

### **NIVEL DE EVENTOS ESTRESANTES**

Esta variable se obtuvo por la calificación obtenida por los sujetos en el cuestionario sobre problemas de la vida de la mujer madura, que fue construido a partir del instrumento de Masuda y Holmes (1978), y las recomendaciones de Brown (1981).

## **SINDROME CLIMATERICO**

Esta variable se obtuvo por la calificación obtenida por los sujetos en el cuestionario sobre síndrome climatérico de Greene (1998) y que fue a su vez generada de los estudios factoriales sobre las escalas de sintomatología de Greene (1976); Indira, (1980); Kaufert y Syrotuik (1981); Mikkelsen, (1982); Abe, (1984); Hunter, (1986); Holte, (1991).

## **DEPRESION**

Esta variable se obtuvo por la calificación obtenida por los sujetos en el cuestionario de Depresión de Beck validado para la población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, (1998).

## **2.6 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio observacional exploratorio de corte transversal multivariado.

Es observacional, porque no se establece un control experimental sobre la relación y el grado de exposición entre las variables, porque no se podrían mantener a los sujetos en una situación experimental que duraría años para observar cambios en su niveles hormonales y en sus síntomas psicológicos, sino que se miden las variables una vez que el síndrome climatérico y la depresión ya han ocurrido. Es transversal porque se establece la medición de variables en un tiempo presente y se pretende obtener información sobre algunos acontecimientos pasados que pueden estar relacionados con el síndrome climatérico y la depresión. Es multivariado por la cantidad de variables involucradas en el estudio y por el tipo de análisis estadístico que se realizó que involucra a todas ellas.

## **2.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Para el presente estudio se limitó la participación de mujeres a aquellas que asistieron al hospital familiar del ISSSTE y que se encontraban entre los 40 y 60 años de edad.

## **2.8 MUESTREO**

Para la aplicación de los cuestionarios sobre climaterio se trabajó con una muestra de 350 mujeres de estrato medio y bajo que se encontraban entre los 40 y 60 años de edad y que asistieron a consulta externa de la clínica de Unidad Familiar del ISSSTE de la ciudad de Cuernavaca, de octubre de 1999 a junio del 2000. De este total de mujeres el 5.1% fueron mujeres histerectomizadas que fueron excluidas del análisis final dejando una tamaño de muestra definitiva de 331 mujeres.

Las características sociodemográficas de la muestra se especifican en el cuadro 1.

1

---

<sup>1</sup> La razón para comparar entre el grupo post y premenopáusicas fue que se establecen dos grupos biológicamente diferenciados que pueden mostrar diferencias importantes en la manifestación de síntomas climatéricos, porque la disfunción ovárica en ambos se encuentra en etapas diferentes y tan sólo la manifestación de los síntomas vasomotores, que es una reacción biológica de las reducción de niveles hormonales en sangre, puede tener consecuencias severas

**CUADRO 1**  
**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

EDAD	Total % n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas N = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
Promedio edad	49.46	7.92	43.32	3.24	54.90	6.76

(t = 19.509, p < 0.01)

ESTADO CIVIL	Total % n = 331	Premenopáusicas % n = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Casada	68.0	75.2	61.5
Divorciada	9.7	8.9	10.3
Soltera	7.9	8.9	6.9
Viuda	9.7	1.9	16.7
Unión Libre	4.8	5.1	4.6

(X<sup>2</sup> = 21.50, p < 0.01)

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Total % n = 331	Premenopáusicas % n = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Sin escuela	3.3	1.9	4.6
Primaria Inc.	14.9	7.1	22.0
Primaria comp.	9.4	5.8	12.7
Sec. Incomp.	4.3	2.6	5.8
Sec. Completa	10.6	9.6	11.6
Técnico	14.0	16.0	12.1
Prepa incomp.	4.3	5.8	2.9
Prepa compl.	7.9	10.9	5.2
Profesional	31.3	40.4	23.1

(X<sup>2</sup> = 34.18, p < 0.01)

OCUPACIÓN	Total % n = 331	Premenopáusicas % n = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Asalariada	52.5	70.1	37.0
Ama de casa	34.7	24.8	43.6
Comerciante	4.3	1.9	6.4
Jubilada	8.0	2.5	12.7

(X<sup>2</sup> = 39.19, p < 0.01)

en el estado emocional de la persona según la perspectiva de la deficiencia de estrógeno (Del Campo y Herrera, 1996). Esta metodología es utilizada en otras diversas investigaciones (Saab, Matthews, Stoney y McDonald, 1989); sin embargo, sería más conveniente analizar las diferencias entre perimenopáusicas y postmenopáusicas, sin embargo no se logró alcanzar un número significativo de éstas. En virtud de que es un estudio exploratorio se dejaron estos grupos para este primer análisis.

## **2.9 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Para la selección de la muestra, se utilizó un método no probabilístico de tipo intencional en el cual se le solicitó la participación del 100% de mujeres que se encontraban en el rango de edad solicitado (n=584); sin embargo sólo se logró la participación de un 59.9% de las mujeres (n=350).

Entre las mujeres que se negaron a colaborar, el 55.1% (n=129), señalaron que no se sentían bien de salud para llenar una encuesta (padecían dolor de cabeza); el 29% (n=68) argumentaron que no tenían tiempo ya que estaban a punto de pasar a la consulta y el 15.8% (n=37) se rehusaron a participar como protesta por la larga espera por la que tienen que pasar antes de recibir consulta.

## **2.10 PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN**

Para la aplicación del cuestionario definitivo, se procedió a presentarse en la Unidad Familiar del ISSSTE utilizando una bata y un gafete del Instituto Nacional de Salud Pública, y se solicitó la cooperación de la mujer seleccionada mediante el siguiente argumento:

"Muy buenos días/tardes, vengo del Instituto Nacional de Salud Pública, estamos realizando un estudio sobre salud de las mujeres en el Estado de Morelos y la hemos seleccionado para aplicarle una encuesta que tiene como fin primordial la elaboración de un programa de salud para mujeres maduras en el Estado de Morelos.

Para nosotros es muy importante conocer el estado de salud de la mujer, para poder elaborar campañas de salud que cubran las necesidades de todos los sectores de la población.

Continuamente realizamos encuestas diversas en las que han participado otras personas de la comunidad, y en esta ocasión queremos pedirle su colaboración contestándonos la siguiente encuesta.

Las preguntas se refieren a algunos eventos de su salud, a opiniones que usted tenga sobre la etapa del climaterio, y algunos datos de tipo socioeconómico.

Toda la información será tratada confidencialmente y de modo estadístico por lo que no se conocerá individualmente lo que piensa cada persona.

En caso de que usted tenga alguna duda sobre este estudio, se puede comunicar al 3110111 ext. 2762 por cualquier duda o puede dejar un recado y nos comunicamos con usted".

A continuación se aplicó la encuesta.

Las instrucciones fueron las mismas para todos los sujetos en la aplicación de los cuestionarios.

### **2.1.1 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS**

(Se anexa la versión final del instrumento en el anexo #4)

### **2.1.1.1 NIVEL SOCIOECONOMICO**

Este cuestionario proviene de una encuesta llamada "estrategias para mejorar los patrones terapéuticos de DIA" aplicada en población de trabajadores afiliados al IMSS en 1987 (Bronfman, Guiscafré, Castro, Castro, & Gutiérrez, 1988). Las variables que analiza son:

a) material del piso de la vivienda b) disponibilidad de agua potable c) forma de eliminación de excretas d) número de personas en la vivienda e) número de cuartos en la vivienda y f) escolaridad del jefe de familia. Para la medición de estas variables se realizaron preguntas sobre los aspectos por el tipo de servicio que la persona posee en su vivienda.

Este índice ha sido utilizado en diversas encuestas nacionales en población mexicana, (que contaron además con un marco muestral maestro construido con la información de los censos por la Secretaría de Programación y Presupuesto), como la Encuesta Nacional de Adicciones y Salud Mental I y II (S.S.A./D.G.E., I.M.P. (1990)), la Encuesta Nacional de Salud (S.S.A./D.G.E. (1990)), entre otras, y en todas ellas se ha encontrado que discrimina perfectamente entre sectores socioeconómicos distintos de la población.

### **2.1.1.2 CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y CLIMATERICOS**

Este instrumento fue validado en México por un equipo interdisciplinario (Vázquez, Garrido, MacGregor, Tamayo, Parra, y Santibañez, 1996) y evalúa aspectos clínicos y epidemiológicos del climaterio. Su análisis estadístico incluyó el uso del estadístico de Kappa-Cohen para evaluar la concordancia de variables categóricas, de acuerdo con el siguiente criterio: Kappa menor de 0.20, concordancia baja; de 0.21 a 0.40, regular; de 0.41 a 0.60, moderada; de 0.61 a 0.80, buena y de 0.81 a 1.0, concordancia buena. Para variables de intervalo se utilizó la metodología propuesta por Bland y Altman (1986) que es un método de comparación de formas paralelas en el cual se comparan la media y la desviación estándar de las diferencias entre la primera y la segunda medición. La reproducibilidad de los reactivos que midieron antecedentes patológicos familiares se ubicaron por arriba del 0.80. En estilo de vida y hábitos dietéticos la concordancia fue alta para consumo de tabaco (Kappa > 0.95), y buena para frecuencia de consumo de alimentos y alcohol (Kappa de 0.72-0.84). Respecto a los antecedentes reproductivos se observó, en general, una alta concordancia con excepción de los síntomas relacionados con el climaterio, donde el estadístico de Kappa osciló entre 0.71 y 0.82.

Este instrumento incluye preguntas sobre la edad de la menarca, tiempo desde la última menstruación, regularidad y molestias de la menstruación, número de embarazos e hijos, edad al primer y último embarazo, ocurrencia, edad y tipo de la menopausia, y utilización de tratamientos hormonales. Las escalas en las que se contesta son de tipo nominal, ordinal y de intervalo o razón.

### **2.1.1.3 CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACERCA DEL CLIMATERIO**

Este instrumento fue validado para este estudio y contiene en su versión definitiva 25 afirmaciones, que se agrupan en tres factores: Social, Psicológico y

Fisiológico (en el anexo #1 se presenta el análisis de validez más detallado de esta escala y su confiabilidad).

Para su construcción, se retomaron 27 reactivos contruidos y utilizados por Casamadrid (1986) (Anexo 2) y se crearon otros 16 reactivos más tomados de la revisión de indicadores señalados en la literatura sobre factores sociales y psicológicos que afectan o interactúan con los síntomas del climaterio (Anexo 3).

Se partió del supuesto inicial de que existen tres factores de creencias: un factor biológico, uno social y uno psicológico (Casamadrid, 1986; Ballinger, 1985).

La escala utilizada para evaluar las respuestas fue tipo Likert con 5 opciones: Completamente de acuerdo, De acuerdo, Indecisa, En desacuerdo y Completamente en desacuerdo.

#### **2.1.1.4 ESCALA DE ACTITUD HACIA EL CLIMATERIO**

La construcción de esta escala no está basada en un riguroso método de selección de parejas de adjetivos bipolares, ya que por la extensión del cuestionario y las limitaciones de tiempo en la aplicación del mismo; y además, porque se buscó una medición más amplia de las creencias (que incluía 22 reactivos), los síntomas en el climaterio y la depresión, las actitudes no se podían investigar exhaustivamente, puesto que el cuestionario final tendría demasiadas preguntas y existirían limitaciones de tiempo para su aplicación. A su vez, la edad de las mujeres encuestadas también fue otra de las razones para no ampliar más el cuestionario ya que muchas padecen de problemas visuales y se agotan más rápidamente que las personas jóvenes. Así que se decidió explorar las actitudes de una manera muy general, solamente para sondear la evaluación del climaterio por las mujeres encuestadas.

La construcción de esta escala está basada en el diferencial semántico del idioma español construido por Díaz-Guerrero y Salas (1975). Del cual se tomaron cuatro de las parejas de adjetivos de la elaboración original de 60 parejas de adjetivos, bueno-malo, bonito-feo, natural-artificial, y desagradable-agradable.

Este instrumento fue de tipo "diferencial semántico", e incluyó 8 pares adjetivos bipolares originales que fueron las siguientes: bueno-malo, desagradable-agradable, doloroso-placentero, soportable-insoportable, indeseable-deseable, natural-artificial, bonito-feo, y normal-anormal. Esta escala utiliza valores de 1 a 7, dónde el "1" constituye el polo negativo de la escala y "7" el valor positivo.

#### **2.1.1.5 CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE EVENTOS ESTRESANTES**

Para la construcción de este instrumento se procedió a realizar 55 entrevistas abiertas con mujeres que asistían al centro de salud, mediante las cuales se les pidió que señalaran absolutamente todos los problemas que las afectaban de una semana a la fecha. Con las respuestas de las entrevistadas se construyó la lista de los problemas que se incluyó en el instrumento final. Esta lista incluye la posesión de 27 problemas diversos, como son: problemas económicos, problemas por desempleo, duelo por muerte del esposo, duelo por algún familiar cercano, robo o pérdida de valores, jubilación reciente, cambio en los hábitos de sueño, violencia en su hogar, cambio en los hábitos de comer, infracciones leves a la ley, muerte de alguna amiga(o) íntima(o), pleitos con la pareja, separación de su

pareja, problemas por divorcio, cambio de horario o condiciones de trabajo, despido laboral, matrimonio de un hijo(a), dificultades sexuales, cambio de actividades en la iglesia, cambio a un tipo diferente de trabajo, poca comunicación con los hijos, nacimiento de un nieto, problemas laborales, alguna hija o hijo deja/n el hogar, encarcelamiento de algún familiar cercano, y cambio de residencia.

En un principio, los valores para este instrumento son nominales, ya que se busca saber si la persona tiene o no tiene este problema. En el caso de que lo tiene, se contabiliza con valor de "1"; en el caso de que no lo tiene, con valor de "0". El análisis de esta escala considera que el estrés se mide por el número de problemas que una persona experimenta al mismo tiempo, así que una vez que fueron medidos nominalmente, se obtuvo la sumatoria del número de problemas que en total una persona vive al mismo tiempo.

#### **2.1.1.6 ESCALA DE SINDROME CLIMATERICO**

Esta escala creada por Greene (1998), es una síntesis de siete estudios realizados por varios autores (Greene, 1976; Indira, 1980; Kaufert, 1981; Mikkelsen, 1982; Abe, 1984; Hunter, 1986; Holte, 1991). Evalúa la presencia de síntomas climatérico en una escala de 0 a 3 que tiene el significado de nada, poco, regular y mucho.

En esta escala los síntomas incluidos son:

Dentro del Factor Vasomotor se encuentran los síntomas:

Sudoraciones nocturnas

Bochornos

Dentro del Factor Somático:

Presión o rigidez en la cabeza o cuerpo

Dolor en los músculos o en las articulaciones

Sensación de entumecimiento o punzadas en partes del cuerpo

Dolor de cabeza

Dificultades para respirar

Pérdida de sensibilidad en manos o pies.

Mareos

Dentro del Factor Psicológico se ubican el área de "ansiedad" y la de "depresión".

#### Ansiedad

Sentimientos de tensión o nervios

Ataques de pánico

Látidos del corazón rápidos o fuertes

Excitabilidad

Dificultades para dormir

Dificultades para concentrarse

#### Depresión

Sentimientos de infelicidad o depresión

Pérdida de interés en la mayoría de las cosas

Irritabilidad  
Períodos de llanto  
Sentimiento de cansancio o pérdida de energía

Esta escala propuesta por Greene cuenta con 20 reactivos, que son medidos en una escala de cuatro niveles que representa el grado en el que la mujer presenta cada síntoma, donde 0 es "nada", 1 es "poco", 2 es "regular" y 3 es "mucho"; y supone la formación de tres factores que son: vasomotores, somáticos y psicológicos

#### **2.1.1.7 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

La versión que se utilizó de este instrumento, cuenta con 21 reactivos los cuáles tienen 4 opciones de respuesta que representan grados de la posesión de un síntoma. La escala va de 0 a 3, donde el 0 representa que la persona no tiene el síntoma, hasta 3 que representa que la persona posee un síntoma en extremo. Los síntomas son tristeza, descorazonamiento, fracaso, satisfacción por actividades, culpabilidad, desilusión de sí mismo, evaluaciones negativas, pensamientos suicidas, llorar más de lo usual, irritabilidad, pérdida de interés en la gente, capacidad de tomar de decisiones, autoimagen, rendimiento al trabajar, insomnio, cansancio, apetito, pérdida de peso, preocupación por salud, e interés en el sexo. La validez de este instrumento fue realizada por Jurado y cols. (1998), y se realizó en tres estudios e incluyó desde la traducción y sometimiento de la escala a una prueba de jueces, hasta sus aplicaciones en campo.

### III. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio están organizados en dos partes. En la primera parte se exponen los resultados generales de cada instrumento aplicado, comparando a las dos poblaciones de mujeres, pre y postmenopáusicas. En la segunda parte se exponen los resultados de acuerdo a los objetivos del estudio.

#### 3.1. RESULTADOS GENERALES DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

##### 3.1.1 INDICE DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

En el siguiente cuadro se muestran las distribuciones de frecuencias y medidas de tendencia central de uno de los síntomas de la escala de Greene (1998), comparando los grupos pre, post y total de mujeres.

**CUADRO 2  
INDICADORES DEL INDICE SOCIOECONOMICO**

##### TIPO DE PISO

Los Pisos de la Casa son:	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Tierra	1.8	2.6	1.2
Cemento	40.5	43.1	38.7
Mosaico	57.4	54.2	60.1
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 1.81, p > 0.50$ )

##### SERVICIO DE AGUA

¿Cuentan con Agua Potable?	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Sí (Dentro de Casa)	94.8	92.8	96.5
Sí (Fuera de la casa pero dentro del edificio o vecindad)	3.1	4.6	1.7
Sí (De la llave pública fuera del edificio o vecindad)	0.6	0.7	0.6
No	1.5	2.0	1.2
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 2.60, p > .05$ )

##### DRENAJE

Cuenta con Drenaje	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Si	90.8	89.6	91.9
No	9.2	10.4	8.1
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = .516, p > 0.05$ )

##### DESAGUE

A dónde desagua el drenaje	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
----------------------------	----------------------	------------------------------	-------------------------------

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

La red pública	75.2	72.8	77.2
Fosa séptica	23.2	25.9	21.0
Suelo	0.6		1.2
Otro	1.0	1.4	0.0
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 3.24, p > 0.05$ )

#### BAÑO

¿Para ir al baño cuenta con.....?	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Excusado de agua corriente	95.7	96.8	94.8
Letrina o fosa séptica	4.3	3.2	5.2
Hoyo negro			
Hacen al aire libre			
Lo ignora			
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = .760, p > 0.05$ )

#### VIVEN EN SU VIVIENDA

Número de personas que viven en su vivienda	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
1	3.4	0.6	6.0
2	13.6	11.0	16.1
3	18.0	18.7	17.3
4	29.7	31.6	28.0
5	19.2	20.6	17.9
6	9.3	9.0	9.5
7	2.8	4.5	1.2
8	2.5	2.6	2.4
9	0.9	0.6	1.2
12	0.6	0.6	0.6
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 12.484, p > 0.05$ )

#### CUARTOS

Número de cuartos que hay en su vivienda	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
1	3.1	5.2	1.2
2	24.7	30.3	19.5
3	38.0	32.3	43.2
4	18.8	15.5	21.9
5	9.6	11.0	8.3
6	3.4	4.5	2.4
7	1.5	0.6	2.4
8	0.3	0.0	0.6
9	0.6	0.6	0.6
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 16.456, p < 0.05$ )

#### NIVEL DE ESCOLARIDAD JEFE DE FAMILIA

Máximo Nivel de Escolaridad del Jefe(a) de Familia	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
No fue a la escuela	2.3	0.6	3.6
Primaria incompleta	12.3	6.4	17.2
Primaria completa	7.1	5.7	8.3
Secundaria incompleta	5.4	5.1	5.7
Secundaria completa	9.4	11.5	7.8

Estudios técnicos post	9.4	7.6	10.9
Prepa incompleta	2.0	2.5	1.6
Prepa completa	9.4	14.0	5.7
Licenciatura	38.0	43.3	33.9
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=29.520$ ,  $p<0.05$ )

#### HACINAMIENTO

Evaluación del Estado de Hacinaamiento	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Hacinado	1.5		3.0
Semihacinado	3.7	1.3	6.0
No hacinado	94.7	98.7	91.1
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=9.82$ ,  $p<0.05$ )

Una vez que este índice se ha construido de acuerdo con el método propuesto por sus autores (Bronfman, y cols., 1988), se muestran las comparaciones entre los dos grupos de mujeres y como puede observarse, no se encontraron diferencias significativas.

**CUADRO 3  
NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS MUJERES**

NIVEL SOCIOECONOMICO	Total % N= 331	Premenopáusicas % N= 157	Postmenopáusicas % N= 174
NIVEL BAJO	48.3	49.4	47.1
NIVEL MEDIO	51.7	50.6	52.9
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 0.178$ ,  $p > 0.05$ )

#### 3.1.2 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y CLIMATÉRICOS

En los siguientes cuadros se muestran las distribuciones de frecuencia y las medidas de tendencia central de las variables del cuestionario de antecedentes ginecológicos, comparando a los dos grupos de mujeres.

En primer término, la edad de la menarca muestra una media mayor para las mujeres postmenopáusicas, y una mayor irregularidad menstrual en las mujeres premenopáusicas. En cuanto a molestias menstruales no hay diferencias en ambos grupos. Se observa que la edad al último parto es mayor en las mujeres postmenopáusicas, así como el número de embarazos e hijos vivos. En el resto de las variables las diferencias no fueron significativas.

**CUADRO 4  
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y CLIMATERICOS**

	Total N= 331		Premenopáusicas N= 157		Postmenopáusicas N= 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
EDAD DE LA MENARCA	13.0	1.73	12.7	1.57	13.2	1.87

( $t = 2.43$ ,  $p < 0.05$ )

PERIODOS MENSTRUALES	Total % N= 331	Premenopáusicas % N= 157	Postmenopáusicas % N= 174
----------------------	-------------------	-----------------------------	------------------------------

Regulares	69.0	63.3	74.1
Irregulares	17.7	18.7	16.9
Ambos	13.3	18.0	9.0
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 6.22, p < 0.05$ )

Molestias en Menstruación	Total % N= 331	Premenopáusicas % N= 157	Postmenopáusicas % N= 174
Ninguna	25.6	22.9	28.1
Pocas	48.2	50.3	46.3
Muchas	20.1	19.0	21.3
Demasiadas	6.1	7.8	4.4
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 2.86, p > 0.05$ )

	Total N= 331 X D.S.	Premenopáusicas N= 157 X D.S.	Postmenopáusicas N= 174 X D.S.	Significancia
Edad primer parto	21.91 7.12	21.30 7.64	22.53 6.53	(t = 2.43, p > 0.05)
Edad último parto	29.76 8.58	27.86 9.36	31.56 7.29	(t = 3.94, p < 0.05)
Embarazos	3.75 2.57	2.91 1.77	4.46 2.91	(t = 5.76, p < 0.05)
Hijos vivos	3.21 2.19	2.48 1.48	3.83 2.49	(t = 5.86, p < 0.05)
Número de meses desde la última menstruación	50.82 83.28	1.46 1.56	100.11 96.89	(t = 12.53, p < 0.01)
Edad de Menopausia	46.25 5.40	0 0	46.25 5.40	

Uso de tratamientos hormonales	Total % N= 331	Premenopáusicas % N= 157	Postmenopáusicas % N= 174
Si	30.2	21.1	29.3
No	70.7	78.9	69.8
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = 0.687, p > 0.05$ )

### 3.1.3. CREENCIAS

En relación al instrumento de creencias, sus distribuciones de frecuencias se incluyen en el anexo 5 debido a que el documento es muy extenso y para no desorganizar la exposición de los presentes resultados. En la segunda parte de estos resultados, en el objetivo #1 se expone la prueba de validación de este instrumento de creencias.

### 3.1.4. ACTITUD HACIA EL CLIMATERIO

En el siguiente cuadro 5 se muestran los pesos factoriales encontrados para las parejas de adjetivos bipolares en cada grupo de mujeres. Los reactivos cuyas cargas factoriales aparecen tachadas fueron eliminados.

**CUADRO 5  
ACTITUD HACIA EL CLIMATERIO  
EN EL TOTAL DE MUJERES**

	Factor 1	Factor 2
Bueno-malo	.640	-.310
Desagradable- agradable	.842*	-.007
Doloroso-placentero	.874*	-.075
Soportable-insoportable	-.415	-.595
Indeseable-deseable	.560*	-.090
Natural-artificial	-.024	.894
Bonito-feo	.760*	-.003
Normal-anormal	-.008	.870
Valor eigen	3.291	1.625
% de varianza	40.19	20.38
Alfa de cronbach	.8382	

**MUJERES POSTMENOPAUSICAS**

	Factor 1	Factor 2
Bueno-malo	.763	-.438
Desagradable- agradable	.798	-.294
Doloroso-placentero	.786	-.324
Soportable-insoportable	-.362	.554
Indeseable-deseable	.681	-.387
Natural-artificial	-.293	.773
Bonito-feo	.754	-.476
Normal-anormal	-.392	.699
Valor eigen	3.107	1.858
% de varianza	38.836	23.23
Alfa de cronbach	.7706	.6082

**MUJERES PREMENOPAUSICAS**

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Bueno-malo	-.423*	.734*	-.002
Desagradable-agradable			
Doloroso-placentero	.821	-.264	-.150
Soportable-insoportable	.912	-.009	-.002
Indeseable-deseable	-.005	.891*	-.008
Natural-artificial	.818	-.118	-.003
Bonito-feo	-.003	-.006	.894
Normal-anormal	.612	-.398	-.003
	-.002	-.140	.872
Valor eigen	2.738	1.598	1.592
% de varianza	34.223	19.975	19.904

Alfa de cronbach	.8391		
------------------	-------	--	--

Posteriormente se obtuvieron los siguientes promedios de este instrumento:

Actitud hacia el climaterio	Total n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	3.703	1.337	3.725	1.327	3.684	1.350

( $t = -0.264, p > 0.05$ )

Observándose que la actitud hacia el climaterio presenta un ligero sesgo hacia un valor negativo de la escala.

El factor encontrado que muestra una tendencia de actitud más positiva que negativa hacia el climaterio en la mayoría de las mujeres.

### 3.1.5 NIVEL DE EVENTOS ESTRESANTES

CUADRO 6  
NIVEL DE EVENTOS ESTRESANTES

Número de problemas	Total N = 331	Premenopáusicas N = 157	Postmenopáusicas n = 174
0	23.1	27.9	18.4
1	20.5	23.4	17.2
2	19.0	21.4	16.7
3	11.0	10.4	12.1
4	9.8	8.4	11.5
5	4.0	2.6	4.6
6	5.8	1.9	9.8
7	1.4	1.3	1.7
8	2.6	0.6	4.0
9	1.7	1.3	2.3
10	0.0	0.0	0.0
11	0.9	0.0	1.7
12	0.3	0.6	0.0
	100.0	100.0	100.0

( $t = 23.94, p < 0.05$ )

### PROMEDIO DEL NIVEL DE EVENTOS ESTRESANTES

Nivel de estrés	Total N = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	2.45	2.42	1.90	2.05	2.98	2.63

( $t = 4.13, p < 0.01$ )

### 3.1.6 SÍNDROME CLIMATÉRICO

En el siguiente cuadro se muestran las distribuciones de frecuencias de cada uno de los síntomas de la escala de Greene (1998), comparando los grupos pre, post y total de mujeres.

**CUADRO 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS**

LÁTIDOS DEL CORAZÓN RÁPIDOS O FUERTES	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	56.8	61.8	52.3
Poco	22.4	20.4	24.1
Regular	16.4	14.0	19.0
Mucho	4.2	3.8	4.6
	100.0	100.0	100.0

(X<sup>2</sup>=3.164, p>0.05)

SENTIMIENTOS DE TENSIÓN O NERVIOS	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	33.5	33.1	33.9
Poco	28.7	27.4	29.9
Regular	23.3	26.1	20.7
Mucho	14.5	13.4	15.5
	100.0	100.0	100.0

(X<sup>2</sup>=1.500, p>0.05)

DIFICULTAD PARA DORMIR	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	48.6	52.2	45.4
Poco	25.1	24.2	25.9
Regular	12.4	10.2	14.4
Mucho	13.9	13.4	14.4
	100.0	100.0	100.0

(X<sup>2</sup>=2.102, p>0.05)

NERVIOSISMO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	46.1	45.5	46.6
Poco	22.1	25.6	19.0
Regular	20.0	18.6	21.3
Mucho	11.8	10.3	13.2
	100.0	100.0	100.0

(X<sup>2</sup>=2.581, p>0.05)

PANICO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	88.2	89.2	87.4
Poco	6.0	6.4	5.7
Regular	3.3	2.5	4.0
Mucho	2.4	1.9	2.9
	100.0	100.0	100.0

(X<sup>2</sup>=.941, p>0.05)

DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	53.8	51.6	55.7

Poco	25.1	30.6	20.1
Regular	13.9	14.0	13.8
Mucho	7.3	3.8	10.3
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=8.711$ ,  $p < 0.05$ )

SENTIMIENTOS DE CANSANCIO O PÉRDIDA DE ENERGÍA	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	29.9	29.3	30.5
Poco	25.7	25.5	25.9
Regular	24.8	23.6	25.9
Mucho	19.6	21.7	17.8
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=.837$ ,  $p>0.05$ )

PÉRDIDA DE INTERÉS EN LA MAYORÍA DE LAS COSAS	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	29.9	73.9	75.9
Poco	25.7	18.5	13.2
Regular	24.8	5.7	6.3
Mucho	19.6	1.9	4.6
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=3.333$ ,  $p>0.05$ )

SENTIMIENTOS DE INFELICIDAD O DEPRESIÓN	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	59.8	56.7	62.6
Poco	19.3	22.9	16.1
Regular	12.7	14.0	11.5
Mucho	8.2	6.4	9.8
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=4.068$ ,  $p>0.05$ )

PERÍODOS DE LLANTO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	65.2	66.2	64.2
Poco	20.0	22.3	17.9
Regular	8.8	7.0	10.4
Mucho	6.1	4.5	7.5
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=4.068$ ,  $p>0.05$ )

IRRITABILIDAD	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	41.7	40.1	43.1
Poco	29.0	32.5	25.9
Regular	18.1	18.5	17.8
Mucho	11.2	8.9	13.2
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=2.809$ ,  $p>0.05$ )

MAREOS O DESMAYOS	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	72.2	76.4	68.4
Poco	16.9	17.2	16.7
Regular	7.6	3.8	10.9
Mucho	3.3	2.5	4.0
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=6.799$ ,  $p>0.05$ )

PRESIÓN O RIGIDEZ EN LA CABEZA O CUERPO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	63.1	64.3	62.1
Poco	16.3	21.7	11.5
Regular	12.4	7.6	16.7
Mucho	8.2	6.4	9.8
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=11.886$ ,  $p>0.05$ )

SENSACIÓN DE ENTUMECIMIENTO O PUNZADAS EN PARTES DEL CUERPO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	50.5	57.3	44.3
Poco	24.5	24.2	24.7
Regular	17.2	14.0	20.1
Mucho	7.9	4.5	10.9
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=8.975$ ,  $p<0.05$ )

DOLOR DE CABEZA	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	48.9	39.5	57.5
Poco	24.2	31.8	17.2
Regular	18.1	21.0	15.5
Mucho	8.8	7.6	9.8
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=14.541$ ,  $p<0.05$ )

DOLOR EN LOS MÚSCULOS O EN LAS ARTICULACIONES	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	39.6	45.2	34.5
Poco	20.5	23.6	17.8
Regular	25.1	22.9	27.0
Mucho	14.8	8.3	20.7
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=12.868$ ,  $p<0.05$ )

PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN MANOS O PIES	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	83.7	88.5	79.3
Poco	7.6	5.7	9.2
Regular	4.8	3.8	5.7
Mucho	3.9	1.9	5.7
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=5.875$ ,  $p>0.05$ )

DIFICULTAD PARA RESPIRAR	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	76.1	75.2	77.0
Poco	14.5	17.2	12.1
Regular	5.1	3.8	6.3
Mucho	4.2	3.8	4.6
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=2.656$ ,  $p>0,05$ )

BOCHORNOS O CALORES EN LA CARA Y PECHO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	61.6	66.9	56.9
Poco	17.8	19.1	16.7
Regular	9.4	7.6	10.9
Mucho	11.2	6.4	15.5
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=8.735$ ,  $p<0.05$ )

SUDORACIONES NOCTURNAS	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	72.2	79.0	66.1
Poco	13.9	14.6	13.2
Regular	6.6	4.5	8.6
Mucho	7.3	1.9	12.1
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=15.917$ ,  $p<0.05$ )

INTERÉS EN EL SEXO	Totales % N = 331	Premenopáusicas % N = 157	Postmenopáusicas % N = 174
Nada	58.4	62.8	54.3
Poco	16.1	17.9	14.5
Regular	13.1	9.6	16.2
Mucho	12.5	9.6	15.0
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2=6.27$ ,  $p>0.05$ )

### 3.1.7 DEPRESIÓN

Los resultados de la medición de la depresión usando el Inventario de depresión de Beck (Jurado, y cols. 1998) se muestran en el cuadro siguiente. Primeramente se ofrece la medición de la depresión como variable continua, en ambos grupos de mujeres pre y postmenopáusicas. En seguida, se muestra la

calificación de la depresión organizada tal como lo propuso Beck (Jurado, y cols. 1998) en cuatro categorías: mínima, leve, moderada y severa.

**CUADRO 8**  
**NIVEL DE DEPRESION**

COMO VARIABLE CONTINUA	Total % n = 331 X D.S.	Premenopáusicas % N = 157 X D.S.	Postmenopáusicas % n = 174 X D.S.
Nivel de Depresión	8.09 8.75	6.89 7.33	9.16 9.74

( $t=2.34, p < 0.05$ )

NIVEL DE DEPRESIÓN	Total % n = 331	Premenopáusicas % n = 157	Postmenopáusicas % n = 174
Mínima	67.4	72.0	63.2
Leve	16.9	15.3	18.4
Moderada	11.2	8.9	13.2
Severa	2.1	0.6	3.4
	100.0	100.0	100.0

( $\chi^2 = .119 p > 0.05$ )

## 3.2. RESULTADOS POR CADA OBJETIVO DE INVESTIGACION PROPUESTO

### 3.2.1. OBJETIVO 1) Construir una escala para medir creencias hacia el climaterio.

Para analizar las creencias asociadas a los efectos del climaterio se procedió a realizar un análisis factorial con rotación Varimax y método de extracción por componentes principales, tanto para el total de mujeres como para los subgrupos pre y postmenopáusicas. Se calcularon el alfa de Cronbach, por cada factor encontrado y se compararon los tres grupos de mujeres (totales, pre y postmenopáusicas), encontrando que el grupo de mujeres en total tiene la confiabilidad más alta de los tres, lo cual coincidió con los resultados de la prueba piloto, dónde los mejores factores se formaron a partir de los 40 años de edad.

Los factores encontrados fueron 3 y se les denominó: a) Desventaja social b) Emocional y c) Físico.

#### FACTOR DE DESVENTAJA SOCIAL

Este primer factor se denominó de desventaja social, porque incluye reactivos que hacen referencia a las desventajas sociales de llegar al climaterio: incluye los reactivos siguientes: "perder el atractivo físico es la principal causa de trastornos en el climaterio", "la feminidad de la mujer se pierde con la llegada del climaterio", "los problemas familiares son mayores en el climaterio", "el no tener menstruaciones significa perder la juventud", "los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio", "es ofensivo decirle a una mujer que está en la etapa del climaterio", y "durante la etapa del climaterio la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales".

## FACTOR DE ASPECTOS EMOCIONALES

Este factor denominado "emocional" incluye los reactivos "la mujer se vuelve muy irritable durante la etapa del climaterio", "la mujer en la etapa del climaterio padece de frecuentes depresiones", y "en el climaterio las mujeres se molestan fácilmente". Este factor se diferencia del anterior en que se trata aquí de efectos adversos en las emociones de la mujer.

## FACTOR DE ASPECTOS FISICOS

Este tercer factor se denominó de "creencias fisiológicas" y cuenta con los reactivos: "el climaterio es la causa de muchas enfermedades en la tercera edad", "el climaterio puede afectar al sistema cardíaco (corazón)", "el climaterio trae consigo muchas alteraciones fisiológicas", "el climaterio es una de las causas de la enfermedad de Alzheimer" y "el climaterio aumenta la presión arterial del cuerpo".

Los reactivos se muestran en el cuadro siguiente por cada factor con sus respectivas cargas factoriales.

CUADRO 9

## FACTORES DE LA ESCALA DE CREENCIAS ENCONTRADOS

### FACTOR DESVENTAJA SOCIAL

Reactivos	Cargas
Perder el atractivo físico es la principal causa de trastornos en el climaterio	.661
La femineidad de la mujer se pierde con la llegada del climaterio	.709
Los problemas familiares son mayores en el climaterio	.675
El no tener menstruaciones significa perder la juventud	.600
Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio	.445
Es ofensivo decirle a una mujer que está en la etapa del climaterio	.574
Durante la etapa del climaterio la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales	.422
Valor Eigen	5.764
Porcentaje de Varianza	23.055
Alfa de Cronbach	.7696

### FACTOR DE ASPECTOS EMOCIONALES

Reactivos	Cargas
La mujer se vuelve muy irritable durante la etapa del climaterio	.719
La mujer en la etapa del climaterio padece de frecuentes depresiones	.736
En el climaterio las mujeres se molestan fácilmente	.718
Valor Eigen	2.544
Porcentaje de Varianza	10.175
Alfa de Cronbach	.7348

### FACTOR DE ASPECTOS FISICOS

Reactivos	Cargas
El climaterio es la causa de muchas enfermedades en la tercera edad	.529
El climaterio puede afectar al sistema cardíaco (corazón)	.730
El climaterio trae consigo muchas alteraciones fisiológicas	.541
El climaterio es una de las causas de la enfermedad de Alzheimer	.647
El climaterio aumenta la presión arterial del cuerpo	.638
Valor Eigen	1.673
Porcentaje de Varianza	6.688
Alfa de Cronbach	.6565

En cuanto a estos resultados, tomando en cuenta los alfas de Cronbach y que los reactivos pertenecientes a cada factor comparten un contenido común que indica homogeneidad de la estructura interna de la escala. Se puede concluir que las escalas son buenas, y que el porcentaje de varianza explicada es de cerca del 40%.

En cuanto a la correlación entre factores, el factor de desventaja social se correlaciona en un .558 con el factor emocional, y en un .505 con el factor físico. Por su parte, el factor emocional se relaciona en un .558 con el factor de desventaja social y de .405 con el fisiológico. Finalmente el factor fisiológico se correlaciona en un .505 con el de desventaja social y en un .405 con el emocional.

A continuación se muestran las medias por cada factor:

Factor de Desventaja social	Total n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	3.47	0.69	3.49	0.66	3.41	0.72

( $t=-.927$ ,  $p > 0.05$ )

Cómo se puede observar en el cuadro anterior, no existen diferencias significativas entre las mujeres pre y postmenopáusicas con respecto a las creencias sobre las desventajas sociales del climaterio. La media teórica para esta escala es de 4 que representa la neutralidad o indecisión, por lo que se observa un sesgo hacia los valores negativos, que si bien es leve, indica una creencia de que el climaterio tiene consecuencias sociales adversas.

Factor de Aspectos Emocionales	Total n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	2.55	0.85	2.51	0.76	2.54	0.91

( $t=0.317$ ,  $p > 0.05$ )

Respecto al factor puede observar en el cuadro anterior, no existen diferencias significativas entre las mujeres pre y postmenopáusicas con respecto a las creencias sobre las desventajas emocionales del climaterio. La media teórica para esta escala es de 4 que representa la neutralidad o indecisión, por lo que se observa un sesgo moderado hacia los valores negativos, que indica una creencia de que el climaterio tiene consecuencias emocionales adversas.

Factor de Aspectos Físicos	Total n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	2.93	0.65	2.98	0.62	2.86	0.67

( $t=-1.63$ ,  $p > 0.05$ )

**3.2.2 OBJETIVO 2) Analizar las características psicométricas del cuestionario de síntomas climatéricos de Greene (1998) en una muestra de mujeres pre y post menopáusicas.**

Para el analizar psicométricamente el cuestionario de síntomas climatéricos de Greene (1998), primeramente se realizó una técnica de análisis factorial, por el método de extracción del componente principal y rotación Varimax, comparando la formación de factores tanto en el total de las mujeres encuestadas, como en los grupos de mujeres pre y postmenopáusicas. Esta comparación se hizo con el fin de observar las diferencias en cuanto a la composición interna de los factores, para decidir cual de las poblaciones serían tomadas como base para el análisis definitivo de los síntomas.

Se realizaron los análisis factoriales en cada grupo de mujeres y posteriormente se analizaron los alfas de Cronbach, por cada factor encontrado. Al comparar los alfas de los tres grupos de mujeres (total, pre y post), se determinó que los factores en el grupo de mujeres postmenopáusicas eran los más altos en confiabilidad.

El primero de los factores ha sido señalado con el nombre de "Psicológico" y contiene los síntomas de "tensión o nervios", "problemas para dormir", "excitabilidad", "dificultad para concentrarse", "pérdida de interés en la mayoría de las cosas", "infelicidad o depresión", e "irritabilidad y enojo". Se diferencia del factor psicológico original de Greene (1976) en 4 indicadores que no se integraron al factor psicológico encontrado y que fueron "ataques de pánico", "latidos del corazón rápidos o fuertes", "períodos de llanto" y "sentimiento de cansancio o pérdida de energía".

El segundo de los factores se podría llamar "somático" e incluye los síntomas "mareos", "entumecimiento o punzadas en partes del cuerpo", "dolores de cabeza", "dolor en los músculos o en las articulaciones", "pérdida de sensibilidad en manos o pies" y "dificultades para respirar".

El tercero de los factores ha sido denominado como "vasomotor" e incluye los síntomas "bochornos o calores", "sudoraciones nocturnas" y "pérdida de interés en el sexo", posiblemente este tercer síntoma está asociado con la atrofia vaginal (resequedad). Estos factores se reportan en el cuadro .

De la escala original de 21 reactivos discriminaron 16 de ellos.

**CUADRO 10  
FACTORES DE SINTOMAS EN EL CLIMATERIO**

PSICOLOGICO	
Tensión o nervios	.825
Dificultades para dormir	.861
Nerviosismo	.844
Problemas para concentrarse	.850
Pérdida de interés	.847
Infelicidad o depresión	.839
Irritabilidad o enojo	.840
Valor eigen	8.257
Porcentaje de Varianza	39.310
Alfa de Cronbach	.8647

**SOMATICO**

Mareos o desmayos	.769
Entumecimiento o punzadas en partes del cuerpo	.740
Dolor de Cabeza	.793
Dolor en los músculos o articulaciones	.767
Pérdida de sensibilidad en manos o pies	.769
Dificultades para respirar	.769
Valor eigen	1.806
Porcentaje de Varianza	8.590
Alfa de Cronbach	.7996

**VASOMOTOR**

Bochornos o calores en la cara y pecho	.667
Sudoraciones nocturnas	.644
Pérdida de Interés en el sexo	.741
Valor eigen	1.304
Porcentaje de Varianza	6.200
Alfa de Cronbach	.7720

Posteriormente se hizo la comparación de medias por factor entre las mujeres pre y postmenopáusicas, para buscar diferencias en su sintomatología asociadas a la interrupción de la etapa reproductiva.

**CUADRO 11  
COMPARACION DE MEDIAS POR FACTOR**

**PSICOLÓGICO**

Total n = 331		Premenopáusicas n = 157		Postmenopáusicas n = 174	
X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
0.84	0.71	0.81	0.65	0.86	0.76

(t = 0.571, p > 0.05)

**SOMÁTICO**

Total n = 331		Premenopáusicas n = 157		Postmenopáusicas n = 174	
X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
0.65	0.62	0.57	0.54	0.72	0.67

(t = 2.24, p < 0.05)

**VASOMOTOR**

Total n = 331		Premenopáusicas n = 157		Postmenopáusicas n = 174	
X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
0.67	0.85	0.51	0.67	0.82	0.96

(t = 3.39, p < 0.01)

**3.2.3 OBJETIVO 3) Analizar las diferencias entre los datos generados entre las escalas epidemiológicas y las psicológicas, en cuanto a la medición de la depresión.**

Primeramente en la escala epidemiológica de síntomas climatéricos de Greene (1998), se observa que los síntomas de ansiedad y depresión se

combinan en un solo factor, y que no todos los síntomas señalados por el autor, son incluidos dentro del factor psicológico encontrado.

En cuanto a la "ansiedad" fueron excluidos los "ataques de pánico", y los "latidos del corazón rápidos o fuertes". En cuanto a la depresión, se excluyeron los "períodos de llanto" y los "sentimientos de cansancio o pérdida de energía".

En el siguiente cuadro 12, se observa que las correlaciones son bajas entre el instrumento de Greene (1998) y el de Beck (Jurado, et al. 1998). Estas bajas correlaciones también se observan al correlacionar por separado los componentes de ansiedad y depresión medidos por la escala psicológica de Greene (1998), con la depresión medida por el Inventario de Depresión de Beck, (Jurado, et al. 1998).

**CUADRO 12  
CORRELACION ENTRE LOS COMPONENTES PSICOLOGICOS DE LA  
ESCALA DE GREENE Y LA ESCALA DE DEPRESION DE BECK**

**TOTAL DE MUJERES**

Componente (Greene)	Depresión (Beck)
Depresión	.326**
Ansiedad	.240**

\*\*p < 0.01

**MUJERES PREMENOPÁUSICAS**

Componente (Greene)	Depresión (Beck)
Depresión	.425**
Ansiedad	.319**

\*\*p < 0.01

**MUJERES POSTMENOPÁUSICAS**

Componente (Greene)	Depresión (Beck)
Depresión	.270**
Ansiedad	.189*

\*\*p < 0.01 \*p < 0.05

Como se puede observar, en los cuadros anteriores de mujeres (total, premenopáusicas y postmenopáusicas (cuadro 12)) se muestran los valores r y se observa que todas las correlaciones fueron significativas, aunque no fueron muy altas. En los tres casos el componente de depresión correlaciona más alto que el de ansiedad.

En este siguiente cuadro 13, se correlacionan los tres factores de la escala de Greene con los componentes del factor psicológico de la misma escala.

**CUADRO 13  
CORRELACION ENTRE FACTORES DE SINTOMAS DE LA ESCALA DE  
GREENE Y LOS COMPONENTES DE SU FACTOR PSICOLOGICO**

**TOTAL DE MUJERES**

Componente (Greene)	Psicológicos	Somáticos	Vasomotores
Depresión	.877**	.602**	.566**
Ansiedad	.942**	.536**	.514**

\*\*p < 0.01

**MUJERES PREMENOPÁUSICAS**

Componente (Greene)	Psicológicos	Somáticos	Vasomotores
Depresión	.835**	.659**	.598**
Ansiedad	.928**	.608**	.475**

\*\*p < 0.01

**MUJERES POSTMENOPÁUSICAS**

Componente (Greene)	Psicológicos	Somáticos	Vasomotores
Depresión	.904**	.571**	.563**
Ansiedad	.952**	.546**	.490**

\*\*p < 0.01

Cómo puede observarse, los componentes del factor psicológico correlacionan más alto con los tres factores de la escala (Greene,1998), que con el inventario de depresión de Beck (Jurado, 1988).

Por otra parte, se observa que las diferencias entre mujeres pre y postmenopáusicas en cuanto a los síntomas psicológicos y la depresión, son diferentes. En el primer caso utilizando el instrumento de Greene (1998) no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos, a diferencia del instrumento de Beck en el que si se encuentran, como puede observarse en los siguientes cuadros.

**CUADRO 14**

**DIFERENCIAS DE MEDIA EN CUANTO A LOS SINTOMAS PSICOLOGICOS Y LA DEPRESION EN LOS INSTRUMENTOS DE GREENE Y BECK**

**INSTRUMENTO DE GREENE**

FACTOR PSICOLÓGICO	Total n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	0.84	0.71	0.81	0.65	0.86	0.76

(t=0.571, p > 0.05)

**INSTRUMENTO DE BECK**

NIVEL DE DEPRESIÓN	Total n = 331		Premenopáusicas N = 157		Postmenopáusicas n = 174	
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
	8.09	8.75	6.89	7.33	9.16	9.74

(t=2.34, p < 0.05)

**3.2.4 OBJETIVO 4) Analizar la asociación entre los síntomas vasomotores y los somáticos, con los síntomas psicológicos medidos por escalas epidemiológicas y psicológicas.**

La correlación entre factores vasomotores, somáticos, psicológicos y depresión se muestra en el siguiente cuadro. En el primero de ellos se muestran

las correlaciones en la totalidad de las mujeres, en el segundo en las postmenopáusicas y finalmente en las premenopáusicas.

**CUADRO 15  
CORRELACION ENTRE FACTORES DE LA ESCALA DE  
GREENE Y LA DEPRESION DE BECK**

TOTAL DE MUJERES			
FACTOR	PSICOLOGICO	SOMATICO	VASOMOTOR
DEPRESION	.301**	.230**	.210**
**p < 0.01			
MUJERES POSTMENOPÁUSICAS			
FACTOR	PSICOLOGICO	SOMATICO	VASOMOTOR
DEPRESION	.240**	.178*	.124
**p < 0.01    *p < 0.05			
MUJERES PREMENOPÁUSICAS			
FACTOR	PSICOLOGICO	SOMATICO	VASOMOTOR
DEPRESION	.405**	.291**	.337**
**p < 0.01			

En estos cuadros se observa que la mayoría de las correlaciones fueron significativas entre el inventario de depresión de Beck (Jurado y cols. 1998) y el instrumento de Greene (1998) de aunque los tres factores no muestran correlaciones altas. En el total de mujeres y en las premenopáusicas se observa que todas las correlaciones son más altas que en las mujeres postmenopáusicas.

Como se puede observar en los tres grupos de mujeres, la correlación entre los síntomas vasomotores y los psicológicos es suficiente para señalar que existe relación positiva entre ambos síntomas; lo mismo ocurre entre los síntomas psicológicos y los somáticos; sin embargo, en cuanto a la depresión, medida con el instrumento de depresión de Beck, se observa que las correlaciones con las otras tres variables son bajas.

**3.2.5 OBJETIVO 5) Analizar de las variables socioeconómica, antecedentes ginecológicos y climatéricos, creencias, actitudes, nivel de eventos estresantes, si son variables predictoras del síndrome climatérico y la depresión, en los grupos pre y postmenopáusicas.**

Para este análisis se procedió a realizar dos procesos de cuatro regresiones lineales cada uno, para los grupos pre y postmenopáusicas, por el método paso a paso.

En todos los procesos se tomaron como variables dependientes, alternadamente, a los tres factores encontrados de los síntomas climatéricos medidos por la escala de Greene (1998) y a la depresión medida por el inventario de depresión de Beck (Jurado, 1998), sin incluirlos nunca como variables independientes, con el fin de evitar la confusión entre las correlaciones de los factores de los síntomas climatéricos entre sí con el efecto de las otras variables. De acuerdo a los criterios de Holte (1998) sobre las confusiones en los diseños de investigación, en la mayoría de los estudios, incluyendo el presente, no se establece un control de la temporalidad en la ocurrencia de los síntomas, de modo

que aparentemente éstos síntomas se presentan al mismo tiempo, (ya que además se observa una alta correlación entre lo factores vasomotor, somático y psicológico), pero no se puede saber cuál es efecto primario y cuál secundario.

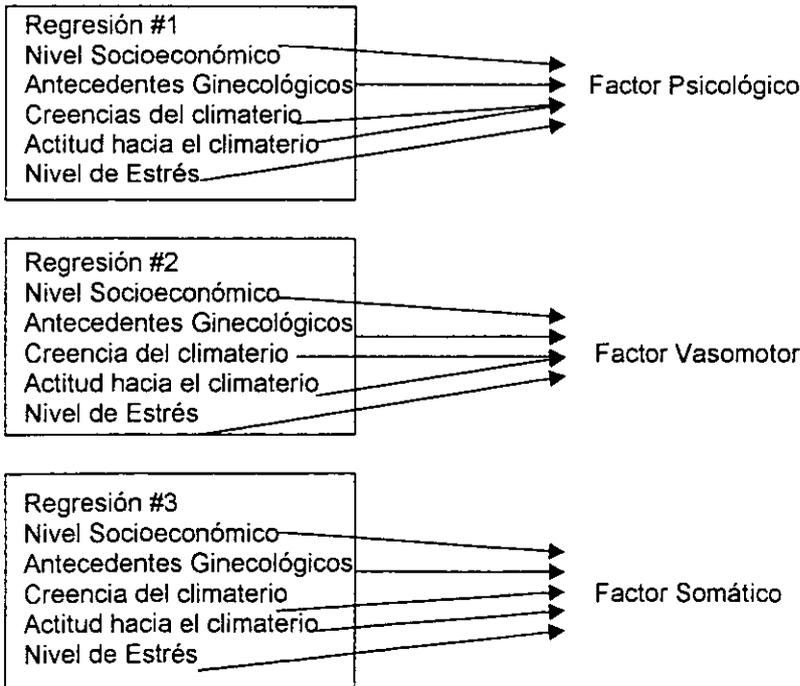
El resto de las variables independientes incluidas fueron por las variables de historia ginecológica: edad de la menarca, edad al primer parto, edad al último parto, número de embarazos, número de hijos vivos, menstruación actual, número de meses al último período menstrual, tipos de periodos menstruales (regulares, o irregulares), molestias menstruales, estatus climatérico, y uso de hormonales. Por las variables de estrés: nivel de estrés. Por la variable de creencias entraron los tres factores encontrados: desventaja social, emocionales, y físicas. Se incluyó también la medida general de la actitud, y el índice de nivel socioeconómico construido.

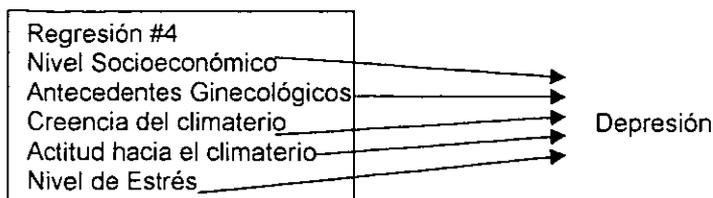
En síntesis: Para este análisis de regresión se tomaron los tres factores del síndrome climatérico encontrados con la escala de Greene (1998), que fueron el psicológico, somático y vasomotor, y entraron cada uno alternadamente como variables dependientes en el modelo de regresión lineal, y nunca como variables independientes. Además, en otra regresión, la depresión medida con el instrumento de Beck, entró también como variable dependiente (véase esquema siguiente).

### ESQUEMA DE LA REGRESIÓN PARA CADA GRUPO DE MUJERES

#### Variables independientes

#### Variable dependiente





Para las mujeres premenopáusicas las variables predictoras encontradas fueron las siguientes:

CUADRO 16

**FACTOR PSICOLOGICO**

En este factor arrojó una  $R_m = .668$  y una  $R^2 = .446$  ( $F = 9.66$ ,  $p < 0.05$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	-.352	.366	-----	-.960	.356
Sigue menstruando	1.033	.332	.668	3.108	.009

De acuerdo con este cuadro, en las mujeres premenopáusicas seguir menstruando es la variable predictora de los síntomas psicológicos en el climaterio.

**EL FACTOR SOMATICO NO ARROJO VARIABLES PREDICTORAS**

**FACTOR VASOMOTOR**

En este factor arrojó una  $R_m = .741$  y una  $R^2 = .549$  ( $F = 15.830$ ,  $p < 0.01$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	-4.946	1.330	-----	-3.719	.003
Edad	.122	.031	.741	3.979	.002

De acuerdo con este cuadro la edad es una variable predictora del factor vasomotor del síndrome climatérico, es decir, de la ocurrencia de bochornos y sudoraciones.

**DEPRESION**

En este factor arrojó una  $R_m = .938$  y una  $R^2 = .881$  ( $F = 16.581$ ,  $p < 0.01$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	-53.589	10.161	-----	-5.274	.001
Embarazos	4.220	.581	.963	7.263	.000
Edad de la menarca	3.386	.700	.737	4.835	.001
Ocupación	3.718	1.598	.300	2.327	.045

En esta regresión, para las mujeres premenopáusicas, un mayor número de embarazos aparece como la primera variable predictora de la depresión en el climaterio, seguida por la edad de la primera menstruación la cuál mientras más tardía predice más la depresión y el realizar un trabajo asalariado.

Para las mujeres postmenopáusicas, los resultados fueron los siguientes:

### FACTOR PSICOLÓGICO

En este factor arrojó una  $R_m = .366$  y una  $R^2 = .118$  ( $F = 9.653$ ,  $p < 0.001$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	.349	.336	-----	1.040	.301
Nivel de Estrés	.053	.028	.174	1.906	.030
Períodos menstruales	.228	.088	.229	2.592	.011
Uso de Hormonales	.366	.151	.215	2.425	.017
Creencias Psicológicas	.149	.072	.185	2.059	.042

De acuerdo con este cuadro contar con un pasado con períodos menstruales irregulares, tener estrés, así como usar tratamientos hormonales de reemplazo y contar con creencias sobre los efectos psicológicos negativos del climaterio (irritabilidad, ansiedad, depresión), incrementa los síntomas psicológicos en la postmenopausia.

### FACTOR SOMÁTICO

En este factor arrojó una  $R_m = .381$  y una  $R^2 = .145$  ( $F = 9.351$ ,  $p < 0.001$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	-.0476	.245	-----	-.006	.995
Períodos Menstruales	.291	.075	.347	3.910	.000
Uso de Hormonales	.286	.128	.199	2.244	.027

De acuerdo con este cuadro, conforme los períodos menstruales fueron irregulares en la premenopausia, los trastornos somáticos aumentan en la postmenopausia. A su vez, el uso de tratamientos hormonales incrementa los síntomas somáticos en esta etapa.

### FACTOR VASOMOTOR

En este factor arrojó una  $R_m = .293$  y una  $R^2 = .085$  ( $F = 10.432$ ,  $p < 0.01$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	1.317	.139	-----	9.489	.000
Fecha de la Última menstruación	-0.0034	.001	-.293	-3.230	.002

De acuerdo con este cuadro, conforme la edad de la última menstruación se aleja los trastornos vasomotores se incrementan.

## DEPRESIÓN

En este factor arrojó una  $R_m = .487$  y una  $R^2 = .237$  ( $F = 11.077$ ,  $p < 0.001$ )

Variable	B	E.E.	Beta	T	Sig t
Constante	11.435	2.814	-----	4.064	.000
Stress	1.354	.321	.366	4.221	.000
Ocupación	-3.804	1.601	-.201	-2.376	.019
Creencias Psicológicas	1.796	.850	.183	2.114	.037

De acuerdo con este cuadro, conforme aumenta el estrés y son mayores las creencias sobre los efectos psicológicos negativos del climaterio (irritabilidad, ansiedad, depresión); y mientras el desempleo se incrementa en la postmenopausia, la depresión aumenta también.

## IV CONCLUSIONES

A partir de los resultados generados en el presente estudio, podemos concluir que el climaterio no es solamente una etapa del envejecimiento de la mujer, en la que se manifiestan síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) que están determinados exclusivamente por cambios hormonales, como el modelo clínico propone (Del Campo & Herrera, 1996), sino que en sus manifestaciones sintomatológicas contribuyen factores cognoscitivos como son las creencias, y también la presencia del estrés debido a la dinámica familiar y la multiparidad.

Los instrumentos de Beck y Greene en cuanto a las medidas psicológicas que realizan, miden aspectos emocionales diferentes en las mujeres. En el caso del instrumento de Greene, el factor psicológico encontrado se relaciona directamente con el campo del climaterio, y se observa que se correlaciona más alto con los otros dos factores, vasomotor y somático; mientras que las correlaciones de la depresión se correlacionan más bajo porque el contenido de la escala no apunta directamente a los estados emocionales del climaterio, ni fue creado dentro de dicha área de estudios, sino que parte de una concepción de las distorsiones cognitivas como el pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad en las mujeres.

Las diferencias encontradas respecto al grado de síndrome climatérico entre las mujeres pre y postmenopáusicas, muestran que estos grupos solamente difieren en cuanto a los síntomas vasomotores y somáticos, pero no en los síntomas psicológicos medidos con la escala de Greene. A su vez, difieren significativamente en cuanto a la depresión medida con un instrumento basado en creencias personales (el instrumento de Beck), lo que muestra que existe una conexión entre creencias y trastornos psicológicos en el climaterio.

Las creencias sobre aspectos biológicos de la salud no tiene un efecto en el desarrollo de síntomas vasomotores y somáticos, lo cuál significa que las creencias tienen solamente un efecto a nivel emocional. A su vez, la salud mental de las mujeres de la tercera edad requiere atención, y los aspectos estresantes que las afectan y que producen depresión están ligados a la dinámica familiar o a situaciones de soledad y problemas de comunicación. Se debe de elaborar un programa de atención psicológica para la tercera edad que integre a la familia o que permita generar relaciones sociales alternativas para el adulto mayor.

La atención de las mujeres en el climaterio debe entonces tener en cuenta aspectos no solamente de tipo fisiológico, como es el caso de la aplicación de terapias hormonales de reemplazo, sino también psicoterapéuticas en lo individual y/o grupal, y de cambio de creencias hacia el climaterio, a nivel poblacional. Desde esta perspectiva, no se concibe a la psicología social poblacional como una disciplina irreconciliable con algunas escuelas de psicoterapia ("gestálticas", y "centrada en la persona"), e incluso con el enfoque clínico sobre la administración de terapias de reemplazo (porque evidentemente problemas como la descalcificación requieren atención médica), con las cuáles se puedan elaborar proyectos conjuntos de intervención de tipo comunitario, si bien se reconoce que existen diferencias teóricas importantes. Son estrategias complementarias en problema de interés común en el que existen distintos niveles de intervención y análisis.

Por otra parte, la asociación encontrada entre los componentes psicológico, somático y vasomotor, del síndrome climatérico, no puede ser concluyente. No se puede afirmar que lo vasomotor y lo psicológico se manifiestan conjuntamente, ya que requieren de nuevos diseños de investigación de tipo longitudinal, en los que se controlen la temporalidad de cada síntoma reportado por la mujer para establecer realmente el grado de asociación que no puede lograrse en un diseño de tipo transversal. No podemos asegurar que tipo de relación existe entre ellos mientras no controlemos la temporalidad de la ocurrencia de cada síntoma. Al menos se ha mostrado con el análisis de regresión que las variables predictoras para los síntomas psicológicos y vasomotor son diferentes.

Finalmente, se puede proponer la hipótesis para futuras investigaciones de que al parecer existe una asociación entre el síndrome premenstrual con el síndrome climatérico al menos en sus manifestaciones psicológicas. De modo que las mujeres que presentan el síndrome premenstrual en sus años reproductivos, presentarán también el síndrome climatérico al declinar dicha etapa. Este es un posible hallazgo que no está reportado en otros estudios y que puede ser una contribución importante de la presente investigación.

## V DISCUSION

Una de las primeras observaciones que es importante resaltar en este estudio, ha sido las características de las mujeres que fueron encuestadas, ya que no se trata de mujeres que asistieron a una clínica de climaterio demandando atención debido a los trastornos vasomotores, sino mujeres que asisten por otras razones a una clínica de medicina familiar, lo cuál permite conocer en una población de mujeres "normales", las manifestaciones generales del climaterio.

Según Stewart y Boydell, (1993), y Ballinger, (1977) las mujeres que asisten a clínicas de climaterio tienen más trastornos de personalidad que las mujeres de la población en general, por lo que muchos de los resultados publicados sobre el síndrome climatérico se han generado analizando este tipo de población de mujeres y han generado una serie de datos confusos sobre la verdadera sintomatología del climaterio.

Por otra parte, el presente estudio es de tipo exploratorio, por lo que no se buscaba comprobar alguna hipótesis en particular sino más bien explorar algunas posibles diferencias entre los grupos pre y postmenopáusicas, y observar las relaciones entre variables psicosociales, sociodemográficas, socioeconómicas, de historia ginecológica y climatérica, con el síndrome climatérico y la depresión.

### COMENTARIOS A LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS PRE Y POSTMENOPÁUSICOS.

Se encontraron algunas diferencias interesantes entre ambos grupos de mujeres.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observa que las diferencias muestran a las mujeres postmenopáusicas como más desprotegidas socialmente; un mayor número de mujeres son viudas y divorciadas, tienen un menor nivel de escolaridad, y un mayor índice de desempleo, que las mujeres premenopáusicas; aunque no se observan diferencias socioeconómicas importantes entre ambos grupos.

Demográficamente, las mujeres que se encuentran en la postmenopausia en estos momentos provienen de una generación menos favorecida por la educación, y con menos igualdad de oportunidades profesionales y laborales que los varones. Son también mujeres que tuvieron menos acceso a los programas de salud, incluyendo el uso de anticonceptivos, por ello se observa un mayor número de hijos y embarazos, y una edad más tardía al último embarazo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1995), el largo periodo de la postmenopausia, con los factores anteriores ya nombrados, conlleva a que las mujeres experimenten esta etapa como un período en el que disminuye su calidad de vida y enfrenten diversos problemas de salud.

Por otra parte, en cuanto a las actitudes medidas en el presente estudio, no arrojaron diferencias entre los grupos pre y post; aunque hay que aclarar que la medición de las actitudes solamente es exploratoria y no siguió la rigurosidad adecuada para la construcción de dicho instrumento. El único factor encontrado muestra una tendencia de actitud más positiva que negativa hacia el climaterio en la mayoría de las mujeres. Esto no coincide con el estudio de Casamadrid (1986), quien encontró que un 74.6 % de las mujeres tenían una actitud negativa hacia el climaterio, contra un 19.7% del presente estudio (hay que tomar en cuenta la falta

de rigurosidad en la construcción del instrumento de actitudes de la presente encuesta). Por supuesto que existen importantes diferencias en ambas muestras. En el estudio de Casamadrid (1986), se seleccionaron a mujeres de clase media alta (n = 70) (residentes de las colonias Polanco, Lomas, Tecamachalco, Pedregal, San Angel y San Jerónimo, y que asistían a un consultorio médico privado para la atención del climaterio. Mientras que en el presente estudio se trató de mujeres de nivel socioeconómico medio-medio y nivel-bajo, que asisten a una clínica familiar del ISSSTE por diversas causas, y no exclusivamente por causa del climaterio. De hecho el porcentaje de mujeres que asistieron teniendo como causa de consulta las molestias del climaterio, en el presente estudio, es del 4%.

Las diferencias de actitud entre estas dos poblaciones pueden explicarse porque las mujeres que asisten a clínicas de climaterio, lo hacen porque tienen molestias físicas y por lo tanto, tienen una experiencia somática durante el climaterio que puede inducir a que estas mujeres hagan una valoración negativa de esta etapa. Por ejemplo, en el estudio de Casamadrid (1986), se encontraron correlaciones significativas entre actitudes negativas hacia el climaterio y síntomas psicológicos y fisiológicos, que no se encontraron en el presente estudio. Lo mismo ocurre en el estudio de Groeneveld, y cols. (1993) con mujeres que reciben atención médica teniendo como causa al climaterio, y en las cuales se encontró que el malestar psicológico se asocia con una actitud negativa hacia esta etapa. La experiencia somática puede ser entonces la variable desencadenante de las actitudes negativas y no al revés.

Por otra parte, es importante señalar, que este instrumento presentó algunas limitaciones en su aplicación ya que algunas mujeres, sobretodo de nivel de escolaridad bajo, se quejaron de que esta escala les parecía muy difícil de contestar, puesto que les parecía muy abstracta; por lo que sería importante probar otras estrategias para la medición de actitudes en estudios futuros, sobretodo tomando en cuenta el nivel educativo de la población a estudiar. Otras mujeres refirieron que la actitud hacia el climaterio no es importante, puesto que se trata de un evento biológico natural y que la disposición personal es irrelevante frente a la realidad del envejecimiento; qué lo único que una mujer tiene que asumir hacia esta etapa es la "aceptación" de la misma, por lo que consideraron el instrumento de actitud como "carente de sentido", ya que el climaterio no les parecía ni bueno ni malo, ni agradable ni desagradable, ni doloroso ni placentero, etc.; simplemente como una etapa que ocurre y que debe de ser aceptada como tal, y que no depende de la valoración que hace la mujer. La tendencia observada de la actitud en general fue neutral en ambos grupos de mujeres.

En cuanto al estrés, si se encontraron diferencias entre las mujeres pre y postmenopausicas; esta situación de estrés puede ser la manifestación de la situación de desventaja socioeconómica en las mujeres postmenopáusicas de este estudio, como se describe en el párrafo anterior; sin embargo, otros autores proponen hipótesis diferentes. En un estudio reciente (Martire, Stephens, y Townsend, 2000), se propone la hipótesis de que el rol maternal en la mujer tiene efectos no solamente perjudiciales (estrés por la doble jornada), sino también efectos benéficos para su salud mental, ya que le dan "importancia personal" que le permiten reforzar su identidad. En la postmenopausia con la independencia de

los hijos la mujer pierde su rol de madre y por lo tanto "importancia personal" que la lleva a manifestar mayores niveles de estrés, que las mujeres más jóvenes; sin embargo, otros autores (Brown, Dobson, Bryson, y Byles, 1999) señalan lo contrario en un estudio longitudinal realizado en Australia (n = 41,000), que al analizar el estrés en la población de mujeres, comparando distintos grupos de edad (18-23, 45-50, y 70-75), concluyeron que las mujeres más jóvenes tienen menor salud física y mental que las mujeres del grupo 70-75, estos autores dan a la maternidad un importante peso en estas diferencias, ya que una mujer con hijos vive mayores circunstancias de estrés, aunque reconocen que las diferencias socioeconómicas son un factor confusor importante.

Por otra parte, se encontró un mayor nivel de depresión en las mujeres post que en las mujeres premenopáusicas, de acuerdo con el inventario de depresión de Beck aplicado (Jurado y cols., 1998). Al confrontar estos resultados con otras investigaciones, se encuentran estudios con hipótesis muy diversas, por ejemplo, Prince, Beekman, Deeg, Fuhrer, Kivela, Lawlor, Lobo, Magnusson, Meller, van Oyen, Reischies, Roelands, Skoog, Turrina, y Copeland, (1999) en un estudio poblacional en 21,724 personas mayores de 65 años y de población europea, concluyen que la depresión surge por la declinación cognitiva natural del envejecimiento y por una reducción de la motivación. Consideran que esta última variable recibe pequeños efectos de la edad, el género y el estatus marital; sin embargo, habría que considerar los posibles efectos de la cultura en la que se realizó este estudio, por ejemplo, que tanto la motivación esta asociada a la necesidad económica. En algunos países como Francia, el servicio de salud es gratuito para toda la población, por lo que esto reduce para la mujer los riesgos y costos en la vejez, lo que puede debilitar la necesidad de contar con ingresos en la tercera edad, o tener una necesidad mayor de dependencia familiar. Esto también puede explicar que los europeas de la tercera edad tengan una mayor pasividad y una menor motivación asociada a una red social más debilitada (por lo anterior), lo que puede tener un efecto también en una mayor depresión. La depresión puede tener diversos medios para desarrollarse y no sólo uno como puede pensarse, es decir, no sólo la pobreza, sino también la abundancia puede producir apatía, desmotivación y depresión.

Por otra parte, valdría la pena cuestionar si la importancia del género y el estatus marital es comparable entre Europa y México, ya que la situación social de igualdad de la mujer es mayor en Europa, así como más altos sus niveles educativos, sus ingresos económicos, la calidad de los apoyos en seguridad social y atención médica, etc. De acuerdo con la psicología transcultural (Triandis, 1994), las diferencias entre la población europea y la mexicana, en cuanto a la empatía social expresada como grados de *colectivismo* contra *individualismo*, pueden manifestarse de modo diferente mediante el lenguaje de las emociones; presentar tipos de emociones entre países y culturas distintas, por lo que habría que tomar los resultados de investigaciones europeas con cautela.

Por otra parte, agregando a lo anterior, habría que considerar que muchos estudios epidemiológicos presentan limitaciones metodológicas ya que parten de definiciones incorrectas sobre la "depresión", puesto que este concepto, ha sido usado ambiguamente por el personal médico. Según Gath (1998) y Berlanga (1996), los criterios clínicos y los criterios de la investigación poblacional para

definir los cuadros depresivos, no coinciden, y es hasta la última revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OPS, 1995) que se ha tratado de hacer comparables los conceptos psicológicos en ambas direcciones. Además en las primeras investigaciones sobre depresión y climaterio se han presentado problemas de validez en la construcción de sus escalas (Holte, 1998). Esto cuestionaría los alcances de muchos de los resultados en la investigación sobre depresión y climaterio.

Por otra parte, en cuanto a los síntomas climatéricos investigados en el presente estudio, se encontraron diferencias entre mujeres pre y postmenopáusicas en cuanto a los síntomas vasomotores y somáticos, pero no lo fueron en cuanto a los psicológicos. Esto coincide con el estudio longitudinal de Matthews et. al (1990), en el que se aplicaron los instrumentos de rasgos de ansiedad y angustia de Spielberger (1966 y 1988), el inventario de depresión de Beck (Beck y Beamesderfer, 1974), y el instrumento de 27 síntomas climatéricos de Neugarten y Kraines, (1964), y que indica que no hay diferencias en síntomas psicológicos entre estos dos grupos, pre y post, porque en el climaterio no se producen síntomas primarios psicológicos, sino solamente vasomotores. Los psicológicos son una consecuencia secundaria de los vasomotores, son la consecuencia de la interrupción nocturna del sueño, de las actividades normales de la persona, de la presión social y factores estresantes de la edad. La correlación aparente entre los síntomas vasomotores y los psicológicos se debe a las características de los diseños empleados.

## **5.1 DISCUSIÓN POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **5.1.1 OBJETIVO 1) Construir una escala para medir creencias hacia el climaterio.**

En relación con este objetivo es importante decir que se logró la construcción de ambos instrumentos. En el caso del instrumento de creencias, los factores encontrados consisten con el supuesto esperado de que las creencias acerca del climaterio se expresan en tres factores que son, primeramente el de las consecuencias sociales (desventajas), el de las psicológicas y el de las fisiológicas (Casamadrid, 1986).

El hallazgo de que las creencias sociales se componen en realidad de las desventajas percibidas de llegar al climaterio (pérdida de la feminidad y el atractivo, aumento de los problemas familiares, etc.) coincide con el estudio de Groenenveld y cols. (1993), quienes señalan la existencia no sólo de un factor de desventajas, sino también de uno de ventajas. Este segundo factor no fue encontrado en el presente estudio.

El instrumento construido tiene además una buena consistencia interna, aunque habría que extender su aplicación hacia otras muestras para realizar una prueba de validez más amplia, así como integrar otros reactivos para medir situaciones ventajosas de llegar al climaterio y la menopausia.

### **5.1.2 OBJETIVO 2) Analizar las características psicométricas del cuestionario de síntomas climatéricos de Greene (1998) en una muestra de mujeres pre y post menopáusicas.**

En cuando a este objetivo, se logró al analizar factorialmente el instrumento de Greene (1998) en población mexicana. Se encontró que existe consistencia entre los factores encontrados en la presente aplicación, y los encontrados por su autor en 1976. La consistencia interna también fue buena y los factores encontrados coinciden con los de otros autores en estudios poblacionales (Mitchell y Woods, (1996); Kaufert y Syrotuik, (1981)); sin embargo, en la matriz de correlaciones entre los factores, al parecer todos se encuentran relacionados de forma importante. De acuerdo con Holte (1998), esto es debido a un error que consiste en que se han colocado en un mismo nivel de impacto los efectos directos y los secundarios de los cambios hormonales durante el climaterio. Es decir, que tanto los síntomas vasomotores como los psicológicos, han sido analizados como consecuencias directas de los cambios hormonales, sin controlar el efecto de la presencia de los vasomotores en la ocurrencia de los psicológicos. Por ello se presentan estas asociaciones, que no muestran la ocurrencia temporal de los síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones nocturnas) y su consecuencia en el insomnio, el cansancio y la irritabilidad del día siguiente. Esto coincide con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1995), y con el estudio de Matthews et. al (1990).

Para poder controlar las consecuencias de los efectos vasomotores se debe de realizar un estudio longitudinal, en el que la mujer lleve un registro diario, durante una semana de sus síntomas climatéricos, donde se pueda indicar la hora del día en la que se presentaron los bochornos o las sudoraciones, y la hora del día en la que se presentan cambios en los estados de ánimo (si es que éstos se presentan).

Recientemente en un estudio realizado en Suecia (Skarsgard, Berg, Ekblad, Wiklund, y Hammar, 2000), para comparar el efecto de los tratamientos hormonales en el estado psicológico de mujeres postmenopáusicas (n = 40) que no tenían molestias vasomotoras y que se encontraban en el climaterio, se observó que no existían diferencias en los síntomas psicológicos entre el grupo que recibió placebo y el grupo que recibió tratamiento hormonal. Es interesante que ninguna de las mujeres había experimentado síntomas vasomotores, y que por lo tanto tampoco tenía molestias psicológicas, por lo que al no experimentarse una reducción en el efecto primario de la reducción hormonal de la menopausia (síntomas vasomotores), por la aplicación de un tratamiento hormonal, tampoco se experimentaron mejoras en los síntomas psicológicos que tenían, de tal modo que los tratamientos hormonales no tienen un efecto directo en los síntomas psicológicos, sino más bien, un efecto secundario.

### **5.1.3 OBJETIVO 3) Analizar las diferencias entre los datos generados entre las escalas epidemiológicas y las psicológicas, en cuanto a la medición de la depresión.**

La baja correlación entre la escala de depresión de Beck y el factor psicológico, medido por la escala de Greene, puede tener como origen el hecho de que el instrumento de Beck solamente está midiendo un solo componente que es la depresión y no dos componentes como es el caso del instrumento de Greene, que mide tanto la ansiedad como la depresión. Las bajas correlaciones se explicarían porque estos instrumentos miden cosas diferentes. En el caso de la escala de Greene, la medición va más dirigida a la medición de los rasgos psicológicos pero vistos como molestias o problemas en el climaterio, mientras que en el instrumento de Beck, se mide la depresión como un producto de creencias acerca del sí mismo.

Por otra parte, la escala de Greene (1988) consiste en una estrategia de medición más gruesa de la depresión y la ansiedad, que la escala de Beck (Jurado, et al. 1998). Sus reactivos si bien representan síntomas de ambos componentes, no ofrecen al encuestado opciones más finas de un mismo indicador. Se trata de escalas con menos reactivos; sin embargo, la escala de Greene es más fácil de aplicar, y se ha construido a partir de diversos estudios en epidemiología donde se ha probado su validez (Greene, 1976; Indira, 1980; Kaufert, 1981; Mikkelsen, 1982; Abe, 1984; Hunter, 1986; Holte, 1991).

### **5.1.4 OBJETIVO 4) Analizar la asociación entre los síntomas vasomotores y los somáticos, con los síntomas psicológicos medidos por escalas epidemiológicas y psicológicas.**

De acuerdo con lo expuesto en el objetivo anterior, podemos suponer que las correlaciones observadas entre los factores vasomotor y somático con el factor de emocional y la depresión de acuerdo con Beck (1998), también están afectadas por el hecho de que ambos componentes psicológicos miden aspectos emocionales diferentes en las mujeres. En el caso del instrumento de Greene (1998), el factor psicológico encontrado se relaciona directamente con el campo del climaterio, y se observa que se correlaciona más alto con los otros dos factores, vasomotor y somático; mientras que las correlaciones de la depresión se correlacionan más bajo porque el contenido de la escala no apunta directamente a los estados emocionales del climaterio, ni fue creado dentro de dicha área de estudios, sino que parte de una concepción de las distorsiones cognitivas como el pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad.

### **5.1.5 OBJETIVO 5) Analizar de las variables socioeconómica, antecedentes ginecológicos y climatéricos, creencias, actitudes, nivel de eventos estresantes, si son variables predictoras del síndrome climatérico y la depresión, en los grupos pre y postmenopáusicas.**

## FACTOR PSICOLÓGICO

Al analizar los resultados de la prueba de regresión realizada para el grupo de mujeres pre y postmenopáusicas, podemos observar que para el factor psicológico de los síntomas, en las mujeres premenopáusicas "seguir menstruando" es una variable predictora del factor psicológico del síndrome climatérico (ansiedad y depresión, medidos con el instrumento de Greene, (1998). Al mismo tiempo, para las mujeres postmenopáusicas, lo es el haber tenido períodos menstruales irregulares durante la etapa sexual reproductiva. Esto parece indicar que posiblemente existe una relación entre los síntomas psicológicos del llamado síndrome premenstrual, que de acuerdo con Stewart y Boydell (1993), constituye uno de los antecedentes psicológicos de las mujeres que presentan trastornos durante el climaterio y que demandan atención médica en las llamadas "clínicas de climaterio".

Es importante entonces revisar brevemente lo que constituyen los síntomas premenstruales para entender si guarda o no relación con al menos el componente psicológico del climaterio.

En 1931, Frank (1931) definió con el término de "tensión premenstrual" a un conjunto de síntomas que ocurren una semana antes de la menstruación y que terminan con el sangrado menstrual. Posteriormente Dalton (1953), propuso por vez primera el término "síndrome premenstrual" para señalar al conjunto de síntomas indicados por Frank en 1931. Por su parte Horney en ese mismo año (1931), señaló como síntomas premenstruales: cambios en la tensión, hipersensibilidad, irritabilidad o ansiedad, sensación de estar cayendo, sentimientos de auto desprecio hasta el grado de sentirse oprimida y severamente deprimida (Horney, 1967).

En el siguiente cuadro se comparan los síntomas de los síndromes premenstrual y climatérico.

CUADRO 17  
COMPARACIÓN DE SÍNDROMES

Síndrome premenstrual	Síndrome climatérico
Depresión	Depresión
Dificultades para concentrarse	Dificultades para concentrarse
Nerviosismo	Nerviosismo
Irritabilidad	Irritabilidad
Intranquilidad	Nervios
Tensión emocional	Sentimientos de tensión
Cambios en la tensión	
Hipersensibilidad	
Auto desprecio	Sentimientos de infelicidad
Dolor de cabeza	Dolor de cabeza

Dolor de espalda	Dolor en los músculos
Dolor abdominal	
Molestias en el pecho	
Ganancia de peso	
Distensión abdominal	
Fátiga	Sentimiento de cansancio o pérdida de energía
Náuseas	

Como puede observarse, existe un gran parecido entre los síntomas psicológicos del síndrome premenstrual y los del síndrome climatérico, lo cuál puede significar que existe conexión entre ambos fenómenos, o que se trata de uno mismo en etapas diferentes de la vida.

Por otro lado, existen varias aproximaciones que explican el desarrollo de estos síndromes asociados a los cambios hormonales en las mujeres:

a) La perspectiva de la teoría social de las emociones de Schachter, nos señala que primero surgen las emociones y que posteriormente la persona les asigna un determinado significado. Como parte de la asignación de significado, la persona atribuye que una experiencia puede ser parte de un grupo o categoría de experiencias, las cuáles poseen determinado atributo. De este modo los eventos biológicos del climaterio son neutrales e independientes de otros cambios en los estados emocionales (OMS, 1995); sin embargo, la persona establece una asociación o correlación ilusoria entre ambos eventos como una forma de establecer explicación y orientación a partir de las creencias imperantes. De esta forma, la clasificación de las emociones que una mujer experimenta en relación a sus cambios hormonales y su maduración en el climaterio, tienden a ser elaboradas por ella, a partir de las creencias y la información con que cuenta, y constituirán un acervo de información para reaccionar y comportarse frente a futuros eventos en su cuerpo (Walker, 1995; Schachter y Singer, 1962). Esto significa que si las creencias fueron negativas, la mujer presentará expectativas negativas en la etapa del climaterio, o lo contrario si sus creencias fueron positivas. De esta forma el cuerpo de la mujer comienza a convertirse en un escenario de eventos que empiezan a ser asociados entre sí y a ser experimentados positiva o negativamente de acuerdo con las creencias y las expectativas que tiene. Por ello otras de las variables predictoras en el grupo de mujeres postmenopáusicas fueron las creencias sobre los efectos psicológicos negativos de la postmenopausa, las cuales influyen en la sintomatología psicológica.

b) Por otra parte, Fishbein y Ajzen señalan que las creencias son un recurso para evaluar los eventos del mundo (Fishbein y Ajzen, 1975) y con esto permitir a la persona orientarse cognoscitivamente y tomar decisiones para intentar realizar comportamientos específicos. Las creencias permitirían ordenar las experiencias dentro de categorías, de modo que los síndromes climatérico y premenstrual, vienen a ser ordenaciones de experiencias o eventos que se supone están relacionados de acuerdo con las creencias de las que han partido las mujeres. (Las cuales pueden incluir también las creencias médicas).

Las creencias son producidas en campos psicológicos o escenarios sociales, y pueden influenciar para que la persona categorice interpretaciones diversas de los estados emocionales que se van experimentando. Bajo ciertas modalidades culturales, las creencias pueden ser catalogadas como síntomas de un síndrome, mientras que en otros escenarios cognoscitivos, pueden no ser asociadas con alguno.

Como puede observarse en el presente estudio, las creencias sobre aspectos emocionales adversos en el climaterio fueron un factor predictor negativo de los síntomas psicológicos y la depresión en las mujeres postmenopáusicas, esto significa que quiénes han introyectado dichas creencias, manifiestan estos síntomas durante su climaterio.

Un ejemplo de lo anterior es el estudio sobre síntomas en el climaterio realizado por Martin (1993) en una población de mujeres indígenas mayas. Cuando se les preguntaba a las mujeres acerca de los síntomas que experimentaban en su climaterio, las mujeres no reportaban síntomas como depresión, ansiedad, dolores de cabeza, etc. Parecía en un principio que se trataba de una población que presentaba un climaterio asintomático; sin embargo, al profundizarse sobre el concepto que las mujeres tenían acerca del climaterio, se encontró que en realidad las mujeres entrevistadas no consideraban la existencia de cambios psicológicos y molestias físicas como síntomas que aparecían durante la etapa del climaterio, sino que el único verdadero síntoma era el retiro de la menstruación. No tenía el mismo significado el concepto de climaterio entre las mujeres mayas que como lo empleaba la mayoría del personal de salud. Otra investigación con resultados similares ha sido reportada por Lock (1986), en la que mujeres japonesas no percibían a los síntomas más característicos del climaterio como los auténticos síntomas y a síntomas disociados como los más importantes de dicha etapa.

Por otra parte, la razón en crear conceptualmente estos dos síndromes (premenstrual y climatérico) es con el fin de explicar y orientar a las personas sobre los cambios naturales de la maduración, los cambios hormonales y el envejecimiento, basándose en las creencias imperantes en una sociedad dividida por diversos tipos de relaciones humanas, entre ellas las de género.

c) De acuerdo con el enfoque feminista, el escenario social en el que se ha construido un síndrome premenstrual y uno climatérico, se basa en creencias que suponen la superioridad biológica y psicológica del varón (Walker, 1995; Nicolson, 1995). Como parte de esta superioridad, se atribuye a la mujer comportamientos pasivos y roles ligados a la reproducción sexual y a la conservación de la familia. Son estas creencias las responsables de las crisis emocionales en el climaterio, cuando la identidad femenina construida alrededor de la maternidad, sucumbe junto con los períodos menstruales (Casamadrid, 1986). De este modo las mujeres que tienen estas creencias más afirmadas, experimentan el climaterio como la pérdida de la base de su identidad, y son en su mayoría quiénes manifiestan síntomas psicológicos climatéricos (Dennerstein, Smith, Morse, Burger, Green, Hay, Hopper y Ryan, 1993). Por ello, el factor de creencias de aspectos emocionales adversos en el climaterio, es también predictor, así como los períodos menstruales, ya que según este modelo, los síndromes relacionados a

los cambios hormonales se basan simplemente en estereotipos y creencias (Parlee, 1973; Laws S, 1985; Rome, 1986; y Martin, 1989).

## **ESTRÉS**

Por otra parte, en cuanto al estrés, que aparece como otra variable predictora de los síntomas psicológico en el grupo de mujeres postmenopáusicas, es también señalado por Kirchengast (1992), como una variable asociada a los trastornos psicológicos en el climaterio, al ser generado por los roles múltiples que llenan la vida de una mujer con una familia numerosa.

De acuerdo con Pérez (1998), el estrés es producto de una sobreestimulación de los sentidos y la conciencia. La mujer no puede asimilar tanta información, o no puede resolver múltiples tareas a un mismo tiempo lo que genera frustración, agotamiento psicológico y un exceso de adrenalina circulando en la sangre; por lo que puede considerarse a este problema como un problema adaptativo, causado por el esfuerzo del cuerpo y de la mente para adecuarse a las circunstancias.

En el presente estudio el estrés fue medido como el número de problemas que una mujer afronta al mismo tiempo. Desde el punto de vista de la teoría de campo de Lewin (1976), el estrés es un estado de desequilibrio que es producto de un aumento de tensión en una o más partes del sistema psicológico, vinculada con el resto del mismo. La tensión es producida por una estimulación externa o por un cambio interno, y no puede ser descargada para que el sistema regrese a un estado de equilibrio, porque no se puede realizar una locomoción o un movimiento hacia la búsqueda de una posición de equilibrio o reducción de la necesidad, y en cambio tiene que conservarse en una región con valencias negativas, como puede ser el afrontar problemas que no pueden ser resueltos por no contar con recursos suficientes, con la consecuente tensión psicológica que es denominada comúnmente como estrés. Estas regiones de valencia negativa son situaciones problemáticas como tener enfermo a un familiar; tener necesidades de manutención de los hijos; tener necesidades de vivienda, etc. que no pueden ser resueltas en un tiempo inmediato.

Los conflictos múltiples entre los distintos problemas que afectan a una mujer producen excesos de adrenalina en la sangre, que si son constantes durante muchos años, tienen un efecto en el sistema nervioso generando padecimientos psicológicos como la neurosis de ansiedad y la depresiva, además de múltiples consecuencias fisiológicas (colitis, gastritis, etc.).

Un ejemplo de investigación que señala la relación entre estrés y depresión, es el estudio de Bromberger y Matthews (1996) en una población de mujeres premenopáusicas, cuyo estudio confirma que el estrés, el optimismo y el manejo de la ansiedad son importantes predictores de los síntomas depresivos en el climaterio. Los eventos estresantes de tipo crónico se relacionan con una mayor depresión.

Por otra parte, en un pequeño estudio experimental, Igarashi, Saito, Morioka, Oiji, Nadaoka, y Kashiwakura, (2000), investigaron la relación entre estrés, estilo de afrontamiento y síntomas climatéricos, comparando a mujeres menopáusicas y mujeres normales ( $n_1 = 19$ ,  $n_2 = 44$ ), encontrando que la severidad de los síntomas climatéricos correlaciona positivamente con el número de eventos

estresantes indeseables y el grado de estilo de afrontamiento evasivo, y correlaciona negativamente con el grado de afrontamiento negativo en las mujeres menopáusicas. Este estudio concluyó que la vulnerabilidad al estrés contribuye a empeorar los síntomas climatéricos causados por el estrés. Sería importante para una siguiente investigación, incorporar variables como el estilo de afrontamiento para poder analizar con más detalle la dinámica del estrés y el desarrollo de los malestares psicológicos en el climaterio.

Por otro lado, McKinlay, McKinlay S.M. y Brambilla (1987), encontraron que los incrementos en la depresión están asociados con la experimentación de diversos eventos estresantes simultáneamente derivados de los roles entre el cuidado del hogar y el trabajo asalariado. Sería también muy importante analizar las relaciones familiares, así como la relación con la pareja, como variables que pueden intervenir en el incremento del estrés en el climaterio.

## **FACTOR SOMÁTICO**

En cuanto a los síntomas somáticos no se encontró ninguna variable predictora en el grupo de mujeres premenopáusicas; pero en cuanto a las mujeres postmenopáusicas se encontró que de nuevo haber tenido períodos menstruales irregulares es una variable predictora de estos síntomas. La otra variable predictora fue el consumo de tratamientos hormonales.

Existen muchas evidencias de que la menstruación está asociada a trastornos somáticos debido a los cambios hormonales (Seippel L., Eriksson O., Grankvist K., von Shoultz B. & Backstrom T., 2000); uno de estos trastornos es el dolor de cabeza que es parte del factor somático encontrado en este estudio, el cuál es considerado como el efecto de los cambios en los niveles hormonales. Según Silberstein (2000), el dolor de cabeza afecta al 33% de las mujeres que llegan a la menopausia, y puede estar asociado con otros síntomas como las náuseas, el dolor de espalda, la sensibilidad en los pechos, y los calambres. Sin embargo, el dolor de cabeza puede ser también producido por factores estresantes de acuerdo con Pérez (1998), ya que la migraña está también relacionada con el efecto del estrés en la contracción de los vasos sanguíneos más finos del cerebro seguida de una dilatación severa de los mismos.

La segunda variable predictora de los síntomas somáticos fue el consumo de los tratamientos hormonales de reemplazo, que de acuerdo con los resultados de la beta encontrada, el no usar tratamientos hormonales es una variable predictora de los síntomas somáticos en el climaterio, que de acuerdo con los componentes del factor encontrado fueron los mareos, el entumecimiento de las extremidades, dolor de cabeza, dolores musculares, pérdida de sensibilidad, y dificultad para respirar.

Se ha encontrado que usar tratamientos hormonales de reemplazo (progesterona) hace decrecer entre un 30 a un 50% las enfermedades isquémicas del corazón, puesto que tiene un efecto protector de las arterias; en un 25% los riesgos de muerte por infarto cardiovascular, así como una reducción de un riesgo del 30% en hemorragias debidas a golpes (Plu-Bureau, 1999; Garnier & Bourges, 2000). La menopausia incrementa la presión sanguínea, por lo que los tratamientos hormonales son un recurso preventivo (Butkevich, Abraham, & Phillips, 2000).

Por otra parte, también existen muchas evidencias de que los tratamientos hormonales contribuyen a proteger al organismo contra la descalcificación, ya que permiten liberar menos calcio de los huesos (Bengtsson, 1989) y evitar con esto los dolores en las articulaciones y en los músculos.

Se reconoce también que los tratamientos hormonales tienen un efecto positivo en la piel al conservarla joven (Palacios, 1999), de ahí que posiblemente la falta de estos tratamientos esté asociada con la pérdida de sensibilidad en manos y pies, como se manifiesta en el factor somático del presente estudio.

## **FACTOR VASOMOTOR**

En cuanto al factor vasomotor se encuentra que para las mujeres premenopáusicas, de acuerdo con el valor beta encontrado, conforme aumenta la edad aumentan los síntomas vasomotores, es decir, conforme aumentó la edad, la mujer premenopáusica pasa a ser perimenopáusica y comienza a manifestar los síntomas climatéricos que marcan el término de la etapa reproductiva. Esto coincide con la postura de la OMS (1995), y con gran diversidad de estudios que indican que los bochornos se manifiestan fuertemente los primeros dos años después de la menopausia, y son un síntoma vasomotor típico del climaterio y está asociado fuertemente a la edad y el envejecimiento (Sowers y La Pietra, 1995; Mitchell y Woods, 1996; Holte, 1998).

Relacionada estrechamente con la variable anterior se encuentra la fecha de la última menstruación que señala, retrospectivamente, el término del periodo reproductivo y la menstruación. Esta variable también es predictora de los bochornos y las sudoraciones nocturnas (OMS, 1995). En el caso de las mujeres postmenopáusicas se observa una tendencia contraria por el valor negativo de la beta, que en las mujeres premenopáusicas: conforme es menor el rango de tiempo entre la edad de la amenorrea y la edad de la persona, los síntomas vasomotores se incrementan. Conforme la mujer va envejeciendo y se aleja de la edad de la amenorrea, los síntomas van disminuyendo y el climaterio llega a su fin.

Es interesante que en cuanto a los síntomas vasomotores, el factor de creencias de aspectos físicos no predice la ocurrencia de síntomas vasomotores, mientras que el factor de creencias de aspectos emocionales sí predice los síntomas psicológicos y la depresión en el climaterio. Este es evidentemente uno de los resultados más interesantes del presente estudio, ya que respalda la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), en el sentido de que los auténticos síntomas del climaterio son los vasomotores y que los síntomas psicológicos son sólo de origen psicossomático.

## **NIVEL DE DEPRESIÓN**

En cuanto a la variable de depresión, medida con el Inventario de Depresión de Beck, se ha encontrado en el presente estudio que para las mujeres premenopáusicas el número de embarazos, la edad de la menarca y la ocupación, fueron las variables predictoras de la depresión.

En relación con el número de embarazos (desde la visión del efecto de la imagen social del cuerpo físico de la mujer), Kirchengast (1992), ha señalado que en las mujeres con una alta fertilidad se desarrolla una mayor masa corporal que tiene

efectos adversos para la belleza física de la mujer, lo cuál genera una mayor ansiedad por el hecho de que su cuerpo físico no se adapta a los estereotipos de belleza femenina socialmente construidos. Esta postura de la relación entre sobrepeso y ansiedad, también es señalada por otros autores (Cherin, 1981; Brown, 1991; Ritenbaugh, 1982; Stunkard & Wadden, 1992); sin embargo, la depresión asociada a la mayor paridad, también puede ser explicada a partir del estrés producido por una gran familia.

En cuanto a la edad de la menarca, no se encontró algún artículo que señale esta relación entre una mayor edad de la menarca con un mayor nivel de depresión, a menos que esto pueda ser explicado por la relación entre eventos reproductivos y mayores antecedentes psiquiátricos, como señalan Stewart y Boydell, (1993); sin embargo, estos autores hicieron dicho hallazgo en una población de mujeres que asisten a clínicas de climaterio, por lo que no se pueden generalizar dichos hallazgos a esta población.

En cuanto a la ocupación, resulta interesante comparar que, de acuerdo al valor de los valores betas, en las mujeres premenopáusicas a mayor ocupación mayor nivel de depresión; mientras que en las postmenopáusicas, a menor ocupación mayor depresión. En las premenopáusicas esta relación debe de indicar una mayor presencia de estrés, ya que las mujeres además de realizar actividades laborales, tienen que realizar labores domésticas, lo cuál sería un factor para la ocurrencia de la depresión (Bromberger y Matthews, 1996; McKinlay, McKinlay y Brambilla, 1987). Mientras que en las postmenopáusicas, la falta de actividad laboral, genera una mayor depresión. Esto puede por una parte apuntar a una menor actividad y mayor ociosidad, que afecta a la autoestima de la persona; pero también puede señalar que la mujer postmenopáusica obtenga menores ingresos y viva en una situación de mayor pobreza. De acuerdo con Holahan, Moos, Holahan, y Cronkite (1999), la depresión que surge con la pérdida de ingresos económicos, está relacionada también con el estilo de afrontamiento. Algunos investigadores proponen que la importancia personal que se obtiene con la ejecución de roles como puede ser trabajador remunerado, o ser madre, elimina el efecto negativo del estrés. Martire, Stephens, y Townsend (2000) encontraron en una muestra de 296 mujeres quiénes simultáneamente ocupaban roles de jefe de familia, madres, esposa y empleadas, que la mayor importancia de los cuatro roles fue relacionada con un mejor bienestar psicológico. Se encontró que el rol importante de esposa exacerbó los efectos del estrés de dicho rol en la satisfacción en la vida, y que el rol de empleada exacerbó los efectos del estrés sobre los síntomas depresivos. Estos hallazgos señalan un aspecto de la identidad del rol que puede beneficiar al bienestar en la vida de una mujer; sin embargo este resultado puede ser muy discutible.

Para las mujeres postmenopáusicas se encontraron como variables predictoras de la depresión al estrés, la desocupación laboral y las creencias psicológicas.

En cuanto al estrés, esta variable coincide con muchos estudios que señalan esta asociación, como el de Bromberger y Matthews, (1996), quiénes además señalan que no existe un efecto de los cambios del estatus climatérico en la depresión, como también se encontró en este estudio. También se encuentra el estudio de McKinlay, McKinlay S.M. y Brambilla, (1987) donde señala que los incrementos en la depresión están asociados con el estrés derivado de los roles

múltiples (doble jornada de trabajo) y los problemas familiares. Por su parte, Kendler, Thornton, y Gardner (2000) investigadores sobre factores de riesgo de la depresión, señalan la existencia de un umbral máximo de 9 eventos estresantes, después de los cuáles disminuye el efecto reactivo de dichos eventos en la aparición de la depresión. En el presente estudio el 75.8% de las mujeres se incluyeron en el rango de 1 a 9 eventos estresantes.

Por otra parte, el surgimiento de la depresión en la etapa del climaterio puede estar asociada a los trastornos de personalidad como señalan Sandoval y Villamil (1999), y los estudios de Hunter (1994); Stewart y Boydell, (1993); Hay, Bancroft y Johnstone, (1994), quienes señalan mayores antecedentes depresivos en las mujeres que asisten a clínicas de climaterio, por lo que es importante considerar la responsabilidad de la mujer climatérica en escoger, consciente o inconscientemente, que un evento se transforme en estresante o no lo sea. Por ejemplo, una mujer puede convertir los problemas matrimoniales de sus hijos en eventos estresantes personales, debido a su grado de neuroticidad. A su vez el estilo de afrontamiento hacia los problemas a los que se enfrente puede ser importantes en el desarrollo del cuadro depresivo y el efecto que tengan dichos eventos a lo largo del tiempo.

## VI RECOMENDACIONES FINALES

Para futuros estudios en el área de climaterio se hacen las siguientes sugerencias.

Para definir claramente el estatus menopáusico de la mujer:

- Hacer una diferencia entre los conceptos de "menopausia" y "climaterio", de acuerdo con las definiciones propuestas en este estudio (SSA, 1999).
- El término de climaterio debe de ser dividido en subfases: premenopausia, perimenopausia y postmenopausia (Holte 1998), para ello se debe recurrir a un método fenomenológico, en el cuál las mujeres puedan ubicarse en alguna de estas fases mediante una guía elaborada para ello.
- Es más recomendable utilizar un rango de edad de 40 a 55 años solamente en las mujeres encuestadas.

En la investigación de la participación de variables psicosociales:

- Es importante investigar más los aspectos de personalidad de la mujer climatérica.
- Se debe de incorporar la variable estilo de afrontamiento hacia los eventos estresantes.
- Es importante hacer un análisis de las relaciones familiares que rodean a la mujer en la etapa del climaterio, incluyendo la satisfacción con su relación de pareja.
- Se debe medir con instrumentos validados los distintos factores estresantes para analizar la participación aislada de cada uno.
- Elaborar un diseño que permita controlar los efectos primarios y secundarios de los cambios hormonales. Esto podría realizarse mediante un cuestionario autoaplicado en el que la mujer pueda ir indicando los distintos síntomas que experimenta a lo largo del día, con un control del tiempo en el que estos ocurren. Dentro de estos síntomas se encuentran tanto los fisiológicos como los psicológicos.

## VII BIBLIOGRAFIA

Abe T., Suzuki, M., Moritsuka T., & Botan Y. (1984). Statistical factor analysis and cluster analysis in the aetiology of climateric symptoms. Tohoku Journal Experimental Medicine, 143, 481-489.

Allport, G.W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Dir.). A Handbook of Social Psychology. Worcester, EE.UU.: Clark University Press.

Arieti, S. & Bemporad, J. (1993). Psicoterapia de la depresión. Argentina: Ed. Paidós (Serie mayor #87).

Ayuso, J.L. & Sáiz, J. (1981). Las depresiones nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas. España: Interamericana.

Bairey Merz, C.N., Kop, W., Krantz, D.S., Helmers, K.F., Berman, D.S. & Rozanski, A. (1998). Cardiovascular stress response and coronary artery disease: evidence of an adverse postmenopausal effect in women. American Heart Journal, 135 (5 Pt 1), 881-887.

Ballinger, S.E. (1985). Psychosocial stress and symptoms of menopause: a comparative study of menopause clinic patients and non-patients. Maturitas, 7 (4), 315-327.

Ballinger, C.B. (1977). Psychiatric morbidity and the menopause: survey of a gynaecological out patient clinic. British Journal of Psychiatry, 131, 83-89.

Batrinós, M.L., Panitsa-Fafliá, C., Koutsourmanis, C., Vourlioti, T., & Koutsilieris, M. (1999). Surgical stress induces a marked and sustained increase of adrenal androgen secretion in postmenopausal women. In Vivo 13 (2), 147-150.

Beck, A.T., & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depresión: The depression inventory, en P., Pinchot (Ed.). Psychological measurements. En Psychopharmacology, 7, 151-169. cit. en Matthews et. al. (1990).

Bekker, M. & Kramers, I. (1994). Gedrag and Gezondheid Tijdschrift voor. Psychologie and Gezondheid, 22 (6), 265-276.

Bell, M.L. (1995). Attitudes toward menopause among mexican american women. Health Care for Women International, 16 (5), 425-435.

Bengtsson C. (1989). Aspects of hormone replacement therapy in the post-menopause. Maturitas Mar, 11(1), 35-41.

Berlanga C., (1996). Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Salud Mental, 19, 26-30.

Bland JM, Altman DG, (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet, 8, 307-310.

Blatt, M.G., Wiesbader, H., & Kupperman, H.S. (1953). Vitamin E and the climacteric syndrome. American Medical Association Archives Internal Medicine, 91, 792.

Bramwell, S., Masuda, M., Wagner, N., & Holmes, T. (1975). Journal of Human Stress, 1, 6.

Bromberger, J.T. & Matthews, K.A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. Psychology and Aging, 11 (2), 207-213.

Bronfman, M., Guiscafré, H., Castro, V., Castro, R., & Gutiérrez, G. (1988). La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Archivos de Investigación Médica, 19, 351-360.

Brown, G.W. (1981). Life Events, psychiatric disorder and physical illness, Journal of Psychosomatic Research, 25 (5), 461-473.

Brown P.J. (1991). Culture and the evolution of obesity. Human Nature, 2, 31-57.

Brown, R. (1965). Social Psychology. Nueva York: Free Press.

Butkevich A., Abraham C., Phillips, R.A. (2000). Hormone replacement therapy and 24-hour blood pressure profile of postmenopausal women. Am J Hypertens, 13 (9), 1039-41.

Bungay, G.T., Vessey, M.P., & McPherson, C.K. (1980). Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. British Medical Journal, 2, 181-183.

Cagnacci A., Neri I., Tarauti M., Volpe A. & Facchinetti F. (1999). Effect of long-term local or systemic hormone replacement therapy on post-menopausal mood disturbances. Influences of socio-economic and personality factors. Maturitas, 4, 31(2),111-116.

Campbell, D.T., (1950). The indirect assessment of social attitudes. Psychological Bulletin, 47, 15-38.

Carolan, M.T. (1994). Beyond deficiency: Broadening the view of menopause. Journal of Applied Gerontology, 13 (2), 1933-2405.

Carranza L.S., & Valentino, F.M.L. (1999). Estrogen therapy for depression in postmenopausal women. Int. J. Gynaecol. Obstet., 65 (1): 35-38.

Casamadrid, M.E.J. (1986). La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase de climaterio. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado.

Collins, A., & Landgren, B.M. (1995). Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population based study. Maturitas, 20, 101-111.

Connor, V.M., Del Mar, C.B., Sheehan, M., Siskind, V., Fox, S.Y. & Cragg, C. (1995). ¿Do psycho-social factors contribute more to symptom reporting by middle aged women than hormonal status?. Maturitas, 20, 63-69.

Crawford, M.P. & Hooper, D. (1973). Menopause, ageing and family. Social Sciences and Medicine, 7, 469-482.

Cherin, K. (1981). The obsessions: Reflection on the tyranny of slenderness. Ney York: Harper and Row.

Dalton K. & Greene R. (1953). The premenstrual syndrome. Br.Med.J.1, 1007 cit. en Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. Social Science & Medicine, 35 (1), 49-56.

Del Campo, L.A.F. & Herrera, F.K.E. (1996). Climaterio y depresión. Salud Mental, 19 (3), 49-57.

Dennerstein, L., Smith, A.M. & Morse, C. (1994). Psychological well-being, mid-life and the menopause. Maturitas, 20, 1-11.

Dennerstein, L., Smith, A.M., Morse, C., Burger, H., Green, A., Hopper, J. & Ryan, M. (1993). Menopausal in Australian women, Medical Journal Australian, 16, 159 (4), 232-236.

Farías P., Borja A.V., Rios C., Hertz P.I., Rojas L.M. & Chávez A.R. (1996). Blood lead and pregnancy in México City. Environmental Health Perspectives, 104 (10), 1070 -1074.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. EE.UU: Addison-Wesley Publishing Company.

Frank R.T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives Neurology Psychiatric*, 26, 1053 cit. en Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science & Medicine*, 35 (1), 49-56.

Frenk, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Frejka, T. & Lozano, R. (1991). Elementos para una Teoría de la Transición en Salud. *Salud Pública de México*, 33, 448-462.

Garnier LF, Bourges O (2000) Vascular risk and menopause: role of hormone replacement therapy *Presse Med* May 20;29(18),1013-1018.

Goldani, V.M.D., Kritz, S.D. & Barret, C.E. (1995). A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas*, 22, 71-78.

Grady, D. & Ernester, V. (1991). Does postmenopausal hormone therapy cause breast cancer?. *American Journal of Epidemiology*, 134, 1396-1400.

Greene, J.G. (1976). A factor analytic study of climateric symptoms. *Journal of Psychosomatics Research*, 20, 425-430.

Greene, J.G. (1998). Constructing a standar climateric scale. *Maturitas*, 29, 25-31.

Greene, J.G. & Cooke, D.J. (1980). Life stress and symptoms at the climaterium. *British Journal of Psychiatry*, 136, 486-491.

Groeneveld, F.P.M.J., Bareman, F.P., Barentsen,R., Dokter,H.J. & Drogendijk, A.C. (1993). Relationships between attitude towards menopause, well-being and medical attention among women aged 45-60 years. *Maturitas*, 17 (2), 77-88

Hall, C.S., & Lindzey, G. (1970). *La Teoría del campo y la personalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Hay, A.G., Bancroft, J. & Johnstone, E.C. (1994). Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *British Journal of Psychiatry*, 164, 513-516.

Hill, K. (1996). The demography of menopause. *Maturitas*, 23, 113-127.

High, R.V. & Marcellino, P.A. (1994). Menopausal woman and the work environment. *Social Behavior and Personality*, 22 (4), 347-354.

Holahan C.J., Moos R.H., Holahan C.K. & Cronkite R.C. (1999). Resource loss, resource gain, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of Personality and Social Psychology*, Sep, 77 (3): 620-629.

Hollander, E.P. (1968). Principios y Métodos de Psicología Social. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213.

Holmes, T. & Masuda M. (1974). En Streesful Life Events, B.S. Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.) (New York, Wiley, 1974).

Holte, A. (1991). The menopausal syndrome: a factor analytic replication. Maturitas, 13, 193-203.

Horney K. (1967). Premenstrual tension. Femine Psychology. London: Routledge and Kegan Paul.

Hovland, C.I. & Rosenberg, M.J. (1960). Attitude Organization and Change. EE.UU.: Yale University Press.

Huerta, R., Mena, A., Malacara, J.M. & Díaz de León, J. (1995). Symptons at the menopausal and premenopausal years: Their relationships with insulin, glucose, cortisol, FSH, prolactin, obesity and attitudes towards sexuality. Psychoneuroendocrinology, 20 (8), 851-864.

Hunter, M., Battersby, R. & Whitehead, M. (1986). Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. Maturitas, 8, 217-228.

Hunter, M.S. (1990). Psychological and somatic experience of the menopause: a prospective study. Psychosomatic Medicine, 52 (3), 357-367.

Hunter, M. (1992). The south-east England longitudinal study of the climateric and postmenopause. Maturitas, 14, 117-126.

Hunter, M.S. & Liao, K.L.M. (1994). Intentions to use hormone replacement therapy in community of 45 years old women. Maturitas, 20(1), 13-23.

Igarashi M., Saito H., Morioka Y., Oiji A., Nadaoka T., & Kashiwakura M. (2000). Stress vulnerability and climacteric symptoms: life events, coping behavior, and severity of symptoms. Gynecol Obstet Invest, 49 (3), 170-178.

Indira S.N., & Murty, V.N. (1980). A factor analytic study of menopausal symptoms in middle aged women. Indian Journal of Clinical Psychology, 7, 125-128.

International Health Foundation. (1977). La Menopause: Etude Effectuée en Belgique Après de 922 Femmes Entre 45 et 55 ans. Geneva: International Health Foundation.

Jackson, J.K. (1954). The problem of alcoholic tuberculosis patients. En P.F. Sparer. Personality Stress and Tuberculosis. New York, EE.UU.: International Universities Press.

Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental, 21 (3), 26-31.

Kaufert, P. & Syrotuik, J. (1981). Symptom Reporting at the Menopause. Social Science and Medicine, 15E, 173-184.

Kendler K.S., Thornton, L.M. & Gardner, C.O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. American Journal Psychiatry, 157 (8), 1243-1251.

Kirchengast, S. (1992). Relations between fertility, body shape and menopause in Austrian woman. Journal of Biosocial Science, 24 (4), 555-559.

Koster, A. & Davidsen, M. (1993). Climateric complaints and their relation to menopausal development: A retrospective analysis. Maturitas, 17 (3), 155-166.

Lange, J. (1926). Uber melancholie. Z. Neurol. Und Psychiat., 101, 203-319.

Laws S. (1985). Who needs PMT? A feminist approach to the politics of premenstrual tension. In Seeing Red: the Politics of Premenstrual Tension (Edited by Laws S., Hey V. And Eagan A.) Hutchinson, London.

Lobo, R.A. (Ed.). (1994). Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects. EUA: Raven press. Ltd.

Lobo, A., Magnusson, H., Meller, I., van Oyen, H., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C. & Copeland, J.R. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. British Journal of Psychiatry, 174, 339-345.

Lock M. (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and perception of menopause. Cult. Med. Psychiatry, 10 (1): 23-46.

Martin E. (1989). The Woman in the Body. Washington: Open University Press, Milton Keynes.

Martin, M.C. (1993). Menopause without symptoms: the endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 168, 1839-1845.

Martire, L.M., Stephens, M.A. & Townsend, A.L. (2000). Centrality of women's multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. Psychologie Aging, 15 (1), 148-156.

Marx, M.H. & Hillix, W.A. (1985). Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos. México: Ed. Paidós. Psicologías del Siglo XX #14.

Matthews, K.A., Wing, R.R., Kuller, L.H., Meilahn, E.N., Kelsey, S.F., Costello, E.J. & Caggiula, A.W.J. (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. Consulting Clinical Psychology, 58 (3), 345-351.

McConnell, J.V. (1978). Psicología. México: Ed. Interamericana.

McGuire, W.J. (1986). The vicissitudes of attitudes and similar representational constructs in twentieth century psychology. European Journal of Social Psychology, 16, 89-130.

McKinlay, J., McKinlay, S. & Brambilla, D. (1987). The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. Journal of Health and Social Behavior, 28, 345-363.

Mikkelsen, A. & Holte, A. (1982). A factor analytic study of climacteric symptoms. Psychiatry Social Science, 2, 35-39.

Mitchell, E.S. & Woods, N.F. (1996). Symptom experiences of midlife women: observations from the Seattle midlife women's health study. Maturitas, 25, 1-10.

Myers, D. (1995). Psicología Social. México: Edit. Mc Graw Hill.

Nedstrand, E., Wijma K., Lindgren, M. & Hammar, M. (1998). The relationship between stress-coping and vasomotor symptoms in postmenopausal women. Maturitas, 30; 31 (1), 29-34.

Nicolson, P. (1995). The Menstrual Cycle, Science and Femininity: Assumptions Underlying Menstrual Cycle Research. Social Sciences and Medicine, 41 (6), 779-784.

Nuckolls, K.B., Cassel, J. & Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, 431-441.

OPS (1995). Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. Revisión. Washington, EE.UU.: OPS.

Parlee M. (1973). Premenstrual syndrome. *Psychology Bulletin*, 80, 454.

Palacios S. (1999). Current perspectives on the benefits of HRT in menopausal women. *Maturitas*, 33 Suppl 1:S1-13

Pepitone, A. (1990). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, Vol. VII (1), 61-79.

Pérez T.M.A. (1998). Estrés, vida o muerte. Cómo controlarlo. México, DF:IPN.

Plu-Bureau G. (1999). Cardiovascular risk and hormone replacement therapy in menopause *Therapie May-Jun*, 54 (3), 375-380.

Prince, M.J., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Fuhrer, R., Kivela, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Meller, I., Van Oyen, H., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turina, C., & Copeland, J.R. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *BrJ. Psychiatry*, 174: 339-345.

Rabkin, J.G. & Struening, E.L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194, 1013-1020.

Rahe, R. (1972). Stressors and Life Changes. *Annual Clinical Research*, 4, 250.

Richardson, J.T.E. (1995). The Premenstrual syndrome: a brief history. *Social Science and Medicine*, 41 (6), 761-767.

Ritenbaugh, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine Psychiatry*, 6, 347-361.

Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science and Medicine*, 35 (1), 49-56.

Rome E. (1986). Premenstrual syndrome (PMS) examined through a feminist lens. *Health Care Women Int.* 7, 145.

Saab, P.G., Matthews, K.A., Stoney, C.M. & McDonald, R.H. (1989). Premenopausal and Postmenopausal Women Differ in their Cardiovascular and Neuroendocrine Responses o Behavioral Stressors. *Psychophysiology*, 26 (3), 270-280.

Saletu, B., Brandstatter, N., Metka, M., Stamenkovic, M., Anderer, P., Semlitsch, H.V., Heytmanek, G., Huber, J., Grunberg, J. & Linzmayer, L. (1995). Double-blind, placebo-controlled, hormonal, syndromal and EEG mapping studies with transdermal oestradiol therapy in menopausal depression. Psychopharmacology, 122 (4), 321-329.

Sandoval, L.X. & Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. Salud Mental, 22 (3), 34-39.

Schachter S. & Singer J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychologie Review 69, 379.

Secord, F. & Backman, M. (1980). Psicología Social. México: Ed. Mac Graw Hill.

Seippel L., Eriksson O., Grankvist K., von Shoultz B. & Backstrom T. (2000). Physical symptoms in premenstrual syndrome are related to plasma progesterone and desoxycorticosterone. Gynecol Endocrinology Jun,14 (3),173-81

Sheriff, C., Sheriff, M. & Nebergall, R. (1965). Attitude and Attitude Change. Philadelphia: Saunders, Co.

Sherwin, B.B. (1998). Influencia de la terapia de reemplazo hormonal en el estado de ánimo y la función cognitiva. Climaterio, 1 (2), 52-60.

Silberstein S.D. (2000). Sex hormones and headache. Revue Neurologue (Paris), 156 (4): 4s30-4s41.

Skarsgard, C.E., Berg, G., Ekblad, S., Wiklund, I. & Hammar, M.L. (2000). Effects of estrogen therapy on well-being in postmenopausal women without vasomotor complaints. Maturitas, 31-36 (2),123-130.

Sowers, M.R., & La Pietra, M.T. (1995). Menopause: Its Epidemiology and Potential Association with Chronic Diseases. Epidemiological Reviews, 17 (2), 287-302.

Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior (pp. 3-19). New York: Academic Press. Cit. En Matthews et. al. (1990).

Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Rusell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A. & Wordon, R.J. (1985). The experience and expression of anger. En M.A. Chesney, S.E.Goldstone, & R.H. Rosenman (Eds.). Anger and hostility in behavioral medicine (pp.5-30). New York: Hemisphere/McGraw-Hill cit. En Matthews et. al. (1990).

Stunkard, A.J. & Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. American Journal Clinical Nutrition, 55, 524-532.

S.S.A./D.G.E., I.M.P. (1990). Encuesta Nacional de Adicciones, México: SSA, Resultados nacionales.

S.S.A./D.G.A. (1988). Encuesta Nacional de Salud, México, México: SSA, resultados nacionales.

S.S.A. (1999). Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral de la Mujer en la Perimenopausia y Postmenopausia. Manuscrito para su publicación.

Stewart, D. & Boydell, K.M. (1993). Psychological distress during menopause: Associations across the reproductive life cycle. International Journal of Psychiatry Medicine, 23, 157-162.

Stewart, D.E., Boydell, K., Derzko, C., Marshall, V. (1992). Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. International Journal Psychiatry Medicine, 22 (3), 213-220.

Summers, G.F. (1980). Medición de actitudes. México: Ed.Trillas.

Triandis, H.C. (1994). Culture and Social Behavior. USA: McGraw Hill.

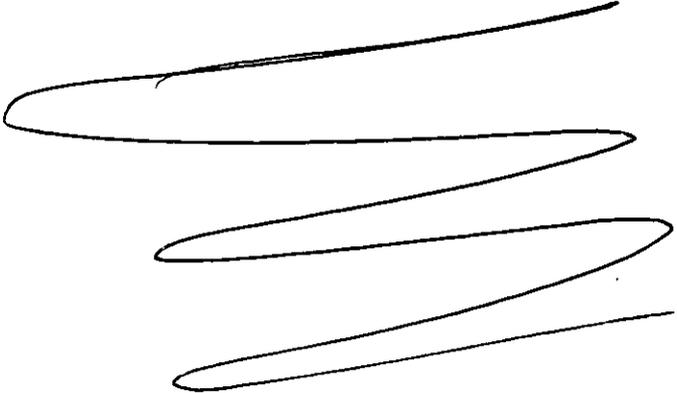
Van der Pompe G., Bernards N., Meijman T.F. & Heijnen C.J. (1999). The effect of depressive symptomatology on plasma cortisol responses to acute bicycle exercise among post-menopausal women. Psychiatry Research, 18, 85 (1), 113-117.

Vázquez, B.E., Garrido, L.F., MacGregor, C., Tamayo, O.J., Parra, S. & Santibañez, M.G. (1996). Reproducibilidad de un Cuestionario para el Estudio del Climaterio. Salud Pública de México, 38, 363-370.

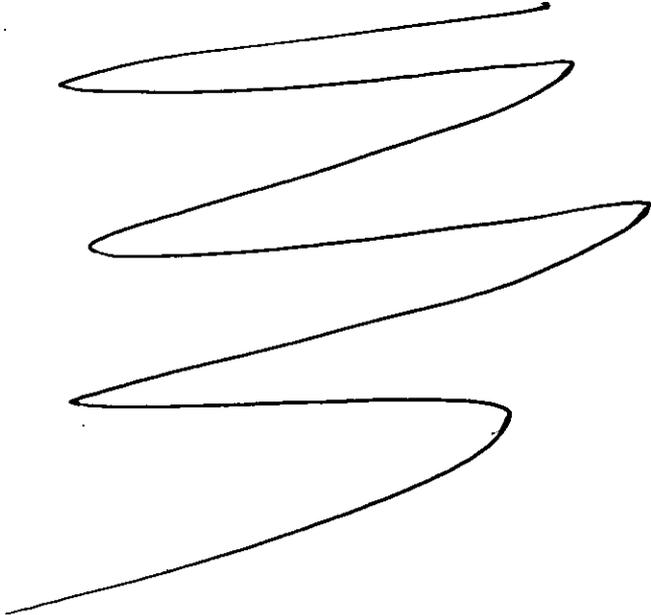
Walker, A. (1995). Theory and methodology in premenstrual syndrome research. Social Science and Medicine, 41 (6), 793-800.

Whittaker, J. (1990). La Psicología Social en el Mundo de Hoy. México: Ed. Interamericana.

World Health Organization. (1995). Research on the Menopause, Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO Technical Report Series # 670.



**ANEXO 1**



## 1. ESTUDIO PILOTO

El objetivo de este primer estudio fue el de validar un instrumento para la medición de las creencias acerca de las consecuencias del climaterio, y obtener las dimensiones factoriales de los indicadores por las áreas psicológica, social y fisiológica, de las creencias de los efectos del climaterio en la mujer.

### 1.1. Sujetos

La muestra estuvo integrada por 306 mujeres, con una media de edad de 39.70 (DS 11.76). La población fue de mujeres derechohabientes de la Unidad familiar del ISSSTE de la ciudad de Cuernavaca, quiénes asistieron por diversas causas a una clínica familiar durante los meses de agosto a noviembre de 1999. Las características sociodemográficas de la población se especifican en el cuadro 1.

El promedio de embarazos en la muestra es de 2.66 (d.s. 2.28), y el de hijos nacidos de 2.30 (d.s. 1.96). El 25.5% de las mujeres eran post menopáusicas, y el resto premenopáusicas. El 23% del total de las mujeres postmenopáusicas han tomado tratamientos hormonales.

TABLA 1  
Características sociodemográficas de la población

ESTADO CIVIL	%
SOLTERA	19.9
DIVORCIADA	7.8
CASADA	62.4
VIUDA	4.6
UNION LIBRE	5.2
OCUPACIÓN	%
TRABAJO ASALARIADO	56.9
AMA DE CASA	32.0
ESTUDIANTE	6.2
COMERCIANTE	3.9
JUBILADA	0.7
ESCOLARIDAD	%
PRIMARIA	14.4
SECUNDARIA	18.3
ESTUDIOS TÉCNICOS POST SECUNDARIA	20.6
PREPARATORIA	18.9
LICENCIATURA INCOMPLETA	9.8
LICENCIATURA COMPLETA	18.0

## 1.2. Instrumento

Para la construcción de este instrumento, se entendió por creencia acerca del climaterio a la información, la inferencia y la experiencia con que cuenta la mujer acerca de los cambios en el climaterio.

Para su construcción, se retomaron 27 reactivos utilizados por Casamadrid (1986) (Anexo 2) y se crearon otros 16 reactivos más tomados de la revisión de indicadores señalados en la literatura sobre factores sociales y psicológicos que afectan o interactúan con los síntomas del climaterio (Anexo 3).

Se partió del supuesto inicial de que existen tres factores de creencias: un factor biológico, uno social y uno psicológico.

La escala utilizada para evaluar las respuestas fue tipo Likert con 5 opciones: Completamente de acuerdo, De acuerdo, Indecisa, En desacuerdo y Completamente en desacuerdo.

## 1.3. Procedimiento

El instrumento se aplicó de forma individual en la sala de espera de la clínica del ISSSTE. Primeramente la persona que levantó la encuesta procedió a presentarse personalmente con cada mujer, identificándose como personal del Instituto Nacional de Salud Pública. Enseguida se le explicó que en coordinación con el ISSSTE, se estaba realizando una investigación sobre el climaterio en esta Unidad Familiar, con el fin de obtener información para un programa educativo de prevención acerca de síntomas en la etapa del climaterio. Se le explicó que no importaba la edad que tuviera o si fuera el caso, que no se encontrara en la etapa del climaterio, ya que solamente era importante conocer lo que ella pensara o sintiera en relación con dicha etapa del envejecimiento; se aclaró que no era un examen de conocimientos sino que tan sólo se trataba de conocer lo que ella creyera o pensara acerca del climaterio.

Después de la anterior información se le entregó la encuesta para que la contestara en privado, marcando una cruz sobre la opción de respuesta que reflejara el grado en el que la mujer encuestada estaba de acuerdo o en desacuerdo con cada reactivo.

## 1.4. RESULTADOS

### Análisis de frecuencias

Primeramente se analizaron las distribuciones de frecuencia de la totalidad de los 43 reactivos, encontrando que ninguno de ellos tenía más del 60% de las preferencias en una sola opción de la escala tipo Likert, por lo que se decidió incluirlos en la siguiente etapa del análisis.

## Análisis factorial

Los 43 reactivos fueron sometidos a un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación Varimax, obteniéndose 4 factores reales de 3 originalmente propuestos (psicológico, social y fisiológico), ya que uno de ellos, el factor social, se divide en un factor de ventajas y otro de desventajas. Los criterios seguidos para adoptar esta selección, fueron los siguientes:

- a) Que los factores tuvieran como mínimo tres reactivos.
- b) Que las cargas factoriales de los reactivos fueran al menos de 0.40.
- c) Que no existieran reactivos ambiguos, con cargas mayores a 0.40 en más de un factor.
- d) Que a partir de que las cargas factoriales impidan formar un factor, se elimine a cualquier otro posible factor que le proceda.

Una vez que estos 4 factores fueron seleccionados, se procedió a realizar un análisis de consistencia interna de los reactivos de cada factor, mediante el cálculo separado del alfa de Cronbach para cada grupo de reactivos, incluyendo la correlación parcial del reactivo con el total del factor con el cuál se integra, así como el cálculo del alfa por factor si ese reactivo es eliminado. En esta segunda etapa se definió qué reactivos podían ser eliminados por su baja correlación con el resto del instrumento.

Los factores encontrados así como los criterios de consistencia interna se muestran en los cuadros 2 a 5.

Como se observa, los pesos factoriales cumplen con los criterios establecidos previamente y los alfas son un buen indicador de la consistencia de cada factor.

Se compararon los puntajes en cada factor para tres grupos de edad. En cuanto a las medias y desviaciones de cada factor estas se describen en el cuadro 6.

En relación con el primer factor de "desventajas", se observa que no existen diferencias muy amplias en las medias de los tres grupos de edad. Existe una tendencia a estar de acuerdo en que el climaterio tiene desventajas; sin embargo, es mayor la tendencia a considerar al climaterio como desventajoso en las mujeres más jóvenes que en las mujeres mayores de 45 años; aunque, estas diferencias no fueron significativas.

En cuanto al segundo factor "psicológico" se observa una tendencia a estar de acuerdo en que el climaterio genera síntomas psicológicos negativos para las mujeres como son la irritabilidad, depresión y problemas sexuales con la pareja.

En el tercer factor "ventajas" se observa una tendencia general ligera hacia estar de acuerdo en que el climaterio tiene ventajas, aunque gran parte de las mujeres se ubican en la posición de indecisas.

En el cuarto factor llamado "fisiológico" se observa una tendencia a estar de acuerdo en que el climaterio está asociado a algunos padecimientos fisiológicos. Se encontraron diferencias significativas en la prueba del análisis de la varianza que indican que conforme aumenta la edad de las mujeres su percepción de la relación entre menopausia con la descalcificación, la osteoporosis y el aumento de peso es mayor  $F_{2,303} = 3.046$  ( $p < .05$ ).

La matriz de correlaciones entre los distintos factores se describe en el Cuadro7.

TABLA 2

DESVENTAJAS DEL CLIMATERIO	Peso factorial	Correlación Item-Total
La feminidad de la mujer se pierde con la llegada del climaterio	.69	.54
Perder el atractivo físico es la principal causa de trastornos en el climaterio.	.60	.44
El climaterio la hace a una sentirse muy desdichada	.60	.53
El no tener menstruaciones significa perder la juventud	.59	.47
Los problemas familiares son mayores en el climaterio	.53	.61
El climaterio es la causa de muchas enfermedades en la tercera edad	.51	.57
Es ofensivo decirle a una mujer que está en la etapa del climaterio	.47	.37
Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en el climaterio.	.44	.56

Alfa = 0.800

TABLA 3

PSICOLOGICO	Peso factorial	Correlación Item-Total
La mujer se vuelve muy irritable durante la etapa del climaterio	.74	.62
La mujer en la etapa del climaterio padece de frecuentes depresiones	.68	.60
El climaterio trae consigo muchas alteraciones fisiológicas	.66	.53
En el climaterio las mujeres se molestan fácilmente	.60	.49
Durante la etapa del climaterio la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales	.47	.40

Alfa = 0.761

TABLA 4

VENTAJAS	Peso factorial	Correlación Item-Total
La mujer disfruta de una mayor libertad sexual durante la etapa del climaterio	.77	.58
La mujer en la etapa del climaterio puede disfrutar de una relación plena con el hombre	.68	.53
La mujer en la etapa del climaterio puede disfrutar plenamente de sus relaciones sexuales	.67	.55
La etapa del climaterio representa más ventajas que desventajas	.59	.46
La idea de una mujer en la etapa del climaterio se puede relacionar con la idea de una mujer sana y vital	.54	.47

Alfa = 0.754

TABLA 5

FISIOLÓGICO	Peso factorial	Correlación Item-Total
La osteoporosis es una consecuencia importante de la etapa del climaterio	.75	.50
La descalcificación de los huesos aumenta con el climaterio	.74	.52
La mujer tiende a engordar cuando llega a la etapa del climaterio	.61	.38

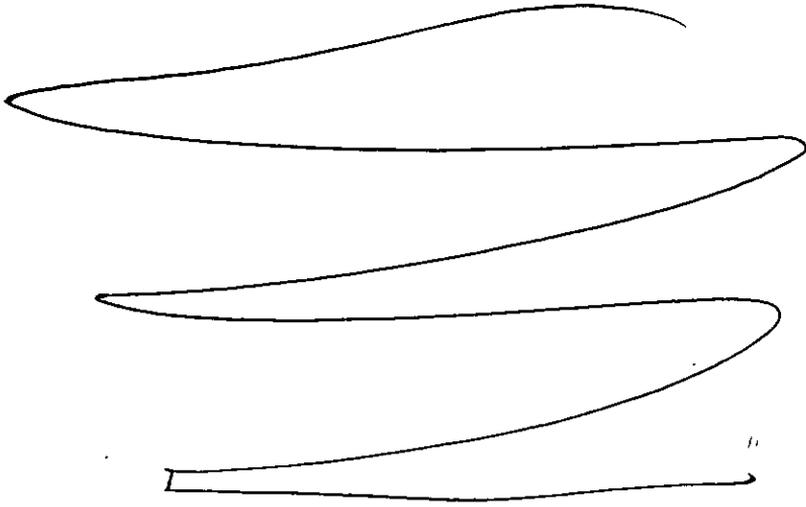
Alfa = 0.656

TABLA 6

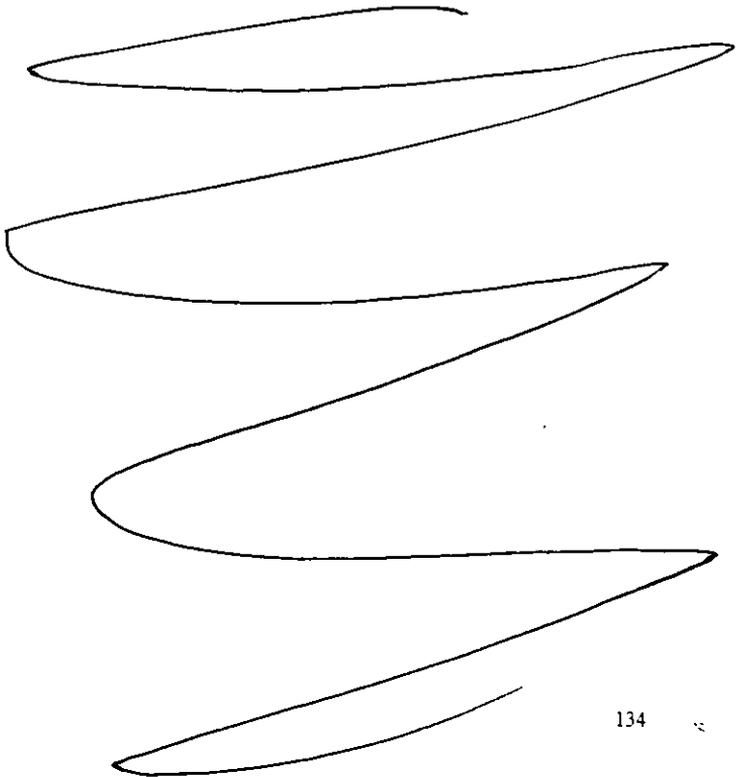
EDAD DE LAS MUJERES	DESVENTAJA	PSICOLÓGICO	VENTAJAS	FISIOLÓGICO
< 35 Media	2.5674	2.3453	3.2328	2.7760
Mediana	2.500	2.4000	3.2000	2.6667
D.S.	.7132	.6634	.7562	.8904
Varianza	.5086	.4401	.5718	.7928
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	5.00	4.00	5.00	5.00
N	128	128	128	128
35-45 Media	2.7226	2.4244	3.2415	2.7236
Mediana	2.6250	2.4000	3.2000	2.6667
D.S.	.7531	.6852	.7102	.8667
Varianza	.5671	.4695	.5044	.7512
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	5.00	4.00	5.00	5.00
N	82	82	82	82
> 45 Media	2.7422	2.4042	3.2938	2.4931
Mediana	2.7500	2.3000	3.4000	2.3333
D.S.	.6414	.7381	.8192	.8652
Varianza	.4115	.545	.671	.7485
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	5.00	5.00	5.00	4.00
N	96	96	96	96
Total Media	2.6638	2.3850	3.2542	2.6732
Mediana	2.6250	2.4000	3.2000	2.6667
D.S.	.7052	.6920	.7628	.8821
Varianza	.497	.479	.582	.778
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00
N	306	306	306	306

TABLA 7

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
FACTOR 1	1.000	.502**	-.279**	.232**
FACTOR 2	.502**	1.000	.223**	.356**
FACTOR 3	-.279**	.223**	1.000	.019
FACTOR 4	.232**	.356**	.019	1.000



**ANEXO 2**



## CUESTIONARIO DE CREENCIAS DE CASAMADRID (1986)

1.- La mujer en la edad de la menopausia es capaz de enfrentarse con mayor serenidad a los problemas de la vida.

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

2.- Durante la menopausia se presentan fuertes palpitaciones

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

3.- La mujer menopausica dispone de mayor tiempo para realizar las actividades que desee.

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

4.- Durante la menopausia la mujer padece de frecuentes dolores de cabeza.

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

5.- La mujer menopausica puede disfrutar plenamente de sus relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

6.- La mujer en la edad de la menopausia cuenta con una madurez y mayor experiencia que le hacen ser atractiva

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

7.- La mujer menopausica padece frecuentemente de insomnio

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

8.- La mujer tiende a engordar cuando llega a la menopausia

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

9.- La mujer durante la menopausia puede mantener un adecuado equilibrio emocional

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

10.- El aspecto físico de la mujer no sufre ningún cambio durante la menopausia.

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

11.- La idea de una mujer menopausica se puede relacionar con la idea de una mujer sana y vital.

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

12.- Durante la menopausia la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

13.- La mujer se vuelve muy irritable durante la menopausia

Completamente de acuerdo   De acuerdo   Indecisa   En desacuerdo   Completamente en desacuerdo

14.- La menopausia trae consigo muchas alteraciones fisiológicas

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

15.- Las relaciones sexuales son dolorosas durante la menopausia.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

16.- La mujer en la menopausia padece de frecuentes depresiones.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

17.- En general, la etapa de la menopausia representa más ventajas que desventajas.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

18.- La mujer disfruta de una mayor libertad sexual durante la menopausia.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

19.- El valor de la mujer reside en la posibilidad de ser madre

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

20.- El no tener menstruaciones significa perder la juventud

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

21.- La mujer en la edad de la menopausia debe hacerse el papanicolau

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

## VERSION FINAL DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS VALIDADO

1.- La mujer en la edad del climaterio es capaz de enfrentarse con mayor serenidad a los problemas de la vida.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

2.- \*El climaterio afecta al corazón

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

3.- Durante el climaterio se presentan fuertes palpitaciones

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

4.- La mujer climatérica dispone de mayor tiempo para realizar las actividades que desee.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

5.- Durante el climaterio la mujer padece de frecuentes dolores de cabeza.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

\*6.- La osteoporosis es una consecuencia importante del climaterio

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

7.- La mujer climatérica puede disfrutar plenamente de sus relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

8.- La mujer en la edad del climaterio cuenta con una madurez y mayor experiencia que le hacen ser atractiva

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

9.- La mujer climatérica padece frecuentemente de insomnio

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

\*10.- Los problemas económicos afectan más a la mujer, que llegar al climaterio

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

11.- La mujer tiende a engordar cuando llega al climaterio

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

12.- La mujer durante el climaterio puede mantener un adecuado equilibrio emocional

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

13.- El aspecto físico de la mujer no sufre ningún cambio durante el climaterio.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

\*14.- La maternidad es la experiencia más importante en la vida de una mujer

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

15.- La idea de una mujer climatérica se puede relacionar con la idea de una mujer sana y vital.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

\*16.- La descalcificación de los huesos aumenta con el climaterio

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

17.- Durante el climaterio la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

18.- La mujer se vuelve muy irritable durante el climaterio

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

19.- El climaterio trae consigo muchas alteraciones fisiológicas

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

\*20.- El matrimonio de un hijo afecta a la estabilidad de la mujer

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

\*21.- Perder el atractivo físico es la principal causa de trastornos en el climaterio.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

22.- Las relaciones sexuales son dolorosas durante el climaterio.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

23.- La mujer en el climaterio padece de frecuentes depresiones.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

24.- La etapa del climaterio representa más ventajas que desventajas.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

25.- La mujer disfruta de una mayor libertad sexual durante el climaterio.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

\*26.- La reducción hormonal durante el climaterio afecta otras funciones del cuerpo

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

27.- Los síntomas emocionales durante el climaterio son sólo imaginarios

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

28.- El valor de la mujer reside en la posibilidad de ser madre

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

29.- El no tener menstruaciones significa perder la juventud

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

30.- La mujer en la edad del climaterio debe hacerse el papanicolau

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

31.- Los problemas familiares son mayores en la edad del climaterio

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

32.- La salida de los hijos del hogar, causa una gran soledad durante el climaterio

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

33.- \*El climaterio la hace a una sentirse muy desdichada

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

34.- \*La feminidad de la mujer se pierde con la llegada del climaterio

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

35.- \*Durante el climaterio la mujer puede mantener una figura atractiva

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

36.- \*Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en el climaterio.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

37.- La mujer climaterica puede disfrutar de una relación plena con el hombre

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

38.- El climaterio es la causa de muchas enfermedades en la tercera edad.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

39.- La mujer climaterica puede ser tan femenina como una mujer joven.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

40.- El no tener menstruaciones le permite a la mujer realizar un mayor número de actividades.

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

41.- En el climaterio las mujeres se irritan fácilmente

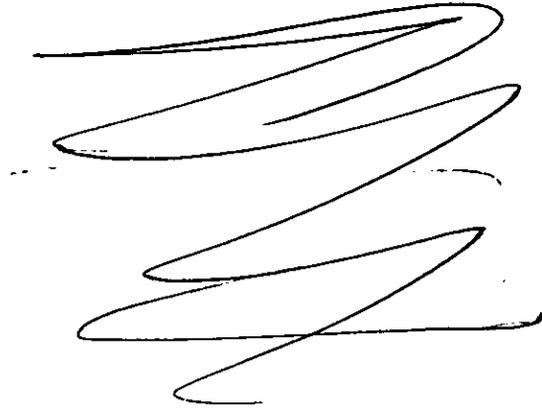
<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

42.- Es ofensivo decirle a una mujer que esta en la etapa del climaterio

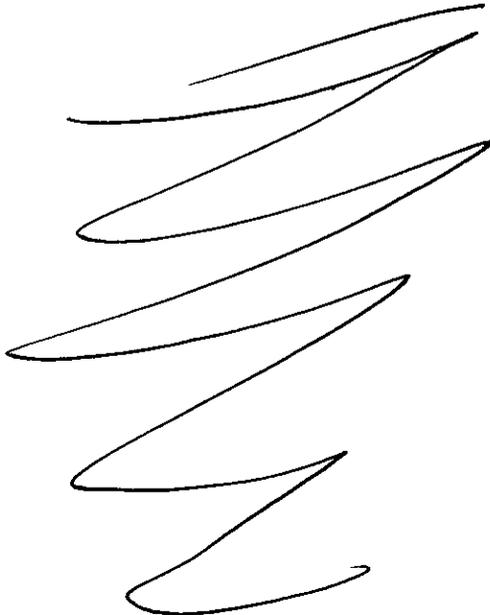
<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
-------------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	--

43.- La función de la mujer es la de tener hijos

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
-------------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	--



**ANEXO 4**



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE 1702.14

FOLIO \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO SOBRE SALUD DE LA MUJER

**SECCION I**

**DATOS PERSONALES**

Por favor marque una cruz "X" dentro del paréntesis para indicar su respuesta

1) EDAD ACTUAL \_\_\_\_\_  
(Especifique los años)

2) ESTADO CIVIL

- CASADA.....(1)
- DIVORCIADA.....(2)
- SOLTERA.....(3)
- VIUDA.....(4)
- UNIÓN LIBRE.....(5)

3) OCUPACIÓN

- TRABAJO ASALARIADO.....(1)
- TRABAJA COMO AMA DE CASA.....(2)
- COMERCIANTE INDEPENDIENTE.....(3)
- (JUBILADA) PENSIONADA.. .....(4)
- OTRO \_\_\_\_\_

4) ESCOLARIDAD MAXIMA ALCANZADA

- NO FUE A LA ESCUELA.....(1)
- PRIMARIA INCOMPLETA.....(2)
- PRIMARIA COMPLETA .....(3)
- SECUNDARIA INCOMPLETA.....(4)
- SECUNDARIA COMPLETA.....(5)
- TÉCNICO (SECRETARIADO, PROGRAMADOR)...(6)
- PREPARATORIA INCOMPLETA.....(7)
- PREPARATORIA COMPLETA.....(8)
- PROFESIONAL Y MÁS.....(9)
- OTROS \_\_\_\_\_

5) ¿HA FUMADO ALGUNA VEZ?

- SÍ.....(1)
- NO.....(2)

6) ¿FUMA ACTUALMENTE?

- SÍ.....(1)
- NO.....(2)

7) ¿REALIZA ALGUN TIPO DE DEPORTE FISICO?

SI.....(1)

NO.....(2)

8) SI REALIZA ALGUN DEPORTE INDIQUE CUAL O CUALES:

EJERCICIO

TIEMPO A LA SEMANA QUE LO REALIZA

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9) ¿QUE ENFERMEDADES PADECE?

ENFERMEDAD

TIEMPO QUE LA PADECE

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECCION II

### SÍNTOMAS GENERALES

10) ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

POR FAVOR INDIQUE CUAL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EXPERIMENTA USTED EN ESTE MOMENTO MARCANDO UNA CRUZ EN LA CASILLA QUE CORRESPONDA AL GRADO EN EL QUE LO TIENE.

SINTOMAS	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	
LATIDOS DEL CORAZON RAPIDOS O FUERTES					
SENTIMIENTOS DE TENSION O NERVIOS					
DIFICULTAD PARA DORMIR					
EXCITABILIDAD					
ATAQUES DE PANICO					
DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE					
SENTIMIENTO DE CANSANCIO O PERDIDA DE ENERGIA					
PERDIDA DE INTERES					

EN LA MAYORIA DE LAS COSAS					
SENTIMIENTOS DE INFELICIDAD O DEPRESIÓN					
PERIODOS DE LLANTO					
IRRITABILIDAD (ENOJO)					
MAREOS O DESMAYOS					
PRESSION O RIGIDEZ EN LA CABEZA O CUERPO					
SENSACION DE ENTUMECIMIENTO O PUNZADAS EN PARTES DEL CUERPO					
DOLOR DE CABEZA					
DOLOR EN LOS MUSCULOS O EN LAS ARTICULACIONES					
PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN MANOS O PIES					
DIFICULTADES PARA RESPIRAR					
BOCHORNOS O CALORES EN LA CARA Y PECHO					
SUDORACIONES NOCTURNAS					
PERDIDA DEL INTERES EN EL SEXO					
SINTOMAS	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	

### SECCION III

### HISTORIA REPRODUCTIVA

11) ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? \_\_\_\_

12) ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMER PARTO? \_\_\_\_\_

- 13) ¿A QUE EDAD TUVO SU ULTIMO PARTO? \_\_\_\_\_
- 14) ¿CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO? \_\_\_\_\_
- 15) ¿CUANTOS HIJOS VIVOS TIENE? \_\_\_\_\_
- 16) ¿ACTUALMENTE SIGUE MENSTRUANDO?  
 SI.....(1)  
 NO.....(2) (PASE A LA PREGUNTA #18 )
- 17) ¿HACE CUANTOS MESES TUVO SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL?  
 (1) LO TUVE HACE MENOS DE UN MES  
 (2) LO TUVE HACE \_\_\_\_\_ MESES  
 (INDIQUE EL NÚMERO DE MESES)
- 18) ¿CÓMO SON O ERAN SUS PERIODOS MENSTRUALES?  
 (A) REGULARES (Siempre ocurrían en una fecha).....(1)  
 (B) IRREGULARES (No podía saber cuando se presentarían).....(2)  
 (C) AMBOS (A Veces Había Retrasos, A Veces no).....(3)  
 (D) NO RECUERDO.....(8)
- 19) ¿CÓMO SE PRESENTAN/ SE PRESENTABAN SUS PERIODOS MENSTRUALES?  
 CON NINGUNA MOLESTIA.....(0)  
 CON POCAS MOLESTIAS.....(1)  
 CON MUCHAS MOLESTIAS.....(2)  
 CON DEMASIADAS MOLESTIAS.....(3)  
 NO RECUERDO.....(8)
- 20) ¿CADA CUANDO TIENE O TENIA SUS MENSTRUACIÓN?  
 A) CADA MES.....(1)  
 B) MENOS DEL MES.....(2)  
 C) MAS DE UN MES.....(3)  
 D) VARIABLE (A VECES AL MES,  
 A VECES MENOS O MÁS DE UN MES).....(4)
- 21) ¿YA HA TENIDO LA MENOPAUSIA?  
 (¿12 MESES SIN REGLA?)  
 SI.....(1)---> ¿A QUÉ EDAD LA TUVO? \_\_\_\_\_  
 NO.....(2) (PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN IV)
- 22) ¿QUÉ TIPO DE MENOPAUSIA TUVO?  
 A) NATURAL.....(1)  
 B) QUIRÚRGICA (Si le quitaron la matriz).....(2)

23) ¿HA UTILIZADO MEDICAMENTOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA? (Premarin, estrógenos, etc.)

SI.....(1)

NO.....(2)

## SECCION IV

Para la siguiente sección de preguntas se da la siguiente información:

El CLIMATERIO es una etapa de la maduración de la mujer en el que se comienzan a presentar síntomas que indican que la capacidad sexual reproductiva de la mujer va a terminar.

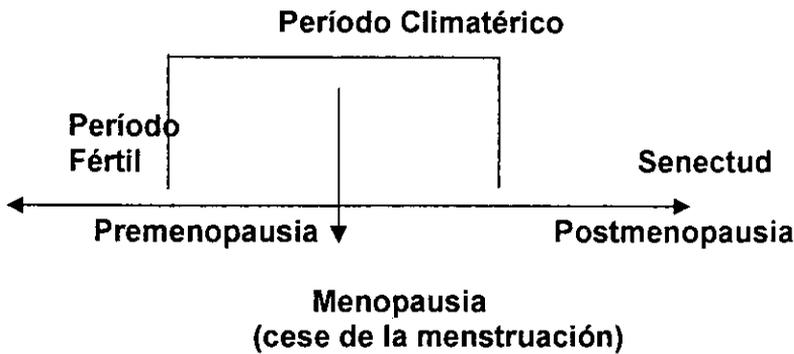
Conforme va pasando el tiempo los períodos menstruales se van haciendo más irregulares, hasta que llega la menopausia y ésta se estima cuando se han cumplido 12 meses sin que se presente un flujo menstrual.

El climaterio contiene 3 fases denominadas como:

A) Premenopáusica o perimenopáusica

B) Menopáusica

C) Postmenopáusica



LA SIGUIENTE SECCION DE PREGUNTAS CONSTITUYEN ALGUNAS CREENCIAS COMUNES SOBRE LA ETAPA DEL CLIMATERIO. LE PEDIMOS QUE COLOQUE UNA "X" SOBRE LA LINEA DE LA ESCALA QUE INDIQUE MEJOR QUE TAN DE ACUERDO O EN DESACUERDO ESTA USTED CON ESA ORACION

24) La mujer se vuelve muy irritable durante la etapa del climaterio

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

25) Perder el atractivo físico es la principal causa de trastornos en el climaterio.

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

26) La feminidad de la mujer se pierde con la llegada del climaterio

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

27) Los problemas familiares son mayores en el climaterio

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

28) El climaterio la hace a una sentirse muy desdichada

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

29) La mujer en la etapa del climaterio padece de frecuentes depresiones.

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

30) El no tener menstruaciones significa perder la juventud

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

31) La mujer disfruta de una mayor libertad sexual después del climaterio.

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

32) La descalcificación de los huesos aumenta con el climaterio

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

33) Los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio.

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

34) El climaterio es la causa de muchas enfermedades en la tercera edad.

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

35) Es ofensivo decirle a una mujer que está en la etapa del climaterio

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

**36) El climaterio puede afectar al sistema cardíaco (corazón)**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**37) Durante la etapa del climaterio la pareja pierde el interés en las relaciones sexuales**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**38) El climaterio trae consigo muchas alteraciones fisiológicas**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**39) En el climaterio las mujeres se molestan fácilmente**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**40) La idea de una mujer en la etapa del climaterio, se puede relacionar con la idea de una mujer sana y vital.**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**41) La mujer en la etapa del climaterio puede disfrutar plenamente de sus relaciones sexuales.**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**42) La mujer en la etapa del climaterio puede disfrutar de una relación plena con el hombre**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**43) La etapa del climaterio representa más ventajas que desventajas.**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

**44) La osteoporosis es una consecuencia importante de la etapa del climaterio**

<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Indecisa</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
---------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	------------------------------------

45) La mujer tiende a engordar cuando llega a la etapa del climaterio

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

46) Debido al climaterio se afecta la capacidad de memoria de la mujer.

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

47) El climaterio es una de las causas de la enfermedad de Alzheimer

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

48) El climaterio aumenta la presión arterial del cuerpo

Completamente De acuerdo Indecisa En desacuerdo Completamente  
de acuerdo en desacuerdo

## SECCION V

### PROBLEMAS DE LA VIDA

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ EN EL PARÉNTESIS  
CORRESPONDIENTE SOLAMENTE SI TIENE USTED ALGUNO DE LOS  
SIGUIENTES PROBLEMAS DE UNA SEMANA A LA FECHA.

(SOLO MARQUE LOS PROBLEMAS QUE LE AFECTAN LOS QUE NO LE  
AFECTAN DÉJELOS EN BLANCO)

49) PROBLEMAS ECONOMICOS.....(SI)

50) PROBLEMAS POR DESEMPLEO.....(SI)

51) DUELO POR MUERTE DEL ESPOSO.....(SI)

52) DUELO POR ALGUN FAMILIAR CERCANO.....(SI)

53) ROBO O PERDIDA DE VALORES.....(SI)

54) JUBILACIÓN RECIENTE.....(SI)

55) CAMBIO EN LOS HABITOS DE SUEÑO.....(SI)

56) VIOLENCIA EN SU HOGAR.....(SI)

57) CAMBIO EN LOS HABITOS DE COMER.....(SI)

58) INFRACCIONES LEVES A LA LEY.....(SI)

59) MUERTE DE ALGUNA AMIGA(O) INTIMA(O).....(SI)

60) PLEITOS CON LA PAREJA.....(SI)

61) SEPARACIÓN DE SU PAREJA.....(SI)

62) PROBLEMAS POR DIVORCIO.....(SI)

63) CAMBIO DE HORARIO O CONDICIONES

DE TRABAJO.....(SI)

64) DESPIDO LABORAL.....(SI)

- 65) MATRIMONIO DE UN HIJO(A).....(SI)
  - 66) DIFICULTADES SEXUALES.....(SI)
  - 67) CAMBIO DE ACTIVIDADES EN LA IGLESIA.....(SI)
  - 68) CAMBIO A UN TIPO DIFERENTE DE TRABAJO..(SI)
  - 69) POCA COMUNICACIÓN CON LOS HIJOS.....(SI)
  - 70) NACIMIENTO DE UN NIETO.....(SI)
  - 71) PROBLEMAS LABORALES.....(SI)
  - 72) ALGUNA HIJA O HIJO DEJA/N EL HOGAR.....(SI)
  - 73) ENCARCELAMIENTO DE ALGUN FAMILIAR  
CERCANO.....(SI)
  - 74) CAMBIO DE RESIDENCIA.....(SI)
  - 75) OTROS PROBLEMAS \_\_\_\_\_
- 

MARQUE UNA CRUZ EN CADA LINEA ENTRE CADA PAR DE ADJETIVOS (BUENO-MALO, DESAGRADABLE-AGRADABLE, ETC.) MIENTRAS MAS SE ACERQUE A UN ADJETIVO, ESE SERA LA CARACTERISTICA QUE DEFINA PARA USTED AL CLIMATERIO.

EJEMPLO:

TRISTE   x   \_\_\_\_\_ ALEGRE

SIGNIFICARIA QUE USTED LO CONSIDERARÍA MUY TRISTE

TRISTE \_\_\_\_\_   x   \_\_\_\_\_ ALEGRE

SIGNIFICARIA QUE USTED LO CONSIDERA TRISTE, PERO POCO TRISTE

TRISTE \_\_\_\_\_   X   \_\_\_\_\_ ALEGRE

SIGNIFICARIA QUE USTED LA CONSIDERA ALEGRE, PERO NO MUY ALEGRE

A CONTINUACIÓN COLOQUE UNA CRUZ ENTRE CADA PAREJA DE PALABRAS OPUESTAS PARA SEÑALAR COMO ES EL CLIMATERIO PARA USTED.

EL CLIMATERIO ES

BUENO _____	MALO _____
DESAGRADABLE _____	AGRADABLE _____
DOLOROSO _____	PLACENTERO _____
SOPORTABLE _____	INSOPORTABLE _____
INDESEABLE _____	DESEABLE _____
NATURAL _____	ARTIFICIAL _____
BONITO _____	FEO _____
NORMAL _____	ANORMAL _____

## **SECCION VI**

### **SÍNTOMAS EMOCIONALES**

**EN ESTA PARTE DEL CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE ORACIONES. POR FAVOR LEA CADA UNA CUIDADOSAMENTE.**

**POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACIÓN DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SÉ SINTIÓ LA SEMANA PASADA E INCLUSIVE EL DÍA DE HOY.**

**ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE ENCUENTRA AL LADO DE LA ORACIÓN QUE USTED ESCOGIO. SI VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO CIRCULE CADA UNA.**

*ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN.*

**76)(0) YO NO ME SIENTO TRISTE**

- (1) ME SIENTO TRISTE**
- (2) ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO.**
- (3) ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO.**

**77)(0) EN GENERAL NO ME SIENTO DESCARAZONADA POR EL FUTURO**

- (1) ME SIENTO DESCORAZONADA POR MI FUTURO**
- (2) SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO**
- (3) SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR**

**78)(0) YO NO ME SIENTO COMO UNA FRACASADA**

- (1) SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE LAS PERSONAS EN GENERAL**
- (2) AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS FRACASOS**
- (3) SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA**

**79)(0) OBTENGO TANTA SATISFACCIÓN DE LAS COSAS COMO SOLIA HACERLO**

- (1) YO NO DISFRUTO DE LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA HACERLO.  
(2) YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCIÓN DE NADA  
(3) ESTOY INSATISFECHA O ABURRIDA CON TODO
- 80)(0) EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE  
(1) ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO  
(2) ME SIENTO CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO  
(3) ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO
- 81)(0) YO NO ME SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADA  
(1) SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADA  
(2) ESPERO SER CASTIGADA  
(3) SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADA
- 82)(0) YO NO ME SIENTO DESILUSIONADA DE MI MISMA  
(1) ESTOY DESILUSIONADA DE MI MISMA  
(2) ESTOY DISGUSTADA CONMIGO MISMA  
(3) ME ODIÓ
- 83)(0) YO NO ME SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS  
(1) ME CRITICO A MI MISMA POR MIS DEBILIDADES O ERRORES  
(2) ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS  
(3) ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE
- 84)(0) YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS  
(1) TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A CABO  
(2) ME GUSTARIA SUICIDARME  
(3) ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD
- 85) (0) YO NO LLORO MAS DE LO USUAL  
(1) LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO  
(2) ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO  
(3) ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO
- 86)(0) YO NO ESTOY MÁS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR  
(1) ME ENOJO O IRRITO MÁS FÁCILMENTE QUE ANTES  
(2) ME SIENTO IRRITADA TODO EL TIEMPO  
(3) YA NO ME IRRITO DE LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO
- 87)(0) YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE  
(1) ESTOY MENOS INTERESADA EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA ESTAR  
(2) HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE  
(3) HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE

- 88)(0) TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE LO HE HECHO  
 (1) POSPONGO TOMAR DECISIONES MAS QUE ANTES  
 (2) TENGO MAS DIFICULTAD EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES  
 (3) YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES
- 89)(0) YO NO SIENTO QUE ME VEA PEOR DE CÓMO ME VEIA  
 (1) ESTOY PREOCUPADA DE VERME VIEJA O POCO ATRACTIVA  
 (2) SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER POCO ATRACTIVA  
 (3) CREO QUE ME VEO FEA.
- 90) (0) PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES  
 (1) REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO  
 (2) TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO  
 (3) YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO
- 91) (0) PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES  
 (1) YA NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO  
 (2) ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR  
 (3) ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR.
- 92)(0) YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL  
 (1) ME CANSO MAS FÁCILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO  
 (2) CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO  
 (3) ESTOY MUY CANSADA PARA HACER CUALQUIER COSA
- 93)(0) MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL  
 (1) MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO  
 (2) MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA  
 (3) NO TENGO APETITO DE NADA
- 94)(0) YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ÚLTIMAMENTE  
 (1) HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS  
 (2) HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS  
 (3) HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS  
 A PROPÓSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS  
 SI.....(1)  
 NO.....(2)
- 95)(0) YO NO ESTOY MAS PREOCUPADA DE MI SALUD QUE ANTES  
 (1) ESTOY PREOCUPADA ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES COMO DOLORES, MALESTAR ESTOMACAL O CONSTIPACIÓN.  
 (2) ESTOY MUY PREOCUPADA POR PROBLEMAS FISICOS Y ES DIFÍCIL PENSAR EN ALGO MÁS.

(3) ESTOY TAN PREOCUPADA POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NINGUN OTRA COSA.

96) (0) YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO

(1) ESTOY MENOS INTERESADA EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA

(2) ESTOY MUCHO MENOS INTERESADA EN EL SEXO AHORA

(3) HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO.

## SECCION VII

### CARACTERÍSTICAS DE SU VIVIENDA

97) Los pisos de su casa son:

Tierra.....(1)

Cemento.....(2)

Madera Mosaico u otros recubrimientos.(3)

Ladrillo.....(4)

Lo ignora.....(8)

98) ¿En su casa cuentan con agua potable?

Sí. (Dentro de la casa).....(1)

Si. (Fuera de la casa pero dentro del edificio o vecindad).....(2)

Si. (De la llave pública fuera del edificio o vecindad).....(3)

No.....(4)

99) ¿Su casa tiene drenaje?

Si.....(1)

No.....(2)

100) ¿El drenaje desagua a:

La red pública.....(1)

Fosa séptica.....(2)

Suelo.....(3)

Otro.....(4)

\_\_\_\_\_  
(Especifique)

Lo ignora.....(8)

101) ¿En su vivienda para ir al baño cuenta con?

Excusado de agua corriente.....(1)

Letrina o fosa séptica.....(2)

Hoyo negro.....(3)

Hacen al aire libre..... (4)  
Lo ignora.....(8)

102) ¿Cuántas personas viven en su vivienda?  
\_\_\_\_\_ personas

103) ¿Cuántos cuartos hay en su vivienda sin contar, cocina,  
baño y pasillos?  
\_\_\_\_\_ cuartos

104) ¿Cuál es el máximo grado escolar terminado por el jefe del hogar?  
NO FUE A LA ESCUELA.....(1)  
PRIMARIA INCOMPLETA.....(2)  
PRIMARIA COMPLETA .....(3)  
SECUNDARIA INCOMPLETA.....(4)  
SECUNDARIA COMPLETA.....(5)  
TÉCNICO (SECRETARIADO, PROGRAMADOR)...(6)  
PREPARATORIA INCOMPLETA.....(7)  
PREPARATORIA COMPLETA.....(8)  
PROFESIONAL Y MÁS.....(9)  
OTROS \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_