

01921  
132



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“LA AUTOESTIMA DE LA MUJER EN LA  
ETAPA DEL CLIMATERIO  
Y  
EL ENFOQUE NARRATIVO CON  
EQUIPO REFLEXIVO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

YOLANDA LLAMAS MEADE  
ARGENTINA HILDA ORDOÑEZ MEDRANO  
RAQUEL VILLEGAS LOZANO

DIRECTORA DE TESIS: LIC. NORA RENTERIA COBOS  
ASESORA METODOLOGICA: MTRA. MA. DEL CARMEN  
MONTENEGRO NUÑEZ

COMITE DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE  
M. C. MA. ISABEL HARO RENNER  
LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS

MEXICO, D. F.

2003

A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**PAGINACIÓN  
DISCONTINUA**

UNIVERSIDAD: Argentina Hilda  
Ordóñez Medrano  
FECHA: 25-02-08  
FIRMA: Argentina Ordóñez

**AGRADECIMIENTOS**

**A TODOS LOS MIEMBROS DE NUESTRO JURADO:**

- LIC. NORA RENTERIA COBOS
- MTRA. MA. DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ
- LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
- DRA. MA. ISABEL HARO RENNER
- LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS

Un reconocimiento a su ejemplo, su dedicación y sus conocimientos compartidos, los que siempre conservaremos como un valioso legado para la continuación del ejercicio de la profesión que elegimos.

Gracias por su amistad.

**A TODOS NUESTROS PROFESORES DEL SISTEMA ABIERTO:**

Por su orientación y apoyo profesional a lo largo del desarrollo de la carrera.

**A TODOS NUESTROS PROFESORES Y TERAPEUTAS DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA" DE LA UNAM:**

Por habernos brindado su amistad y contribuir en nuestra capacitación mediante el ejercicio práctico, considerado como un valioso complemento en la formación profesional de nuestra actividad como psicólogas.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO:**

Por habernos permitido formar parte de ese gran espacio de conocimiento y aprendizaje, cuyo *alma mater* ostentamos con orgullo.

**A TODAS LAS MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO:**

Por quienes nació esta inquietud de servir.

B

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TEMARIO

	Página
<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>ANTECEDENTES</b>	5
<b>I. EL CLIMATERIO DESDE UN ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL</b>	14
1.1 Aspecto biológico	14
1.1.1 Fases del climaterio	15
A) Premenopausia	16
B) Menopausia	17
C) Posmenopausia	17
1.2 Aspecto bio-psicológico	20
1.3 Aspecto sexual	21
1.4 Aspecto social	22
<b>II. AUTOESTIMA</b>	25
2.1 Autoestima: ¿Qué es y cómo se conforma?	25
2.1.1. Desarrollo y diferenciación de los conceptos	29
2.1.2. Autoestima, autoconcepto y aspiraciones personales	29
2.2 La autoestima de la mujer a través de la historia y la cultura	30
2.2.1 Época precolombina	31
2.2.2 Relación machismo – abnegación	31
2.2.3 De la época colonial hasta la independencia	32
2.2.4 La mujer ante la iglesia	33
2.2.5 Movimiento feminista en México	33
2.2.6 La mujer mexicana actual	34
2.2.7 La influencia sociocultural de los roles de la mujer vista a través de diversos autores	34
2.3 El climaterio y la diferentes culturas	37
<b>III. TERAPIA NARRATIVA Y UN EQUIPO REFLEXIVO</b>	41
3.1 Historia	41
3.1.1 Cibernética de Primer Orden	41
3.1.2 Cibernética de Segundo Orden	41
3.2 Constructivismo y Construccinismo Social	43
3.2.1 Constructivismo	43
3.2.2 Construcción Social	44
3.3 Posmodernismo	46
3.4 Terapia Narrativa con la participación de un Equipo Reflexivo	48

C

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

<b>IV. METODO</b>	<b>52</b>
4.1 Planteamiento del problema	52
4.2 Objetivo general	52
4.3 Objetivos intermedios	52
4.4 Preguntas de investigación	52
4.5 Muestra	53
4.6 Muestreo	53
4.7 Variables	53
4.8 Diseño de investigación	53
4.9 Terapia	53
4.10 Materiales e instrumentos	54
4.10.1 Divulgación	54
4.10.2 Instrumento "La autoestima en el climaterio"	54
4.11 Definición de conceptos	55
4.12 Escenario	56
4.13 Procedimiento	56
4.13.1 Divulgación y selección de la muestra	56
4.13.2 Proceso terapéutico	57
4.13.3 Análisis de resultados	58
<b>V. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>59</b>
5.1 Análisis gráfico	59
5.2 Análisis cuantitativo	65
5.3 Análisis cualitativo	75
□ Sujeto 1	75
□ Sujeto 2	76
□ Sujeto 3	77
□ Sujeto 4	77
□ Sujeto 5	78
□ Sujeto 6	79
<b>DISCUSION</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>91</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>93</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>95</b>
<b>Glosario</b>	<b>102</b>
<b>Anexos</b>	<b>103</b>

D

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## RESUMEN

Los factores bio-psico-sociales que se presentan en la etapa del climaterio modifican la autoestima de la mujer. Con objeto de explorar el impacto de estos cambios en los ámbitos personal, intrafamiliar e interpersonal, se diseñó un instrumento denominado "La autoestima en el climaterio". Se trabajó una terapia con enfoque Narrativo y un Equipo Reflexivo con la participación de once mujeres entre 45 y 60 años, a quienes se les aplicó el instrumento al inicio y término del proceso, para observar los cambios en dichos ámbitos.

Los resultados reflejaron cambios predominantemente en el área denominada personal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

El climaterio es una etapa de temporalidad tan larga en la vida de la mujer de mediana edad, que puede durar más de 25 años, y que representa una cadena de acontecimientos en los que se conjugan cambios en los aspectos físicos, psicológicos y socio-culturales, y pareciera ser que el conjunto de estas modificaciones influye en mayor o menor medida en la evaluación que la mujer hace de sí misma.

Es indudable que los avances científicos, tecnológicos e industriales que han venido surgiendo desde el siglo pasado han sido de gran beneficio para la humanidad. El campo de la medicina ha sido una de las áreas que ha logrado evolucionar significativamente, ya que al encontrar cura para múltiples padecimientos que en ese tiempo eran causa de enfermedades irreversibles, ocasionando la muerte a corta edad, ahora ha dado como resultado alcanzar una esperanza mayor de vida tanto en hombres como en mujeres.

Revisando las estadísticas de la población femenina dentro de un escenario nacional con respecto a las mujeres entre 40 y 64 años, el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI), muestra que en el año 2000 éstas representan el 19%, y para el año 2025 estima que el 30% de las mujeres estará dentro de este mismo rango de edad, reflejando un incremento entre ambos periodos del 122%.

Esta propensión a la alta de las cifras demográficas son de llamar la atención, ya que reflejan que en la medida que la esperanza de vida aumente, dará como resultado que un número cada vez mayor de mujeres entrará en la etapa del climaterio.

Desde el punto de vista biológico en el climaterio, el fenómeno más importante es el de carácter endócrino que marca el inicio de un periodo de disminución progresiva de la producción hormonal, principalmente de estrógenos, los cuales tienen funciones esenciales en el desarrollo de los caracteres sexuales de la mujer, la regulación del ciclo menstrual, la ovulación y el embarazo. La reducción de estrógenos juega un papel importante en la aparición de los múltiples síntomas característicos del climaterio, que se pueden manifestar desde bochornos, insomnio, falta de energía, entre otros, hasta la presencia de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer cérvico-uterino o de mama.

Psicológicamente, aun cuando algunos de los cambios emocionales no son consecuencia directa de los desequilibrios fisiológicos, sí coinciden con la presencia de múltiples factores relevantes de carácter personal, social y cultural que se conjuntan en esta etapa de vida. Durante el climaterio, la mujer experimenta una serie de pérdidas, altamente valoradas por la sociedad, como son los atributos juveniles y el desempeño del rol de la maternidad, así como el abandono de los hijos, desapego sexual de la pareja, alteraciones en la dinámica familiar, desplazamiento en el área laboral, y la existencia de mitos y prejuicios sociales aun vigentes en este siglo con respecto a la conceptualización del climaterio, como resultado de la desinformación que se tiene sobre este tema.

Dentro de las sociedades occidentales, incluyendo la mexicana, se le han impuesto a la mujer una serie de roles considerados como propios del quehacer femenino, dentro de un marco de esposa, madre y ama de casa, que le presentan una imagen idealizada de su vida



personal, profesional, matrimonial, familiar y/o de pareja. Llegada la etapa del climaterio y todas las implicaciones que ésta conlleva, la mujer se ve imposibilitada a cubrir las expectativas de las instituciones sociales, situación que provoca una crisis de vida que influye, en mayor o menor medida, en su autoestima.

Però, ¿qué es la autoestima? La autoestima es la apreciación y valoración bio-psico-social que el individuo hace de sí mismo, influenciada por la aceptación de los demás. Esta inicia desde el nacimiento y continúa modificándose a lo largo de la vida, dependiendo del medio social y cultural en el que la mujer se desenvuelve.

Si se considera que la autoestima se ve influenciada por el contexto socio-cultural, la intención de este trabajo fue proporcionar a la mujer en climaterio alternativas que la estimulen para que se plantee perspectivas diferentes a lo largo de su vida, encaminadas a la continuidad de su crecimiento personal, no centradas únicamente en su cuerpo y en los roles establecidos por la sociedad, sino en su integridad como ser humano; permanecer en la búsqueda constante de objetivos que le permitan ampliar sus intereses y desarrollar sus potencialidades hacia nuevas metas que le brinden su bienestar y mejora en la calidad de vida.

Por lo antes expuesto, se propuso la intervención de una terapia grupal de enfoque Narrativo, con la colaboración de un Equipo Reflexivo, dado que ésta se fundamenta en las ideas de las teorías posmodernas del Construccinismo Social.

La terapia Narrativa y el Equipo Reflexivo enfocan su interés en la semántica, la lingüística y la narrativa. El proceso terapéutico se organiza como un juego de narraciones orientado al desarrollo de opciones de historias diferentes en relación con los eventos o circunstancias descritos como problemáticos, en donde, a través del conversar, los miembros del grupo terapéutico, incluyendo co-terapeutas y equipo reflexivo, co-participan en un proceso de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión. Es un modelo de terapia conversacional de doble vía, en donde todos los miembros del contexto terapéutico tienen la oportunidad de observar y ser observados, de expresarse libremente y de ser escuchados, y donde el saber de los terapeutas no tiene una valoración superior al de los que lo consultan.

Por la particularidad de este trabajo, basado en la autoestima de la mujer en etapa del climaterio, se consideró la necesidad de crear un instrumento específico a través del cual se exploró el ámbito personal, intrafamiliar e interpersonal.

El instrumento se aplicó al inicio y término del proceso. Del comparativo de las respuestas obtenidas a través del mismo y de los registros transcritos sobre las narraciones escuchadas a lo largo de cada una de las sesiones, se elaboró un análisis de resultados basado en una aproximación cuantitativa y cualitativa, lo que permitió demostrar al final del proceso terapéutico un beneficio significativo en la autoestima, al ser reflejado directamente en el ámbito personal de las mujeres del grupo.



A través de esta investigación se demostró que, aun cuando el objetivo de este trabajo fue proporcionar a la mujer en climaterio alternativas, las alteraciones fisiológicas naturales del climaterio pueden traducirse en modificaciones de la conducta, y la mujer puede tener una vivencia diferente de los síntomas característicos del climaterio, de acuerdo a su propia historia y a su contexto sociocultural. Con ello se pretende resaltar que una visión interdisciplinaria es importante para asumir la complejidad que encierra en su totalidad este fenómeno de vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES

Se sabe de la existencia de múltiples estudios previos sobre los efectos fisiológicos del climaterio desde tiempos ancestrales. Si bien es cierto que Aristóteles (s.IV a.C.) fue el primero en evocar la cesación de las menstruaciones, no es sino hasta 1823 cuando se instauro el término "menopausia" como cesación de la regla o menstruación (Sánchez-Cánovas, 1996).

El número de estudios al respecto se elevó notablemente a partir de los años 60's y particularmente en las últimas dos décadas, al resultar evidente la importancia de la salud de la mujer en etapa del climaterio como consecuencia del acelerado crecimiento de la población mundial y el ascenso en la expectativa de vida.

En la revisión bibliográfica que se llevó cabo para el desarrollo de este trabajo, llama la atención que un gran número de estudios realizados sobre el climaterio están centrados en aspectos biológicos, no encontrándose trabajo específico alguno encauzado hacia el estudio de la autoestima de la mujer en esta etapa, materia de esta investigación. Básicamente, éstos se enfocan a temas diversos tales como: la depresión, ansiedad, pareja y sexualidad, entre otros.

Como complemento de esta búsqueda, fueron revisados artículos publicados por la American Psychological Association (APA), por considerarla una de las asociaciones más representativas dentro del campo de la psicología. No obstante, dentro de sus publicaciones emitidas en los últimos cinco años, tampoco se encontró estudio que abarcara la autoestima, la mujer y el climaterio, en su conjunto, presentándose la misma situación en las tesis de licenciatura de las Facultades de Psicología de las Universidades Intercontinental (UIC) y Nacional Autónoma de México (UNAM).

A partir de los últimos 35 años la comunidad científica a nivel internacional se ha visto en la necesidad de atender en forma prioritaria este asunto de salud pública de manera conjunta entre la mayoría de los países. Por tal razón, los profesionales de la salud y del comportamiento humano se han dado a la tarea de intensificar sus estudios e investigaciones con miras a informar y difundir de manera formal las repercusiones que este ciclo vital del desarrollo puede impactar a la población mundial femenina. Por ello, se han visto en la necesidad de crear asociaciones y grupos de trabajo interdisciplinarios, para estudiar, investigar y difundir el tema del climaterio de manera conjunta bajo sus diversos enfoques.

En 1978 surge en Europa la primera asociación internacional del climaterio denominada International Menopause Society (IMS), con sede en Ginebra, Suiza, proliferándose éstas en los cinco continentes del planeta, en los años subsiguientes. En 1989 nace en los Estados Unidos The North American Menopause Society (NAMS), en 1995 nace la Federación Latinoamericana de Sociedades del Climaterio en Menopausia (FLACSYM), con sede en Brasil, y, por su parte, en 1992 se funda en México la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio (AMEC), por mencionar algunas.

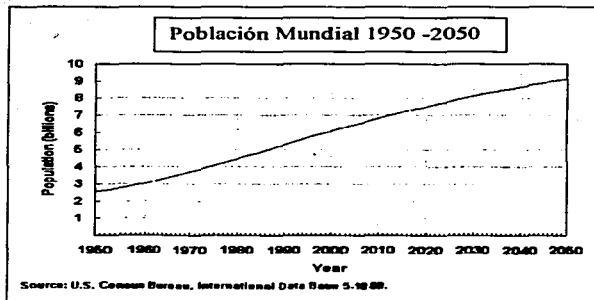
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Todas estas asociaciones cuentan con un multidisciplinario número de agremiados dedicados a las diversas actividades de la salud, algunas de las cuales cuentan con la colaboración de psicólogos; sin embargo, no fue posible conocer su nivel de participación de éstos últimos. Con respecto a la AMEC, llama la atención que el número de miembros en el ramo de la psicología representa únicamente el 2% de la población total de 800 afiliados, en el Distrito Federal.

Derivado de la amplia revisión bibliográfica realizada en múltiples publicaciones y textos en libros y revistas especializadas, al igual que en medios electrónicos (Internet), se hizo necesario investigar la población de mujeres que cursa la etapa del climaterio, por lo que se presenta a continuación el panorama demográfico mundial mediante el cual se muestra una valoración de estadísticas poblacionales.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), muestra datos importantes sobre el vertiginoso incremento de la población del mundo en el último siglo, donde señala que en 1999 se alcanzó el nivel más alto de la historia con la cifra de seis billones de seres humanos vivos sobre la tierra. (Figura 1).

Figura 1. Crecimiento de la población Mundial : 1950 – 2050



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Este dato es de tomarse en consideración ya que se afirma que desde el origen de la historia de la humanidad y hasta el año de 1804, el censo de población mundial era de un billón de habitantes. En 1927 esta cantidad se duplicó superando los dos billones y en el año 2000, se sobrepasó la cifra de seis billones de personas, de entre las cuales el 50% son del sexo femenino. De continuar con este ritmo de crecimiento es probable que para el año 2054 se alcance un total de nueve billones de habitantes. (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Población Mundial**

Población Mundial alcanzada	
1 billón en 1804	
2 billones en 1927	(123 años después)
3 billones en 1960	( 33 años después)
4 billones en 1974	( 14 años después)
5 billones en 1987	( 13 años después)
6 billones en 1999	( 12 años después)
Proyección de la Población Mundial	
7 billones en 2013	( 14 años después)
8 billones en 2028	( 15 años después)
9 billones en 2054	( 26 años después)
10 billones en 2183	(129 años después)

Fuente: Naciones Unidas, 1999

Estas estadísticas son reflejo del beneficio que la humanidad ha recibido gracias a los avances científicos, permitiéndonos un significativo incremento en la expectativa de vida y por ende, un incremento en la población mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que para el año 2025, alrededor de un billón de mujeres tendrá 50 años ó más de edad, cantidad que representaría casi el doble de las mujeres que actualmente están dentro de ese rango.

Los resultados preliminares del XII Censo de Población y Vivienda 2000 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), muestran que a finales del siglo pasado la población mexicana ascendió a 97.4 millones de habitantes, lo que significa un incremento del doble de la población existente en el año de 1970 (Cuadro 2).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 2. Población de México. (1970 – 2000)

INDICADOR	1970	1990	2000
<b>Población total</b>	<b>48,225,238</b>	81,249,645	<b>97,014,867</b>
<b>Porcentaje Mujeres</b>	<b>50.1 %</b>	50.9 %	<b>51.3 %</b>

Fuente INEGI

Asimismo, INEGI estableció la edad de 77.9 años como esperanza de vida promedio para la mujer mexicana en el año 2001. Comparativamente, en 1970 la esperanza de vida alcanzaba los 63 años. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Esperanza de Vida al nacimiento (México).

AÑO	MUJERES	HOMBRES
<b>1970</b>	<b>63 años</b>	58.8 años
1990	74	67.7
<b>2001</b>	<b>77.9</b>	73.4

Fuente: Consejo Nacional de Población. INEGI-SISESIM , (2000)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la actualidad, la totalidad de la población femenina mexicana asciende a casi 50 millones de las cuales el 19% (9.2 millones) son mujeres entre los 40 y 64 años (Cuadro 4).

Cuadro 4. Población por grupos de edad y sexo. Año 2000.  
(República Mexicana)

Grupos por edad	Total población	Hombres	MUJERES
	<b>97 014 867</b>	47 258 493	<b>49 756 374</b>
0 a 34 años	67 747 613	33 318 519	34 429 094
35 a 39 años	6 431 509	3 046 821	3 384 688
<b>40 a 44 años</b>	5 270 175	2 524 874	<b>2 745 301</b>
45 a 49	4 131 286	1 979 131	2 152 155
50 a 54	3 441 282	1 662 777	1 778 505
55 a 59	2 610 592	1 256 947	1 353 645
<b>60 a 64</b>	2 245 636	1 071 748	<b>1 173 888</b>
<b>Total mujeres (40 a 64 años)</b>			<b>9 203 494</b>
65 y más	4 845 237	2 246 786	2 598 451
No especificado	291 537	150 890	140 647

CLIMATERIO

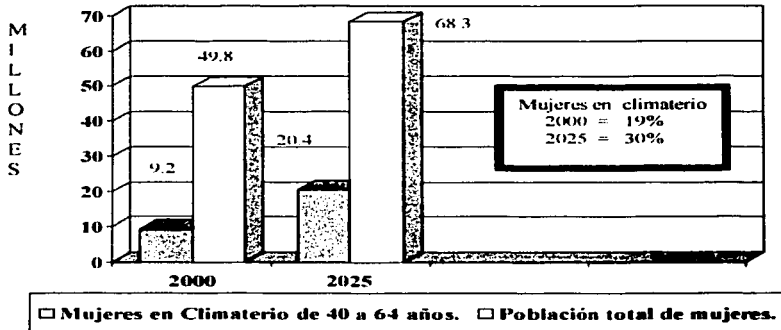
INEGI 2000

Estudios realizados por INEGI estiman que para el año 2025 la población femenina en climaterio podría alcanzar los 20 millones, lo que representaría el 30% del total de mujeres. Esto significa que si se llegaran a alcanzar estas cifras estimadas, la población total de mujeres se incrementará un 37%, en comparación al 2000, mientras que el volumen de mujeres en climaterio aumentará un 122% (Figura 2) y (Cuadro 5).

TESIS CON  
FUENTE DE ORIGEN

Figura 2. Comparativo de la población femenina mexicana en etapa del climaterio (año 2000 vs. 2025)

Edades de 40 a 64 años



Cuadro 5. Comparativo del porcentaje de incremento de mujeres en climaterio en México. ( Año 2000 vs. 2025)

(Millones de mujeres)

AÑO	2000	2025	INCREMENTO
<b>TOTAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA</b>	49.8	68.3	37 %
<b>MUJERES EN CLIMATERIO</b>	9.2	20.4	122 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



La esperanza de vida va en aumento y se prevé que seguirá su ascenso en la mayoría de los países del mundo. Ello obedece al descenso pronunciado de la mortalidad prematura provocada por enfermedades infecciosas y crónicas que prevalecieron durante siglos. Tanto las mejoras al nivel de saneamiento, vivienda y nutrición, así como las innovaciones médicas, incluidas las vacunas y el descubrimiento de los antibióticos, han favorecido el considerable aumento del número de personas que alcanzan la vejez.

Mientras que se eleva la esperanza de vida, hay reducciones importantes en los índices de natalidad, particularmente en los países en desarrollo, incluyendo México, provocando cambios en la estructura poblacional. La OMS denomina a este fenómeno "envejecimiento de la población".

Lo anterior se aprecia en la transformación de la Pirámide de Crecimiento Poblacional de México para los próximos 50 años, en donde se observa la paulatina reducción de la población menor de 15 años y el incremento del volumen del resto de la población. Estos cambios evidencian que México actualmente presenta una estructura poblacional joven, sin embargo, ha comenzado su proceso de envejecimiento (Figura 3).

Con el deseo de conocer la atención a la mujer en climaterio dentro de las instituciones de salud pública y privada en México, así como el apoyo psicológico brindado, se realizaron visitas a diversas clínicas en el Distrito Federal.

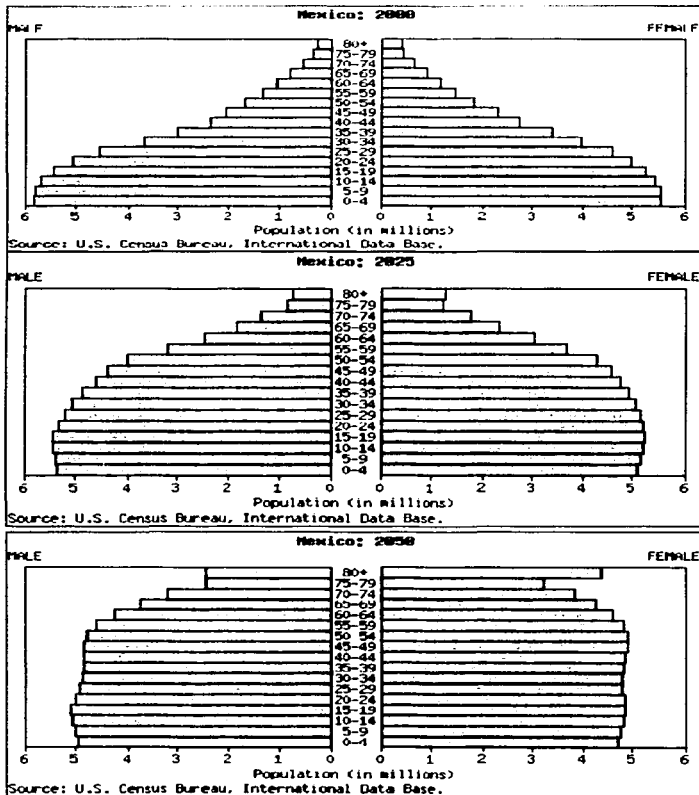
Derivado de las visitas a las clínicas abajo mencionadas, se encontró, en términos generales, que la mayoría de éstas abordan el tratamiento del climaterio principalmente desde un punto de vista biológico, con la intervención de médicos, ginecólogos y endocrinólogos, entre otros. Cabe la observación en el sentido de que el papel que juega el psicólogo dentro de estos grupos interdisciplinarios no es significativo.

En entrevistas realizadas a los diferentes médicos de dichas instituciones, se hizo patente la ausencia de servicios psicoterapéuticos para la atención de la mujer en esta etapa. Las razones varían según cada institución. No obstante, la mayoría de los médicos reconoce la necesidad de incluir los servicios psicólogos con el fin de brindar una atención integral en beneficio de la mujer que los consulta.

- Centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSSTE.: Cuenta con una clínica del climaterio integrado por un grupo de ginecólogos. No ofrecen ningún tipo de apoyo psicológico. En casos extremos se canaliza a la mujer al departamento de psiquiatría, a criterio del médico tratante.
- Hospital de la Mujer, S.S.A. : Se atiende a la mujer en etapa del climaterio durante la consulta ginecológica. No existe un área específica de servicio psicológico. En caso de que la paciente manifiesta inquietudes sobre los cambios emocionales, el médico tratante platicará brevemente con ella a fin de aclararle sus dudas.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Figura 3. Transformación de la Pirámide Población de México. (2000 – 2050)



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

- Instituto Nacional de Perinatología, (INPER): Desde 1990 cuenta con una Clínica de Climaterio y un Departamento de Psicología. Dentro de esta clínica se ofrecen los siguiente servicios:
  - 1) Asistencia en grupo: consta de técnicas con sintomatología e interconsulta. A criterio del médico de la Clínica el Climaterio se canaliza a la paciente al Dpto. de Psicología.
  - 2) Investigación: Protocolo de estudio. A solicitud del Dpto. de Psicología, la Clínica del Climaterio le proporciona los candidatos que cubran el perfil requerido.
  - 3) Enseñanza.

El Dpto. de Psicología proporciona psicoterapia de grupo breve con objetivos y tiempo limitado. La terapia es de enfoque psicoanalítico, trabajándose básicamente: eliminación o baja sintomatología, fortalecimiento yóico y establecimiento de límites. La población es de un estrato socioeconómico medio y bajo. Los problemas comunes detectados en esta población son carencias afectivas, hogares desintegrados y problemas de pareja. De acuerdo con estudios que realiza el INPER, la mayoría de estas mujeres presentan hasta 7 síntomas de tipo psicológico.

- Hospital de México: Cuenta con una clínica del climaterio y osteoporosis. Se ofrece el servicio de densitometría, evaluación ginecológica y diagnóstico hormonal. A criterio del médico, se remite a la paciente al Dpto. de Psicología.
- Hospital Médica Sur: Hasta 1998 este hospital contaba con una clínica del climaterio, cuyos servicios ofrecían asistencia médica y psicológica. Sin embargo, por considerarla incosteable, fue cerrada. Actualmente, son remitidas a tratamiento psicoterapéutico a criterio del ginecólogo.

En resumen, al hacer un análisis detallado sobre esta información y por encima de todo aquello que se esté llevando a cabo tanto en México como en los diferentes países a través de sus asociaciones del climaterio e instituciones hospitalarias, surgió la inquietud para el desarrollo de esta investigación, con miras a buscar alternativas de ayuda que sean posibles de cristalizar en corto y mediano plazo, que proporcionen a la mujer nuevas opciones y oportunidades para su bienestar y mejora en la calidad de vida.

## CAPÍTULO I

### EL CLIMATERIO DESDE UN ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL

#### Definición.

Climaterio y menopausia son dos conceptos que popularmente con frecuencia se confunden, sin embargo, son sustancialmente diferentes como se puede ver a continuación:

El término climaterio, viene de la palabra griega "*klimakter*", misma que se traduce como "escalón, terminación del ascenso o inicio del descenso", cuyo significado dentro de este contexto es: "periodo de cambios fisiológicos" o "el conjunto de fenómenos que acompañan al decrecimiento de la función genital". Por su parte, menopausia, combina dos raíces griegas: "*meneses*", que se traduce como "periodo" y "*pausis*", como "suspender o detener", lo cual alude a la "cesación de los periodos menstruales en la mujer" o "cesación de la función ovárica" (CAMS, 1999).

Luego entonces, el climaterio es la etapa de la vida de la mujer en donde la frecuencia de las ovulaciones se reducen, marcando así el inicio de un periodo de deterioro progresivo de la función de los ovarios, mientras que menopausia es un evento específico que se circunscribe a un signo más del conjunto de fenómenos que determinan la etapa del climaterio. Ahora bien, la relación que existe entre ellos es que uno (menopausia) es consecuencia del otro (climaterio).

En opinión de los médicos, el climaterio es una etapa más en el desarrollo de la vida de la mujer que inicia de los 35 a 40 años y termina alrededor de los 65, por lo que se estima que esta etapa tiene una duración aproximada de 25 años. En términos generales, el climaterio inicia antes de la menopausia y aún después de haber desaparecido las menstruaciones, continúa en su cuadro endócrino y neurovegetativo por un periodo prolongado (Casamadrid, 1986).

#### 1.1. Aspecto Biológico

Desde que nace la mujer, la corteza del ovario posee un número ilimitado de ovocitos (óvulos), células sexuales que sufren una disminución progresiva en el transcurso del tiempo. Esta reducción se inicia desde la vida intrauterina, aun así al nacimiento existen millares de ellos. Al llegar a la pubertad hay 450,000 aproximadamente y en la menopausia ya prácticamente no existen. Estas células tienen una influencia directa en la disminución de producción de hormonas, principalmente estrógenos, los cuales tienen funciones importantes en el organismo, de tal suerte que su disminución acarreará los síntomas característicos del climaterio.

Como resultado de la insuficiencia de la hormona gonadotrófica, durante la etapa del climaterio cambia la relación recíproca existente entre la producción ovárica de estrógenos y progesterona, así como la secreción de la hormona foliculo estimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH). La anovulación ocasional principia a los 35 años y es común después de los 40 años y por lo tanto, no se produce progesterona ovárica. Las cifras plasmáticas descendientes de estrógeno liberan el freno sobre la hipófisis, y aumenta la cifra de FSH de su valor habitual de 4-30 mUI a más de 100 mUI después de la menopausia. Del mismo modo la concentración de LH se eleva a 100 mUI después de la menopausia.

La depauperación estrogénica es el factor causal más importante de los síntomas menopáusicos. Los sonrojos y bochornos se asocian a oleadas de LH circulantes y pequeños aumentos de FSH, por lo que, las alteraciones que se presentan en la producción de hormonas son las causantes de los trastornos que se manifiestan en el climaterio y en la menopausia (Benson. 1985).

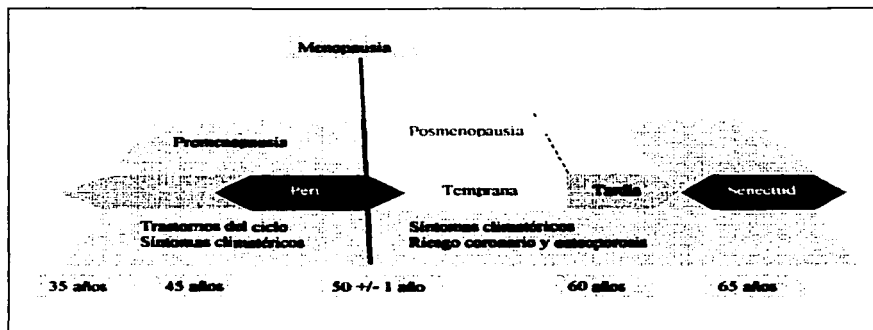
### 1.1.1 Fases del climaterio.

Durante el climaterio se presentan tres fases (Figura 4):

- A. Premenopausia o periodo de transición a la menopausia.
- B. Menopausia  
- perimenopausia
- C. Posmenopausia o climaterio posmenopáusic

Figura 4. Fases del climaterio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## A. Premenopausia o Período de Transición a la Menopausia.

Se inicia cuando se presentan las manifestaciones de la disminución en la producción de esteroides ováricos, que se traducen en algunos síntomas, tales como: irregularidades menstruales, bochornos, sudoración nocturna, insomnio, dolor de cabeza, pérdida de energía y cansancio. Simultáneamente se nota sequedad en la piel. Puede existir aumento y urgencia para orinar, comezón vaginal, sequedad durante las relaciones sexuales y disminución del deseo sexual (Margolis, Greenwood, 1989).

Algunos síntomas y signos fisiológicos:

- a) Síntomas vasomotores, (bochornos).- Sensaciones de calor intenso en el tronco y la cara, con enrojecimiento de la piel y sudoración; ocurre en el 80% de las mujeres debido a una disminución repentina de las hormonas ováricas. Se piensa que son causadas por un aumento de la secreción intermitente de hormona liberadora de gonadotropina del hipotálamo que afecta el área cerebral que regula la temperatura. Los bochornos son más intensos en las últimas horas del día, durante el tiempo cálido, después de ingerir alimentos o bebidas calientes o en los periodos de tensión.

El bochorno es el síntoma climatérico más común, aunque varía su intensidad y frecuencia. Puede haber enrojecimiento por lo que la mujer se puede sentir incómoda o apenada. El corazón late más rápido, la temperatura de la piel se eleva y con frecuencia hay sudoración. Estos problemas provienen de un desequilibrio temporal en el sistema del control de la temperatura corporal, el cual se autoajustará en cuanto se acostumbre a sus nuevos niveles hormonales. Normalmente el ajuste llevará meses, pero en algunos casos puede llevar años.

- b) Atrofia vulvar, dispareunia (coito difícil o que produce dolor).- Al disminuir la secreción de estrógenos, se adelgaza la mucosa vaginal, se reduce la lubricación y ello puede originar dispareunia. El introito (diámetro vaginal) disminuye su diámetro. La actividad sexual continua ayudará a prevenir el encogimiento tisular.
- c) Síntomas urinarios.- La falta de estrógenos también puede provocar que el revestimiento de las vías urinarias sea más vulnerable a las infecciones; la vejiga puede sentirse más sensible. Es posible que tenga que levantarse durante la noche para orinar o que experimente la necesidad urgente de orinar en momentos inoportunos.
- d) Cansancio.- Muchas mujeres encuentran más difícil de lo normal el realizar el trabajo diario, estar con la familia o ambos. Algunas se sienten tan cansadas que todo se convertirá en un esfuerzo para ellas. Este cansancio puede deberse a un sueño intranquilo, aunque el cansancio es un síntoma común de anemia, el cual puede aparecer a raíz de menstruaciones demasiado abundantes.

**B. Menopausia:**

El término menopausia se refiere a la interrupción final de la menstruación, es decir, a la fecha en que se presenta la última menstruación espontánea. Alrededor de esta fase se presenta la perimenopausia que abarca un periodo de dos a tres años previos a la menopausia, tiempo durante el cual la mujer se ajusta a una disminución y posteriormente a la ausencia de flujo menstrual. Los ciclos menstruales suelen hacerse irregulares a medida que se aproxima la menopausia. Son más frecuentes los ciclos anovulatorios, su duración es irregular y hay menorragia ocasional (menstruación anormalmente abundante). El flujo menstrual suele disminuir por la menor secreción de estrógenos que origina un crecimiento endometrial menos abundante. Por último, se prolongan los ciclos con ausencia de periodos o episodios de manchado, únicamente (op. cit.).

Cuando no ha habido hemorragia durante un año, puede decirse que ha ocurrido la menopausia. Cualquier hemorragia después de esta época justifica una investigación para descartar cáncer de endometrio.

La edad promedio de la menopausia en las sociedades occidentales oscila entre los 49 y 51 años.

Asimismo, pueden presentarse otros dos tipos de menopausia:

- Menopausia prematura: es la insuficiencia ovárica y cese de la menstruación antes de los 40 años; suele ser de origen genético o étnico.
- Menopausia quirúrgica: producida por la histerectomía (extracción de matriz) o histerectomía con ooforectomía bilateral (extracción de matriz y ovarios). Los síntomas pueden ser más graves debido a la caída rápida y repentina de las concentraciones de hormonas sexuales.

**C. Posmenopausia o Climaterio Posmenopáusico:**

El climaterio posmenopáusico prácticamente es el momento en el que se pueden empezar a manifestar las enfermedades crónicas degenerativas, particularmente heredadas y acentuadas o magnificadas por la disminución hormonal, como las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, entre otras.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Algunos síntomas y signos fisiológicos:**

- a) **Vaginitis atrofica.-** La baja de las cifras estrogénicas produce en los órganos reproductores cambios atroficos variables: pérdida de las rugosidades, encogimiento de los labios con estrechamiento del introito, palidez de la mucosa, resequedad del conducto vaginal y formación de fisuras.
- b) **Cambios en la piel y cabello.-** Presentación de arrugas y adelgazamiento de la piel, pérdida de pigmentación, hiperqueratosis, alopecia leve generalizada.
- c) **Aterosclerosis y cardiopatía coronaria.-** Los estrógenos protegen a la mujer de la aterosclerosis manteniendo el nivel normal del colesterol. En el climaterio esta protección se pierde. Al haber una disminución de los estrógenos hay mayor posibilidad de sufrir problemas de infarto cardiaco o accidente vascular cerebral (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.**

<b>Factores genéticos o médicos</b>	<b>Factores de estilo de vida</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Raza:</b> En las mujeres de raza negra, el riesgo de padecer enfermedades cardiacas es superior, debido a que por lo general tienen niveles más altos de presión sanguínea.</li> <li>● <b>Antecedentes familiares:</b> Es más probable que sufra un ataque cardiaco si algún miembro de la familia lo hubiese tenido antes de los 60 años.</li> <li>● <b>Diabetes:</b> aumenta el riesgo de sufrir un ataque cardiaco.</li> <li>● <b>Alta presión sanguínea.</b> Aumenta el riesgo de ataques cardiacos o de sufrir accidente vascular cerebral.</li> <li>● <b>Elevado nivel del colesterol.</b></li> <li>● <b>Elevado nivel de triglicéridos.</b></li> <li>● <b>Peso corporal:</b> existe mayor probabilidad de un ataque cardiaco si hay sobrepeso u obesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Estrés.</b></li> <li>● <b>Tabaquismo</b></li> <li>● <b>Alcohol:</b> beber cantidades excesivas de alcohol puede contribuir a aumentar los niveles de triglicéridos. También aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares.</li> <li>● <b>Inactividad física.</b></li> <li>● <b>Dieta alta en grasas y pobre en fibra.</b> Aumenta la posibilidad de elevar los niveles de colesterol y de triglicéridos.</li> </ul>

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



- d) Osteoporosis.- La desmineralización ósea, puede iniciarse desde los 35 años pero se acentúa en el climaterio, particularmente en las vértebras y los huesos largos; esto puede presentarse de 3 a 5 años después del cese de la menstruación. La disminución en la producción de hormonas sexuales produce rarefacción ósea, que predispone a fracturas provocadas por accidentes triviales. Las vértebras lumbares son muy susceptibles, así como la cabeza o cuello del fémur. La inactividad y la deficiencia de ingestión proteica de calcio y de vitamina D son factores contribuyentes. Los síntomas clínicos de la osteoporosis que se presentan con mayor frecuencia son la dorsalgia (dolor de espalda), y la incapacidad de movimiento. De igual manera, puede aparecer artritis junto con estos trastornos (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Factores de riesgo de osteoporosis.**

Factores genéticos o médicos	Factores de estilo de vida
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las razas excepto la negra.</li> <li>• Fracturas previas no debidas a traumatismos mayores.</li> <li>• Familiar femenino con osteoporosis.</li> <li>• Compleción corporal delgada.</li> <li>• Menopausia temprana (antes de los 40 años).</li> <li>• Enfermedades inflamatorias del intestino; resección intestinal.</li> <li>• Uso prolongado de corticoesteroides, fenitoina, antiácidos con aluminio, o dosis elevadas de tiroides.</li> <li>• Insuficiencia renal crónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso intenso de alcohol</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Ingestión dietética baja en calcio</li> <li>• Falta de vitamina D</li> <li>• Dieta alta en proteínas o sal</li> <li>• Uso excesivo de cafeína (más de cinco tazas de café al día)</li> </ul>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.2 Aspecto bio-psicológico.

Desde el punto de vista psicológico, en la etapa del climaterio, igualmente pueden presentarse algunos cambios emocionales que interfieren con ciertos aspectos de la vida de la mujer, como son: ansiedad, tensión, preocupación, temor, fatiga, agotamiento, irritabilidad, pérdida de interés y de alegría, baja autoestima, sensación de desamparo e impotencia, entre otros (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Signos y síntomas de cambios en la etapa del climaterio.**

Neurovegetativos	Disminución de la energía, agitación o retardo psicomotor, insomnio o hipersomnía, disminución de la libido, trastornos de apetito, variaciones diurnas de estado de ánimo, estreñimiento.
Emocionales	Tristeza, ansiedad, irritabilidad, culpa, desamparo o desvalorización, desesperanza, pérdida de la capacidad de experimentar placer.
Cognoscitivos	Pensamientos obsesivos, disminución de memoria, falta de concentración.
Sociales	Retraimiento social, disfunción sociolaboral.

Fuente: Flaherty, J. Channon, R., Davis, J.

Se ha postulado que estos cambios emocionales se derivan de alteraciones de la actividad de neurotransmisores centrales afectados por la falta de estrógenos. Los estrógenos aumentan la degradación de la monoaminoxidasa (MAO) en la amígdala y en el hipotálamo. La MAO es la enzima que cataliza la serotonina. El efecto de la administración de estrógenos, entre otros, es mantener altas las concentraciones cerebrales de serotonina. En otras palabras, estos hechos son importantes, ya que una de las teorías sobre la etiología de las variaciones emocionales se basa, precisamente, en una deficiencia funcional de ciertos neurotransmisores, entre ellos la serotonina, en la sinapsis crítica de ciertas zonas del cerebro (Blum, 1998, en Carranza).

### 1.3 Aspecto sexual.

Otro de los factores que afectan de manera especial la vida personal y de relación de la mujer en etapa del climaterio es la disminución del deseo sexual. Se sabe que la disminución en las concentraciones de estrógenos circulantes provoca como consecuencia inevitable una vaginitis atrófica, que da por resultado dispareunia.

Se ha investigado el efecto que sobre la sexualidad tienen las cifras de andrógenos circulantes, y se ha llegado a la conclusión de que lo mismo en las mujeres que en los varones, la testosterona es crítica para mantener el deseo sexual, hormona que reduce sus cantidades cuando la disminución de las funciones ováricas se presenta.

Existen muchos elementos que deben considerarse alrededor de este problema femenino, ya que la sexualidad es una amalgama de factores intrínsecos y extrínsecos.

Dentro de los factores intrínsecos a considerar, son fundamentales los relacionados con la disminución en los niveles hormonales de estrógenos y andrógenos, ya que esto contribuye a la pérdida de la libido. Sin embargo, así como los síntomas físicos pueden causar alteraciones emocionales, es muy probable que la falta de lubricación vaginal y la dispareunia provoquen una confusión con respecto a los propios deseos y más bien un rechazo a cualquier actividad sexual, que resulta insatisfactoria y hasta dolorosa.

Por esto, es muy importante realizar un diagnóstico sexual adecuado e investigar la presencia o ausencia de síntomas físicos en el área sexual, así como: su intensidad, la frecuencia de deseo sexual (culmine o no en el coito), la frecuencia y calidad de las fantasías sexuales, la frecuencia y variedad de las actividades autoeróticas y heteroeróticas, y la presencia o no de orgasmos simples o múltiples en todas estas situaciones (Kligman, 1991). Con base en los factores anteriores, algunas investigaciones muestran que durante esta etapa se mantiene más elevada la fantasía y el deseo, y no así las prácticas sexuales (Frock y Money, 1992).

En lo que se refiere a los factores extrínsecos, uno a tomar en cuenta es la viabilidad de una pareja sexual para la mujer, así como el desempeño sexual de ésta. No es raro que este sintoma coincida con problemas sexuales en el varón sobre todo en cuanto a su potencia, o bien, con un desapego sexual de la pareja, ya sea, motivado por una baja en el deseo sexual de él, o por desviar su interés hacia otras causas.

Asimismo, dentro del tema de pareja, es sumamente importante valorar la calidad afectiva de la relación, ya que en un vínculo donde predominen las hostilidades y los resentimientos, será difícil mantener una relación sexual satisfactoria. Otro factor extrínseco importante lo constituyen las expectativas socioculturales que, con respecto a la actividad sexual, tengan tanto la mujer y el hombre de esa edad, dentro de la comunidad donde viven (Hawton, Gath, Day, 1994).

Hasta hace unos años, la sociedad había condenado a "los viejos" a la no sexualidad y, de hecho, era muy mal vista cualquier manifestación erótica entre ellos. Fue a través de los estudios de Master y Johnson (1977), que se comenzó a aceptar la sexualidad como un elemento muy importante en la salud integral de los seres humanos, independientemente de la edad que se tenga.

Sólo mediante un análisis cuidadoso, tanto de los factores intrínsecos como de los extrínsecos, será posible lograr una idea clara de cuál o cuáles son las causas que alteran la función sexual de cada mujer y de este modo encauzar las propuestas terapéuticas.

En todos los casos descritos anteriormente, donde las causas psicossociales de los cambios emocionales son evidentes, el tratamiento de preferencia es la psicoterapia, con el fin de ayudar a la mujer a encontrar los factores que la están afectando, el significado que ella les está dando, así como para elaborar estrategias que le permitan afrontar estas situaciones.

#### 1.4 Aspecto social.

Cada mujer es única y, por lo tanto, su vivencia del climaterio lo será también. Sin embargo, se han descrito algunas situaciones definidas que se consideran factores relevantes en el contexto social de la mujer en la etapa del climaterio. Según investigaciones realizadas por la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio (AMEC, 1998), algunos de estos factores pueden ser los siguientes:

- **Alteraciones en actividades familiares:** Con frecuencia, esta época de la vida coincide con movimientos y modificaciones intrafamiliar. El estilo de relación entre los miembros de la familia se modifica, presentándose situaciones tales como: el ingreso de nuevos integrantes al núcleo familiar o el abandono de los hijos, ya sea por que se independizan o por que se casan. La mujer en la etapa del climaterio, de pronto, no tiene que dedicar tanto tiempo al desempeño de las funciones relacionadas con el cuidado y crianza de los hijos, quedándose cada día más tiempo sola. Así, la mujer que exclusivamente se ha dedicado al cuidado del hogar, y se ha olvidado de su crecimiento personal, al percibir que la familia ya no la necesita como cuando los hijos eran pequeños, llega a sentir que pierde su valor como persona. Estas modificaciones pueden influir en la autoestima de gran número de mujeres en la etapa del climaterio, impidiéndoles comprender que es en esta etapa cuando pueden desarrollar sus propios proyectos e intereses, así como retomar o iniciar aquello que postergaron, por no contar con el tiempo para ello.
- **Pérdida del rol social de la maternidad:** Enfocándolo bajo un constructo social generalizado, desde la antigüedad la capacidad reproductiva de la mujer ha sido muy valorada por la sociedad, por lo que, al presentarse la menopausia, que marca el final de la vida reproductiva, la mujer puede tener un sentimiento de devaluación y de pérdida

de autoestima. Es decir, puede sentirse inferior, o sentir que ha perdido su valor como mujer. Esto puede suceder si ha encontrado su valía únicamente en su capacidad de ser madre y se ha olvidado de todas las demás facetas valiosas de su vida, debido a factores culturales, sociales o religiosos. Desde siempre, en algunas culturas, la incapacidad reproductiva de la mujer, como consecuencia de la aparición de la menopausia, ha sido devaluada por la sociedad provocándole sentimientos de inferioridad (Rico, 1999).

- **Desarrollo en el área laboral:** Cada día es más frecuente que la población femenina realice un trabajo fuera de casa. Como en el caso de los hombres, esta edad puede coincidir con una madurez profesional de grandes logros, o bien, con una disminución de las oportunidades sociales de obtener un trabajo gratificante y remunerativo. Las mujeres en la etapa del climaterio que tienen un trabajo o profesión que las mantiene ocupadas tienen mayor capacidad para soportar mejor los cambios físicos y psicológicos que se le presenten, aun cuando existe la posibilidad de que aproximadamente a los 50 años, en el trabajo haya más responsabilidad y no es raro que en esta edad, en algunas mujeres, surjan dificultades para concentrarse, por lo que puede existir el temor de ser desplazadas.
- **Relaciones personales:** Así como este periodo de la vida coincide con cambios en la configuración familiar actual, también lo es con respecto a la familia de origen. Así, es común que las enfermedades o muerte de los padres pasen a ser preocupaciones centrales, con las consecuencias estresantes que esto conlleva. De alguna manera, en esta época se pasa a ser padre y madre de los propios padres (Minuchin, Fishman, 1984).
- **Con respecto a los amigos,** es común encontrar que muchas mujeres concentradas durante años en su familia y en ocasiones en el trabajo, han descuidado esta parte de sus relaciones interpersonales, con lo cual pudiera verse disminuido el campo social.
- **Salud en General:** Otro factor descrito como un gran estresante es el estado de salud en general. Con cierta frecuencia, pueden comenzar a manifestarse o agudizarse enfermedades más o menos graves, más o menos limitantes, pero que ciertamente deterioran la calidad de vida de la mujer y afectan su estado de ánimo.
- **Pérdida de atributos juveniles:** Con el paso del tiempo, la mujer pierde los atributos juveniles que la sociedad valora y promueve. El vigor físico disminuye, ya que no es capaz de realizar las actividades que hasta algunos años antes podía efectuar; pierde la lozanía de la piel y empiezan a aparecer las arrugas en su rostro. Todas estas pérdidas ponen a prueba la capacidad que tenga la mujer para aceptar estos cambios y evitar que su autoestima y su relación con los demás se vea afectada por la pérdida de estos atributos.

A este respecto, Deutsch (1960), refiere que en el climaterio "la mujer pierde todo lo recibido durante la pubertad. Y si la mujer ha fincado su autoestima exclusivamente en la capacidad de concebir y en la belleza de su cuerpo, se sentirá devaluada y no hallará un sentido a su vida". Por su parte, McCraine (1974), menciona que la imagen

corporal y social de la mujer se altera de forma más evidente conforme avanza la etapa del climaterio. En dicha etapa, el vigor físico y los atributos juveniles de la feminidad se pierden, modificándose la autoimagen corporal y psicosexual de la mujer, lo que generalmente propicia una reacción de ajustes emocionales. Así, por ejemplo, la mujer que basa principalmente su seguridad en su aspecto físico y apariencia juvenil, atributos resaltados por la sociedad, se sentirá devaluada e insegura al ver que con el paso del tiempo pierde todo lo que ella valora. La intensidad de las reacciones es variable y puede ir desde lo normal hasta lo patológico; esto depende principalmente de su contexto y su capacidad de adaptación.

Benedek (1950), apunta que "todo proceso de cambio es difícil, y el climaterio no es la excepción; se vive abandono, pérdidas, duelos, pero también ofrece la posibilidad de alcanzar logros, de desarrollar un dominio de habilidades, de reencuentros, de ganancias".

La mujer puede desarrollar una perspectiva diferente ante la vida y buscar alternativas que la lleven a un crecimiento personal en su integridad como ser humano. Pese a todo, la mujer debe preocuparse por ampliar sus intereses y desarrollar sus potencialidades. Llegada la menopausia, la mujer tiene todavía un tercio de vida por vivir y es importante que reconozca que desde la infancia hasta la vejez nunca cesa la tarea de crecer como individuo.

El climaterio es una etapa más del ciclo de la vida. La calidad que tenga la mujer en su vejez dependerá de la valoración que haga de su feminidad, de su sexualidad, de la vivencia de sus funciones procreativas, de la manera como enfrente su entorno familiar y social, así como de la resignificación que haga de sus experiencias.

La Psicología ofrece una posibilidad terapéutica al tratamiento interdisciplinario del climaterio. El abordaje psicoterapéutico de apoyo es una alternativa que puede ser considerada en el tratamiento integral de la mujer en el climaterio.

El climaterio no es el final de la vida de la mujer, sino el inicio de una etapa, en donde puede encontrar otras alternativas que la lleven a descubrir nuevas expectativas para un mejor desarrollo personal y familiar.

## CAPITULO II

### AUTOESTIMA

Hasta ahora se ha mencionado que el climaterio no sólo se circunscribe a posibles modificaciones funcionales del organismo, sino también se describe de manera específica que pueden intervenir determinadas características psicológicas, sociales y culturales, que están estrechamente vinculadas a esta etapa de la vida de la mujer de mediana edad, pareciendo ser que el conjunto de estas modificaciones puede influir en mayor o menor medida en la autoestima o evaluación que la mujer hace de sí misma.

Partiendo de la premisa anterior y dado que se presupone surgen una serie de eventos en la etapa del climaterio que influyen en la autoestima de la mujer, se ha considerado importante seccionar este capítulo en tres diferentes rubros que permitan examinar la autoestima de la mujer en climaterio desde diferentes perspectivas. Como primer punto, se hace una revisión sobre qué es y cómo se conforma la autoestima, sin distinción de género, desde la concepción de diferentes autores. Posteriormente, se expone un análisis del rol de la mujer a través de la historia y la cultura, presentando un panorama general de la forma de vida de la mujer mexicana a lo largo de los siglos, inmersa en los diversos contextos socioculturales, lo que permitirá determinar cuáles pueden ser aquellos factores que impacten en su autoestima, y como tercer punto, se presenta un análisis global vinculado al climaterio acorde a las diversas características socioculturales.

#### 2.1 Autoestima, ¿qué es y cómo se conforma?

Para una mejor comprensión del concepto de autoestima, se considera importante referirnos al análisis etimológico de este vocablo. "Auto" se desprende del prefijo griego "autos" cuya raíz significa "sí mismo" o "uno mismo"; y el término "estima", se define como "*consideración y aprecio que se hace de una persona por su calidad y circunstancia*" (ESPASA, 1989). Integrando ambos conceptos, se podría definir autoestima, en términos generales, como "el aprecio o valor que una persona se forma de sí misma, el cual es susceptible de variabilidad acorde a las circunstancias".

No obstante lo anterior, parece no ser tan sencillo optar por una definición universal en virtud de que existen múltiples y muy variadas connotaciones para el término "auto" o "self" (en su concepción norteamericana). Esta preocupación del hombre por el conocimiento del "self", o sí mismo, ha ocupado el pensamiento de filósofos y científicos desde tiempos remotos y continúa vigente hasta nuestros tiempos, tal y como se puede apreciar por la breve revisión histórica que se reseña a continuación:

Desde la época de la antigua Grecia (s. IV a.C.), el filósofo Platón fundamenta la dualidad humana. El hombre es alma-cuerpo a la vez, siendo el alma el equivalente a la mente o el pensamiento. Posteriormente, surgen los postulados Aristotélicos sobre la materia física y la no-física (cuerpo-mente), así como su descripción del "yo". Estos principios prevalecen más de dos mil años hasta que en el siglo XVII, el renacentista

Descartes enfatiza su célebre enunciado: "Pienso, luego existo". Tal razonamiento afirma que si existe un pensamiento, existe entonces un pensador, por lo tanto, éste es el "yo". Así, con el transcurrir del tiempo, esta inquietud siguió siendo objeto de estudio en diversos círculos, incluyendo las doctrinas teológicas, tales como: el judeocristianismo, hinduismo, budismo, etc. Todas estas concepciones del "yo", del pensamiento y del conocimiento, fueron las predecesoras del concepto del "self" o "sí mismo" en el contexto contemporáneo de la Psicología (Gergen, 1971).

En 1890, William James, psicólogo norteamericano, enmarca el "self" bajo tres categorías: 1) El "self" *material*, que hace referencia no sólo al cuerpo físico, sino también a las posesiones materiales; casa, familia y todos aquellos objetos de su pertenencia. 2) El "self" *social*, que alude al conocimiento individual de identidad ante los ojos de los demás, y 3) El "self" *espiritual*, haciendo mención al conocimiento sobre los estados de conciencia y los sentimientos. Derivado de éstas y otras connotaciones del "self", los teóricos han buscado un término que integre estas descripciones en su conjunto, optando, entre otras propuestas, por el vocablo *autoestima* (Gergen, 1971).

Aunado a la palabra autoestima, con frecuencia aparece el término autoconcepto. Aun cuando algunos autores han marcado una diferenciación entre ambas, es común que se les utilice como sinónimos.

Autoestima y Autoconcepto son dos términos que se han diversificado en un sin fin de conceptos y en una variedad de representaciones tales como: concepto de sí mismo, conciencia de sí mismo, autoidentidad, aprecio de sí mismo, representaciones del sí mismo, imagen de sí mismo, autoimagen y algunas más, lo cual han conducido a confusiones de pensamiento. Tamayo (1982), le da claridad a esta diversidad de conceptos, señalando que "la preferencia por cada uno de estos términos, así como su utilización, depende del marco teórico, de la orientación, del país o de la cultura de que se trate". Otros autores sostienen que dichos términos se refieren a un mismo contexto y que se pueden observar algunas constantes entre las diferentes concepciones y teorías (Estrada, 1995).

Dentro de las definiciones de autoestima y autoconcepto, la Psicología Social observa varios puntos de vista para la diferenciación o clasificación, empleando sus distintos términos para hacer referencia al mismo concepto, tales como:

En 1965, Deutch y Kraus, consideraron el autoconcepto o concepto de sí mismo como "las representaciones simbólicas que una persona se atribuye a sí misma sobre la organización de sus cualidades y sobre las características que tiene, ya sean físicas, biológicas, psicológicas, éticas o sociales, siendo el concepto de sí mismo una estructura cognitiva" (Op. cit).

Coopersmith (1967), prefiere el término de autoestima definiéndolo como un proceso por el cual "uno se evalúa y ésta depende de lo que se pretende ser y alcanzar. La autoevaluación es expresada mediante juicios sobre ciertas dimensiones referentes a la propia persona y también es manifestada mediante la conducta individual. Las dimensiones refieren básicamente atributos y capacidades"; y agrega, "autoestima es la evaluación que el individuo hace y normalmente se mantiene con respecto a sí mismo; expresa una actitud



de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y meritorio”.

Estos dos autores refieren su definición de los términos autoconcepto y autoestima como representaciones y procesos de la persona en función a sí misma, a diferencia de otros que la vinculan de acuerdo a la percepción que la persona hace de ella misma en relación con los otros, como se observa a continuación:

El sociólogo Cooley (1902), enfatiza en su libro “El Orden Natural y Social del Hombre” la relación existente entre el sí mismo y el medio ambiente, señalando que “el sentimiento de la persona sobre sí misma es un producto de la relación con los otros, los cuales ejercen influencia sobre el individuo desde temprana edad” (Eliete, 1995). Años más tarde, Cooley menciona que desde el momento del nacimiento, “el niño participa de un mundo de acciones socialmente evaluadas e interpretadas. El niño presenta una propensión innata a desarrollarse desde lo biológico hacia lo social y lo simbólico” (Cooley, 1922).

Por su parte, Mead (1934), utiliza las formulaciones de Cooley referentes a “la influencia que el medio ambiente ejerce sobre el individuo”, demostrando la trascendencia que puede resultar al conjuntar aspectos psicológicos y sociales. Asimismo, concentró su investigación en observar “cómo la identidad personal se ve influenciada por la visión de los que rodean al individuo”.

Los teóricos del sí mismo concuerdan que la autoestima y/o autoconcepto evoluciona a lo largo de la vida y no es sólo un cambio manifiesto a través de la transición entre la adolescencia y la adultez. Desde que el niño es pequeño construye activamente el mundo social de los otros y de él mismo en relación con los otros, en términos de identidad sexual, aspecto, edad, parentesco, rol social, posesiones y acciones (Livesley y Bromley, 1973).

La Rosa y Díaz-Loving, (1988), manifiestan que el autoconcepto “es la percepción que una persona tiene de sí misma, y que ésta comprende varias dimensiones dependiendo del medio social y cultural en el que el individuo se desenvuelve” (en Estrada, 1995).

Recopilando las concepciones que sobre autoestima expresan los autores antes mencionados, se observa la coincidencia de su definición con la citada al inicio del capítulo en el sentido de que la autoestima es la apreciación y valoración bio-psico-social que el individuo hace de sí mismo, influenciada por la aceptación de los demás; ésta inicia desde el nacimiento y continuará modificándose a lo largo de la vida; la autoestima comprende varias dimensiones, refiriéndose básicamente a sus atributos y capacidades, mismas que el propio individuo evaluará a través de su interacción con el medio social y cultural, y ante las que reflejará una actitud de aprobación o desaprobación de sí mismo.

Ahora bien, desde la perspectiva del Construccionismo Social, Gergen (1977) abunda la definición anterior mencionando que la autoestima se va modificando a lo largo de la vida por influencia del medio social y cultural, dado que “las personas se encuentran en un estado de permanente construcción y reconstrucción”. De esta manera, “el sí mismo se construye en un contexto social y no en una sustancia autónoma ni una propulsión interior.

Kenneth Gergen (1971), señala en su libro "The Concept of Self", que la idea del si mismo puede ser definida primero, como un proceso y después como una estructura. En la primera se refiere "al proceso por medio del cual la persona conceptualiza o categoriza su comportamiento, tanto en estados internos como externos". Por lo que respecta a la estructura, hace referencia "al sistema de conceptos disponibles de la persona al tratar de autodefinirse". Menciona que la vida del ser humano está dominada por conceptos y que la manera como se vayan eligiendo estos conceptos serán determinantes para la realización de sus actividades, "ya que la habilidad de conceputar tiene un valor de sobrevivencia". Apunta que "los conceptos son herramientas que nos ayudan en la trayectoria de la vida cotidiana, y que la conceptualización facilita el desarrollo de habilidades para clasificar las situaciones, lo que permite a la persona acumular conocimientos y aprender de las experiencias vividas".

Asimismo, Gergen (op.cit.), propone trasladar el desarrollo de los conceptos hacia un contexto del lenguaje, resaltando la importancia de la palabra oral, y lo explica de esta manera: "los conceptos se desarrollan tanto en el contexto del lenguaje, como en el contexto de la cultura, a través de la palabra verbal, dado que ésta tiene un impacto poderoso en los conceptos del mundo". Desde el momento en que el niño aprende a hablar, comienza a acomodar la forma como conceptualizará el mundo. "El lenguaje refleja la aceptación de la cultura, es decir, aceptará las formas y normas transmitidas por sus antecesores y aprenderá cómo la palabra deberá diferenciarse y ser tomada en cuenta entre las diferentes clases sociales, entre actividades y conductas, dentro de las diferentes culturas".

Derivado de lo anterior pretende explicar que el uso del lenguaje a través de la palabras puede tener diferentes connotaciones, según la concepción que cada persona le dé, influenciada, desde luego, por el entorno social y cultural. "Las prácticas de crianza de un individuo pueden variar de familia a familia en términos de los valores funcionales de ciertos hábitos conceptuales" (Gergen, 1971). Por ejemplo, a dos mujeres se les puede enseñar desde niña a ser "exitosa", sin embargo, la conceptualización de este término puede ser diferente para cada una. Por una parte, la primera puede entender el término de "éxito" resaltando como valor prioritario el educarse para ser esposa y madre, dedicada al hogar y a su familia; y la segunda puede priorizar la educación profesional como un medio para lograr su "éxito". Ambas pueden considerarse exitosas, ¿o acaso alguna tomó la dirección equivocada?

Luego entonces, la comunicación humana puede ser un buen artificio para la capacidad de formar conceptos. Cuando un comportamiento verbal se asocia con conceptos, las personas son capaces de comunicar una amplia cantidad de conocimiento de forma rápida y eficiente.

El proceso conceptual ayuda en el aprendizaje, el cual es acumulativo. El conocimiento acumulado nos da la habilidad para clasificar permitiéndonos elegir entre los aprendizajes deseados y los no deseados (que producen sensación de malestar). Asimismo, en la interacción social, los procesos conceptuales ayudan a desarrollar conceptos de si mismo a través de las observaciones o actitudes de otros y de su propio comportamiento.

### 2.1.1 Desarrollo y diferenciación de los conceptos.

Según Gergen (1971), las personas logran desarrollar sus propios grupos de conceptos dentro de los que se pueden distinguir tres aspectos del proceso:

- 1.- Proceso de la sensación: En este nivel cada persona está dotada de una sensibilidad que le permite encontrar las diferencias entre los estímulos, ejemplo: el individuo experimenta las diferentes sensaciones que le proporcionan el tocar el pétalo de una flor y el acercarse al fuego.
- 2.- Proceso cognitivo: En este nivel la persona es capaz de agrupar el mismo estímulo de formas múltiples, ejemplo: las sensaciones tersas y suaves no dañan; el calor irrita la piel.
- 3.- Refuerzo dependiente: Es la razón por la que se escoge un concepto en lugar del otro en un momento dado. El elegir entre un concepto y el otro es altamente dependiente del refuerzo, ejemplo: se privilegian las sensaciones de bienestar sobre las agresoras.

La diferenciación de conceptos, es un factor importante que influye en la formación de la autoestima y del autoconcepto.

La falta de diferenciación puede contribuir a que las personas hagan una evaluación errónea de sí misma. En su libro "The Concept of Self", Gergen (1971), lo ejemplifica de esta manera: "Si se considera a una mujer cuya máxima concepción de sí misma es ser *ama de casa*, dentro de esta amplia categoría caen un número de diversas conductas tales como: cocinar, limpiar, cuidar al niño, ir de compras, pagar cuentas, etc. Existe una distinción entre todas estas actividades las cuales caen dentro del concepto *ama de casa*. Cuando esta mujer es criticada por cualquiera de estas actividades, el resultado de su sí misma se modifica. Cada conducta es sólo un ejemplo de una amplia categoría, y esta evaluación que hace de sí misma por cualquiera de estos ejemplos representa descalificar la categoría en su totalidad. Para la mujer que mantiene una clara distinción conceptual de sí misma como *cocinera*, en oposición a lo que es ser *mamá* o *experta financiera*, el efecto en cualquiera de las áreas será individual. La crítica por su forma de cocinar deberá ser tomada como una desaprobación no en su forma total de sí misma, sino sólo una parte de su autoestima y autoconcepto". La diferenciación, entonces, puede ayudar a separarlo de los efectos sociales.

### 2.1.2 Autoestima, autoconcepto y aspiraciones personales (metas y logros).

Las aspiraciones pueden intervenir en la autoestima e influir en verse a sí mismo tal y como la persona desea verse. Asimismo, la autoconcepción del sí mismo también puede afectar sus aspiraciones, lo que elige y cuánto esfuerzo dará para obtenerlo. La razón principal es que las personas aspiran a hacer aquello que les produce la sensación de bienestar y evitan las actividades que la puedan llevar a una sensación de malestar. La autoestima es un asunto central en este proceso de dos formas diferentes: la primera "está implícita sobre las necesidades de la estima; el éxito normalmente involucra la aprobación social, ya sea real o supuesta, y de esta manera el sentimiento intensifica la autoestima. En

segundo término, con el fin de medir la posibilidad de obtener éxito en una determinada actividad, se debe tener en consideración una idea de las propias capacidades" (Gergen, 1971).

Y concluye Gergen, "la autoestima está integrada al entendimiento y a la predicción del curso de la vida diaria, así como a las relaciones humanas y las emociones, los cuales se encuentran en estrecha relación con los sentimientos hacia los otros, el poder y la influencia de la vida social, los logros y las metas".

En síntesis, se puede decir, por una parte, que la autoestima o concepto de sí mismo, es el reconocimiento que el individuo hace de sí mismo, influenciado por la aceptación de los demás, el cual se va moldeando en la medida que el individuo interactúa dentro de su contexto social y cultural; y por otra parte, cabe resaltar que no es posible hacer una auto-evaluación única y perdurable, es decir, no se pueden devaluar las potencialidades de una persona por el hecho de "considerarse descalificada" en una sola subcategoría dentro de todo el caudal de posibilidades que encierra determinado concepto en su totalidad. De aquí que se considera de suma importancia hacer hincapié en las diferenciaciones de cada categoría, tal y como lo expresa claramente Gergen al ejemplificar el concepto generalizado del "ama de casa", antes descrito.

Todo lo anterior lleva a una conclusión, en el sentido de que no es posible circunscribir la autoestima o el sí mismo dentro de un concepto plural y absoluto aplicable a la multiplicidad de formas individuales de ser, si se considera la infinidad de variables existentes, como pueden ser: los valores, ideologías, capacidades, usos y costumbres, así como muchos otros factores que forman y conforman la historia personal de cada individuo dentro de los diversos contextos socioculturales.

## 2.2 La autoestima de la mujer a través de la historia y la cultura.

En la actualidad se reconoce que las diferencias observables en el comportamiento del hombre y la mujer son fundamentalmente producto de factores sociales y culturales, concretamente, a un proceso de socialización diferente que construyen hombres y mujeres a partir de una asignación de roles desde el momento del nacimiento.

En este apartado se expondrá un panorama general de cómo el rol de la mujer se va construyendo en las sociedades a través de la historia y la cultura, y cómo puede entrar en crisis conformando factores importantes que contribuyen en la modificación de su autoestima, presentando de manera particular la forma de vida de la mujer mexicana, inmersa dentro de su contexto sociocultural, desde varios siglos atrás.

Para lograr una visión más amplia del papel que ha desarrollado la mujer en México, cabe analizarla desde distintos puntos de vista. A continuación se describen algunas situaciones históricas, de manera general, empezando desde la época precolombina, pasando por el colonialismo, la independencia, hasta el momento actual.

### 2.2.1 Época precolombina.

La actividad de la mujer en la época precolombina variaba de acuerdo a su situación social y económica. En términos generales era muy respetada ya que la mujer indígena caminaba por el campo con libertad y sin temor a ser tomada por la fuerza, pues quien osara hacerlo era castigado con la pena de muerte. La psicología de la mujer indígena estaba moldeada dentro de la sociedad patriarcal para obedecer, servir y procrear. Sin embargo, su labor no se limitaba a su hogar, sino que también en el campo tenía otras actividades como: sembrar, cosechar, atender a los animales, tejer en los telares o a mano, teñía lanas o algodones, confeccionaba prendas de vestir y vendía productos en el mercado tras haberlos transportado en sus espaldas al igual que el hombre y eso cuando no cargaba un hijo o un hermano (Riva Palacio, 1981).

Además de ser altamente productiva por la procreación era un factor socioeconómico de suma importancia y un agente cultural, pues era ella la transmisora de las leyendas y tradiciones en su familia. Gracias a esa forma oral de transmitir el pasado se conservó y se pudo recopilar en la época colonial el gran acervo cultural de algunos grupos indígenas que tenían una gran tradición cultural, religiosa y científica.

De generación en generación se les educaba a las hijas para dedicarse al hogar y ser mujeres dignas. Desde pequeñas se les sometía a una enseñanza que giraba alrededor del hogar y todo lo que tenía que aprender estaba dentro de él. Asimismo, se les enseñaba a ser mujeres virtuosas y hogareñas.

El papel de la mujer prehispánica giraba en torno a las labores domésticas y de crianza, pues su objetivo principal era casarse y tener hijos.

### 2.2.2 Relación machismo – abnegación

En México, el machismo de un hombre va en relación directa a la abnegación de las mujeres que lo rodean. Es difícil establecer el origen de esa dualidad. Puede pensarse que el origen está en la Conquista cuando el indígena es sometido y no puede defender a sus mujeres y para demostrar su valor recurre a lo que sería su máxima conquista, que es la del sexo.

La mujer indígena en la mayoría de los casos después de la conquista, fue tomada por la fuerza y después abandonada sin que sus antiguos señores pudieran hacer algo (Riva Palacio, 1981). Su dignidad “quedó nulificada, de ahí que pudiera ser que haya tomado una actitud humilde y pasiva. A través de los años, la actitud de la mujer de todos los niveles sociales permaneció inmutable, unas por tradición y otras por educación” (Matute, 1992).

### 2.2.3 De la época colonial hasta la independencia .

La educación en los pueblos indígenas era privilegio exclusivo de las clases acomodadas. En cuanto a la mujer de nivel socioeconómico superior su educación era restringida ya que sólo la podía recibir en su casa o convento. Se les enseñaba a leer y escribir, leían algunos escritos edificantes, algo de poesía romántica y religiosa; se les enseñaba el arte de coser, aprendían piano, canto y algunas hasta pintura. Crecían bajo estricta vigilancia aprendiendo "las labores propias del hogar" (González, 1979).

La mujer colonial cuya situación era encumbrada se regía por las estrictas costumbres hispánicas, tanto la de origen español como criolla. Se les guardaba como verdaderos tesoros hasta que se le entregara en matrimonio pasando de la tutela del padre a la del marido, teniendo que acatar el parecer de uno u de otro durante toda su vida.

Lo que era innegable es que desde la más altiva hasta la más humilde indígena, estaba supeditada en lo familiar, al hombre y, en lo espiritual, a lo que mandara la Iglesia. En esta sociedad exclusivamente católica la consigna para la mujer era una sola: " carga tu cruz" (Matute, 1992).

Desde la época colombina y hasta la Revolución (1910), la situación de la mujer permaneció casi inmutable aunque en materia de educación iba lentamente avanzando. En estos últimos años, los colegios para niños existían en número mayor que los de las niñas, los cuales casi en su totalidad eran de religiosos. Su nivel de preparación, aun cuando se empezaba a abrir, seguía siendo con una visión muy reducida. En el caso de las mujeres que tuvieran que trabajar para el sostenimiento de su familia, su círculo de acción se reducía a pocos lugares como talleres, dependientas de tiendas, talleres de costura y en la industria cigarrera, entre otros (Castillo, 1991).

En el siglo XIX la prensa obrera expresaba que la clave del progreso en muchos aspectos estaba "en la educación de las mujeres que en un futuro serían madres, pues es en el seno de la familia donde se aprende y se recibe en gran parte mucho de los que llevamos en el equipaje de nuestra personalidad". ("La mujer y el movimiento obrero mexicano en el siglo XIX". Antología de la prensa obrera", en Matute, 1992).

Las primeras mujeres con formación académica fueron las maestras y las enfermeras. Después se fundó la Escuela de Taquimecanografía y la de Química (para la elaboración de perfumes). La primera cirujana dentista se recibió en 1887 y la primera abogada en 1889.

Durante las distintas etapas de la Revolución, por primera vez el hombre ruso, revolucionario, vé a la mujer como una compañera, no como un objeto de uso. Surge la figura de la *Adelita*, la *Valentina* y la *Soldadera*, pero una vez que acabaron los levantamientos armados, al hombre se le olvidó la fuerza moral y el apoyo que le brindó su compañera (Matute, 1992).

Las mujeres de la clase media que mostraran inquietudes intelectuales ingresaban a las universidades y se abrían camino en la vida profesional con dificultad, pues al lado de un hombre se les consideraba inferiores. En tanto que las mujeres de clase acomodada

seguían siendo un objeto decorativo, dedicándose a los tés de caridad, para tranquilizar de alguna manera sus conciencias.

#### 2.2.4 La mujer ante la iglesia.

Es indudable la influencia que tenía la Iglesia sobre las mexicanas, que de alguna manera perdura hasta nuestros días. En el siglo XIX con los conflictos de poder entre estado - iglesia, se dictan las Leyes de Reforma y la Constitución, limitándose la acción del clero. Todas las medidas tomadas afectaron la vida familia y en especial a las mujeres. Los maridos eran liberales en su mayoría, bien porque les convenía o por convicción. Éstos renegaban de los curas y criticaban la mojigatería de sus mujeres, y éstas terminaron refugiándose más en la religión por temor a ser castigadas por Dios. A las hijas se les educaba bajo las normas de la religión y a los varones los padres preferían inculcarles las ideas liberales, pero mientras la madre tenía influencia sobre ellos, les fomentaban el apego a la religión. La religión, dice Matute (1992), "representa un remanso de paz para su vida frustrada, es el paliativo para sus sufrimientos". La doctrina, por su parte, afirma que "viene a este mundo a sufrir" y que "la tierra es un valle de lágrimas".

#### 2.2.5 Movimiento feminista en México.

En 1915, se conformó en la Ciudad de México el Primer Congreso Feminista con bastante éxito, pero no fue sino hasta 1931 cuando el feminismo tiene un enfoque político. Los mítines y manifestaciones que se realizaban entonces eran para proteger a las mujeres que trabajaban fuera del hogar y para demandar derechos iguales ante la ley. Pasaron casi 20 años para que sus esfuerzos tuvieran éxito. En 1953, finalmente, se otorga a la mujer el derecho al voto para elecciones federales, así como el derecho a ser elegidas a puestos de elección federal o representación judicial (Salvat Mexicana, 1978).

A finales de la década de los 60's entre la juventud estudiantil de ambos sexos en todo el mundo, aparece un espíritu de rebeldía ante el panorama de hipocresía y decrepitud que se le había ofrecido e irrumpe a través de una serie de manifestaciones. "El hijo se rebela ante el padre, el feligrés ante la Iglesia, el alumno ante el maestro y la mujer ante el hombre" (Matute, 1992).

Aún así, en las últimas décadas la mujer ha experimentado muchos cambios. Durante los años cincuenta una minoría se dedicaba a un trabajo fuera de casa. Paulatinamente, la mujer va penetrando en los diferentes campos de actividad, empieza a educarse, a emigrar del campo a la ciudad, y así va avanzando hasta lograr el reconocimiento a su inteligencia, capacidad, esfuerzo y dedicación. A finales de los 60's y principios de los 70's, muchas mujeres experimentan un creciente descontento con las restricciones de los estereotipos genéricos y rígidos, rompiendo los cabos de amarrar para situarse en parámetros similares dentro de la sociedad, que dan albergue a ambos sexos. De aquí parte que la mujer de hoy se desempeña como individuo de ciencia, arte, técnica, y muchos campos más, dentro de un contexto muy distinto al de ayer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la década de los 70's se sigue observando que muchas mujeres, sobre todo las de clase humilde, no han logrado evolucionar de la misma manera que otras mujeres, pues siguen llevando sobre sus hombros siglos de tradición, analfabetismo, ignorancia, descuido, abandono, negligencia, supersticiones, carencias, entre otros.

En 1975 se llevó a cabo en la Ciudad de México el Año Internacional de la Mujer, auspiciado por la ONU. A raíz de este evento se modificaron algunos artículos de nuestra Constitución, del Código Civil, de la Ley General de Población y de la Ley Federal del Trabajo, para tratar de igualar a la mujer y al hombre ante la Ley y destacar los derechos de la mujer como una persona diferente al hombre. No sólo considerarla como ser reproductivo sino también como productivo.

## 2.2.6 La mujer mexicana actual.

El camino que ha tenido que recorrer la mujer a través de la historia no ha sido fácil. El cambio social siempre resulta difícil, en particular cuando se trata de las relaciones básicas entre hombres y mujeres en cualquiera de los ámbitos, ya sea, el familiar, social, laboral, etc. Existen muchas raíces, tradiciones, costumbres y normas que aún en la actualidad siguen vinculadas en la vida cotidiana de la mujer. El ritmo de los tiempos actuales de la sociedad mexicana está viviendo un proceso de maduración, en donde la mujer busca colocarse en una posición equiparable al hombre en derechos y obligaciones, pero no en competencia manifiesta con el sexo masculino, sino buscando su espacio en donde pueda caminar, no al frente ni atrás, sino al lado de él.

Actualmente, la participación de la mujer en la economía del país es cada vez mayor y el nivel de desarrollo económico se irá elevando conforme se vaya incrementando su participación, y ello dependerá de su nivel de instrucción en la medida que siga teniendo acceso a una educación superior que la forme y la conforme.

No obstante, que en cuanto a la educación la mujer de esta época muestra más interés para que sus hijas se preparen y lleguen a ser profesionistas, aún así en algunos casos no se deja de pensar que al final se casarán, tendrán sus hijos y los estudios profesionales son "por mientras se casan" o "por si les va mal".

## 2.2.7 La influencia sociocultural de los roles de la mujer vista a través de diversos autores.

Ahora bien, una vez revisado el panorama histórico de la mujer en México, vale la pena destacar que aún en nuestra época siguen vigentes los roles socioculturales que se le han impuesto a lo largo de los siglos, tal y como lo manifiestan los siguientes autores:

Ibarrola (1978), habla en general del desarrollo de la mujer en la sociedad y todos los roles que se le asignan, así como de sus expectativas. El autor señala que a la mujer se le imponen tres funciones principales: procreación, cuidado de los niños y reproducción. La mujer desde su nacimiento, vive en relación con personas que funcionan como estereotipos de la tipología familiar; así, la relación con sus progenitores estará enmarcada en una comunicación hija - padres, las cuales casi nunca serán vistas como personas con una vida

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



que rebasa las funciones del símbolo paternal que representa social y psicológicamente. El reforzamiento de los símbolos estereotipados familiares obstaculizan o anulan las posibilidades de desarrollo de la mujer. Los juegos infantiles marcan de alguna forma la configuración de la familia en la mujer, la que recibe una lista interminable de prohibiciones tendientes a crearle temor a la investigación y al mundo exterior de la familia. De esta manera los roles de la mujer se van construyendo a través de la interrelación social y cultural, conformando factores importantes que contribuyen en la formación de la autoestima, y agrega: "se insiste gradualmente en transformarla en un elemento decorativo, bonito, femenino, creando de esta manera en ella, desde temprano, la convicción de que ha nacido para agradar por medio del sexo y no para actuar por medio del trabajo. La escala de valores de la que ha sido provista y a la que se le adhiere, le da un convencimiento de que su promoción social sólo puede provenir del empleo de sus características y rasgos sexuales".

También refiere que en el matrimonio "el cuidado físico de los hijos y la educación obligan a la mujer a que permanezca en el hogar; ser tolerante, amar e influir con actitud pasiva en el cuidado individualizado de los hijos y el esposo".

La división sexual del trabajo es el complemento de los estereotipos masculino y femenino, que en esta época se concretan en la asignación de tareas diferenciadas para hombres y para mujeres; las mujeres deben encargarse de las tareas domésticas y de la reproducción de los seres humanos (ámbito privado); a los hombres se les asigna la tarea de salir a trabajar asalariadamente para sostener a la familia y participar en actividades sociales y políticas (ámbito público). "Para que las mujeres se adapten a estas tareas es necesario convencerlas mediante unas ideas que lo justifiquen. Por lo cual se santifica la maternidad, se refuerza socialmente y se valora más a quienes han sido madres que a las que no lo son y se invisibiliza el deseo sexual femenino, convirtiéndolas en seres asexuados que aceptan una sexualidad sin placer, cuyo único fin en la vida es traer hijos al mundo y satisfacer las necesidades de los demás" (op.cit.).

Así se crean, dice Ibarrola, los roles sexuales rígidos en donde la mujer debe prepararse y de hecho se le prepara social y culturalmente para convertirse en esposa, madre y ama de casa; situación que no corresponde a sus necesidades, sino a las de "un sistema social opresivo, el patriarcal, sistema social y familiar en donde predomina el hombre, y que es la fuente de la inconformidad e insatisfacción de las mujeres".

Esta insatisfacción también está relacionada con una imagen idealizada que se presenta del matrimonio, de la vida en familia, de la vida en pareja, que no contempla las múltiples contradicciones y problemas a los que se enfrentan estas instituciones sociales.

Con el paso del tiempo esta concepción de la mujer, sigue vigente como lo afirma Galván (1992), en donde distinguen tres funciones que influyen en la autoestima de la mujer: como esposa, como madre y como hija. Como esposa: la mujer se encuentra completamente subordinada al marido. Como madre, tiene la total y absoluta responsabilidad de la vida de sus hijos, tanto en el aspecto físico, como en el afectivo e intelectual. Como hija, se encuentra dispuesta a repetir el rol materno, completamente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sometida a los hombres de la casa y en desventaja en todos sentidos con respecto a sus hermanos varones.

Para Flores (1994), existen varias teorías acerca de la desigualdad: biologicistas, sociologicistas, economicistas, etc. En algunas de estas teorías se menciona que en las sociedades patriarcales, estructuras familiares y sociales basadas en la supremacía del hombre sobre la mujer, existen una serie de características que atribuyen a los hombres y otras a las mujeres, a partir de una ideología patriarcal que justifica la desigualdad y tiende a darle un alto valor a los atributos masculinos y a desvalorizar las características femeninas. De tal manera que los hombres deben aprender a mostrarse activos, agresivos, desenvueltos, fuertes, valientes, firmes, indoblegables; y las mujeres deben mostrarse pasivas, delicadas, dóciles, obedientes, ingenuas, emotivas, débiles e introvertidas.

Este modelo femenino es lo que entra en "crisis" durante el climaterio. Al plantear como destino para las mujeres el de ser madres, el estar al cuidado de los demás y, en las últimas décadas, responder a un modelo de belleza que no siempre se ajusta a nuestra cultura, las mujeres viven como una pérdida este cambio de vida, que incluye pérdida de la capacidad reproductiva y de una serie de relaciones significativas condicionadas por el rol femenino (op.cit.).

Cabe detenerse para hacer un breve análisis del término "crisis". Burin (1987), lo plantea como un "estado de enjuiciamiento crítico, cuyo objetivo fundamental es la redefinición de la identidad mediante un reordenamiento de necesidades que permita la ruptura de los vínculos identificatorios anteriores". Por su parte Chiarelli, (1998), la define como "cambios considerables que exigen movimientos individuales; momento culminante y decisivo. Es la condición en la que se encuentra la mujer desde que comienza el cambio hasta alcanzar una nueva situación".

Según Chiarelli, en la etapa de crisis están comprometidas las estructuras biológicas, psicológicas y sociales, que marcan el pasaje de una etapa a la otra. "Estas pueden ser espontáneas o planificadas, y favorables o adversas. Las favorables son aquellas que llevan a optimizar la calidad de vida y el bienestar; están determinadas por la historia y se dan en el presente desde que comienza el cambio y se proyectan hacia objetivos futuros. Es importante la coherencia de las funciones afectivas, intelectuales, volitivas y conductuales".

El pasaje a una nueva etapa implica un "recontrato" de la mujer hacia las diversas situaciones: nuevas etapas de los hijos, reidentificación de pareja, imagen, valores, abandono, pérdida de trabajo, fracasos económicos, así como jubilación y muertes. Estos recontratos son necesarios para resolver las crisis y caminar hacia una nueva etapa creciendo junto con ella.

También pueden presentarse crisis adversas que imposibilitan a la mujer a pasar de una etapa a la otra, es decir, el sostenimiento de la crisis en el tiempo. En tal caso, para su superación, se requiere de la asistencia psicoterapéutica que apunte a la orientación, límites, apoyo y entrenamiento para resolver la situación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En conclusión, con esta síntesis histórica se observa que aún desde la época precolombina y hasta la actualidad, socioculturalmente a la mujer se le siguen imponiendo roles como esposa, madre e hija, y aun cuando ha luchado por buscar su autoconfianza y autorrespeto ante un mundo particularmente patriarcal, todavía necesita romper con cadenas que la atan a herencias ancestrales, para alcanzar una posición igualitaria en la sociedad.

### 2.3 El climaterio y las diferentes culturas.

La etapa del climaterio y la menopausia son procesos que se producen en el cuerpo de las mujeres y es interpretada por ellas a partir de variables culturales, experiencias, expectativas y actitudes del medio sociocultural en el que se desarrollan. Aunque sea un proceso que se realiza en el cuerpo femenino, la fisiología y el funcionamiento del cuerpo no determinan la configuración o el significado de éste de una manera directa y simple, si esto fuera así, se podría esperar una gran uniformidad.

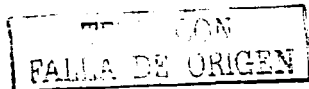
Los elementos socioculturales relacionados con la etapa del climaterio y la menopausia juegan un papel importante en el rol o papel que se asigna a las mujeres.

Analizar la historia de la etapa del climaterio significa llevar a cabo una reflexión a través del espacio y el tiempo sobre la sexualidad, la feminidad, la fecundidad y la maternidad. Todos ellos aspectos importantes en la vida de la mujer.

Cuando se compara la experiencia del climaterio en mujeres en diferentes culturas, se observa una considerable variabilidad en la manera en que se vive esta etapa y en la prevalencia de la mayoría de los síntomas asociados con ella. La historia personal de la mujer, matizada por los distintos grupos sociales de los que forma parte, son factores que no pueden ignorarse al abordar el estudio del climaterio.

Se puede observar que el climaterio ha sido analizado a la luz de múltiples y muy variados criterios, desde investigaciones y objeto de estudio hasta fundamentos extremos y radicales. Algunos autores señalan, como resultado de sus investigaciones realizadas desde los orígenes de la humanidad con respecto al climaterio, que la mitología india, egipcia y griega es rica en leyendas extravagantes relacionadas con la feminidad. Así por ejemplo, a Venus se le relacionaba con las fuerzas negativas de la naturaleza y algunas teorías teológicas interpretan el castigo del paraíso como "una condena de Dios hacia Adán tras la falta de Eva, y para expiarlo le provocó la menstruación a la mujer" (Sánchez-Cánovas, 1996).

Aristóteles (s. IV a.C.), fue el primer filósofo griego que estableció una interpretación fisiológica del aparato genital femenino, relacionando los ciclos menstruales con la Luna. De igual manera, Hipócrates (s. IV a.C.), famoso médico de la antigüedad, denotó que el líquido seminal femenino era fuente de vida cuando se mezcla con el masculino. Galeno (s. II a.C.), médico griego, relacionaba los ciclos de la Luna con la menstruación y la gestación.



En el Antiguo Testamento los hebreos consideraban impura a la mujer que estuviera menstruando o que diera nacimiento a un niño: " Si la mujer queda preñada, quedará inmunda por siete días, separada como en los días de la regla menstrual" (Levítico: XII, 2, Sagrada Biblia, 1965).

Con el paso del tiempo este tabú se extendió al embarazo e incluso a las relaciones sexuales, dando lugar a que en casi todas las sociedades y civilizaciones los hombres, desde los guerreros, los jefes y los legisladores, pretendían controlar la maternidad, la fecundidad y la sexualidad de la mujer.

La OMS realizó en 1981 un amplio estudio en el que analizaba la vivencia del climaterio según distintas culturas y civilizaciones que han seguido posteriormente investigando otros autores. En estos trabajos se demostraba que en aquellas culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia y está integrada dentro del estatus social en el que vive, apenas tiene manifestaciones y sintomatologías relacionadas con el climaterio. Las civilizaciones occidentales y los países más desarrollados donde el culto a la belleza y a la juventud son muy valorados por la sociedad, la mujer madura cursa el periodo del climaterio con más dificultades y con mayor sintomatología. De igual manera, en las civilizaciones donde el papel de la maternidad es fundamental para la mujer, el climaterio se experimenta de una forma más dramática (Sánchez-Cánovas, 1996).

En Oriente y Occidente la menopausia se ha definido y asumido de forma diversa, según las épocas, culturas, razas y etnias, y de ello se puede dar cuenta basándose en las observaciones y estudios realizados por diferentes autores, tal y como se ejemplifica de manera general en los casos siguientes:

En tribus del Africa Negra el período menstrual se consideraba una etapa purificante, de tal forma que las relaciones sexuales se prohibían tras la menopausia, al pensarse que podrían provocar daños mortales para el hombre.

En el Islam se llama menopausia a "la edad del desespero", aunque por imperativos culturales esta connotación se desarrolla con una discreción absoluta. En el caso de la poligamia se elige a las mujeres más jóvenes dado que la menopausia significa la imposibilidad de la fecundación. Sin embargo, la mujer musulmana adquiere más dignidad y autonomía a partir de cierto envejecimiento; no está sometida a los caprichos del hombre y tiene más autoridad frente a las otras mujeres; se le permite el acceso al culto y a los ritos sagrados (Sánchez- Cánovas, 1996).

Investigaciones realizadas por Cristie-Brown (1976), en sociedades orientales y árabes las mujeres presentan pocos o ninguno de los síntomas psicológicos y físicos que la mayoría de las mujeres occidentales relacionan con la menopausia. Los investigadores mencionan que se debe a que en esas culturas las mujeres en etapa del climaterio presentan una actitud favorable hacia la menopausia ya que, al no menstruar, dejan de ser consideradas por su grupo como "agentes contaminantes", lo que promueve un cambio favorable en el papel social que desempeñan dentro de su sociedad y reciben beneficios hasta entonces vedados por ellas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En un estudio realizado en Rajput en la India, Flint (1975), encontró que muy pocas mujeres hindúes tienen molestias durante el climaterio; no se presentan depresiones, mareos, ni algún otro síntoma relacionado con el climaterio. Lo mismo sucede en lugares como Etiopía, Dakota del Sur en los Estados Unidos, Ulithi en Micronesia (Oceanía), y Bantu en Sudafrica, lugares en donde al presentarse la menopausia la mujer alcanza un estatus más alto dentro de su grupo social (Casamadrid, 1998).

Particularmente, en algunas sectas de la India, la mujer posmenopáusica puede participar en las ceremonias religiosas, donde habría sido excluida anteriormente por impura, definiendo menstruación como sinónimo de impureza (op. cit.).

En la China actual la mujer en la fase de la menopausia no es abandonada por el marido; por el contrario, es sobrevaluada pues se evita el problema de la procreación, restringida ésta en dicho país por el estricto control demográfico.

En un estudio realizado por Lock (1986), con mujeres japonesas se observó que la menopausia se percibe como un proceso natural del ciclo de la vida, en donde el cese de las menstruaciones no recibe gran importancia, y los síntomas que manifiestan las mujeres se relacionan poco con la sintomatología referida en la literatura médica. La presencia de síntomas como bochornos y sudoraciones en las japonesas es menor que la encontrada en otros países industrializados, como Estados Unidos, en donde casi el 75% de las mujeres señalan haberlos padecido.

Además de la historia personal y la estructura psíquica de la mujer, la cultura matiza y, en ocasiones, determina su respuesta en el climaterio. Beyene (1986), realizó un estudio transcultural en México, particularmente en el estado de Yucatán, y en Grecia. Esta investigación demuestra cómo los factores psicosociales influyen en la prevalencia de algunos síntomas. Encontró que las mujeres mayas y las griegas tienen una percepción y expectativas diferentes hacia el climaterio, como se observa a continuación: . .

Las mujeres mayas suelen asociar la menstruación con actividades restrictivas y molestias y esperan con agrado el cese de la menstruación, de tal forma que la etapa del climaterio no representa una crisis en la vida, ni esperan tener problemas físicos ni psicológicos durante esta etapa. Por el contrario, las relaciones con su pareja son mejores, se sienten más jóvenes, y perciben el climaterio como una etapa de vida donde se liberan de los tabúes y restricciones que les impone su sociedad mientras menstrúan. Por su parte, en las mujeres griegas menstruar es un signo de buena salud, considerando que la menstruación es la sangre enferma que se tiene que liberar. Sin embargo, llegada la fase de la menopausia, la actitud de las mujeres es distinta ya que esta fase es sinónimo de vejez, y aun cuando ésta última es respetada en su cultura, no es algo deseado ni les brinda beneficio alguno. Las mujeres visten de colores grises y oscuros, manifestando ansiedad y una actitud negativa al presentarse los bochornos y sudoraciones.

En estudios realizados por Casamadrid (1986), se observó que en mujeres de clase media alta de la Ciudad de México, en más del 70% de los casos el climaterio despierta ideas y sentimientos desfavorables. Esta postura se vé reforzada por los afectos opuestos que evocan en la mujer los conceptos de maternidad y menopausia, considerando que al

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

presentarse ésta última la mujer pierde su capacidad de procreación, tan altamente valorada por la sociedad. Asimismo, refiere que si la mujer tiene una actitud favorable hacia el climaterio, tenderá a manifestar menor cantidad de síntomas de los que se presentan durante esta etapa y, por el contrario, la que conserve una postura desfavorable mostrará un mayor número de ellos. Esta predisposición negativa hacia el climaterio se explica por las pérdidas psicológicas que se presentan durante esta etapa de la vida, así como por las situaciones de crisis que ocurren en su familia y por los prejuicios sociales hacia la menopausia.

Como se aprecia por el análisis anterior, en algunas culturas la sangre de la menstruación simboliza peligro y fuerza y en otras, salud y bienestar. La menarca y la menopausia constituyen dos hechos ciertamente biológicos, pero también son dos eventos cargados de significados psicológicos y sociales, son considerados por algunas sociedades como una enfermedad, y por otras, como un proceso natural de vida; para algunas culturas la menopausia les brinda beneficios y las mujeres esperan con agrado su aparición, para otras, la menopausia es un estigma, algo que no debe ni nombrarse por la carga emocional negativa que conlleva este concepto.

Por ello se puede entender que el climaterio será acorde a las característica que la sociedad marque. Así, se puede tener un climaterio propio de sociedades occidentales y otro de las orientales. Todo ello impide que se haga de esta etapa del climaterio una vivencia homogénea, colectiva y/o universal.

A partir de 1960 se incrementó el estudio de la menopausia, desde la perspectiva particular de las distintas disciplinas científica, es decir, los médicos se interesaban en los aspectos biomédicos y los especialistas de la conducta humana, en los aspectos sociales y culturales. Flint (1990), se refiere a la importancia de incrementar las investigaciones transculturales y que éstas se lleven a cabo de una manera interdisciplinaria, en donde se contemplen los aspectos socioculturales, médicos y psicológicos, y propone que sea la psicología la ciencia que sirva de puente entre las ciencias sociales y las biológicas.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

## CAPITULO III

### TERAPIA NARRATIVA Y UN EQUIPO REFLEXIVO

Si se toma como marco de referencia que la autoestima de la mujer está en una dinámica constante, influenciada por su entorno familiar y social, es importante centrar el objeto de esta investigación en la búsqueda de alternativas que puedan ofrecerle algún tipo de ayuda psicológica que le permita hacer una revaloración de sus experiencias vividas a través de los años, con la finalidad de resignificar sus recursos personales para que redunden en una mejor calidad de vida.

Luego entonces, con la finalidad de escuchar testimonios de viva voz sobre las experiencias de mujeres en la etapa del climaterio, inmersas en su propio contexto familiar, social, histórico y cultural, se consideró propicio realizar una psicoterapia dentro del marco Narrativo con la participación de un Equipo Reflexivo. Esta corriente fue elegida, en virtud de que su soporte epistemológico se basa fundamentalmente en la construcción social. La filosofía y técnica de este enfoque terapéutico están contenidas en este capítulo.

Con objeto de plantear un panorama general, es conveniente repasar, antes de entrar en el tema central de la Terapia Narrativa, algunos datos históricos que antecedieron a su desarrollo.

#### 3.1 Historia.

##### 3.1.1 Cibernética de Primer Orden.

En la Segunda Guerra Mundial surge la cibernética como una nueva herramienta para controlar y dirigir los misiles en los Estados Unidos. De ahí que en 1950, Norbert Wiener explora la aplicación de la cibernética, como una nueva y fascinante aportación en donde las entidades vivas y no vivas, puedan ser "dirigidas u orientadas" mediante sistemas de procesamiento de información.

Este innovador sistema revolucionó a todas las ramas científicas, y la Psicología no fue la excepción, surgiendo así la teoría de la cibernética de primer orden para ser aplicada en el trabajo psicoterapéutico. En este caso, el terapeuta, en su calidad de "técnico reparador", observaba, por ejemplo, a las familias como si fueran máquinas o computadoras, permitiéndole colocarse en la posición de observador externo, con la jerarquía suficiente y objetiva para señalar cuál era el problema y cómo resolverlo.

##### 3.1.2 Cibernética de Segundo Orden.

La evolución del pensamiento cibernético experimentó un cambio radical en los años 70's, dando como resultado la cibernética de segundo orden, en la cual se encontró un modelo menos "orientador". De acuerdo con este pensamiento los sistemas vivos no son

vistos como objetos que pueden ser programados desde afuera, sino como entidades autocreadoras e independientes. El terapeuta ya no podía estar "fuera" o "apartado", sino que debía incluirse a sí mismo en el sistema terapéutico, es decir, involucrarse conjuntamente con el grupo, en la búsqueda de cambios a través del proceso de observación y no esperar que éstos se dieran homeostáticamente.

Esto permite emerger una escena totalmente nueva. Empiezan a aparecer en el lenguaje palabras como "co-evolución", "co-creación" y el pensamiento se va modificando en términos de "sistemas biológicos y ecológicos".

Investigadores y teóricos como Maturana y Varela (1980), von Foerster (1981) y von Glasersfeld (1987), ofrecen una versión biologista de la percepción y del conocimiento, afirmando que dado que la información sensorial sufre diversas transformaciones desde el momento mismo en que ésta es recibida por los sentidos y hasta que es procesada por el cerebro a través del sistema nervioso, es imposible que exista una "percepción directa" (Freedman & Combs, 1996).

Con la introducción de la cibernética de segundo orden en la terapia sistémica, se plantea la actividad que transcurre en el diálogo, en donde el terapeuta busca insertarse en la visión del mundo aportada por el grupo o familia, para generar propuestas con puntos de vista alternativos y/o nuevas connotaciones, de manera que el sistema terapéutico-grupo pueda desarrollar nuevas perspectivas que no traigan consigo necesariamente comportamientos sintomáticos.

Aun cuando este esquema cibernético parecía dar resultados favorables, a principios de la década de los 80's surge una severa crítica en su contra por parte de la corriente feminista. Estas voces argumentaban que tanto el sistema cibernético de primero, como el de segundo orden, estaban basados en modelos normativos de la familia que asumían un poder ventajoso para los hombres. El ataque feminista encontraba que el propio lenguaje de la terapia estaba prejuiciado contra las mujeres y evidenciaron que dichos modelos ignoraban la participación de la mujer dentro del amplio contexto social, histórico y cultural, en donde el hombre tenía mayor poder político, financiero y moral (op. cit.).

La crítica feminista afirmaba que esta práctica, por lo menos dentro de la terapia familiar, parecía ser más un obstáculo que una ayuda, ya que prestaba poca atención al rol que desempeñaban las mujeres dentro del contexto cultural. Esta terapia consistía en observar a la familia como un circuito complementario y a los problemas como una causa colectiva, en lugar de tratar de identificar en forma conjunta con todos los miembros de la familia aquellas influencias desfavorables que ciertos valores, instituciones y prácticas culturales afectaban la vida y relaciones de la mujer.

Aun cuando no es fácil hacer una diferenciación de los tiempos en que se dieron los hechos, se conoce que algunos teóricos fueron suplantando paulatinamente las prácticas cibernéticas, volteando sus ojos hacia las nuevas tendencias que aportaban el constructivismo y el construccionismo social.



### 3.2 Constructivismo y Construcción Social

Es común que se confundan estas teorías. Ambas corrientes se oponen a la idea modernista de que una vida real existe y que se puede conocer con certeza objetiva. Sin embargo, las creencias representadas por el constructivismo tienden a promover y a poner mayor énfasis en las imágenes del sistema nervioso. Maturana (citado por Hoffman, 1989), lo nombra como "un sistema nervioso informacionalmente cerrado" que sólo puede influenciarse mutuamente de manera indirecta. Ya que cada persona hace su propia interpretación de la realidad, la transferencia directa de información entre los seres humanos no existe.

Los teóricos de la construcción social afirman que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son interpretados a través del lenguaje. Todo conocimiento, sostienen los construccionistas, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del "mundo común y corriente". Solamente a través de la conversación con otros el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior ( McNamee, Gergen, 1996).

Gergen (1985), afirma: "la transición entre el constructivismo y el construccionismo social, es como pasar de un conocimiento experimental a un conocimiento social".

Para Hoffman (1990), el construccionismo social le era más comprensible ya que encontraba que en lugar de observar a los individuos como "sistemas biológicamente aislados", se abría la posibilidad de observarlos como seres de los que emergen múltiples significados a través de la interacción con los demás (en Freedman & Combs, 1996).

#### 3.2.1 Constructivismo.

El constructivismo, derivado de una tradición europea, sostiene que "la estructura de nuestro sistema nervioso impide que alguna vez podamos conocer lo que realmente está allá afuera". Por consiguiente, tenemos que permutar la realidad de un "sistema observado" por la realidad de un "sistema que observa."

El constructivismo es una teoría del conocimiento que plantea que el observador participa de sus observaciones y que construye, y no descubre, una realidad, cuestionando así los conceptos de verdad, objetividad y realidad.

El constructivismo trata de "redefinir la meta terapéutica pasando de algún tipo de comportamiento a algún tipo de significado, es decir, salta de creer en una realidad percibida objetivamente a creer en la teoría de que la gente erige constructos, personificados en mitos, premisas, conceptos o sistemas de creencias sobre el mundo, para luego operar de acuerdo a ellos" (Hoffman, 1989).

### 3.2.2 Construcción Social.

Básicamente, la Teoría de la Construcción Social apunta que nuestras creencias acerca del mundo son invenciones sociales y observa el desarrollo del conocimiento en un fenómeno social. Sostiene que la percepción sólo evoluciona dentro de los márgenes de la comunicación, y afirma que "el desarrollo de una gama de significados que emergen infinitamente de las interacciones entre personas, son parte de un fluir constante y general de narrativas cambiantes" (op.cit.).

Kenneth Gergen (1985), psicólogo norteamericano y destacado promotor del movimiento de la construcción social, sostiene "que todo conocimiento evoluciona en el espacio entre personas, en el ámbito del mundo común y corriente, y es sólo a través de la permanente conversación con su "yo" íntimo que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior", y afirma que "en la visión del construccionismo social existe un intercambio común y mientras nos movemos dentro de un entorno construimos nuestras ideas acerca del mismo en la conversación con otras personas" (McNamee, Gergen, 1996).

Destacó, igualmente, la importancia acerca del lenguaje y el discurso, mencionando que el significado y la comprensión los construyen socialmente las personas en la conversación y en el diálogo. Así, la acción humana tiene lugar dentro de una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo. Estas realidades narrativas construidas socialmente dan sentido y organización a la propia experiencia (op.cit.).

Gergen (1989), define la idea de que la autoexpresión de una persona a través del lenguaje contribuye poderosamente a que esa persona sea quien es. Hablar con nosotros mismos o con otros, es una manera de definirnos. En este sentido, el lenguaje que usamos "nos hace lo que somos en el momento en que lo usamos" (op.cit.).

Las tendencias del construccionismo social despertaron interés en algunos círculos de psicólogos clínicos y fueron adoptadas para su aplicación dentro de sus trabajos en distintos países.

Así, los terapeutas clínicos de la escuela italiana de Milán, como Boscolo y Cecchin, retomaron algunas ideas de la filosofía del construccionismo social, agregándole algunos elementos. En lugar de ir en busca de patrones de comportamiento, van en busca de patrones de significados. Se le empieza a dar un lugar primordial a la conversación y desarrollan una técnica muy importante que denominan "interrogatorio circular". Con esta técnica presuponían que las acciones y emociones de una persona afectarían a los demás miembros de manera recurrente, de tal forma que durante la conversación influían en uno o más miembros de la familia mientras pareciera que se estaba hablando con otra persona dentro del proceso terapéutico. Esta práctica permite encontrar una forma sumamente rica de generar nuevas informaciones y conexiones.

El equipo de Milán vigiló el uso del lenguaje. En un esfuerzo por evitar transmitir la idea de que las descripciones clínicas son algo más que interpretaciones subjetivas, prohibieron el uso de la palabra "es". En lugar de decir "él está deprimido" o "ella está

ansiosa", decían, "él muestra depresión", y "ella actúa como si estuviera ansiosa". En sus interrogatorios circulares le pedían a la persona que explicara su idea sobre el comportamiento, en lugar de preguntar "¿por qué haces esto? o "¿por qué estás triste?".

Este desarrollo tuvo un impacto interesante, puesto que el trabajo terapéutico comienza a adoptar un modelo conversacional o narrativo que resultara atractivo para muchos teóricos posteriormente.

En los Estados Unidos, Harlene Anderson y Harry Goolishian del Instituto Galveston, acuñan el término de "sistema determinado por el problema", en donde el sistema consistiría en una "conversación" o un "sistema de significados", que incluiría las contribuciones del terapeuta, más todos los involucrado en la conversación.

Aunado a lo anterior, Lynn Hoffman, autora de varios libros sobre terapia sistémica y quien colaborara con el equipo de Milán, lo explica de manera similar y señala que el "sistema no crea el problema", sino que "el problema crea al sistema", tomando al sistema como un "sistema formado por una conversación sobre un problema". Lo importante radica en que los componentes de un sistema tal, no son los cuerpos individuales, sino las ideas que los unen. Así, un "sistema problema" no es un conjunto de personas, sino una red de significados.

Por su parte, Epston y White apuntan como una de sus premisas importantes que las creencias, valores, instituciones, costumbres, etiquetas, leyes y todo aquello que configura la "realidad" social del ser humano, es construido por los miembros de la propia sociedad, conforme interactúan con los demás, y es así como se van creando día a día y se van transmitiendo de generación en generación. Dicho de otra manera, las sociedades construyen "las lentes" a través de las cuales los miembros interpretarán el mundo. La "realidad" que cada uno da por hecho, es la "realidad" con la que la sociedad lo ha rodeado desde su nacimiento. El individuo toma como modelo esta "realidad" para construir sus propias creencias, prácticas, palabras y experiencias bajo las cuales formará su vida, o, como lo describirían los teóricos posmodernistas, es la forma como se "constituirá el yo" (Freedman y Combs, 1996).

Todos estos autores han comenzado a enfocar su interés en la semántica, la lingüística y la narrativa. Esta actitud parece marcar un gran cambio al desplazar en las historias e interacciones entre personas, el enfoque bio-cibernético, anteriormente aplicado, por un enfoque narrativo, asumiendo que las entidades están siempre en procesos de cambio.

El lenguaje y algunas normas en el proceso terapéutico también experimentan transformaciones importantes con las ideas del construccionismo social. Se sustituyen los términos "información" y "patrones", denominándolos en su lugar, "historias" o "narraciones". Más que hablar de "sistemas", se adoptan los vocablos "cultura" o "sociedad". En lugar de que el terapeuta se refleje como "un mecánico que debe arreglar una máquina descompuesta", o como "ecologista que trata de entender cómo influir en un complejo ecosistema", éste se muestra interesado y con la suficiente habilidad y curiosidad

para hacer preguntas que logren que el paciente comparta las experiencias y el conocimiento que encierran sus historias.

El terapeuta debe considerarse como un miembro más en interacción social y colaborativa con las personas del grupo para poder construir nuevas realidades. Se deberá trabajar para ayudar a la gente a darse cuenta de la influencia que ejercen sobre sus vidas las historias culturales y buscar el enriquecimiento con sus propias vidas narrativas.

### 3.3 Posmodernismo.

Las tendencias e ideas del construccionismo social influyen para que las ciencias sociales experimenten cambios importantes en el pensamiento posmoderno. A partir del postmodernismo, los trabajos se centran en ideas vinculadas al texto y la narración, destacando la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el auto-descubrimiento, las configuraciones laterales versus las jerarquías, y en especial se centran en el proceso, no tanto así en los objetivos (McNamee y Gergen, 1996).

Se enfatizan las siguientes cuestiones: el "yo" se concibe como una entidad narrativa; el texto no es algo a interpretar, sino un proceso de desarrollo; no se considera al individuo como una entidad intrapsíquica, sino que se aborda dentro de un contexto de significado social (op.cit).

El posmodernismo se caracteriza por su especial énfasis en el lenguaje, es decir, en la interacción mutua para la construcción de los mundos personales. Examina cómo el proceso de interacción brinda las oportunidades para que determinados acontecimientos surjan y desaparezcan. Así, ciertos contextos interactivos privilegian una forma de discurso.

La forma en que se entiende el papel de la narración en la práctica clínica es una de sus más destacadas características. "El punto de vista narrativo sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado o estable" (op.cit.).

El desenlace de una interacción dada no es lo más importante, sino la manera como se coordina la pluralidad de perspectivas para formar pautas de interacción, lo que potencia ciertas formas de acción.

Sobre el planteamiento anterior Gergen (1991), apunta que si se tiene en cuenta el énfasis sobre el lenguaje y la construcción social, "en las condiciones posmodernas, las personas existen en un estado de permanente construcción y reconstrucción". Enfatiza, también, que "la narración y el pensamiento narrativo, implican una nueva concepción de la relatividad del significado, la aceptación de la indeterminación, la exploración creadora de una multiplicidad de significados, y la comprensión de que no es necesario ni apoyar una historia estática ni buscar una historia definitiva.

Gergen (1989), continúa diciendo: "El desarrollo de una narración o de un relato es algo que se hace conjuntamente con otras personas. Es el proceso de definir quiénes somos en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros, y esta narración, o sentido del yo, no sólo surge por medio del discurso con otros, sino que es nuestro discurso con otros".

Michael White (1989), terapeuta australiano, por su parte desarrolla una innovadora técnica psicoterapéutica de externalización del problema, basándose en la separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del individuo. En otras palabras, define al problema como algo separado de lo que es la persona, examinando las influencias que el problema pudiera tener sobre la vida del paciente y qué influencia tiene la persona sobre la vida del problema. Esto permite a la persona tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas. Las iniciativas curativas del sujeto se movilizan a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica (en Tarragona, 1990).

Propone, igualmente, no tratar de resolver problemas, sino que se cuenten historias que no sustenten o apoyen problemas. Su técnica se basa en solicitar a las personas que narren hechos alternativos o extraordinarios y una vez identificados, poder "engrosarlos". De esta forma se descubrió que mientras la gente narra historias diferentes, los resultados llegaban más allá de la solución de problemas. Dentro de las nuevas historias, la gente podría vivir con una nueva auto imagen, descubrir diferentes posibilidades para relacionarse y plantearse un futuro mejor (Freedman y Combs, 1996).

White retoma los conceptos que tiempo atrás Gregory Bateson (1972), desarrolló sobre la "temporalidad" o "importancia del tiempo", así como el de "la diferencia que hace una diferencia". Solamente se puede percibir el cambio en función del tiempo, ya que la "diferencia que hace la diferencia" se da al comparar una situación en dos momentos distintos. Bateson afirmaba que las cosas no se ven como algo en sí mismas, es decir, que no hay una realidad verdadera, sino que se ven las cosas como algo diferente del entorno, y esto es a lo que él llamaba "establecer una diferencia". Se pueden establecer muchas diferencias, tantas como los sentidos pueden hacer. Las diferencias disponibles son tantas que no se tiene la posibilidad de prestarle atención a todas. Siempre hay más para ver que lo que se ve. Así, en la interacción con otros, dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación, o "diferentes mapas del mismo territorio".

Anderson y Goolishian (1998), afirman que la terapia, y por ende la conversación terapéutica, implican un proceso "de participación conjunta". Cada persona habla "con" el otro, no le habla "al otro". Es éste un mecanismo por el cual el terapeuta y la persona participan del co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones, buscando desarrollar una nueva historia de la vida de la persona que le ofrezca una visión algo diferente de su situación, pero no demasiado diferente como para que desarme la conversación. El papel del terapeuta consiste en poner toda su habilidad al servicio de un esfuerzo por desarrollar un espacio conversacional libre, facilitando el inicio de un proceso de diálogo dentro del que pueda producirse "lo nuevo". No se pone el énfasis en producir cambios, sino en abrir un espacio para la conversación. Estos autores se apoyan en las siguientes premisas:

- 1) Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado.
- 2) El significado y la comprensión se construyen socialmente.
- 3) En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto "problema".
- 4) La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos conversación terapéutica.
- 5) El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación y un arquitecto del proceso dialogal.
- 6) El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas.
- 7) El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración. El poder transformador de la narración descansa en la capacidad de la persona para relatar o re-relacionar los hechos de su vida en el contexto de un significado nuevo y diferente.

Según esta concepción, a medida que el diálogo se desenvuelve, se crea la nueva narración, la narración de las historias "aun no contadas". El cambio en el relato y en la autonarración es una consecuencia inherente del diálogo.

En resumen, la tendencia central del posmodernismo define que las creencias, las tradiciones sociales y culturales, los hábitos y costumbres, las leyes, y todo aquello que se construye como realidad, emerge a través de la interacción social con otros a través del paso del tiempo y son parte de un fluir constante de narrativas cambiantes. En otras palabras, la gente construye sus realidades en la medida que las vive (Freedman y Combs, 1996).

Algunas de las ideas fundamentales del posmodernistas se pueden centrar en los siguientes cuatro puntos:

1. Las realidades se construyen socialmente.
2. Las realidades se van construyendo a través del lenguaje.
3. Las realidades se organizan y se mantienen a través de las narraciones.
4. No existe una verdad única.

### 3.4 Terapia Narrativa con la participación de un Equipo Reflexivo.

Las ideas del movimiento posmodernista o posestructural que se pusieron de manifiesto principalmente en las ciencias sociales, sustentaron importantes formas de trabajo que coadyuvaron al surgimiento de una nueva postura identificada como Terapia Narrativa, en la década de los 80's.

El enfoque de esta terapia es más participativo y menos orientador hacia los objetivos. El medio básico para esta terapia es ayudar al individuo a través de la conversación a identificar la influencia que ejerce sobre su vida las historias culturales,

permitiéndose así enriquecer su propia narración. La restauración o re-edición de la historia es un procedimiento terapéutico prioritario que sustituye una narración disfuncional por otra más funcional. Las ideas de discurso y reflexión son fundamentales dentro de esta visión de narraciones como un proceso de co-construcción. Privilegia una preferencia por un proceso de influencia entre terapeuta y grupo, y no así un proceso jerárquico y unidireccional; de ahí la importancia del empleo de conversaciones reflexivas, de los procedimientos elaborados alrededor de interrogantes reflexivas, así como de la preponderancia del prefijo "co" para describir una conversación terapéutica, (co-autor, co-evolución, co-construcción) (Mc Namee y Gergen, 1996).

Para Willian Lax la reflexión es "la capacidad de todo sistema de significación de volverse sobre sí mismo, de convertirse en su propio objeto refiriéndose a sí mismo". Es decir, "como ideas que se repliegan sobre sí mismas del acto de convertirse en objeto de la propia observación". Por medio de las conversaciones reflexivas, en las que una persona hace de su conversación anterior un objeto de observación, uno cambia de discurso y, por lo tanto, de perspectiva. Uno llega a ser capaz de apartarse del discurso en el que participó inicialmente y contemplarlo desde otra perspectiva (en Mc Namee y Gergen, 1996).

El uso del término "reflexión" invita a la acción de "reflexionar", cuyo significado es "algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta" (Andersen 1994).

Dentro de la postura narrativa existen formas de trabajo diferentes, siendo así que a principios de la década de los 90's, uno de los grupos de terapeutas familiares en Noruega, conocido como Grupo Tromson, instituye la participación de un equipo reflexivo, cuyo principal promotor es Tom Andersen.

Una característica fundamental de este trabajo terapéutico es la co-participación del terapeuta con un equipo reflexivo. Este equipo representa una importante modalidad en el trabajo terapéutico ya que se trata de un diseño social de doble vía, en donde todos los miembros del contexto terapéutico tienen la oportunidad de observar y ser observados, de expresarse libremente y de ser escuchados, y donde el "saber" de los terapeutas no tiene una valoración superior al de los que los consultan (Beltrán, 1997).

El equipo reflexivo, integrado por tres a cuatro personas, a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional, aunque incluso puede estar dentro del salón de sesión sin la cámara de observación. Esta modalidad terapéutica es muy flexible, ya que se pueden hacer subgrupos dentro del mismo grupo, que les permite conversar sobre lo escuchado desde sus diferentes puntos de observación.

Durante la sesión, cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación, haciéndose preguntas a sí mismos. Cuando el terapeuta lo considera oportuno, pide a los miembros del equipo que externen sus ideas y pensamientos sobre lo escuchado. Éstos conversarán entre sí, mientras que el grupo y el terapeuta los escuchan en silencio (Andersen, 1994).

Tal vez, lo más importante que este proceso brinda al grupo es la posibilidad de tener un diálogo interno a medida que escuchan las reflexiones que presenta el equipo. Una vez

terminada la intervención de éste, el grupo conversará entre sí, si lo desea, sobre las ideas que pudieron haber surgido mientras escuchaban las reflexiones (op.cit.).

Los miembros del equipo reflexivo ponen atención a las historias preferentes, a los eventos excepcionales y a las contradicciones en la historia del problema. Estos se pueden ver como puntos de entrada para la construcción de significados alternativos, aunque también, pueden o no poner atención a estos eventos. El equipo reflexivo puede mostrar curiosidad acerca de estos sucesos, cómo ocurrieron y qué hay en la vida de las personas que diera lugar a la posibilidad de su existencia. También, pueden cuestionar la existencia de los sucesos en la vida de las personas utilizando preguntas relacionadas a las historias escuchadas.

Sobre esta técnica Andersen (1994) hace hincapié en que la conversación es la actividad primaria de construcción del cambio en la terapia; a través del conversar el sujeto o el grupo y el equipo reflexivo, co-participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión.

Existen algunas normas de acción que pueden servir al terapeuta y al equipo reflexivo para su trabajo dentro del proceso:

Terapeuta:

- ◆ Las sesiones no están predeterminadas ni se procede en ellas según un plan o secuencia de pasos establecidos de antemano.
- ◆ Tanto el terapeuta como el grupo se embarcan en una exploración mutua
- ◆ No se sigue un curso de acción orientado hacia un objetivo
- ◆ No se tiene en la mente determinado desenlace
- ◆ El terapeuta no hace hincapié en su posición de experto
- ◆ La terapia se concentra en la conversación entre el terapeuta y el grupo, no en encontrar la verdad objetiva (Mc Namee y Gergen, 1996).

Equipo reflexivo:

- ◆ Las reflexiones del equipo se basarán en algo expresado durante la conversación, no así en algo tomado de otro contexto.
- ◆ Los miembros del equipo tratarán de no transmitir connotaciones “negativas”.
- ◆ Cuando el equipo reflexiona se mirarán entre sí, es decir, no deberán mirar a los que escuchan. De esta manera se permite a los oyentes que sientan la libertad de no escuchar, si así lo desean (Beltrán, 1997).

“Puede haber muchas versiones de una situación, lo que significa que hay muchas maneras de describirlas y por lo tanto muchas maneras de entenderlas”, dice Andersen (1994), y sobre esta afirmación él mismo comparte una reflexión: “La vida es tan rica y tan plena que es imposible prestar atención a todo – es decir, concentrarse en todo – al mismo tiempo. Lo desee así o no, cada momento tengo que seleccionar aquello sobre lo que me



concentraré. Por lo tanto, *no puedo* describir aquellas partes de la vida a las que *no* presto atención y sobre las cuales, por ende, *no me concentro*” (Mc Namee y Gergen, 1996).

Basado en lo anterior, la Terapia Narrativa con la participación de un equipo reflexivo resalta la idea de que la gente se vincula con la vida según sus percepciones, descripciones y comprensiones del mundo, es decir, no se relaciona con la vida misma sino con la comprensión de la propia vida. Concuerda esta visión con el pensamiento de la Cibernética de Segundo Orden y del Constructivismo, en su premisa de que “todo ser participa en gran medida en la creación de su propia comprensión de la vida”. Pueden existir tantas versiones de una misma situación como personas que la entiendan (op.cit.).

Este pensamiento privilegia el trabajo en co-participación. Con la inclusión del equipo reflexivo, el grupo escuchará otras voces diferentes que le proporcionarán mayor cantidad de versiones posibles sobre una misma situación las cuales le darán entrada a la construcción de significados alternativos.

## CAPITULO IV

### METODO

#### 4.1 Planteamiento del problema.

La intervención de una técnica psicoterapéutica puede beneficiar la autoestima de la mujer en etapa del climaterio, la cual se modifica como consecuencia de la presencia de múltiples factores bio-psico-sociales que surgen a lo largo de esta etapa.

#### 4.2 Objetivo General

Analizar la autoestima de la mujer en etapa del climaterio y su resignificación a través de una psicoterapia de enfoque Narrativo y un Equipo Reflexivo.

#### 4.3 Objetivos intermedios

- o Evaluar el impacto que el climaterio tiene en la autoestima de la mujer.
- o Analizar el impacto que la psicoterapia de enfoque Narrativo y un Equipo Reflexivo tiene en la autoestima de la mujer en la etapa del climaterio.

#### 4.4. Preguntas de investigación

1. ¿ Las modificaciones bio-psico-sociales que se presentan en la mujer durante la etapa del climaterio, influyen en su autoestima ?
2. ¿ La cultura determina que se vea afectada la autoestima de la mujer en la etapa del climaterio ?
3. ¿ La expresión de la sexualidad de la mujer puede verse afectada por aspectos socioculturales durante la etapa del climaterio ?
4. ¿ Durante la etapa del climaterio cambia la "manera de ser" de la mujer ?
5. ¿ Una psicoterapia grupal con enfoque Narrativo y un Equipo Reflexivo brinda recursos a la mujer en etapa del climaterio para hacer una revaloración de sí misma ?
6. ¿ Después de una psicoterapia surgen nuevas expectativas de vida en la mujer en etapa del climaterio ?

#### 4.5 Muestra

La población se conformó de 11 mujeres de 45 a 60 años de edad en etapa de climaterio, cuyos grados de escolaridad oscilan desde la educación elemental hasta estudios superiores.

#### 4.6 Muestreo

De tipo no probabilístico, ya que las mujeres que participaron acudieron voluntariamente al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la UNAM, en un período de treinta días, en respuesta a la invitación abierta que se hiciera mediante la distribución de 500 trípticos informativos y la colocación de 35 carteles en lugares visibles, para participar en una psicoterapia sobre "El climaterio y su impacto emocional en la mujer".

#### 4.7 Variables

Atributivas.

- o Mujeres en etapa de climaterio entre 45 y 60 años.
- o Mujeres bajo tratamiento de remplazo hormonal

#### 4.8 Diseño de investigación

- o Diseño pre – experimental de una sola muestra con pretest → postest
- o Evaluación → programa terapéutico → Post-evaluación

#### 4.9 Terapia

Psicoterapia con enfoque Narrativo y un Equipo Reflexivo, en donde las ideas de discurso y reflexión son de fundamental importancia dentro de una visión de narraciones, como procesos de co-construcción y cambio.

El proceso terapéutico se conformó de once sesiones. La periodicidad de las sesiones fue una vez por semana, con una duración de 2:00 hrs.

El equipo terapéutico se constituyó por dos co-terapeutas y un equipo reflexivo integrado por tres psicólogas, mismas que participó a lo largo de todo el proceso de forma fija.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.10 Materiales e instrumentos.

##### 4.10.1 Divulgación:

- a) **Diseño y elaboración de un tríptico tamaño carta en un color llamativo, amarillo fuerte, lo suficientemente atractivo para generar un impacto visual, ponderando en la parte superior de la carátula el título "Mujer en etapa del climaterio", y en la parte baja del mismo "El climaterio y su impacto emocional en la mujer". El objetivo fundamental fue atraer la atención de las mujeres que se identificaran con este tema. En el interior del mismo se hace la invitación a mujeres de 45 años o más en etapa del climaterio, para asistir a una psicoterapia grupal enfocada primordialmente a aspectos de la autoestima. (Anexo I).**

Como requisito indispensable se solicitó que las mujeres interesadas estuvieran bajo tratamiento de remplazo hormonal ginecológico o de medicina alterna, con la finalidad de descartar cualquier problema biológico que interfiriera en el proceso terapéutico.

- b) **Diseño y elaboración de un cartel tamaño carta en color llamativo, amarillo fuerte, lo suficientemente atractivo, que atrajera la atención, invitando a mujeres en etapa de climaterio para participar en una psicoterapia sobre "El climaterio y su impacto emocional en la mujer". (Anexo II)**

##### 4.10.2 Instrumento "La autoestima en el climaterio".

- a) **Diseño y elaboración de un instrumento mixto denominado "La autoestima en el climaterio" de afirmaciones abiertas y cerradas, conformado en dos apartados. En la primera parte se solicita la respuesta a preguntas abiertas y la segunda parte está comprendida por 64 afirmaciones, presentados en una escala tipo Likert, con cinco respuestas disponibles.**

Este instrumento fue aplicado al inicio y término de la psicoterapia con una variación entre ambos momentos, diferenciados de la siguiente manera:

- **INICIO:** En la primera parte se solicita datos de filiación, así como la respuesta a 12 preguntas abiertas, y la segunda parte consta de dos columnas tipo Likert en donde las mujeres respondieron comparativamente a "Hace tres años" y "Actualmente". (Anexo III).
- **TERMINO:** La primera parte solicita la respuesta a tres preguntas abiertas, y la segunda parte consta de una sola columna tipo Likert. (Anexo IV).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Con el análisis y la selección de las 64 afirmaciones se pretende explorar tres ámbitos generales en torno a la vida de las mujeres, los cuales están integrados por las siguientes 8 áreas:

AMBITO	AREA	
<b>AMBITO PERSONAL</b>	1	CAPACIDADES Y/O HABILIDADES
	2	"MANERA DE SER"
	3	IMAGEN
	4	SEXUALIDAD
<b>AMBITO INTRAFAMILIAR</b>	5	FAMILIA
	6	PAREJA
	7	HIJOS
<b>AMBITO INTERPERSONAL</b>	8	AMISTADES

La definición de concepto de cada una de las ocho áreas aparece en el Anexo VI y la ubicación de las 64 afirmaciones dentro de cada una de las áreas se detalla en el Anexo VII.

La validación de este instrumento fue realizada por diez Psicólogas, Catedráticas de la Facultad de Psicología de la UNAM, en diferente áreas de especialidad.

El piloteo se realizó en dos clínicas de climaterio: Hospital de la Mujer, S.S.A., y el Instituto Nacional de Perinatología, (INPer). A la luz de la comparación de estas dos instituciones y debido al bajo nivel sociocultural de las mujeres del Hospital de la Mujer, a quienes se les dificultó la comprensión del instrumento, se validaron únicamente los cuestionarios aplicados en el INPer.

b) Diseño y elaboración de un instrumento semi-estructurado, titulado "Entrevista final", que tuvo como objetivo dar el cierre del proceso psicoterapéutico. (Anexo V)

#### 4.11 Definición de conceptos

**Autoestima:** La autoestima es un proceso que se construye desde la niñez, mediante el cual el individuo identifica y evalúa sus propias características, sean: físicas, biológicas, psicológicas. Ésta se encuentra en constante dinámica dependiendo de la influencia e interacción social y cultural.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Climaterio:** El climaterio es una etapa en la vida de la mujer de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan en promedio a partir de los 35 y hasta los 65 años de edad. Por lo que se estima que la etapa total del climaterio tiene una duración aproximada de 25 años.

#### 4.12 Escenario

El tratamiento psicoterapéutico y las entrevistas se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", (UNAM), ubicado en la Facultad de Psicología. El espacio contiene sillones colocados en círculo, con iluminación natural y artificial. Se trata de un lugar confortable y con ruidos ocasionales por la entrada y salida de otras personas a consultorios anexos.

#### 4.13 Procedimiento

##### 4.13.1 Divulgación y selección de la muestra:

- a) Distribución de 500 trípticos sobre "Mujer en etapa del climaterio" en hospitales, clínicas, consultorios médicos, laboratorios clínicos, clubes deportivos, gimnasios y clínicas de belleza.
- b) Colocación de 30 carteles sobre "Mujeres en etapa del climaterio" en lugares visibles en los pizarrones informativos dentro de las instalaciones de algunos centros de investigación de la UNAM.
- c) Las personas interesadas llamaron al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", dejando su nombre y número telefónico. Posteriormente, las entrevistadoras se pusieron en contacto con ellas telefónicamente con objeto de concertar una cita para una entrevista. De las 21 mujeres que respondieron a la invitación, 17 acudieron a la entrevista, quedando finalmente conformado el grupo con 11 mujeres. El resto declinó la invitación, argumentando diferentes razones.
- d) La entrevista inicial se llevó a cabo en forma individual por parte de las tres personas que conformaron el equipo reflexivo, indistintamente. La entrevistadora solicitó a la interesada llenar el instrumento "la autoestima en el climaterio". Para este fin se dejó sola a la entrevistada en un lugar cómodo y silencioso para su mayor concentración. Al finalizar el llenado del instrumento se le citó para el inicio de la psicoterapia. Este instrumento se aplicó al inicio y término de la psicoterapia, tomándose una duración aproximada de 45 minutos.

#### 4.13.2 Proceso terapéutico.

- a) Al inicio de la primera sesión se estableció el horario y duración de la terapia. Se explicó la técnica y forma de trabajo de esta dinámica. A fin de establecer el tema central sobre el cual trabajaría el grupo, cada una de las integrantes se presentó y expresó su motivo de consulta.
- b) Las primeras dos sesiones terapéuticas se llevaron a cabo con la participación de las once mujeres; sin embargo, a partir de la tercera sesión se suscitaron algunas deserciones por motivos diversos: problemas de horario, distancia, viaje y la necesidad de participar en una terapia individual. No obstante, a partir de la cuarta sesión y hasta el término de la psicoterapia participaron con regularidad seis mujeres.
- c) Respetando la dinámica propia de la terapia Narrativa y un equipo reflexivo se permitió que las narraciones compartidas por las mujeres variaran o se ampliaran en uno u otro momento hacia diferentes temáticas a lo largo del proceso, cuidando, en la medida de lo posible, no perder el enfoque en torno a la autoestima, así como el climaterio y sus implicaciones, motivo de esta investigación.
- d) Al término de las once sesiones se aplicó a las seis mujeres los instrumentos correspondientes. Por una parte el de "Entrevista Final", que fuera llenado conjuntamente con una de las entrevistadoras, indistintamente y, posteriormente, se les dejó solas en un lugar adecuado para que procedieran con el llenado del instrumento "La autoestima en el climaterio".
- e) Cinco semanas después de la última sesión, se llevó a cabo una sesión de seguimiento, con la misma duración de tiempo que las sesiones previas.
- f) Durante cada una de las once sesión, así como en la sesión de seguimiento, se elaboró un registro sobre las narraciones escuchadas. Posteriormente, estos registros así como los datos obtenidos mediante el instrumento "Entrevista Final", fueron de utilidad para el desarrollo del análisis cualitativo.
- g) Con el afán de ofrecer un trabajo integral a las mujeres que participaron en la terapia, se les brindó al término de la sesión de seguimiento, una plática impartida por un ginecólogo especializado en climaterio, del Instituto Nacional de Perinatología, con la finalidad de despejar las dudas sobre este tema dentro del ámbito fisiológico.

#### 4.13.3 Análisis de resultados.

El análisis de los resultados se efectuó tanto de manera cuantitativa como cualitativa, como sigue:

- El análisis cuantitativo se llevó a cabo estadísticamente, utilizando una prueba no paramétrica de Walsh. A partir de los datos registrados en la segunda parte del "Cuestionario de Entrevista" aplicado al inicio y término de la psicoterapia.
- El análisis cualitativo se llevó a cabo en base al contenido del Cuadro No. 3, (Comparativo de áreas de conflicto y no conflicto), así como las narraciones de los registros de las once sesiones y el instrumento de "Entrevista Final". Este análisis se basó de acuerdo con lo referido por Bisquerra (1989), en el sentido de que en la metodología cualitativa no se suelen probar teorías o hipótesis, más bien es un método que genera teorías e hipótesis. Las variables no quedan definidas operacionalmente, ni suelen ser susceptibles de medición. La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva. El diseño de la elaboración se va desarrollando a medida que avanza la investigación. La investigación abarca el fenómeno en su conjunto, no se detiene en dividirlo en variables o en discernir entre ellas, y se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto (serendipity).



## CAPITULO V

### ANALISIS DE RESULTADOS.

El Análisis de Resultados se expondrá en tres apartados:

□ **Análisis Gráfico:**

Este análisis contiene la información proporcionada por las mujeres del grupo psicoterapéutico en la primera parte del instrumento denominado "La autoestima en el climaterio" que les fuera aplicado al inicio y al término del proceso.

□ **Análisis Cuantitativo:**

Basado en el análisis estadístico de los datos obtenidos en la segunda parte del instrumento "La autoestima en el climaterio", aplicado al inicio y término de la terapia.

□ **Análisis Cualitativo:**

Basado en el análisis del Cuadro No. 11 y en los registros de las historias y narraciones escuchadas de cada una de las seis participantes que concluyeron el proceso terapéutico.

#### 5.1 Análisis Gráfico.

El cuadro No. 9 presenta los datos de filiación de las 11 mujeres que integraron la muestra inicial de esta investigación, en el cual se aprecia que las 11 mujeres que respondieron a la invitación fluctuaron en un rango de edad de 45 a 61 años, de las cuales 5 viven con pareja. A excepción de dos, las demás tienen hijos de edades que oscilan entre los 16 y 43 años, estando el promedio entre 20 y 30 años. Se advierte que académicamente sólo dos de ellas tienen estudios superiores y las demás cuentan con estudios elementales o primarios. El nivel socio-económico del grupo no se exploró, no obstante se observó el predominio de una clase media – media.

De este grupo inicial, seis asistieron con regularidad hasta el final de las 12 sesiones y cinco abandonaron la psicoterapia al cabo de la segunda y tercera sesión, argumentando diversas causas. Cabe mencionar que de las cinco mujeres que no continuaron en la terapia, sólo una vive con pareja, la cual asistió a un mayor número de sesiones. Vale la pena resaltar que comparativamente con las mujeres que terminaron la terapia, únicamente dos de las seis no viven con pareja.

Cuadro No. 9

## DATOS DE FILIACION

	Sujeto	Edad	No. Hijos	Rango edad hijos	Vive con	Educación	No. Sesiones asistidas (Total 12)	Terminó terapia		Motivo suspensión terapia
								SI	NO	
<b>GRUPO (A)</b>	1	53	2	26 - 31	Hijos	Media	11	X		
	2	60	-	-	Pareja	Media	10	X		
	3	56	-	-	Sola	Superior	10	X		
	4	48	2	20 - 22	Pareja Hijo	Media	8	X		
	5	49	2	22 - 25	Pareja Hijo	Media	9	X		
	6	54	3	28 - 34	Pareja Hija	Elemental	8	X		
<b>GRUPO (B)</b>	7	61	5	39 - 43	Sola	Media	2		X	Cirugía
	8	53	2	25 - 29	Pareja Hijos	Media	3		X	Viaje
	9	45	2	16 - 18	Hijo	Superior	2		X	Hazarte
	10	55	3	20 - 30	Sola	Media	2		X	Demencia
	11	57	3	24 - 36	Hija	Elemental	2		X	Temple individual

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el cuadro No. 10 se observa en el Bloque (I) que en los últimos 10 años, diez de las once mujeres se dedicaban a las "actividades del hogar" (g), seis de ellas con doble jornada ya que contaban con un trabajo remunerado. En el Bloque (II) se vé que las mismas diez mujeres siguen dedicadas a las mismas actividades, sin embargo, solamente tres se mantuvieron en una doble jornada. Con respecto al resto de las actividades el interés se mantuvo en ambos bloques.

Por otra parte, si se hace un comparativo entre los grupos (A) y (B), se aprecia que la única mujer del grupo (A) que contaba con un trabajo remunerado es la misma que tiene estudios superiores (ver Cuadro 9), mientras que las otras cinco se dedicaban principalmente a "actividades del hogar". En lo que se refiere al grupo (B), de las cinco mujeres que abandonaron la psicoterapia, tres reportaron tener un trabajo remunerado.

En el Bloque (III), donde se reflejan las expectativas, llama la atención, por una parte, que en la columna de "actividades del hogar" (g), ninguna de las 11 mujeres mostró el interés por desempeñar esta actividad; y por otra parte, de las cuatro mujeres que tienen un trabajo remunerado, tres evidencian su desinterés por continuarlo, y paradójicamente, las mujeres dedicadas actualmente al hogar, se inclinan en su mayoría por obtener un empleo. En conclusión, se observa que las que tienen un trabajo fuera de casa, quieren dejarlo, y las que trabajan en casa desean un empleo remunerado.

De manera similar, se repite el resultado anterior en lo que a la actividad de "estudiante" (h) se refiere, en el sentido de que ninguna de ellas mostró en sus expectativas interés alguno por el estudio. Estos registros muestran que los objetivos de algunas de las mujeres no son claros, ya que por una parte expresan su deseo de trabajar y por la otra no refieren interés por el estudio, el cual les podría proporcionar oportunidades para ampliar el campo de las alternativas de trabajo.

Analizando el comportamiento entre los tres bloques, se aprecia que las actividades de "voluntariado" (f) y "pasatiempo" (i), aumentan paulatinamente con el paso del tiempo, hasta alcanzar el mayor número de puntos en el tercer bloque, sumando un total de seis, y en contraposición, en lo que a "deporte y/o gimnasia" (d) se refiere, mientras que el puntaje general es equitativo en los dos primeros bloques, en el de expectativas, se reduce hasta un 50%. Es importante destacar este último dato, ya que para prevenir algunos de los efectos sintomatológicos que pudieran presentarse en la etapa del climaterio y mantener una vida saludable, es recomendable el ejercicio cotidiano. La actividad que menor puntaje registra en los tres bloques es la de "actividades religiosas" (e).

Una última consideración cabe hacer en torno a la Sujeto 3, quien particularmente en los dos primeros bloques suma una serie de ocupaciones, mientras que en el apartado de expectativas no muestra interés alguno por dichas actividades.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA DE OCUPACIONES

(*)	SUJETO	BLOQUE (I)									BLOQUE (II)									BLOQUE (III)									⇒ (**)
		Ocupación (Últimos 10 años)									Ocupación actual									Ocupación que les gustaría realizar (EXPECTATIVAS)									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
GRUPO (A)	1							X								X			X	X			X				X		
	2	X						X								X					X						X		
	3		X					X	X	X	X	X			X	X	X												
	4	X			X	X		X	X	X				X	X	X	X	X	X		X								
	5				X		X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X			X				X		
	6							X								X						X	X				X		
GRUPO (B)	7				X			X							X							X							
	8		X					X							X					X		X							
	9	X			X		X	X	X	X			X	X	X	X			X							X			
	10	X	X	X				X	X	X	X	X			X	X	X	X		X	X					X			
	11	X								X																			
Total respuestas		5	1	2	6	1	2	10	5	3	3	1	2	6	2	2	10	5	4	2	3	3	3	0	6	0	0	6	

**TESIS CON FALTA DE ORIGEN**

(\*) Grupo (A) - Terminó terapia  
 Grupo (B) - Suspendió

(\*\*) DESCRIPCIÓN DE OCUPACIONES

- |     |                              |                           |                          |
|-----|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| (X) | A) TRABAJO EMPRESA / OFICINA | D) DEPORTE/GIMNASIA       | G) ACTIVIDADES DEL HOGAR |
|     | B) TRABAJO EVENTUAL          | E) ACTIVIDADES RELIGIOSAS | H) ESTUDIANTE            |
|     | C) NEGOCIO PROPIO            | F) VOLUNTARIADO           | I) PASATIEMPO            |

El cuadro No. 11 muestra un comparativo de las áreas identificadas por las mujeres como "de conflicto y no conflicto" al inicio y término de la psicoterapia, así como de los "beneficios" obtenidos al final de la misma, en torno a su *ámbito personal, intrafamiliar e interpersonal*, subdivididas éstas en ocho áreas: *capacidades y/o habilidades - "manera de ser" - imagen - sexualidad, familia - pareja - hijos, y amistades*, no incluyéndose el área de "otros" en virtud de que únicamente se obtuvo una respuesta en ésta última.

Al observar las primeras columnas se aprecia que *capacidades y/o habilidades, y amistades* son identificadas al inicio de la psicoterapia como las áreas de menor conflicto, en contraposición con "*manera de ser*", *sexualidad, pareja e hijos*, que se distinguen como las áreas conflictivas. De aquí que los problemas que predominan son básicamente en el *ámbito personal e intrafamiliar*.

Analizando *sexualidad* se observa que ésta ha sido marcada por tres sujetos como área de conflicto, en donde dos de ellas la destacan como su demanda principal. Ahora bien, si se hace una correlación *sexualidad - pareja* se aprecia, en primer término, que dos de las cinco mujeres que tienen pareja apuntan la existencia de conflicto en ambas áreas, refiriéndolo una en particular como su demanda primaria. Asimismo, se puede ver que la Sujeto No. 2, quien jerarquizara *sexualidad* como el principal conflicto, no hace señalamiento alguno en el renglón de *pareja*, mientras que la Sujeto No. 3, resalta *pareja* como área de conflicto, y no así el ámbito sexual. Por último, llama la atención que en el área de *sexualidad* ninguna señala haber obtenido beneficio al término de la terapia.

Por lo que respecta al área de *hijos*, se puede ver que de las cuatro mujeres que los tienen únicamente dos la resaltan como de conflicto, y sólo una de ellas reconoció el beneficio al finalizar la terapia. Por otro lado, cabe hacer mención que la Sujeto No. 4 también reconoció haberse beneficiado en este renglón, aun cuando desde un principio no manifiesta existir conflicto. Vale la pena resaltar que las dos mujeres que destacan haberse visto favorecidas con la terapia en esta área viven con pareja actualmente, mientras que la que vive sola con los hijos no reflejó beneficio alguno (ver Cuadro No.9).

Aun cuando *imagen* no se distingue en este cuadro como área de conflicto, cabe hacer algunos señalamientos en virtud de que dos de las mujeres lo han resaltado como su principal problemática. En el primer caso, la Sujeto No. 3 muestra una ganancia significativa en *imagen* dado que al inicio lo señala como el principal conflicto y al término del proceso lo registra como el beneficio principal. No así en el segundo caso, donde no refleja mejoría alguna. Por otra parte, la Sujeto No. 4 repite el comportamiento anterior al marcar un importante logro en este rubro al final del proceso, no obstante que de inicio lo destaca como un área sin problema.

Intencionalmente se ha dejado al último el análisis de "*manera de ser*" por considerar interesante el resultado mostrado en este cuadro. Analizando cada una de las áreas, se advierte que "*manera de ser*" ha sido resaltada por cinco de las seis mujeres del grupo, como el área principal de ganancia, a excepción de una que la señala en tercer término. Examinando detenidamente el comparativo conflicto - beneficio de cada sujeto, se puede ver que no obstante que al término del proceso persisten algunas áreas sin resolver, en la mayoría de los casos se aprecian cambios importantes. Este resultado da cuenta de que,

CUADRO No. 11

COMPARATIVO DE AREAS DE CONFLICTO Y NO CONFLICTO  
INICIO Y TERMINO DE LA PSICOTERAPIA (PRE TEST Y POST TEST)

(LA NUMERACION CORRESPONDE A LA JERARQUIZACION QUE LAS SUJETOS ASIGNARON A CADA AREA)

		AMBITO PERSONAL												AMBITO INTRAFAMILIAR									AMBITO INTERPERSONAL			
		CAPACIDADES Y/O HABILIDADES			"MANERA DE SER"			IMAGEN			SEXUALIDAD			FAMILIA			PAREJA			HIJOS			AMISTADES			
		PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST	
		Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	Areas NO conflicto	Areas conflicto	Beneficio obtenido	
AREAS (1) ⇓																										
EJEMPLO ↓																										
1		1°	2°		2°	1°												3°	3°				1°			
2		1°			2°	1°						1°	⊕	3°	⊕									2°		
3		1°	2°	3°	3°			1°	1°	5°				2°		2°	⊕						4°			
4		6°			4°	1°	3°	2°			1°	⊕		2°		2°	4°	1°	3°				5°			
5		1°				1°		1°	⊕														2°		3°	
6			3°	⊕		1°	1°	1°					5°	⊕			3°	4°	⊕			2°	2°			
Total Personajes por Area		4	2	2	2	3	6	2	2	2	1	3	0	2	1	2	0	3	1	1	2	3	4	0	1	



NO REFLEJA BENEFICIO AL TERMINO DE LA PSICOTERAPIA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

con excepción del área de *sexualidad*, en donde no se registra reporte alguno, todos las demás áreas que conforman el *ámbito personal*, se han posicionado con ganancias sobresalientes. Por otra parte, por lo que al *ámbito intrafamiliar* se refiere, pudiera parecer en un primer momento que no se alcanzaron beneficios, sin embargo, se puede concluir que si de primera instancia las mujeres reconocen haber logrado un cambio en su "*manera de ser*", esto podría ser un comienzo para percibir las situaciones desde otro lugar, lo que redundaría posteriormente en una mejora en las relaciones del *ámbito intrafamiliar*.

## 5.2 Análisis Cuantitativo.

En este apartado se presentan los resultados desde un análisis cuantitativo, a partir de las calificaciones registradas, que se obtuvieron en la segunda parte del instrumento "La autoestima en el climaterio" aplicado al inicio y término de la psicoterapia. Dichas calificaciones se obtuvieron en base al valor numérico que se le dio a cada una de las cinco alternativas de respuesta: (1) Nunca, (2) Casi nunca, (3) Algunas veces, (4) Casi siempre y (5) Siempre. Una vez obtenidos los puntajes de cada una de las afirmaciones, se agruparon en torno a su *ámbito personal, intrafamiliar e interpersonal*, subdivididas éstas en ocho áreas: *capacidades y/o habilidades - "manera de ser" - imagen - sexualidad, familia - pareja - hijos, y amistades*.

De esta forma se utilizó la prueba no paramétrica de Walsh, dado que este análisis cuantitativo se llevó a cabo con las 6 mujeres que permanecieron hasta el término de la psicoterapia. El resto de las mujeres no fueron consideradas, en virtud de no haber concluido la terapia.

La prueba de Walsh se escogió porque hace uso de dos muestras relacionadas (cada sujeto es su propio control), y porque se puede suponer que los puntajes de diferencia numérica provienen de poblaciones simétricas. El nivel de significación que se utilizó para este estudio fue tomado de la "Tabla de valores críticos para la prueba de Walsh", de acuerdo a la "N" que contiene cada área, en virtud de que varía el número de "N" en algunas de éstas.

De acuerdo a los resultados se observa que se obtuvo beneficio en las áreas de *capacidades y/o habilidades, "manera de ser", imagen y sexualidad*, resaltando que éstas pertenecen al *ámbito personal*, no dándose los mismos resultados en las áreas de *familia, pareja, hijos y amistades*, las cuales pertenecen a los *ámbitos intrafamiliar e interpersonal*, como se presenta en los siguientes cuadros y figuras.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No. 12 CAPACIDADES Y/O HABILIDADES.**

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACION	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	3	3	4	5	4	2	3	3	5	5	4	2
4	3	3	5	4	4	1	3	3	4	4	4	3
13	1	3	3	3	3	1	1	3	4	3	3	1
19	5	3	5	5	5	3	5	3	4	5	5	2
21	3	3	4	5	3	1	5	3	4	4	5	4
30	4	4	4	5	5	3	4	4	5	5	4	2
35	4	3	4	5	4	4	4	3	4	5	4	3
50	4	4	4	5	4	3	4	5	4	5	5	3
53	2	3	5	4	4	1	3	3	4	4	4	2
56	3	2	4	4	4	2	2	3	5	4	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>24</b>

Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores (Walsh)  $\alpha = .047$  y  $N = 6$ 

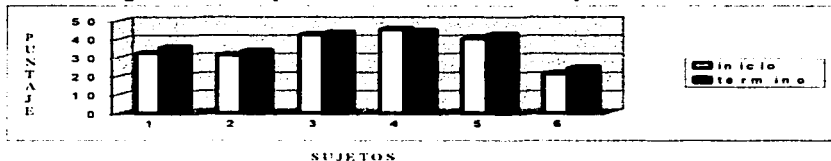
Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	32	35	-3
2	31	33	-2
3	42	43	-1
4	45	44	1
5	40	42	-2
6	21	24	-3

(\*)  $d_1 - 3, d_2 - 3, d_3 - 2, d_4 - 2, d_5 - 1, d_6 - 1$ .Fórmula:  $[d_s, \frac{1}{2}(d_i + d_o)] < 0$ 

$[-1, \frac{1}{2}(-2 + 1)] < 0, \frac{1}{2}(-1) < 0, = -.5 < 0$ , por lo tanto:  $-.5$ , es menor a cero, lo que representa que **SI HUBO BENEFICIO** en este vector.

Figura No. 5. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## Cuadro No. 13 "MANERA DE SER"

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACIÓN	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3	3	3	5	4	4	3	4	4	4	4	5	3
6	1	2	4	4	3	2	4	3	5	3	4	1
9	5	4	5	1	1	5	5	5	3	3	1	1
12	4	3	5	5	4	1	4	3	3	5	5	3
18	2	2	3	3	1	1	2	2	3	3	1	1
24	1	4	5	5	4	1	3	4	5	5	4	1
25	1	5	1	5	3	1	1	5	5	5	5	1
18	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5
43	3	1	4	1	4	3	4	3	3	3	4	3
44	2	3	4	5	3	1	3	2	4	3	5	2
49	3	4	4	4	5	1	4	4	4	4	5	2
59	4	3	3	4	5	4	4	3	4	5	4	5
61	4	3	3	5	5	3	4	4	4	3	4	3
TOTAL	38	42	51	53	47	31	47	47	52	55	54	34

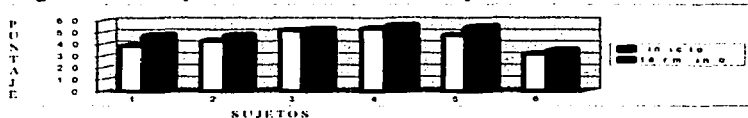
Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores (Walsh)  $\alpha = .047$  y  $N = 6$ 

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares.

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d (*)
1	38	47	-9
2	42	47	-5
3	51	52	-1
4	53	55	-2
5	47	54	-7
6	31	34	-3

(\*)  $d_1 - 9$ ,  $d_2 - 7$ ,  $d_3 - 5$ ,  $d_4 - 3$ ,  $d_5 - 2$ ,  $d_6 - 1$ Fórmula:  $[d_i, \frac{1}{2}(d_i + d_n)] < 0$ 
 $[-1, \frac{1}{2}(-2 + (-1))] < 0$ ,  $= \frac{1}{2}(-3) < 0$ ,  $= -1.5 < 0$ , por lo tanto, -1.5, es menor a cero, lo que representa que **SI HUBO BENEFICIO** en este vector.

Figura No. 6. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



Cuadro No. 14. IMAGEN

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACION	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2	2	3	1	5	1	3	2	4	2	5	2	3
8	2	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3	3
27	4	4	5	5	5	2	5	4	5	4	5	3
32	2	2	3	1	1	4	3	2	3	3	1	3
46	3	3	3	5	5	1	3	3	3	5	5	1
51	2	3	3	4	4	3	2	4	4	5	3	2
54	1	2	1	3	1	1	1	3	4	4	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>17</b>

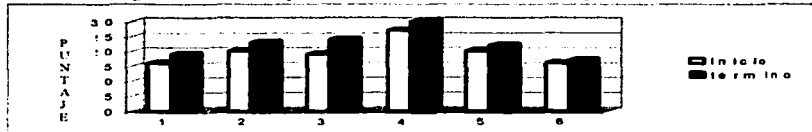
Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores críticos (Walsh)  $\alpha = .047$  y  $N = 6$ 

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares.

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	16	19	-3
2	20	23	-3
3	19	24	-5
4	27	30	-3
5	20	22	-2
6	16	17	-1

(\*)  $d_1 = -5$ ,  $d_2 = -3$ ,  $d_3 = -3$ ,  $d_4 = -3$ ,  $d_5 = -2$ ,  $d_6 = -1$ ,Fórmula:  $[d_5, \frac{1}{2}(d_4 + d_6)] < 0$ 
 $[-2, \frac{1}{2}(-3 + (-1))] < 0$ ,  $= -1$ ,  $\frac{1}{2}(-4) < 0$ ,  $= -2 < 0$ , por lo tanto, -2, es menor a cero, lo que representa que **SI HUBO BENEFICIO** en este vector

Figura No. 7. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



SUJETOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No. 15. SEXUALIDAD

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACION	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5	-	1	3	2	3	2	-	2	3	3	3	2
11	-	2	5	5	5	5	-	2	4	5	4	3
16	-	1	3	4	4	2	-	3	3	4	4	2
22	-	1	4	3	4	2	-	2	4	3	4	3
28	-	1	3	2	3	2	-	2	3	1	5	3
37	-	1	3	2	3	2	-	4	3	3	4	3
48	-	1	3	2	3	2	-	2	3	3	3	3
52	-	1	4	2	3	3	-	1	4	4	4	3
58	-	1	3	1	3	1	-	1	4	1	3	4
63	-	1	4	3	4	2	-	2	3	2	4	3
TOTAL.	-	12	35	25	35	23	-	21	34	29	38	29

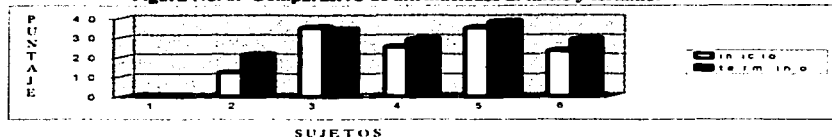
Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores críticos (Walsh)  $\alpha = .047$  y N 6

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares.

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	-	-	-
2	12	21	-9
3	35	34	1
4	25	29	-4
5	35	38	-3
6	23	29	-6

(\*)  $d_1 = -9$ ,  $d_2 = -6$ ,  $d_3 = -4$ ,  $d_4 = -3$ ,  $d_5 = 1$ .Fórmula:  $(d_5, \frac{1}{2}(d_4 + d_6)) < 0$  $\frac{1}{2}(-3 + 1) < 0, = -1, \frac{1}{2}(-2) < 0, = -1 < 0$ , por lo tanto, -1, es menor que cero, lo que representa que **SI HUBO BENEFICIO** en este vector.

Figura No. 8. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No. 16. FAMILIA

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACIÓN (4)	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
14	5	2	3	5	5	5	5	3	3	5	5	5
40	4	3	5	5	5	5	4	3	4	5	4	4
45	5	1	3	5	5	3	5	2	3	5	5	2
55	5	2	3	5	5	4	4	2	3	5	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>14</b>

Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores críticos (Walsh)  $\alpha = .047$  y  $N = 6$ 

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares.

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	19	18	1
2	8	10	-2
3	14	13	1
4	20	20	0
5	20	19	1
6	17	14	3

(\*)  $d_1 = -2$ ,  $d_2 = 1$ ,  $d_3 = 1$ ,  $d_4 = 1$ ,  $d_5 = 0$ ,  $d_6 = 3$ ,Fórmula:  $[d_n, \frac{1}{2}(d_n + d_6)] < 0$ 
 $[0, \frac{1}{2}(1 + 3)] < 0$ ,  $= -1$ ,  $\frac{1}{2}(4) < 0$ ,  $= 2 > 0$ , por lo tanto, 2. es mayor que cero, lo que representa que **NO HUBO BENEFICIO** en este vector

Figura No. 9. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No. 17. PAREJA

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia

No. DE LA AFIRMACION	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7	-	4	3	1	5	2	-	3	3	1	4	2
17	-	4	3	2	4	2	-	1	3	2	4	2
33	-	5	3	5	5	2	-	4	3	5	5	2
36	-	5	5	1	4	2	-	4	4	1	5	2
41	-	3	3	1	4	1	-	3	3	1	4	1
60	-	3	3	1	4	1	-	3	3	1	4	1
62	-	4	3	1	4	4	-	4	3	1	4	4
<b>TOTAL</b>	-	28	23	13	30	13	-	22	22	12	30	20

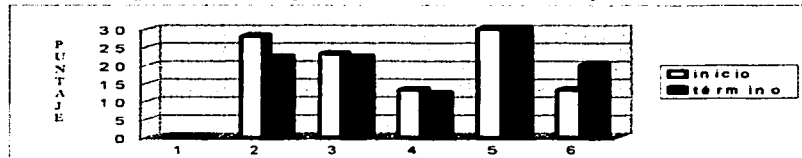
Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores críticos (Walsh)  $\alpha = .062$  y  $N = 5$ 

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares.

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	-	-	-
2	28	22	6
3	23	22	1
4	13	12	1
5	30	30	0
6	13	20	-7

(\*)  $d_1 = -7$ ,  $d_2 = 0$ ,  $d_3 = 1$ ,  $d_4 = 1$ ,  $d_5 = 6$ .Fórmula:  $\frac{1}{2}(d_i + d_n) < 0$  $\frac{1}{2}(1 + 6) < 0$ ,  $-1$ ,  $\frac{1}{2}(7) < 0$ ,  $= 3.5 > 0$ , por lo tanto, 3.5, es mayor que cero, lo que representa que **NO HUBO BENEFICIO** en este vector

Figura No. 10. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



SUJETOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 18. HIJOS

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACIÓN (6)	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
15	5	-	-	5	3	5	5	-	-	5	5	4
26	5	-	-	5	5	4	5	-	-	5	5	4
34	5	-	-	5	5	3	5	-	-	5	5	4
39	4	-	-	5	5	5	4	-	-	5	4	3
42	5	-	-	5	5	4	5	-	-	5	4	4
47	5	-	-	5	5	3	5	-	-	5	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>22</b>

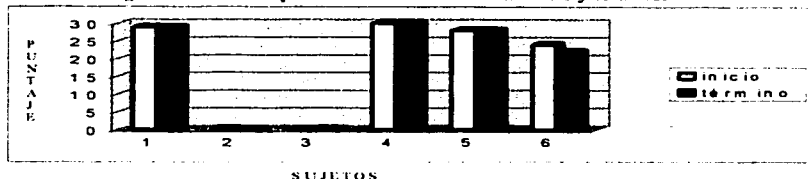
Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores críticos (Walsh)  $\alpha = .062$  y  $N = 4$ 

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares.

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	29	29	0
2	-	-	-
3	-	-	-
4	30	30	0
5	28	28	0
6	24	22	2

(\*)  $d_1 = 0$ ,  $d_2 = 0$ ,  $d_3 = 0$ ,  $d_4 = 2$ .Fórmula:  $d_i < 0$  $2 > 0$ , por lo tanto, 2 es mayor que cero, lo que representa que **NO HUBO BENEFICIO** en este vector

Figura No. 11. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 19. AMISTADES

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

No. DE LA AFIRMACION	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10	5	5	5	5	5	1	5	5	4	5	5	2
20	4	4	5	5	5	1	4	3	5	5	4	3
23	5	4	5	5	5	2	5	4	4	5	5	3
29	4	3	3	3	5	5	3	2	3	4	5	3
31	5	4	5	4	5	2	4	4	4	5	5	3
57	5	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	3
64	3	3	4	5	5	1	3	3	5	5	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>20</b>

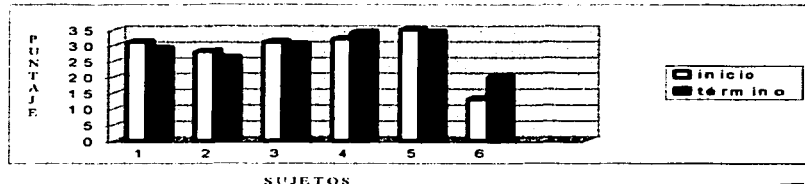
Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores (Walsh)  $\alpha = .047$  y  $N = 6$ 

Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	31	29	2
2	28	26	2
3	31	30	1
4	32	34	-2
5	35	34	1
6	13	20	-7

(\*)  $d_1 - 7, d_2 - 2, d_3 1, d_4 1, d_5 2, d_6 2,$ Fórmula:  $[d_i, \frac{1}{2}(d_i + d_6)] < 0$ 
 $[2, \frac{1}{2}(1 + 2)] < 0, = \frac{1}{2}(3) < 0, = 1.5 > 0$ , por lo tanto, 1.5, es mayor que cero, lo que representa que **NO HUBO BENEFICIO** en este vector.

Figura No. 12. Comparativo de afirmaciones al inicio y término.



TESIS CON  
FALLA DE CUMPLIMIENTO

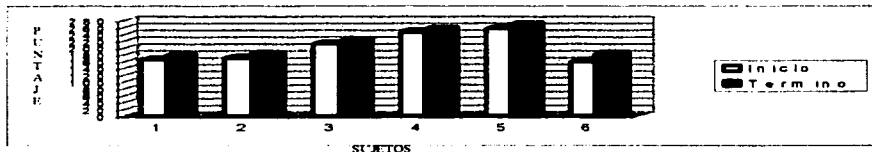
**Cuadro No. 20. PUNTAJES TOTALES**

Calificación de las afirmaciones al inicio y término de la terapia.

Vector	INICIO						TERMINO					
	SUJETO						SUJETO					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Capacidades y/o Habilidades	32	31	42	45	40	21	35	33	43	44	42	24
Manera de ser	38	42	51	53	47	31	47	47	52	55	54	34
Imagen	16	20	19	27	20	16	19	23	24	30	22	17
Sexualidad	-	12	35	25	35	23	-	21	34	29	38	29
Familia	19	8	14	20	20	17	18	10	13	20	19	14
Pareja	-	28	23	13	30	13	-	22	22	12	30	20
Hijos	29	-	-	30	28	24	29	-	-	30	28	22
Amistades	31	28	31	32	35	13	29	26	30	34	34	20
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>169</b>	<b>215</b>	<b>245</b>	<b>255</b>	<b>158</b>	<b>177</b>	<b>182</b>	<b>218</b>	<b>254</b>	<b>267</b>	<b>180</b>

Nivel de significación de acuerdo a la tabla de valores ( Walsh)  $\alpha = .047$  y  $N = 6$ **Puntajes de diferencia para cada uno de los N pares**

SUJETO (N)	INICIO	TERMINO	d. (*)
1	165	177	-12
2	169	182	-13
3	215	218	-3
4	245	254	-9
5	255	267	-12
6	158	180	-22

(\*)  $d_1 = -22$ ,  $d_2 = -13$ ,  $d_3 = -12$ ,  $d_4 = -12$ ,  $d_5 = -9$ ,  $d_6 = -3$ .Fórmula:  $[d_5, \frac{1}{2}(d_5 + d_6)] < 0$ [-9,  $\frac{1}{2}(-12 + (-3)) < 0$ , =  $\frac{1}{2}(-15) < 0$ , = -7.5 < 0, por lo tanto, -7.5, es menor que cero, lo que representa que **SI HUBO BENEFICIO** en los puntajes totales.**Figura No. 13. Comparativo total de afirmaciones al inicio y término.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### 5.3 Análisis Cualitativo:

Con objeto de dar mayor contexto a este análisis, se tomó en consideración, en adición a los registros del Cuadro No. 11, el contenido de las historias y narraciones escuchadas a lo largo del proceso de cada una de las seis mujeres, así como las respuestas del instrumento "Entrevista final", permitiendo reincorporar nuevos resultados.

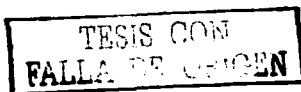
Los criterios utilizados en este análisis pretenden buscar coherencia entre lo señalado en los instrumentos aplicados y los relatos escuchados en las sesiones. Por ello, se consideran en este apartado aquellos discursos vinculados a áreas de "conflicto y no conflicto", así como a "beneficios" obtenidos al término de la terapia.

#### SUJETO 1

Señaló como conflicto las áreas de *capacidades y/o habilidades*, "*manera de ser*" e *hijos*, mismas que desde el inicio del proceso terapéutico fueron expuestas con abundancia mediante temas como su estado de viudez, diferencias con sus hijos a partir de la muerte de su esposo, la pérdida de la posesión de su casa familiar, y su falta de capacidad para hacer cosas nuevas. Al referirse a la muerte de su esposo, dice: "no he superado la depresión desde hace seis años que mi esposo falleció... ahora que estoy viuda no me he podido ubicar todavía". Respecto a los conflictos con sus hijos, comenta: "cuando mi marido murió, mis hijos quisieron tomar el papel de dominio". Llegado el momento de exponer su coraje por la pérdida de la casa que habitara con su esposo e hijos, comenta: "tengo coraje por haber perdido mi casa...me arrepiento de no haber luchado por ella".

Al término de la psicoterapia, refiere en el instrumento haberse visto favorecida en su "*manera de ser*", *capacidades y/o habilidades*, así como *hijos*, situación que se corrobora por lo escuchado en sus relatos durante las últimas sesiones: "estoy asombrada de mi cambio... he cambiado física e interiormente.. porque me conocí a mí misma y soy capaz de hacer muchas cosas". De igual forma, según se escuchó de propia voz: "ya no me siento con tantos miedos". En cuanto a sus *capacidades y/o habilidades*, expresa: "me veo cambiada, más tranquila, mi reto es encontrar trabajo....tengo que salir adelante". Al referirse en su discurso a los beneficios obtenidos en el ámbito intrafamiliar, se circunscribe principalmente a sus hijos, manifestando que, no obstante prevalecen ciertas dificultades con ellos, no quiere volver a ser tratada como antes: "platico mejor con mis hijos.... aprendí que mis hijos no sean los que me dirijan". Finalmente, acepta que ya han pasado muchos años de la muerte de su esposo, y dice: "ahora veo que se tuvo que ir y yo tengo que salir adelante".

Con respecto a su participación dentro del grupo terapéutico, hace patente el beneficio obtenido al permitirse escuchar y ser escuchada por las demás: "Creo que el hablarlo aquí me ha servido.... escuchar los problemas de los demás nos ayuda a arreglar los nuestros"; "pienso que las que estamos aquí no somos las mismas".



Desde el inicio y hasta el término de la psicoterapia, se observa coherencia entre sus demandas principales y su discurso, no obstante, cabe resaltar que si bien considera haberse visto beneficiada dentro del ámbito familiar, se vislumbra que el haber tomado la decisión de un cambio, podría provocar futuras repercusiones en la relación con sus hijos.

## SUJETO 2

Resalta en el instrumento como áreas de conflicto la *sexualidad*, "*manera de ser*" y *familia*. En un primer momento, al hablar de su "*manera de ser*", expresa: "soy una persona de muchos defectos... me siento insegura... debo aprender a poner límites, sin temor a dejar de ser querida". Asimismo, señala tener conflictos con su pareja, sin embargo, pareciera que el eje del tema no es la convivencia de pareja como tal, sino sus relaciones sexuales, según lo refiere por propia voz: "Vivo con mi actual pareja con la que tengo problemas en mi relación sexual". Al exponer los conflictos de *familia*, éstos van en dirección a la convivencia con su madre: "tengo conflictos con mi madre y eso me causa molestia.... tengo que ser más tolerante".

Al finalizar el proceso la sujeto considera haberse visto favorecida en "*manera de ser*", tal y como lo señala en el instrumento respectivo, situación que reiterativamente se observa a lo largo de las sesiones finales: "estoy en proceso de cambio y no me es fácil.... ahora me siento diferente, ahora sé que estoy dispuesta al cambio... tengo la intención de cambiar para sentirme mejor". Asimismo, piensa en ella misma y dice: "requiero de tiempo para mí, para relajarme y para pensar en mí".

Aun cuando no marca en el instrumento final beneficio alguno en otras áreas más, cabe resaltar que en su trabajo terapéutico da cuenta de algunas reflexiones con respecto al área de *pareja*: "me gustaría verme más segura y no quiero perder a mi pareja actual".

En diversas ocasiones comenta que el haber participado en la terapia de grupo le ha ayudado a descubrirse y menciona: "El oír a otras hablar de sus problemas me ha hecho reflexionar en varios aspectos de mi vida, lo que me ha ayudado para empezar a dar los primeros pequeños pasos para cambiar... Me hace bien estar aquí... el escuchar a otros es importante".

No obstante que el resultado final pareciera parcialmente satisfactorio, al no obtener respuestas plenas en dos de las tres demandas principales, se podría considerar significativo el avance del trabajo terapéutico en cuanto a percatarse de haber dado los primeros pasos para el inicio de un proceso de cambio.

## SUJETO 3

La información extraída de esta historia es escasa dado sus breves intervenciones a lo largo de la primera mitad de la terapia. Aun así, expone en la primera sesión temas cuyo contenido refieren *imagen* y *pareja*, mismos que señala en el instrumento inicial como áreas de mayor conflicto. En cuanto a *imagen* afirma: "Al asistir a una terapia de mujeres menopáusicas pensé que me encontraría con un grupo de mujeres viejas y feas, pero cual fue mi sorpresa al ver mujeres alegres y jóvenes, y eso me anima a trabajar para mi misma", y con respecto a la *pareja*, dijo: "yo no estoy de acuerdo con esa idea de pensar que soy exclusiva de mi marido... en mi caso, yo soy divorciada, cuando me separé fue muy grave en mi familia, y peor por el hecho de no haber tenido hijos". El resto de sus exposiciones las centra fundamentalmente en dar explicaciones, tales como: "Pienso que no debo hablar cuando no se trata algo que a mí me mueva, desde chica no me gustaba que me hicieran hablar cuando yo no quería y si me insisten, menos puedo hacerlo", no obstante, paulatinamente su nivel de participación fue evidente en las sesiones posteriores.

Una vez terminado el trabajo psicoterapéutico, subrayó haber obtenido beneficios en el área de *imagen*, seguida de *capacidades y/o habilidades*, y "*manera de ser*". Respecto a *imagen*, señaló: "Yo necesito meteme más en mí y aceptarme más"; refiriéndose a sus *capacidades*, comenta: "Hoy me siento más segura y contenta", y, por último, al hablar de un cambio en su "*manera de ser*", expresa: "Yo he vivido siempre revelándome ante lo impuesto, y el dejar de revelarme me hará disfrutar y vivir más libre y plenamente".

Refiriéndose a las bondades del trabajo grupal, menciona: "Me quedo admirada de las bondades de la terapia... la terapia fue un empujón para no quedarme fuera, fue como revalorarme".

Si bien afirma haberse visto favorecida en una de sus principales demandas de ayuda, refiriéndose en este caso a *imagen*, pareciera por lo escuchado en sus relatos que circunscribe la imagen no sólo a su aspecto físico, sino que la hace extensiva a la *manera* como se vé ella misma ante los otros: "Ahora me veo y me siento mejor ante los demás". Respecto a su demanda de *pareja*, no abundó sobre el tema.

## SUJETO 4

En este caso se observa que *sexualidad* y *pareja* son las áreas que consideró de mayor conflicto, lo cual reveló durante las primeras sesiones. Sobre *sexualidad* refirió: "Yo tengo problemas con mi pareja en el área sexual", y expuso los conflictos de *pareja* al comentar: "Él me vé servil y mi autoestima está mal... es un machista".

En el instrumento aplicado al término de la terapia señaló haberse visto favorecida en cuatro áreas: "*manera de ser*", *imagen*, *pareja* e *hijos*, aspectos que fueron tratados por ella durante las últimas sesiones. En torno a su "*manera de ser*", comenta: "No hay que

tratar de cambiar a los demás, sino cambiar uno mismo... he aprendido a no sentirme sola”, de igual forma, en lo concerniente a *pareja*, explica los cambios que consideró haber logrado: “Antes si mi esposo se enojaba, yo también; ahora trato de calmarme y aclarar el problema”. Por otra parte, refiere su propósito de mostrar afecto tanto a su esposo como a sus hijos: “Me he hecho el propósito de decirle a mi esposito y a mis hijos lo que siento y decirles cuánto los quiero, y los abrazo y los apapacho cuando lo siento”, y por último, hace referencia de su pensamiento actual con respecto a su *imagen*: “Lo que pienso ahora es: - lo que tu tienes que hacer es amarte tú, también a tus hijos y marido, pero tu primero”.

En torno a las *capacidades y/o habilidades* es importante señalar que en los instrumentos aplicados al inicio y término de la psicoterapia no reconoce beneficios, no obstante, en su narración se observó otro lenguaje: “Lo que he aprendido es quererme y hacer respetar mis convicciones”.

Durante el transcurso del proceso reiteradamente hizo mención del beneficio obtenido por su participación en la terapia, refiriéndolo de esta manera: “en general, el grupo me ha enriquecido... me ha hecho reflexionar mucho y sobre todo acerca de lo que pasa con respecto a mi pareja... ya estoy haciendo mi cambio a partir de esta terapia”.

El discurso ha sido en todo momento consistente con respecto a las demandas principales. Particularmente, sobre *pareja* se puede vislumbrar la presencia de un primer avance al hacer una reflexión: “en lugar de quedarme callada, creo que debo tratar de abrirme más con mi esposo”.

## SUJETO 5

Señala en primer término como área de conflicto *imagen*, y en segundo el área denominada *otros*, en donde describe su problemática: “Tengo temor de trasladarme a lugares que no me son conocidos”. Con respecto a *imagen* en sus narraciones se escucha: “Los hombres pueden estar panzones y no se les dice nada, en cambio la mujer debe estar delgada para que nos acepten”. Asimismo, manifiesta su personal interés por participar en este grupo con el deseo de: “conocer más sobre el tema de menopausia, dado que no puedo someterme a un tratamiento de reemplazo hormonal por haber padecido problema de cáncer”. Explica que desde hace tiempo padece algunos de los síntomas del climaterio y dice: “se me bajan las pilas y en ocasiones no quiero hacer otra cosa que dormir”.

Una vez finalizado el proceso terapéutico, la sujeto señaló en el instrumento haberse visto favorecida en tres áreas: “*manera de ser*”, *hijos* y *amistades*. Por lo que concierne a “*manera de ser*” opinó: “Quiero aprender a decir no y si a la hora que se me da la gana”; ahora bien, con respecto a *hijos* se desprende de sus narraciones: “Ahora disfruto a mi hijo que vive con nosotros... lo respeto y trato de no meterme en la relación con su novia”. Por último, se desconoce de qué manera evalúa la ganancia obtenida en *amistades* dado que en ninguna sesión revela detalle algún sobre este tema.

Es importante hacer mención que aun cuando en los instrumentos de inicio y término de la terapia no hizo señalamientos en torno a sus *capacidades y/o habilidades*, sí puntualiza en su discurso de las últimas sesiones el beneficio obtenido: "Este espacio me ayudó para reconocer que tengo todo el potencial dentro de mí para trabajar y ser útil". Asimismo, en lo concerniente al climaterio, en repetidas ocasiones refiere su interés por estar más documentada sobre las repercusiones fisiológicas del mismo e insiste en que: "Necesitamos tener más información sobre la menopausia, aunque ahora que escucho algo sobre esto, ya no la veo como apestado".

Finaliza reconociendo las bondades de este proceso al afirmar: "La terapia grupal es buena, pues muchas veces no "nos cac el veinte" sino hasta después de escuchar las opiniones de las demás".

Al parecer no logró cubrir las expectativas respecto a su *imagen*, demanda que señaló prioritaria. Su participación en el grupo fue escasa, no obstante en el instrumento se observó beneficio.

## SUJETO 6

Señaló en el instrumento de inicio un total de cinco áreas de conflicto, por lo que se consideró preciso clasificarlas como demandas primarias y secundarias, con el fin de subrayar prioridades, seleccionando en primer término "*manera de ser*", *hijos*, y *capacidades y/o habilidades*, seguidas de *pareja y sexualidad*. Ahora bien, por la información que se desprende de los relatos concernientes a "*manera de ser*" la sujeto menciona: "...los hombres me dan miedo, .... no quiero salir a la calle". Con respecto a sus hijos refiere: "Mis hijos me insisten en que salga y me dedique a alguna actividad en especial, pero no tengo ganas"; en lo que a sus *capacidades y/o habilidades* se refiere: "Siempre he sido una ama de casa, y siento que no sé hacer nada... siento miedo a enfrentarme a cosas nuevas".

Respecto a las demandas secundarias, aun cuando señala *pareja y sexualidad*, no abunda mayormente sobre estos temas a lo largo del proceso, lo que impide extraer frases representativas para su análisis; caso contrario de *amistades*, en donde, sin hacer ningún señalamiento en el instrumento, puntualiza consideraciones importantes tales como : "...no me es fácil hacer amistades".

Al término de la terapia, señaló haberse visto favorecida en "*manera de ser*", *hijos y familia*, situación que se corrobora a través de su discurso, iniciando con "*manera de ser*": "Ahora he cambiado ya que mi maestro de cocina es hombre y en otro momento no hubiera entrado.... para mi fue útil descubrir qué tengo de bueno". En lo concerniente a *hijos y familia*, cabe hacer mención que aun cuando señala beneficios en estas áreas, estos se reflejan en la forma en que ella se reconoce y quiere ser reconocida por los otros como lo expresa: "Ahora ya me impongo con mis hijos... Yo quiero estar bien con todos, si es posible; pero lo importante es que yo me sienta bien", y finaliza refiriéndose a la pareja: "Yo le digo

a mi esposo lo que me están enseñando. Él está contento y me dice que debo seguir con otros cursos al terminar aquí".

Es importante hacer notar que en el instrumento final no existió señalamiento alguno respecto a los beneficios obtenidos en sus *capacidades y/o habilidades e imagen*, ni en sus relaciones interpersonales; no obstante, reiteradamente expresó verbalmente beneficios en dirección a sus *capacidades y/o habilidades*, tales como: " Mi vida ha cambiado, ahora hago muchas cosas que antes no me atrevía a hacer". De la misma forma, al hablar de su *imagen*, afirma: "No me gustaba verme al espejo, y ahora puedo un poco más". Y por último, se fija como reto el integrarse a nuevos grupos: "Hoy estoy triste porque ya va a terminar la terapia y porque no puedo platicar con nadie más que con ustedes, pero también es un reto para continuar con otros grupos".

El haber participado en este grupo le permitió aprender a reflexionar, según lo reveló recurrentemente y de diferentes maneras a través de sus palabras: "He aprendido a reflexionar porque yo era la sufrida y cuando vine aquí entre todas me dieron el empujón para cambiar... En esta terapia he aprendido que no se nos va a dar una lista de cosas para hacer, sino que es una terapia de reflexión... Hay que aceptar las cosas buenas y malas y dejar de estar metida en mí misma".

En síntesis, se pudo observar que la información referida en el instrumento por cada una de las integrantes del grupo terapéutico, reflejó en términos generales una notable congruencia con respecto a las narraciones vertidas por ellas a lo largo de las doce sesiones, tanto en lo que se refiere a las áreas identificadas "de conflicto", como en aquellas en donde marcan "beneficios" logrados; no obstante, se observó a través de los relatos la presencia de beneficios significativos que no fueron reflejados en el instrumento.

## DISCUSION

El objeto principal de esta investigación es resaltar los beneficios que una mujer en etapa del climaterio puede obtener con su participación en un grupo terapéutico, respecto de su autoestima, así como buscar que la resignificación de sus experiencias la lleven a vivir de mejor manera esta etapa, hasta el final de su vida.

La amplia revisión de literatura sobre el tema permitió obtener un basto conocimiento sobre las particularidades de la autoestima de la mujer en la etapa del climaterio, de manera general, y específicamente dentro del contexto en México, cuyas características principales a *grosso modo*, se pueden determinar como sigue:

- El climaterio, aun cuando es un fenómeno universal por cuanto atañe a la totalidad de la población femenina mundial, difiere en su sintomatología y manifestaciones dependiendo de cada mujer, en virtud no sólo de la cultura a la que pertenezca y del ambiente sociocultural en el que cada una de ellas se desenvuelva, sino también influenciada por la constitución biológica y predisposición genética, así como por cúmulo de experiencias vividas de la mujer de que se trate.
- Existe un desconocimiento en el ámbito social y particularmente en la mujer, con respecto a la diferenciación entre climaterio y menopausia, así como de sus expresiones fisiológicas y psicológicas, lo que hace que se confundan sus manifestaciones y se formulen deducciones equivocadas o imprecisas, promoviendo que un alto porcentaje de mujeres de mediana edad no acepten favorablemente la inminente transición de esta etapa de vida.

Esta aseveración se hizo evidente al realizar un ejercicio con un grupo de mujeres de diferentes niveles socio-económicos, académicos y profesionales que participaron en la prueba piloto del instrumento de evaluación de la autoestima diseñado para esta investigación, en cuyos resultados se reflejó, en términos generales, el desconocimiento para discernir entre uno y otro término. Resulta preocupante pensar que este ejercicio pueda ser una expresión significativa de la falta de información prevaeciente en la población femenina, en general.

- Las sociedades y culturas son estructuradas por el hombre, basadas en sus valores, costumbres, religión, tradiciones y múltiples factores que se van construyendo e insertando con el paso de los años; de esta manera cada mujer se vé influenciada por sus grupos de pertenencia, adoptando todos estos elementos que le permitirán conformar un modelo de vida acorde a las características propias de su entorno.

La falta de conocimiento y la marginación sociocultural constituyen una influencia para que la mujer no acepte que se le señale su condición de mujer en climaterio. Los valores socioculturales de las sociedades occidentales implican una serie de mitos y tabúes que influyen de manera importante en la forma en que viven esta etapa. Son estos valores

los que se adoptan como "verdades inamovibles", que repercuten en la modificación de su autoestima.

Los mitos son falsas verdades que cada cultura crea y que se van transmitiendo de generación en generación, y entre los cuales el climaterio y la menopausia no han sido la excepción. Ambos han sido mitificados y estigmatizados por las tradiciones sociales y culturales, confiriéndoles un significado devaluatorio. Se identifican como sinónimo de vejez, pérdida de la feminidad y del estatus social, fin de la vida útil y de la sexualidad activa, adicionándoseles una retahíla de connotaciones peyorativas con las que la mujer de mediana edad ha tenido que enfrentarse a lo largo de muchos años.

- En la etapa del climaterio intervienen los siguientes aspectos bio-psico-sociales que juegan un papel importante en la modificación de la autoestima y a los que la mujer debe enfrentarse:

a) Biológicamente el climaterio abarca una prolongada etapa de la vida de la mujer con una duración aproximada de 25 años, tiempo durante el cual se manifiestan en el organismo, en adición a la menopausia, una serie de modificaciones físicas y biológicas como consecuencia del descenso gradual de estrógenos que se van presentando a lo largo de este periodo, las cuales generan un número considerable de síntomas según la historia personal de cada mujer.

b) En el aspecto psicológico se altera la vida afectiva y sentimental de la mujer, pudiéndose presentar sensaciones, como: intolerancia, irritabilidad, vivencias de vacío, rechazo a su sexualidad, pérdida de la capacidad de la memoria, insatisfacción frente a los cambios corporales e incertidumbre con respecto a la realización de nuevos proyectos de vida, así como temor al desplazamiento por mujeres más jóvenes en el ámbito laboral y afectivo, entre otros.

c) Los elementos socioculturales relacionados con la etapa del climaterio participan de manera significativa en los roles que se le asignan a la mujer. Es en esta etapa cuando irrumpen importantes y muy variados acontecimientos en su vida personal, modificando la dinámica familiar y social, que diversifican y alteran los roles establecidos ejercidos durante muchos años.

Como se constata por la semblanza histórica que forma parte de esta investigación, se observa que desde la época precolombina existen las sociedades patriarcales en donde a la mujer se le han impuesto roles y estereotipos desde temprana edad, y esta herencia ancestral, que se repite de generación en generación, continúa vigente hasta nuestros días.

No obstante, se observa que cada vez son más las mujeres que experimentan descontento con las restricciones de los estereotipos impuestos por la sociedad y la cultura. Paulatinamente la mujer mexicana va penetrando en diferentes campos de actividad como la educación y el trabajo, enfrentándose día con día a retos cada vez mayores y obteniendo el reconocimiento a su inteligencia, capacidad, esfuerzo y dedicación, por alcanzar una posición igualitaria a la del hombre.



Lo anterior ha permitido que la mujer sea capaz de elegir su propia condición de vida. Dentro de este contexto, existen mujeres que han optado por romper con las tradiciones impuestas socioculturalmente y construir su propio patrón de acuerdo a sus valores, creencias, intereses y metas. Sin embargo, también existen otros dos tipos de mujer. Por un lado, las que desean romper con esas tradiciones, pero no hacen esfuerzo para conseguirlo, y por el otro, las que han elegido asumir los estereotipos impuestos por la sociedad.

Estos dos últimos arquetipos de mujeres son las que al llegar a la etapa del climaterio pueden presentar mayor dificultad en el proceso de reorganización de identidad y adaptación de las nuevas condiciones de vida, ya que vienen arrastrando esa carga sociocultural.

- En un gran número de mujeres la fase de la menopausia se presenta alrededor de los 50 años. Esta afirmación hace destacar que si la expectativa de vida de la mujer mexicana es de 78 años (INEGI), significa que llegada la menopausia, la mujer aún cuenta con un prolongado periodo de vida de 25 años aproximadamente, lo que indica que en la medida que la mujer en climaterio esté mejor preparada e informada podrá tener una mejor calidad de vida.
- Considerando el acelerado incremento de la población femenina en edad del climaterio en México<sup>1</sup>, es importante la manera como se aborde esta etapa de vida, ya que podrá reflejar serias repercusiones tanto sociales como económicas y de salud pública, o bien, será una oportunidad de renovación capaz de aprovechar el potencial productivo y creativo de la mujer de mediana edad, tanto para su propio bienestar y el de su familia, como para la sociedad en general.
- La falta de información oportuna y veraz dificulta en muchos casos que la mujer en climaterio se enfrente a los retos y oportunidades que esta etapa de vida le puede brindar.

Todo lo anteriormente expuesto confronta a la mujer ante una crisis de vida que impacta su autoestima, por lo que es importante que reciba una atención integral por parte de profesionales de la salud, entre los cuales, para efecto de esta investigación, se resalta fundamentalmente el apoyo psicológico.

---

<sup>1</sup> En México, como en muchos otros países del mundo, el número de mujeres en climaterio va en constante aumento. Como se observa en las estadísticas demográficas mostradas al inicio de este estudio, se prevé que para el año 2025 las mujeres en climaterio ascenderán a 20.4 millones, lo que representará un incremento del 122% sobre la población de mujeres en climaterio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, desde el campo de la Psicología, ¿cómo se le puede ayudar a la mujer? Simplemente a vivirlo mejor, conceptualizando el climaterio bajo una perspectiva diferente. Si bien es cierto que desde la óptica de la medicina durante esta etapa se experimentan una serie de procesos biológicos que influyen en alteraciones físicas y emocionales, es importante enfatizar que el climaterio no puede concretarse a la "terminación o descenso de determinadas funciones", como se señala etimológicamente por la raíz griega *klimaktér*, que reduce a la mujer a su capacidad reproductora y endócrina, sino que también se debe resaltar como una etapa más de transición que representa la continuidad del desarrollo personal de la mujer dentro de su ámbito familiar, social y cultural, bajo circunstancias y expectativas diferentes, en donde se le sitúa ante un pasado construido y un futuro por constituir.

Dentro del marco de la Psicología se puede ayudar a la mujer a no considerar esta etapa como el inicio del descenso sino como el renacimiento a una nueva etapa de vida y a hacer visibles los aspectos positivos que esta etapa conlleva, con la finalidad de que la viva y disfrute sin temores ni tabúes que la limiten. Therese Benedeck (1950) define a esta etapa como "una adaptación progresiva a un cambio biológico regresivo".

Así como se prepara a una niña para la menarca o una madre para la maternidad, se debe preparar a la mujer para este ciclo de vida. Esta etapa es un tiempo para reflexionar "lo realizado" o "no realizado", es tarde para algunas cosas, pero aún quedan muchos años para concretar proyectos y permitirse el sentimiento de "yo quiero", "yo necesito", "yo puedo". El climaterio puede ser vivido en forma pasiva, con sufrimiento ante la ruptura de la estructura equilibrio anterior, o bien, en forma activa, reflexionando, tendiendo a una reorganización y a una resignificación de su proyecto de vida.

Por lo anterior y en base a los conocimientos e investigaciones realizadas, se determinó abordar el proceso terapéutico para el desarrollo de este estudio desde el enfoque de la Terapia Narrativa con la participación de un Equipo Reflexivo, ya que permite una adecuada aproximación al tema que se trata: la autoestima de la mujer en etapa del climaterio. Su fundamento epistemológico se basa en la Construcción Social, en donde, de acuerdo a los teóricos, la autoestima se encuentra en un estado de permanente construcción y reconstrucción a lo largo de la vida, influenciada por el medio social y cultural.

La Terapia Narrativa con Equipo Reflexivo introduce a los participantes dentro de un proceso de interacción social, capaz de estimular en ellos nuevas perspectivas y opciones de solución. Las ideas de discurso y reflexión son de fundamental importancia dentro de una visión de narraciones como proceso de co-construcción y cambio, lo que permite ofrecer la oportunidad de ampliar los horizontes personales en la búsqueda de posibles soluciones. Así, dentro de lo que parecieran simples conversiones, los miembros del grupo terapéutico, a través de las narraciones y reflexiones que surgen sobre sus propias experiencias de vida, motivadas éstas por los diálogos del resto de las participantes, de los terapeutas y del equipo reflexivo, generan nuevos significados y permiten descubrir acciones alternativas para sí mismas (Andersen, 1994).

A continuación se muestran algunos diálogos que surgieron durante el proceso terapéutico en voz de las once mujeres que constituyeron la muestra. Dichos diálogos giran

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

en torno a las experiencias de vida de las participantes dentro de su ámbito personal, familiar e interpersonal, resaltando aquéllos temas que para efectos de esta investigación se consideraron como factores fundamentales que impactan en la autoestima.

En la sociedad mexicana, predominantemente machista, las tradiciones ancestrales aún vigentes en diversos ámbitos, continúan manteniendo a la mujer en segundo plano con respecto a su capacidad y/o habilidad. Ante tal concepción, parcciera que para algunas mujeres, aún les resulta difícil reconocer que poseen la inteligencia, el talento y aptitud para lograr metas fuera del hogar, situación que impacta directamente en su autoestima. Así, llegada la etapa del climaterio en donde pudieran replantearse su futuro, la respuesta resulta poco alentadora, al afirmar categóricamente: *"no sé hacer nada"*.

El camino que ha tenido que recorrer la mujer a través de la historia no ha sido fácil. El cambio social siempre resulta difícil, en particular cuando se trata de las relaciones entre hombres y mujeres. La mujer ha empezado a cambiar y a evolucionar, pero mientras permanezca la mentalidad de los machos, difícilmente disminuirá la falta de respeto que se tiene hacia muchas de ellas. Esta mentalidad debe cambiar no sólo en las madres, sino también en los padres, maestros y todas aquellas personas que están inmersas en la educación del individuo.

Respecto a la imagen, culturalmente el cuerpo y la belleza constituyen una preocupación ante una sociedad que rinde culto a la juventud. En el climaterio, el vigor físico va disminuyendo y los atributos juveniles se van transformando, modificando así la imagen corporal. Gergen (1992), en su libro "El yo saturado" menciona cómo los grandes adelantos tecnológicos e industriales realizados en el último siglo tales como la T.V., la radio, la prensa, el cine, la computación, etc., han llegado a invadir la vida cotidiana, y cómo al asociarse cada vez más al entorno social, "se termina por reflejarlo en una fusión de identidades parciales por obra de la saturación social". Es decir, en el proceso de la saturación social, se encuentran implícitos una serie de valores y verdades institucionalizadas, que obligan a la mujer a estar inmersa en ese agitado mundo en el que se origina una enorme proliferación de variadas relaciones, las cuales influyen en gran medida en la construcción de la autoestima. Si la mujer basa principalmente su seguridad en su aspecto físico y apariencia juvenil, atributos resaltados por la sociedad y donde los reclamos publicitarios demandan una permanente juventud, se sentirá devaluada e insegura al ver que con el paso del tiempo se van desvaneciendo esos elementos en los cuales ha fundamentado sus valores, enfrentándose a la imposible tarea de llenar las expectativas personales, familiares y sociales. Marie Langer (1994) menciona, "la mujer que concentró todo su interés en el culto a sus atractivos físicos es la que más sufre por la pérdida de éstos".

"No es posible hacer una auto-evaluación única y perdurable" (Gergen, 1971). La persona al igual que la autoestima se va modificando en la medida que interactúa dentro de un contexto sociocultural. Si antes era altamente gratificante resaltar los atributos físicos y juveniles es probable que en la etapa del climaterio las mujeres necesiten explorar otros horizontes que respondan a nuevas expectativas que la lleven a la resignificación de sus valores.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Otro aspecto importante que merece atención son los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la sexualidad durante el climaterio y que impactan en la autoestima. Los primeros, debido a las respuestas biológicas como consecuencia de la baja de niveles estrogénicos que generan una multiplicidad de síntomas, mismos que han sido previamente descritos provocando en algunas mujeres la disminución y/o evitación de la relación sexual, y los segundos, constituidos por las expectativas socioculturales que sexualmente se tengan en esta edad, la condición sexual de la pareja o el resultado de experiencias sexuales previas, por mencionar algunos, interfiriendo todos estos factores en su vida personal.

La sexualidad es una energía vital que acompaña al ser durante toda la vida. Cumple con dos finalidades básicas: reproductiva y placentera. Aún cuando la capacidad reproductiva cese, permanece la necesidad de sentir placer. Tradicionalmente la sociedad había condenado a "los viejos" a la no sexualidad. Sin embargo, a través de los estudios realizados por Masters y Johnson (1976), esta percepción ha ido cambiando en los últimos años y es entonces cuando se comienza a aceptar la sexualidad como un elemento importante en la salud integral de los seres humanos, sin excepción de edad: "*... he descubierto en mi relación de pareja cosas nuevas que me agradan*". No obstante, habrá también que considerar que para muchas mujeres la calidad de vida sexual durante el climaterio puede ser un reflejo de lo que representó en años precedentes, por lo tanto, no hay razón para suponer que en esta etapa mejorará lo que no se ha podido lograr a lo largo de su historia.

La confianza y comprensión que la mujer tenga respecto a su propia sexualidad le resultará relevante para aceptar los cambios que gradualmente aparezcan, permitiéndose construir nuevas formas de ejercerla, sin que por ello implique la desvalorización de su autoestima.

Las influencias sociales y culturales juegan un papel relevante en el ámbito intrafamiliar. La capacidad reproductiva de la mujer ha sido desde antaño altamente valorada por la sociedad. Socioculturalmente a la mujer se le han impuestos roles primordiales que la enaltecen dentro de la concepción femenina, tales como la procreación de los hijos, el cuidado y la educación de los mismos, y una parte fundamental para la conservación del núcleo familiar, como se escuchó en las sesiones: "*Me siento diferente en el grupo, todas son casadas y tienen hijos, y yo no*". "*No tengo hijos y la gente no concibe que aún así me sienta bien*". Cuando la mujer ha basado su valía en la capacidad de procreación, es muy probable que llegado el momento de la menopausia y verse suspendido el proceso de fertilización, pueda tener un sentimiento de pérdida de ese valor que se ha impuesto como propio de la femineidad de la mujer.

Es indiscutible que la reproducción es una función crucial de la mujer para mantener la supervivencia de la especie, pero este concepto va resultando estrecho en la sociedad moderna. Considerando que el climaterio es una etapa prolongada de vida, ésta puede ofrecer a la mujer, por una parte, la posibilidad de realizar nuevas actividades o concluir proyectos postergados y por otra, la seguridad de evitar embarazos no deseados o de alto riesgo, sintiéndose liberada del cuidado de hijos pequeños que imposibiliten su desarrollo en otros terrenos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El climaterio coincide frecuentemente con la independencia y alejamiento de los hijos, sean éstos adolescentes o adultos jóvenes, quienes al empezar a construir sus propios proyectos de vida parecen no necesitar más de los cuidados maternos. Si la mujer ha depositado como valor prioritario el cuidado y educación de sus hijos, virtud que la enaltece personal y socialmente, al conjuntarse la pérdida de la fertilidad, la identidad con la maternidad activa y el desapego de los hijos, provocará el denominado "síndrome del nido vacío", surgiendo sentimientos de soledad, tristeza, abandono y falta de sentido a su vida, repercutiendo en su autoestima.

Paradójicamente, de la misma manera como en este periodo disminuye significativamente la demanda de atención por parte de los hijos, surge con frecuencia la necesidad de dedicarse al cuidado y atención de uno o ambos padres, sean de ella o de su pareja, con la serie de implicaciones propias que la vejez conlleva. Minuchin (1984) afirma que las enfermedades o muerte de uno o ambos padres, así como la estrecha convivencia obligada por la necesidad de atenderlos y cuidarlos, en muchos casos pasa a ser preocupaciones centrales en las mujeres, con la estresante consecuencia que esto representa: *"tengo muchos problemas con mi madre pues me quiere sólo a su lado y cree que es mi obligación cuidarla por el hecho de no haberme casado"*. En la etapa del climaterio esta brecha generacional padre/madre - hija puede provocar en la mujer situaciones de conflicto de difícil solución dado el vínculo familiar existente.

Respecto a la pareja, las diferencias que puedan presentarse no son necesariamente producto de la etapa del climaterio, sino que en ocasiones se deben a una serie de eventos que se van suscitando a lo largo de los años de convivencia, tales como: la monotonía, las rutinas, el sentir que la pareja está segura o el desinterés por la misma, así como la existencia de otras motivaciones afectivas o de otra índole, entre otras múltiples causas. Con el paso de los años las parejas caen en actitudes predecibles y acciones reincidentes que resultan poco novedosas; se pierde el romanticismo, la conquista y la búsqueda de actividades compartidas. Respecto a aquellas que tienen hijos, es frecuente no darse espacios para ellos como pareja, dedicando su vida a la atención de los hijos o anteponiendo el trabajo u otras actividades a cualquier posibilidad de encuentro íntimo. El climaterio de la mujer puede coincidir con la realización de logros y éxitos profesionales y sociales de la pareja, aunque también, para otras puede representar situaciones difíciles que originan conflicto como consecuencia de la pérdida del trabajo, el desempleo o la jubilación: *"desde que mi marido no trabaja me tengo que quedar en la casa con él y a veces siento que me asfixio. No me da oportunidad de hacer cosas nuevas y diferentes"*. Es una etapa en la que muchas parejas vuelven a quedar solas, descubriéndose como dos seres extraños, carentes de intereses afines por compartir.

Ahora bien, cada día es más frecuente que un considerable número de mujeres realice un trabajo fuera de casa para satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia y desarrollo personal, ya sea asumiendo el papel de proveedora o para disfrutar de sus propios ingresos. Respecto a esta temática, las mujeres en etapa del climaterio no son la excepción.

De las once mujeres que integraron el grupo se observó que aquellas que se dedican exclusivamente al trabajo en el hogar fueron las que en su mayoría permanecieron hasta el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

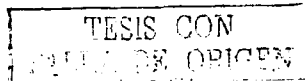
término del proceso terapéutico, y contrariamente, las que manifestaron ejercer doble jornada, fueron las que abandonaron el proceso en el transcurso de las primeras sesiones. Ante esta situación, pareciera ser que el realizar un trabajo fuera de casa permite a la mujer en climaterio enfrentar esta crisis de vida bajo una perspectiva diferente, en la medida que sus intereses no se centran en su familia. Este momento pudiera significar la consolidación de logros personales, intelectuales y profesionales, así como una expresión de mayor libertad que les permite reprogramar el tiempo que por años se compartiera entre familia y trabajo.

Lo anterior no pretende descalificar el concepto de "ama de casa", sin embargo, es de lamentar que en nuestra sociedad el trabajo de ama de casa no es reconocido en su justa dimensión, e irónicamente, con frecuencia se escucha que las principales voces que promueven esta desvalorización, proviene de las propias personas que lo realizan: *"Yo nunca he trabajado, siempre he sido ama de casa y no sé hacer nada"*. Esta descalificación se hizo evidente ante la respuesta generalizada del grupo de mujeres, en donde el 100% de ellas no tiene contemplado dentro de sus expectativas futuras su deseo por continuar con el ejercicio de esta actividad.

Considerando que al sobrepasar determinada edad las oportunidades de empleo dentro del terreno laboral se van limitando, es pertinente motivar a aquellas mujeres cuya principal función ha sido el trabajo dentro del hogar con el fin de que se reivindique la gran valía que supone el ser ama de casa. No obstante ser un trabajo no remunerativo, es trabajo productivo que puede convertirse en la cuna para el desarrollo de la creatividad de la mujer, con miras a impulsar nuevas fuentes de empleo de manufactura casera, altamente gratificantes: *"Empecé a meter curriculums pero es difícil que me den trabajo a mi edad, sin embargo, creo que con mi experiencia de cocina podría ofrecer servicio de banquetes"*.

Un dato interesante que se observó en las respuestas expresadas por las mujeres a través del instrumento que se aplicara al inicio y término del proceso terapéutico, es que dentro de las expectativas de varias de las amas de casa está el deseo de buscar un trabajo fuera del hogar, y paradójicamente, aquellas que actualmente lo tienen, manifestaron su deseo de no seguir trabajando. Pudiera ser que al abocarse a nuevas actividades encuentren una resignificación de su valor como persona útil dentro de ámbitos diferentes. Si antes era gratificante realizar determinada actividad, es probable que hoy la mujer en etapa de climaterio necesite explorar otros horizontes que respondan a nuevas expectativas. Así, pareciera ser que con la disponibilidad de tiempo que se presenta en esta etapa de vida como consecuencia de la modificación de los roles a realizar, la mujer busca actividades diferentes a desarrollar. El interactuar en diferentes entornos les permitirá compartir su experiencia y conocimientos adquiridos a través de la vida, en adición al reconocimiento que podrían recibir por la nueva labor realizada.

Desde luego los supuestos planteados en este estudio con respecto a la mujer en climaterio y el ámbito laboral no pueden ser generalizados dado el tamaño de la muestra, no obstante, se exponen estas hipótesis que podrán ser de utilidad para el desarrollo de futuras investigaciones.



Por último, cabe hacer algunas suposiciones respecto al ámbito religioso, dado que fue un tema presente en los diálogos de las participantes durante el desarrollo del proceso terapéutico.

Siendo México un país mayoritariamente católico, las tradiciones religiosas representan un valor que influye de manera importante en la vida de un gran número de mujeres. Dice Matute (1992): "la religión representa un remanso de paz y un paliativo para el sufrimiento de la mujer". Llama la atención que durante el trabajo terapéutico se evoca con frecuencia la presencia del Ser Supremo, como una respuesta para encontrar soluciones de cambio: "...hablo con Dios y con eso tengo para sentirme tranquila", herencia cultural que viene arrastrándose a través de generaciones: "mi mamá me dice que esta es mi cruz y debo cargarla".

Estos conceptos permiten retomar la propuesta de Gergen (1971) en el sentido de que cada persona conceptualiza sus valores funcionales influenciada por su medio familiar, social y cultural. Si bien es cierto que para muchas personas resulta incomprensible la aceptación de determinados fundamentos religiosos, por los discursos escuchados durante la terapia se observó la importancia que se da a estas creencias, al considerarlas un recurso viable que puede brindar las herramientas necesarias para reforzar su lucha y fortalecer el ánimo ante las situaciones de la vida cotidiana. "Siento que es la presencia de Dios la que me alienta".

No obstante lo anterior y como ejercicio propio del trabajo terapéutico, se generaron reflexiones ante la búsqueda de opciones para la solución de determinados conflictos. Esto pudo representar para algunas de ellas una disyuntiva entre sus creencias religiosas, firmemente arraigadas, o considerar la posibilidad de atreverse a experimentar otras opciones. Cualquiera que sea la acción, corresponderá a ellas determinarla.

Resultó de sumo interés observar a lo largo del proceso terapéutico cómo la atmósfera grupal fue cambiando gradualmente. De ser cautas y recelosas en las primeras sesiones, las mujeres fueron cada vez más permisivas y tolerantes al sentirse escuchadas por todos los miembros del contexto terapéutico: "yo pensaba que no me ponían atención y me da gusto cuando siento que soy escuchada por las demás, y eso me hace sentir importante", con lo que se podría considerar éste como un punto de partida para darse a sí el encuentro consigo mismas y por ende, en otros espacios. Por tal razón, las conversaciones fueron siendo más reflexivas, los discursos cambiaron y las perspectivas, en algunos casos, se movieron de lugar. El clima se volvió cálido, empático y respetuoso, lo que permitió avanzar con más fluidez y cohesión.

Un significativo avance en el plano individual es que en la medida que aprendieron a escuchar a la otra, se reflejaron a sí mismas, lo que implicó otro paso: salir de su ensimismamiento y reflexionar lo que la otra dice al escuchar otras historias. Esto permitió que se diera un proceso de identificación y la posibilidad de considerar nuevas alternativas: "Hay veces que me "cae el veinte" cuando escucho a las otras".

Llegado el término del proceso terapéutico, el grupo demandó la prolongación de la terapia: *"estoy triste porque ya termina la terapia y quisiera que hubiera más sesiones"*. Esto no fue posible por dos razones: primero, por necesidades propias de la Institución de cubrir otras demandas; y segundo, porque es preciso que refuercen en forma individual lo aprendido durante este proceso: *"con todo lo que he aprendido durante este tiempo entiendo que debo enfrentarme sola a mi nuevo reto para mejorar mi autoestima"*. No obstante, se accedió de común acuerdo a realizar una última sesión de seguimiento cinco semanas después, en donde el grupo participó dentro de un clima de empatía y solidaridad mutua, así como de reconocimiento interpersonal, y en donde algunas se plantearon la necesidad de continuar su proceso terapéutico en otro espacio: *"Tengo que continuar en otros grupos, pero en esta terapia aprendí a hablar y no estar metida en mí misma"*.

Cada una de las mujeres expresó su deseo de apertura a no querer seguir igual; un deseo de definirse de manera diferente ante los demás, con la finalidad de darle un nuevo sentido a su vida que les produzca satisfacción y mayor independencia. Manifestaron el deseo de hacer nuevos planes al redescubrir sus capacidades, experiencias y conocimientos pasados, para aplicarlos en sí mismas y que a su vez, pueda beneficiarlas en otras áreas, sean éstas a través de un trabajo remunerado, voluntariado, pasatiempo, o mediante un cambio en la dinámica de su entorno familiar y/o social. *"Ahora me siento diferente y estoy dispuesta al cambio para sentirme mejor"*.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## CONCLUSIÓN

Se concluye que la autoestima se construye y reconstruye en el curso de las etapas de la vida, manifestándose en los valores, creencias, estereotipos, ideologías, elementos todos éstos que conforman el bagaje que la mujer ha venido construyendo a lo largo de su vida.

La Psicología, a través de una psicoterapia, ayuda a la mujer a modificar esquemas anteriores para dar pauta a nuevas alternativas acorde a su circunstancia personal. Pareciera sencillo decir que la mujer debe de hacer una serie de cambios en sus actividades para ampliar el campo de intereses y realizar sus expectativas de vida, pero ello representará asumir la responsabilidad que esto conlleva.

En la medida que la mujer se decida a modificar los valores tradicionales, las demandas de igualdad tendrán otro cause y es posible que encuentre nuevos elementos que impulsen el desarrollo de una imagen diferente de sí misma.

Es importante identificar los conflictos que surgen como consecuencia del climaterio y aquéllos que forman parte de la historia misma. No todo es culpa del climaterio. Si bien es cierto que durante esta etapa surgen múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, a los que la mujer deberá enfrentarse, igualmente se deberá considerar que los cambios que se presentan durante la misma, pueden exacerbar las historias de las crisis vividas desde años anteriores. Si se establece que determinada crisis que se vive es parte de una larga historia, habrá entonces que analizar su posible solución bajo otra perspectiva.

El cambio tiene que asumirse desde el interior y promoverse desde el exterior, siempre y cuando la mujer se permita en este proceso de transición modificar actitudes, ideas y valores, que se irán construyendo a través de la interacción con los demás.

La forma en que la mujer viva el climaterio no es exclusivamente el resultado de los fenómenos hormonales a los que se vé sometida, sino también al reflejo de la forma en que acepte su propia involución y fundamentalmente, la resignificación que haga de sus capacidades para amoldarse a su entorno familiar, social y cultural, con los ajustes y cambios que la vida le vaya presentando en esta etapa.

Se debe tener presente que es una etapa más del proceso de desarrollo que puede ser excepcionalmente constructiva. Puede ser una nueva oportunidad para que la mujer se reconozca y se revalore, reconsiderando nuevas alternativas en su vida que le brinden la oportunidad de consolidar intereses actuales y/o reorientar proyectos hacia nuevos horizontes que fortalezcan su autoestima. El climaterio puede constituir la puerta de entrada a una nueva etapa que le permitirá disfrutarla con seguridad y confianza en sí misma, preparándola para la aceptación de su vida futura.

Por la experiencia vivida a través del proceso psicoterapéutico se podrá considerar fructífero este trabajo, si en adición a este estudio sobre la autoestima de la mujer en la etapa del climaterio y sus implicaciones dentro de su entorno familiar, social y cultural, se logra despertar un interés interdisciplinario.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se hace hincapié en la necesidad de continuar ampliando el conocimiento en el área de la salud y la investigación con la intervención, tanto a nivel nacional como internacional, de ginecólogos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos, geriatras, endocrinólogos y demás profesionales de la salud. Asimismo, se reitera la necesidad de hacer del climaterio un objeto de estudio prioritario, con la finalidad de optimizar estrategias de prevención, diagnóstico y cuidados de salud en general, que se adapten a los acelerados cambios demográficos actuales y futuros, con miras a reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres en etapa del climaterio, así como para crear conciencia del alto costo social que este renglón puede representar en la salud pública y privada, si no se toman oportunamente medidas preventivas eficaces.

Se concluye que el valor fundamental de esta investigación no culmina con la terminación del documento. El verdadero valor será todo aquello que se despierte, así como todo lo que se inicie y logre hacer a partir de ella. Ante esta afirmación Chesterton (1874-1936) abunda: *"Toda buena idea que no se convierta en palabra, es una idea vacía, y peor aun, toda buena palabra que no empuje a la acción, es una palabra muerta"*.

LEIDO CON  
FALLA DE ORIGEN

## RECOMENDACIONES

Una vez concluido este trabajo, se considera importante resaltar algunas recomendaciones para futuras investigaciones, así como estrategias de prevención para mujeres en etapa de climaterio.

### 1. Recomendaciones para futuras investigaciones.

- a) Continuar la aplicación del instrumento "La autoestima en el climaterio" a fin de mejorar su confiabilidad
- b) Efectuar una réplica de esta investigación en diferentes estratos socioeconómicos que permitan comparar la autoestima de la mujer en etapa del climaterio en los diversos contextos socioculturales.
- c) Elegir muestras homogéneas para obtener comparativos entre los diferentes grupos, adaptando el instrumento a la muestra de que se trate. (Ejemplo: grupo de mujeres con o sin hijos, con o sin pareja, grupo de mujeres que laboran únicamente en el hogar y aquéllas que realizan doble jornada, por mencionar algunos).

### 2. Estrategias de prevención para mujeres en etapa de climaterio y recomendaciones para un trabajo multidisciplinario.

- a) Crear campañas permanentes de publicidad eficaces en todos los medios de difusión accesibles dirigidos a la población femenina mexicana y público en general, que eduquen e informen de esta etapa como una más del desarrollo de la mujer.
- b) Incluir en los programas de estudio de las instituciones de educación básica y media material educativo sobre el climaterio, acorde a los niveles académicos respectivos.
- c) Intensificar programas de prevención en las instituciones de salud pública y privada, para descartar oportunamente la presencia de posibles trastornos biológicos ligados al climaterio. De esta manera, se podrá prevenir a futuro un importante impacto económico en el presupuesto de salud del país.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- d) **Considerar el apoyo psicológico en los programas de prevención. No hay pruebas objetivas que indiquen que los cambios emocionales estén directamente asociados con el cese de la función ovárica, sin embargo, en muchas mujeres coincide el climaterio con la presencia de alteraciones psicológicas que repercuten en su entorno personal, familiar y social durante esta etapa.**

**Por ello, se propone considerar dentro de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, el apoyo de profesionales de la psicología como parte integrante del servicio interdisciplinario.**

**Se insiste en la importancia de prestar una atención integral, de ser posible, desde la atención primaria. En este sentido, los profesionales de la salud y de la psicología deberán incrementar sus esfuerzos para tener un mayor conocimiento de todos los aspectos bio-psico-sociales que influyen en la mujer en esta etapa para que se le informe y se le atienda adecuadamente.**

**El diálogo del profesional con la mujer y su actitud de escucha, atención y análisis, son insustituibles para captar las inquietudes o problemas que puedan existir, tratando de encontrar la manera de proporcionar ayuda, bien sea a través de la intervención directa o derivándola a otros profesionales, en su caso.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. (1961). Pattern and Growth in Personality. New York: Holt Reinhart and Winston.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo, diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona, España: Gedisa.
- Anderson, H & Goolishian H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como Enfoque terapéutico. En S. McNamee & K. Gergen (Ed.), La terapia como Construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- APA, American Psychological Association (2002). Washington, D.C., U.S.A.  
[www.apa.org](http://www.apa.org)
- Asociación Mexicana para el Estudio del Clímax (AMEC)  
E-mail:ameclim@prodigy.net.mx [www.amec.com](http://www.amec.com)
- Beltrán, L. (1997). El enfoque sistémico, aspectos conceptuales y práctica clínica. Tesis de Posgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Benedek, T. (1950). Climaterium, a development phase. The Psychoanalytic Quar; 19: p. 1-27
- Benson, C. (1985). Manual de ginecología y obstetricia. México, D.F.: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Byene, Y. (1986). Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A Biocultural Análisis. Culture Medicine and Psychiatry.
- Bisquerra, R. (1989). Métodos de investigación en educación. Guía práctica. Barcelona, España: ceac
- Blum, M. (1998). Terapia psicosexual. En S. Carranza (Ed.), Atención integral del climaterio. México, D.F.: McCraw-Hill, Interamericana.
- Branden, N. (1998). Cómo mejorar su autoestima. México, D.F.: Paidós.
- Branden, N. (1995). El respeto hacia uno mismo. México, D.F.: Paidós.
- Burin, M. (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Argentina: Latinoamericano, S.R.L.
- Buss, A. (1980) Psicología general. México: Limusa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- CAMS. Council of Affiliated Menopause Societies.** (1999). Ginebra, Suiza.  
[www.imsociety.org](http://www.imsociety.org)
- Carranza , L.** (1998). Atención integral del climaterio. México, D.F.: McCraw-Hill, Interamericana.
- Casamadrid , J.** (1986) La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio. Tesis de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Casamadrid, J.** (1997). Climaterio, aspectos psicoemocionales. Noticias del Climaterio, Vol. 1 No.4, México, D.F.: Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio.
- Casamadrid, J.** (1997). Aspectos psicológicos y sociales. En S. Carranza (Ed.), Atención integral del climaterio. México, D.F.: McCraw-Hill, Interamericana.
- Castillo I.** (1997). 10 figuras de la historia. Vol. I. Ilustraciones Alvaro Escalante México, D.F.: EDAMEX.
- Collado, R.** (2002). Deseo sexual Femenino y climaterio.  
[www.espill.org](http://www.espill.org)
- Cooley, C.H.** (1922). Human natura and the social order. Nueva York Scribner: Rev.
- Coopersmith, S.** (1967) . The antecedents of self-esteem. San Francisco, Cal.: Jossey-Bass. W.H. Freeman & Co.
- Cristi-Brown, J.R. & Cristie-Brown, M.E.** (1976). Psychiatric disorders associated with the menopause. En: Beard R.J.(Ed), The menopause. Baltimore: University Park Press.
- Chiarelli, M.** (1998). Las crisis. Argentina: Psicología Latina.  
[www.saludlatina.com](http://www.saludlatina.com)
- Díaz, M.** (2002) Aspectos psicosociales del climaterio.  
[www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Deutsch, H.** (1960). La psicología de la mujer. Buenos Aires, Argentina: Losada
- Diccionario Médico.** (1982). Barcelona, España. Salvat Editores, S.A.
- Domínguez, J.C.** (2002). Climaterio y sexualidad.  
<http://ar.aseocities.com>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Eliete , W. (1995). Autoconcepto psicosocial y controlabilidad en jóvenes guatemaltecos refugiados en campamentos del Edo. de Chiapas. Tesis de posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Enciclopedia Salvat Diccionario. (1978). México: Salvat Editores de México, S.A.
- Estrada, M.L. (1995). Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en niños. Tesis de posgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México .
- Flaherty J., Channon R., & Davis J. (1991) Psiquiatría, diagnóstico y tratamiento. En Gaviria FM, Flaherty J. (Ed.), La depresión. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Flint, M. (1975). The menopause: reward or punishment. *Psychosomatics*, 16-161.
- Flint, M., & Samil, R. (1990) Cultural and subcultural meanings of de menopause. Multidisciplinary perspectives on menopause. Ann N. Y., Acad. Sci. 592: 134-148.
- Flores, A. (1994). La sexualidad de las mujeres en el climaterio. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). Narrative therapy. The social construction of Preferred realities. New York: W.W. Norton & Company.
- Fried, D. (1989). Paradigma y crisis familiar. Psicoterapia y Familia Vol. 2, No. 2
- Frock, J. & Money, J. (1992). Sexuality and menopause. *Psychoter Psychosom* 57: 29-33
- Galván, M. (1992). Análisis teológico sobre la mujer en la familia Latinoamericana. México: Mujeres para el Diálogo.
- Garza, J.M. (2001) Climaterio y menopausia  
[www.ginecologum.com](http://www.ginecologum.com)
- Gergen, K. (1971). The concept of self. Nueva York: Holt, Reinhart and Winston Inc.
- Gergen, K. (1977). The Social Construction of Self Knowledge. T. Mischel.
- Gergen, K. (1992). El yo saturado. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gergen, K. (1996). Realidades y relaciones, aproximaciones a la construcción social. España: Paidós.

- Gergen K. & Kaye J. (1996)** Más allá de la narración en la negociación del Significado terapéutico. En S. McNamee & K. Gergen (Eds.), La terapia como Construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- González, L. (1987).** México viejo. México, D.F.: Patria.
- Gurrucharri, C. (2002).** Menopausia y Patologías Asociadas.  
[www.brmd.ar](http://www.brmd.ar)
- Halperin, P. (1999).** Climaterio y menopausia, factores de una crisis vital.  
[www.rionegro.com.ar](http://www.rionegro.com.ar)
- Hawton, K., Gath, D. & Day, A. (1994).** Sexual function in a community sample of Middle aged women with partners. Effects of age, marital, socioeconomic Psychiatric, gynecological and menopausal factors. Arch Sex Behav. Vol. 23: p 375-395
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista P. (1997).** Metodología de la Investigación. México, D.F.: Mc.Graw-Hill.
- Hoffman, L. (1989).** Una posición constructivista para la terapia familiar, Psicoterapia y Familia, Vol. 2, No. 2, p. 41-53
- Hoffman, L. (1990).** Constructing realities: and art of lens, Family Process, Vol. 29, 1, p.1-12
- Hoffman, L. (1996).** Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee & K. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- Ibarrola, A. (1978).** La familia como agente transmisor de ideología y Generador de patología. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- IMS. International Menopause Society (2001).** Bélgica.  
[www.imsociety.com](http://www.imsociety.com)
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI)**  
[www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Investigación y Desarrollo. Periodismo de Ciencia y Tecnología. (2002)**  
**Factores psicológicos en el climaterio.**  
[www.inydes.com.mx](http://www.inydes.com.mx)
- Investigación y Desarrollo. Periodismo de Ciencia y Tecnología (2002).**  
**Mitos y tabúes de la menopausia.**  
[www.inydes.com.mx](http://www.inydes.com.mx)



- Investigación y Desarrollo. Periodismo de Ciencia y Tecnología. (2002) Problema médico, social y económico del climaterio. [www.inydes.com.mx](http://www.inydes.com.mx)
- Karp, D.M. (2002). Maduras y Felices. Psicosomática del climaterio. [www.geocelfis.com](http://www.geocelfis.com)
- Kligman EW. (1991). Office evaluation of sexual function and complaints. Clin. Geriatr. Med. Vol.7:15-39
- Laing, R. (1960). The divided self. Londres: Tavistock, Hamondswork, Penguin.
- La Rosa, J. (1986). Escala de locus de control de concepto: construcción y Validación. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En S. McNamee & K. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- Livesley, W.J. & Bromley, D.B. (1973). Person perception in childhood and adolescence. Londres y Nueva York: Wiley.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of Menopause. Culture Medicine and Psychiatry, 10: 23-46.
- Margolis, A. y Greenwood, S. (1989). Ginecología y Obstetricia. En S. Schoeder, M. Krupp, y L. Tierney, Jr. Diagnóstico clínico y tratamiento. México, D.F.: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Marques, J.V. y Osborne, R. (1991). Sexualidad y sexismo. España: Fundación Universidad Empresa.
- Martínez, V. (2002). El otoño femenino. [www.sexual.com](http://www.sexual.com)
- Maslow, A. (1988). El hombre autorrealizado. España: Kairos Colofón, S.A.
- Master, W. & Johnson, B. (1977). El vínculo del placer. En: Master, W, Johnson, B. (Eds.), La responsabilidad sexual. Barcelona, España: Grijalvo.
- Matute, J. Y Matute, I. (1992). El perfil del mexicano. México, D.F.: Edamex. .
- McCraine, (1974) Ej. Psychodynamics of the menopause. En: Greenblatt RB, Mahesh, VB & McDonough PG (Eds), The menopausal syndrome. New York: Medcom Press.

- McNamee, S. (1996). Reconstrucción de la identidad: la construcción comunal De la crisis. En S. McNamee & K. Gergen. La terapia como construcción Social. Barcelona, España: Paidós.
- Mead, G. (1934). Mind, self and society. University of Chicago. Press.
- Minuchin, S., Fishman, H. (1984) Técnicas de terapia familiar. Barcelona, España: Paidós.
- Moreno, A.L. (1994). Autoestima en madres con hijos autistas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Intercontinental.Mex. D.F.
- NAMS. The North American Menopause Society (2001). Cleveland, Ohio, U.S.A. [www.menopause.org](http://www.menopause.org)
- Navarro, D.A. (2002). Climaterio y menopausia. De la teoría a la práctica. [www.fcm.fajarulo.sld.cu](http://www.fcm.fajarulo.sld.cu)
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1996). Progress No. 40. Ginebra, Suiza. [www.who.int](http://www.who.int)
- ONU. Organización de las Naciones Unidas. (1999). E.U.A. [www.unip.org](http://www.unip.org)
- Oñate, S. (1989). El autoconcepto. Madrid, España: Narcea Editores, S. A.
- Pick, S. Y López, A. (1998). Cómo investigar en ciencias sociales. México, D.F.: Trillas.
- Ramírez, S. (1977). El mexicano, psicología y motivaciones. México: Grijalvo
- Reportaje, (2002). Familia < Pareja. [www.mundogar.com](http://www.mundogar.com)
- Reyes, E. (1999). Evaluación de una psicoterapia breve en un grupo de estudiantes Universitarios con baja autoestima. Tesis de posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Riva Palacio (1981). Historia de México. México: Salvat Mexicana de Ediciones, S. A. de C. V.
- Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sagrada Biblia. (1965). Félix Torres Amat, 1965. North Carolina, USA: Stampley Enterprises, Inc.

- Sánchez-Cánovas, J. (1996). Menopausia y Salud. Barcelona, España: Ariel, S.A.
- Sarmiento, P., Fernández, M. (2002). Prevención de los trastornos Psicológicos en la menopausia. [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Satir, V. (1991). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, S.A.
- Siegel, S. (1994). Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.
- Stanley y Campbell, (1978). Diseños experimentales y cuasiexperimentales. Buenos Aires, Argentina: Amorrort.
- Tarragona, M. (1990), Nuevos desarrollos en la terapia sistémica: hacia un Paradigma narrativo de la psicoterapia. Psicoterapia y Familia, Vol 3, No. 1
- Tamotsu, S. (1961). Sociedad y personalidad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tropp, A., Costa, I. Y Barberelli, G. (2002). Climaterio. [www.bmdj.at](http://www.bmdj.at)
- UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas (1999). Nueva York, N.Y., U.S.A. [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)
- U.S. Census Bureau, International Data Base. (2002). Washington, D.C., U.S.A. [www.census.gov](http://www.census.gov)
- Vázquez, E. (1997). Comentario Editorial. Noticias del Climaterio, Vol. 1 No. 2, p. 1-2. México, D.F. : Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio.
- White, M. & Epton, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica, Barcelona, España: Gedisa.

## GLOSARIO

<b>Alopecia</b>	Deficiencia natural o anormal del cabello o pelo. Calvicie que ocurre en áreas bien definidas dejando blando o blanco el cuero cabelludo.
<b>Anovulación</b>	Falta de ovulación
<b>Atrofia</b>	Disminución del volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición.
<b>Cosificar</b>	Considerar como "cosa" algo que no lo es.
<b>Depauperación</b>	Estado de debilidad extrema por desgaste continuado.
<b>Dispaurenia</b>	Coito difícil o que produce dolor.
<b>Endometrio</b>	Mucosa que tapiza la cavidad uterina.
<b>Gónada</b>	Glándula productora de gametos masculinos o femeninos. Testículos u ovarios.
<b>Gonadotrópico</b>	Que tiene afinidad por las glándulas sexuales.
<b>Gonadotropina</b>	Sustancia de origen hipofisiario que estimula las gónadas.
<b>Hiperqueratosis</b>	Hipertrofia de la capa más superficial de la piel.
<b>Introito</b>	Entrada o cavidad del espacio vaginal.
<b>Involución</b>	Fase regresiva de un proceso biológico.
<b>Menarca</b>	Comienzo de la menstruación.
<b>Periarticular</b>	Situado o que ocurre alrededor de una articulación.
<b>Progesterona</b>	Hormona sexual que prepara el endometrio para la recepción y desarrollo del huevo fecundado.
<b>Rarefacción</b>	Disminución de la densidad y peso de un órgano con atrofia y resorción, pero con conservación del volumen.
<b>Resección</b>	Escisión o extirpación de una parte u órgano.
<b>Resorción</b>	Desaparición de un producto natural o patológico en el seno de los tejidos.
<b>Serendipity</b>	Incorporar hallazgos que no se habían previsto.

**A N E X O S**

**RECUERDE ...**

**; USTED ES LO  
MÁS  
IMPORTANTE ;**

**INFORMES**

**ENAM**

**Centro de Servicios**

**Psicológicos**

**"Dr. Guillermo Dávila"**

**Av. Universidad No. 3004**

**Col. Copilco Universidad**

**Teléfono: 5622.2309**

**Horario:**

**10:00 a 13:00 y**

**16:00 a 19:00 hrs.**

**CUPO LIMITADO**

**HAGAMOS DEL  
CLIMATERIO UNA OPCION  
DE DESARROLLO Y  
CRECIMIENTO.  
FORTALECIENDO NUESTRA  
AUTOESTIMA Y  
REVALORANDO NUESTRAS  
CAPACIDADES PARA  
BRINDARNOS UNA MEJOR  
CALIDAD DE VIDA.**



**TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN**

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
Sistema de Universidad Abierta**

**MUJERES EN ETAPA DEL  
CLIMATERIO**



**EL CLIMATERIO Y  
SU IMPACTO  
EMOCIONAL EN LA  
MUJER**

### Si usted...

- Tiene más de 45 años
- Está en la etapa del Climaterio/  
Menopausia
- Visita periódicamente a su  
ginecólogo y
- Está bajo tratamiento hormonal...

### Y, aún así...

- Siente tristeza e inseguridad con  
frecuencia
- Se irrita con facilidad
- No le agrada su imagen actual
- Le disgustan sus nuevas arrugas
- Teme enfrentar el futuro
- Cree que su cuerpo ya no es atractivo
- Le deprime pensar que su familia ya  
no la necesita igual
- Piensa que su vida sexual ha llegado  
a su fin...

**Entonces, esta información le puede  
interesar.**



### ¿Sabía usted que...?

Cada mujer que llega al Climaterio reacciona de manera diferente a la serie de cambios hormonales, y estos cambios se acompañan de alteraciones físicas y PSICOLÓGICAS.

Estos cambios PSICOLÓGICOS pueden desempeñar un papel importante en el equilibrio emocional de la mujer, sobreviniendo, en ocasiones, estados de depresión, irritabilidad, temores o sensaciones de insatisfacción que podrían repercutir en su AUTOESTIMA.

### ¿Qué puedo hacer?

Buscar ayuda para comprender mejor esta etapa natural del desarrollo y favorecer su calidad de vida.

### ¿Con quién...?

La UNAM realizará un trabajo de investigación mediante un tratamiento psicoterapéutico de grupo, cuyo objetivo será proporcionar apoyo a la mujer, enfocándose primordialmente en aspectos de la AUTOESTIMA

### ¿En qué consiste?

En una terapia grupal de 10 sesiones de 90 minutos cada una, que se llevarán a cabo los días jueves por la mañana. (Horario pendiente de programar).

- Fecha de Inicio: 12 de octubre de 2000.
- Esta actividad tendrá una cuota de recuperación por sesión.
- Requisito Indispensable: Las mujeres interesadas deberán estar actualmente bajo tratamiento de reemplazo hormonal ginecológico o de medicina alterna.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Sistema de Universidad Abierta

INVITA A  
**MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO**



**“EL CLIMATERIO Y SU IMPACTO EMOCIONAL EN LA MUJER”**

**Terapia Narrativa Reflexiva**  
(10 sesiones grupales de 90 minutos)

Lugar: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, (UNAM)  
Horario: Los días jueves por las mañanas. (Horario pendiente de programar)

**☎ 5622.2309** de 10:00 a las 18:00 hrs.

**INICIO: 12 DE OCTUBRE, 2000**

**REQUISITO INDISPENSABLE**

Las mujeres interesadas deberán estar  
bajo tratamiento de reemplazo hormonal  
Ginecológico o de medicina alterna.

**CUPO LIMITADO**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
Sistema de Universidad Abierta

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS**

**"DR. GUILLERMO DAVILA"**

**"LA AUTOESTIMA EN EL CLIMATERIO"**

Este cuestionario tiene por objeto investigar algunos aspectos de la autoestima en la mujer que pasa por la etapa del Climaterio. No hay respuestas correctas o incorrectas. Escriba por favor los datos que se le piden en los espacios indicados. Le pedimos conteste todas las preguntas procurando no dejar NINGUNA SIN RESPONDER. Léalas cuidadosamente y conteste cada una de ellas como mejor lo considere y lo más verazmente posible.

De las respuestas que usted proporcione, dependerá la objetividad que este instrumento nos brinde para poder ofrecerle una mejor ayuda. Le garantizamos que la información que usted nos proporcione se mantendrá en completa confidencialidad.

Agradecemos su participación.

Octubre, 2000.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

1-A) ¿Cómo se enteró de este servicio psicológico que brinda la UNAM? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2-A) ¿Qué espera usted recibir de este servicio? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3-A) Escolaridad: (Máximo nivel de estudios) \_\_\_\_\_

4-A) ¿Tiene hijos? Si ( ) No ( ) ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Edad(es): \_\_\_\_\_

5-A) ¿Con quién vive actualmente? (Marque las opciones que sean necesarias).

- |    |         |     |    |           |     |                    |
|----|---------|-----|----|-----------|-----|--------------------|
| a) | Pareja  | ( ) | e) | Parientes | ( ) |                    |
| b) | Padres  | ( ) | f) | Hermanos  | ( ) |                    |
| c) | Hijo(s) | ( ) | g) | Amigos    | ( ) |                    |
| d) | Sola    | ( ) | h) | Otros     | ( ) | Especifique: _____ |

6-A) Defina qué entiende usted por etapa del Climaterio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7-A) Defina qué entiende usted por Menopausia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8-A) ¿Conoce usted qué síntomas pueden presentarse en el Climaterio / Menopausia? Mencione algunos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9-A) ¿Hace cuánto tiempo comenzaron sus síntomas del Climaterio / Menopausia? \_\_\_\_\_

TESIS CON  
 FALTA DE DISEÑO

10-A) ¿ Actualmente padece alguno de estos síntomas ? Si ( ) No ( ) ¿ Cuáles ? \_\_\_\_\_

11-A) ¿ Conoce usted si existen instituciones que brinden ayuda psicológica a la mujer en la etapa del Clímax ? Si ( ) No ( )  
Si conoce algunas(s), menciónela(s): \_\_\_\_\_

12-A) ¿Cuál ha sido su ocupación durante los últimos 10 años ?  
(Marque con una "X" la o las opciones que sean necesarias)

- |                                |                   |                         |     |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-----|
| • Trabajo en empresa u oficina | ( )               | • Negocio propio        | ( ) |
| • Trabajo eventual             | ( )               | • Actividades del hogar | ( ) |
| • Voluntariado                 | ( )               | • Estudiante            | ( ) |
| • Deporte y/o gimnasia         | ( )               | • Pasatiempos           | ( ) |
| • Actividades religiosas       | ( )               |                         |     |
| • Otras:                       | ( ) ¿Cuál ? _____ |                         |     |

13-A) ¿Cuál ha sido la actividad cotidiana que ha realizado durante el último año ?  
(Marque con una "X" la o las opciones que sean necesarias)

- |                                |                   |                         |     |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-----|
| • Trabajo en empresa u oficina | ( )               | • Negocio propio        | ( ) |
| • Trabajo eventual             | ( )               | • Actividades del hogar | ( ) |
| • Voluntariado                 | ( )               | • Estudiante            | ( ) |
| • Deporte y/o gimnasia         | ( )               | • Pasatiempos           | ( ) |
| • Actividades religiosas       | ( )               |                         |     |
| • Otras:                       | ( ) ¿Cuál ? _____ |                         |     |

14-A) Me siento satisfecho realizando mis actividades en :  
(Marque con una "X" la o las opciones que sean necesarias)

- |                                |                   |                         |     |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-----|
| • Trabajo en empresa u oficina | ( )               | • Negocio propio        | ( ) |
| • Trabajo eventual             | ( )               | • Actividades del hogar | ( ) |
| • Voluntariado                 | ( )               | • Estudiante            | ( ) |
| • Deporte y/o gimnasia         | ( )               | • Pasatiempos           | ( ) |
| • Actividades religiosas       | ( )               |                         |     |
| • Otras:                       | ( ) ¿Cuál ? _____ |                         |     |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

15-A) Me gustaría realizar alguna actividad diferente o en adición a la actividad que realizo actualmente. Si ( ) No ( )  
 (Si su respuesta es SI, especifíquelo a continuación marcando con una "X" la o las actividades que le gustaría realizar)

- |                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| • Trabajo en empresa u oficina ( ) | • Negocio propio ( )        |
| • Trabajo eventual ( )             | • Actividades del hogar ( ) |
| • Voluntariado ( )                 | • Estudiante ( )            |
| • Deporte y/o gimnasia ( )         | • Pasatiempos ( )           |
| • Actividades religiosas ( )       |                             |
| • Otras: ( ) ¿Cuál? _____          |                             |

16-A) ¿ En qué área o áreas considera usted que tiene más dificultades en su vida diaria ?

( Si es más de una, enumérelas. Marque con el No. 1 la que considere PRIORITARIA, y así sucesivamente. No necesariamente tendrá que enumerar todas las áreas que se relacionan a continuación).

- |                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| • Capacidades y/o habilidades ( ) | • Pareja ( )              |
| • "Manera de ser" ( )             | • Hijo (s) ( )            |
| • Imagen ( )                      | • Amistades ( )           |
| • Familia ( )                     | • Relaciones Sexuales ( ) |
| • Otra(s) Especifíquela: _____    |                           |

17-A) ¿ En qué área o áreas considera usted que NO tiene dificultades en su vida diaria ?

( Si es más de una, enumérelas. Marque con el No. 1 la que considere MAS FAVORABLE, y así sucesivamente. No necesariamente tendrá que enumerar todas las áreas que se relacionan a continuación).

- |                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| • Capacidades y/o habilidades ( ) | • Pareja ( )              |
| • "Manera de ser" ( )             | • Hijo (s) ( )            |
| • Imagen ( )                      | • Amistades ( )           |
| • Familia ( )                     | • Relaciones Sexuales ( ) |
| • Otra(s) Especifíquela: _____    |                           |

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marque con una "X" la situación que se acerque más a su forma de vida, considerando cómo se sentía "HACE TRES AÑOS" y cómo se siente "ACTUALMENTE".

	HACE TRES AÑOS					ACTUALMENTE				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1) Resuelvo mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) He aumentado de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Soy tolerante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Tengo confianza en mí misma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Soy sexualmente atractiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Siento temor a perder el afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Hay convivencia con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Me siento atractiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Mis problemas se deben a causas externas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Conservo mis amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Evito tocar el tema de sexo con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Soy optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Tengo problemas de concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Es importante estar con mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Soy importante para mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Mi pareja me busca sexualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Soy importante para mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Soy sensible al rechazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Me gusta iniciar cosas nuevas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Soy importante para mis amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Puedo cambiar mi estilo de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Mis relaciones sexuales son satisfactorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Me gusta hacer nuevas amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Siento temor a la soledad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Mis problemas se deben a mis errores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HACE TRES AÑOS

ACTUALMENTE

	HACE TRES AÑOS					ACTUALMENTE				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
26) Me intereso por las actividades de mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Cuido mi apariencia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Me considero sexualmente activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29) Me gusta ir a fiestas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30) Tengo buen nivel de rendimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31) Me agrada estar con la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32) Mi atractivo físico es importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Me intereso por las actividades de mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Me gusta convivir con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Puedo controlar mis estados de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36) Disfruto estar sola con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Tengo apetito sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38) Deseo estar sola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39) Convivo con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40) Mi familia me reconoce y me necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41) Mi pareja y yo tenemos objetivos comunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42) Tengo comunicación con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43) Soy enojona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44) Siento temor al abandono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45) Disfruto promover las tradiciones familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46) Cuido mi condición física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47) Participo en las decisiones de mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48) Tomo iniciativa en mis relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49) Soy alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50) Soy útil a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HACE TRES AÑOS

ACTUALMENTE

	HACE TRES AÑOS					ACTUALMENTE				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
51) Me agrada mi apariencia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52) Evito las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53) Estoy satisfecha de lo que soy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54) Me gusta mi cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55) Convivo con mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56) Lo que me propongo lo logro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57) Acepto que mis amigos piensen diferente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58) Soy creativa sexualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59) Soy calmada y tranquila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60) Participo en las decisiones de mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61) Tengo temor a ser desplazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62) Tengo comunicación con mis pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63) Disfruto mis relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64) Cuando mis amigos tienen problemas, me buscan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TESIS CON FALLA DE CUBIEN

¿Desearía señalar algún otro tema en particular que no se haya considerado en este cuestionario ?

Si ( ) No ( ) Si su respuesta es Si, especifique cuál: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**Sistema de Universidad Abierta**

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS**

**“DR. GUILLERMO DAVILA”**

**“LA AUTOESTIMA EN EL CLIMATERIO”**

Este cuestionario tiene por objeto investigar algunos aspectos de la autoestima en la mujer que pasa por la etapa del Climaterio. No hay respuestas correctas o incorrectas. Escriba por favor los datos que se le piden en los espacios indicados. Le pedimos conteste todas las preguntas procurando no dejar NINGUNA SIN RESPONDER. Léalas cuidadosamente y conteste cada una de ellas como mejor lo considere y lo más verazmente posible.

De las respuestas que usted proporcione, dependerá la objetividad que este instrumento nos brinde para poder ofrecerle una mejor ayuda. Le garantizamos que la información que usted nos proporcione se mantendrá en completa confidencialidad .

**Agradecemos su participación.**

**Enero, 2001**



# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

(2 de 4)

## CUESTIONARIO

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**1-A) Actualmente me siento satisfecha realizando mis actividades en :**

(Marque con una "X" la o las opciones que sean necesarias)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en empresa u oficina ( )</li> <li>• Trabajo eventual ( )</li> <li>• Voluntariado ( )</li> <li>• Deporte y/o gimnasia ( )</li> <li>• Actividades religiosas ( )</li> <li>• Otras: ( ) ¿Cuál ? _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negocio propio ( )</li> <li>• Actividades del hogar ( )</li> <li>• Estudiante ( )</li> <li>• Pasatiempos ( )</li> </ul> |
|--|--|

**2-A) Me gustaría realizar alguna actividad diferente o complementaria a la actividad que realizo actualmente. Si ( ) No ( )**

(Si su respuesta es afirmativa, especifíquelo a continuación marcando con una "X" la o las actividades que le gustaría realizar).

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en empresa u oficina ( )</li> <li>• Trabajo eventual ( )</li> <li>• Voluntariado ( )</li> <li>• Deporte y/o gimnasia ( )</li> <li>• Actividades religiosas ( )</li> <li>• Otras: ( ) ¿Cuál ? _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negocio propio ( )</li> <li>• Actividades del hogar ( )</li> <li>• Estudiante ( )</li> <li>• Pasatiempos ( )</li> </ul> |
|--|--|

**3-A) ¿ En qué área o áreas considera usted que esta terapia le ha ayudado más en su vida diaria ?**

( Si es más de una, enumérelas, empezando con el No. 1 la que considere PRIORITARIA, y así sucesivamente. No necesariamente tendrá que enumerar todas las áreas).

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidades y/o habilidades ( )</li> <li>• Manera de ser ( )</li> <li>• Imagen ( )</li> <li>• Familia ( )</li> <li>• Otra(s) Especifíquela: _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pareja ( )</li> <li>• Hijo(s) ( )</li> <li>• Amistades ( )</li> <li>• Relaciones sexuales ( )</li> </ul> |
|---|---|

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marque con una "X" la situación que más se acerque ACTUALMENTE a su forma de vida.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1) Resuelvo mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) He aumentado de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Soy tolerante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Tengo confianza en mí misma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Soy sexualmente atractiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Siento temor a perder el afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Hay convivencia con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Me siento atractiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Mis problemas se deben a causas externas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Conservo mis amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Evito tocar el tema de sexo con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Soy optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Tengo problemas de concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Es importante estar con mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Soy importante para mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Mi pareja me busca sexualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Soy importante para mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Soy sensible al rechazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Me gusta iniciar cosas nuevas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Soy importante para mis amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Puedo cambiar mi estilo de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Mis relaciones sexuales son satisfactorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Me gusta hacer nuevas amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Siento temor a la soledad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Mis problemas se deben a mis errores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Me intereso por las actividades de mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Cuido mi apariencia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Me considero sexualmente activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29) Me gusta ir a fiestas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30) Tengo buen nivel de rendimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31) Me agrada estar con la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32) Mi atractivo físico es importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Me intereso por las actividades de mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Me gusta convivir con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Puedo controlar mis estados de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

(4 de 4)

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
36) Disfruto estar sola con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Tengo apetito sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38) Deseo estar sola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39) Convivo con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40) Mi familia me reconoce y me necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41) Mi pareja y yo tenemos objetivos comunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42) Tengo comunicación con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43) Soy enojona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44) Siento temor al abandono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45) Disfruto promover las tradiciones familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46) Cuido mi condición física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47) Participo en las decisiones de mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48) Tomo iniciativa en mis relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49) Soy alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50) Soy útil a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51) Me agrada mi apariencia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52) Evito las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53) Estoy satisfecha de lo que soy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54) Me gusta mi cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55) Convivo con mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56) Lo que me propongo lo logro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57) Acepto que mis amigos piensen diferente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58) Soy creativa sexualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59) Soy calmada y tranquila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60) Participo en las decisiones de mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61) Tengo temor a ser desplazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62) Tengo comunicación con mis pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63) Disfruto mis relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64) Cuando mis amigos tienen problemas, me buscan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¡ Gracias por su valiosa colaboración!

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ANEXO 5  
(1 de 4)**

**ENTREVISTA FINAL**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1) ¿ Recibiste lo que esperabas en esta terapia ?

---

---

---

---

2) ¿ De qué forma consideras que te ayudó esta terapia ?

---

---

---

---

3) ¿ Existe algún tema que no pudiste expresar ?

---

---

---

---

4) ¿ Qué tema te hubiera gustado que se ampliara más ?

---

---

---

---

5) ¿ Te gustaría expresar algo que no fuiste capaz de hacerlo durante la terapia ?

---

---

---

---

Nos podrías dar tu opinión sobre:

**I. Técnica de la Terapia:**

1) Número de sesiones: \_\_\_\_\_

2) Duración de la sesión : \_\_\_\_\_

3) Número de participantes : \_\_\_\_\_

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

(2 de 4)

4) ¿ Qué podrías recomendar para enriquecer esta terapia ?

---

---

**II. Trabajo y participación de las Terapeutas.**

1) ¿ Qué opinas sobre la forma en que se condujo la terapia ?

---

---

2) ¿ Consideras que las Terapeutas le dieron el mismo tiempo a cada una de las participantes ?

---

---

3) ¿ Crees que lo que se exponía fue entendido por las Terapeutas ?

---

---

4) ¿ Consideras que lo que las Terapeutas decían era entendido por el grupo ?

---

---

5) ¿ Crees que el tiempo de intervención de cada una de las Terapeutas fue el mismo ?

---

---

6) ¿ Cómo sentiste a las Terapeutas en la forma en que se dirigían al grupo ?

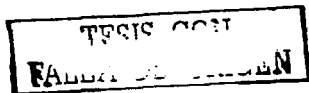
---

---

7) ¿ Crees que las Terapeutas le daban importancia al tema que se trataba ?

---

---



8) ¿Qué recomendarías para enriquecer el trabajo de las terapeutas ?

---

---

**III. Trabajo y participación del Equipo Reflexivo.**

1) ¿Crees que el tiempo de intervención de cada una de las Terapeutas del E.R. fue el mismo ?

---

---

2) ¿Consideras que lo que el E.R. exponía fue entendido por el grupo ?

---

---

3) ¿Cómo sentiste a las terapeutas del E.R. en la forma de expresar sus reflexiones ?

---

---

4) ¿Crees que las terapeutas del E.R. le dieron importancia al tema que se trataba ?

---

---

5) ¿Consideras que lo que las terapeutas del E.R. dijeron fue entendido por el grupo ?

---

---

6) ¿Qué recomendarías para enriquecer el trabajo del Equipo Reflexivo?

---

---

**IV. Trabajo del Grupo.**

1) ¿Consideras que todas las integrantes tuvieron la misma participación ?

---

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2) ¿Crees que cada una de las participantes tuvo el mismo tiempo de exposición ?

---

---

3) ¿ Consideras que lo que exponía cada una de las participantes era entendido por el resto del grupo ?

---

---

4) ¿ Cómo sentiste la relación que se dio entre el grupo ?

---

---

5) ¿ Qué consideras que aportaste al grupo ?

---

---

6) ¿ Qué recomendarías para enriquecer la participación del grupo ?

---

---

**REFLEXIÓN**

Después de este aprendizaje, ¿Cuál es tú meta a corto y a largo plazo ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DEFINICION DE CONCEPTOS

AREA	DEFINICION	No. AFIRMACIONES	Total
------	------------	------------------	-------

### AMBITO PERSONAL

<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPACIDADES Y/O HABILIDADES</li> </ul>	Es el reconocimiento que la mujer hace de sí misma respecto a sus condiciones físicas y/o intelectuales que le permiten adquirir aprendizajes, aprovechar oportunidades, verse beneficiada por las experiencias y manifestar disponibilidad para el cambio.	1 4 13 19 21 30 35 50 53 56	10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "MANERA DE SER"</li> </ul>	Es el reconocimiento que la mujer hace de sus características primordiales manifestadas a través del temperamento y modos de respuesta habitual, ligadas a sus creencias, estereotipos y valores.	3 6 9 12 18 24 25 38 43 44 49 59 61	13
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMAGEN</li> </ul>	Es el reconocimiento que la mujer puede tener de su imagen física, basada en las influencias sociales y culturales.	2 8 27 32 46 51 54	7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEXUALIDAD</li> </ul>	Es el reconocimiento de la satisfacción o insatisfacción sexual de la mujer, basada en sus propios modelos, normas y valores establecidos.	5 11 16 22 28 37 48 52 58 63	10

### AMBITO INTRAFAMILIAR

<ul style="list-style-type: none"> <li>• FAMILIA</li> </ul>	Es resaltar la importancia de la unidad familiar y, de manera particular, la interacción basada en la comunicación y la convivencia con su pareja e hijos.	Familia 14 40 45 55 Pareja 7 17 33 36 41 60 62 Hijos 15 26 34 39 42 47	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAREJA</li> </ul>		7	7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIJOS</li> </ul>		6	6

### AMBITO INTERPERSONAL

<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMISTADES</li> </ul>	Es el reconocimiento del valor que la mujer le da a su interacción con los demás dentro de un marco social y cultural.	10 20 23 29 31 57 64	7
		64	64

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



AFIRMACIONES CLASIFICADAS POR AREA

ANEXO 7  
(1 de 2)

Número del Afirmaciones	AFIRMACION	Total
-------------------------	------------	-------

AMBITO PERSONAL

CAPACIDADES Y/O HABILIDADES

1	Resuelvo mis problemas.	10
4	Tengo confianza en mi misma.	
13	Tengo problemas de concentración.	
19	Me gusta iniciar cosas nuevas.	
21	Puedo cambiar mi estilo de vida.	
30	Tengo buen nivel de rendimiento	
35	Puedo controlar mis estados de ánimo.	
50	Soy útil a los demás.	
53	Estoy satisfecha de lo que soy.	10
56	Lo que me propongo lo logro.	

"MANERA DE SER"

3	Soy tolerante.	13
6	Siento temor a perder el afecto.	
9	Mis problemas se deben a causas externas.	
12	Soy optimista.	
18	Soy sensible al rechazo.	
24	Siento temor a la soledad.	
25	Mis problemas se deben a mis errores.	
38	Deseo estar sola.	
43	Soy enojona.	
44	Siento temor al abandono.	
49	Soy alegre.	13
59	Soy calmada y tranquila.	
61	Tengo temor a ser desplazada.	

IMAGEN

2	He aumentado de peso.	7
8	Me siento atractiva.	
27	Cuido mi apariencia física.	
32	Mi atractivo físico es importante.	
46	Cuido mi condición física.	
51	Me agrada mi apariencia física.	
54	Me gusta mi cuerpo.	

SEXUALIDAD

5	Soy sexualmente atractiva.	10
11	Evito tocar el tema de sexo con mi pareja.	
16	Mi pareja me busca sexualmente.	
22	Mis relaciones sexuales son satisfactorias.	
28	Me considero sexualmente activa.	
37	Tengo apetito sexual.	
48	Tomo iniciativa en mis relaciones sexuales.	
52	Evito las relaciones sexuales.	
58	Soy creativa sexualmente.	
63	Disfruto mis relaciones sexuales.	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**AFIRMACIONES CLASIFICADAS POR AREA**

(2 de 2)

Número del Afirmaciones	AFIRMACION	Total
-------------------------	------------	-------

**AMBITO INTRAFAMILIAR**

<b>FAMILIA</b>		
14	Es importante estar con mi familia.	
40	Mi familia me reconoce y me necesita.	
45	Disfruto promover las tradiciones familiares.	
55	Convivo con mi familia.	4
<b>PAREJA</b>		
7	Hay convivencia con mi pareja.	
17	Soy importante para mi pareja.	
33	Me intereso por las actividades de mi pareja.	
36	Disfruto estar sola con mi pareja.	
41	Mi pareja y yo tenemos objetivos comunes.	7
60	Participo en las decisiones de mi pareja.	
62	Tengo comunicación con mi pareja.	
<b>HIJOS</b>		
15	Soy importante para mis hijos.	
26	Me intereso por las actividades de mis hijos.	
34	Me gusta convivir con mis hijos.	
39	Convivo con mis hijos.	
42	Tengo comunicación con mis hijos.	
47	Participo en las decisiones de mis hijos.	6

**AMBITO INTERPERSONAL**

<b>AMISTADES</b>		
10	Conservo mis amistades.	
20	Soy importante para mis amigos.	
23	Me gusta hacer nuevas amistades.	
29	Me gusta ir a fiestas.	7
31	Me agrada estar con la gente.	
57	Acepto que mis amigos piensen diferente.	
64	Cuando mis amigos tienen problemas, me buscan.	
		64

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**