

DESCRIPCIÓN GENERAL

Dado que las expectativas de vida han aumentado, cada vez son más las mujeres que deben enfrentarse a cambios de roles y a pérdidas significativas, como por ejemplo de la capacidad reproductiva, al alcanzar la menopausia.

La menopausia es una situación fisiológica, no una enfermedad, que viven todas las mujeres alrededor de los 50 años. Es decir, es un periodo desencadenado por factores biológicos, que no es experimentado de la misma manera por todas las mujeres, pues influyen en él variables de tipo psicológicos, biológico y sociocultural. Por lo tanto se afirma que la interacción de estas variables provocará que cada mujer experimente la menopausia de manera individual y única (Olazábal Ulacia, García Paniagua, Montero Luengo, García Gutierrez, Sendín Melguizo y Holgado Sánchez, 1999).

De esta manera, la menopausia es para algunas un reto por las dificultades físicas y emocionales (alteraciones que pueden ser abordadas con tratamiento), para otras es un momento de plenitud personal, y para otras es una combinación de lo anterior que requiere un esfuerzo adicional y el apoyo de su entorno familiar, laboral y social.

En la sociedad mexicana, se halla una representación de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento (Pelcastre et al., 2001). De acuerdo al modelo de Bowles (1990, citado en Gannon y Ekstrom, 1993), estas creencias y expectativas culturales son responsables de la formación de actitudes

específicas hacia la menopausia, mismas que a su vez están relacionadas con como se perciba esta etapa.

Dado que la asociación entre cambios hormonales y sintomatología es compleja y mediada por factores socioculturales (Obermeyer, 2000) reflejados en la representación que se tiene de la menopausia, el objetivo de este estudio fue conocer el significado psicológico, las actitudes ante la menopausia y el autoconcepto de las mujeres en la etapa adulta media. Además se compararon estas variables entre mujeres premenopausicas y postmenopausicas.

Para lograr lo anterior, se empleó la Técnica de Redes Semánticas Naturales (Figuroa, González y Solís, 1981; Reyes Lagunes,1993), una Escala de Actitudes hacia la Menopausia (Bowles, 1986) y una Escala Multidimensional del Autoconcepto (La Rosa y Díaz Loving, 1991).

2. MENOPAUSIA

Un área del cambio físico que es importante para comprender la etapa adulta es la que concierne a los cambios en las glándulas sexuales y que por lo regular se denomina climaterio, término compuesto de dos voces griegas que significan “tiempo crítico” y “peldaño”, término que quizá implica con demasiada fuerza que el peldaño es crítico, que se puede romper o ser inalcanzable, o que causa dolor y sufrimiento (Lefrancois, 2001).

Tampoco el concepto de menopausia es nuevo, el primero en hablar del cese de la menstruación fue Aristóteles, pero fue hasta 1823 cuando se comenzó a utilizar el término propiamente dicho: men, mes; pausis, cesación (Dexeus y Farré, 1994).

También hace tiempo, Hipócrates señaló que la retención de la menstruación significaba la pérdida del equilibrio interno, y que esta sangre no expulsada se podía acumular en algún lugar, ocasionando úlceras, abscesos, calambres o paralización de alguna parte del cuerpo (Schneider, 1992).

Stewart y Robinson (1997) definen la menopausia como el tiempo en que disminuyen o se atrofian los folículos ováricos, y la menstruación cesa permanentemente. Por su parte Carranza (1998) atribuye esta cesación definitiva a una insuficiencia ovárica.

Estas definiciones muestran como desde la literatura médica la menopausia es vista ya sea como una “enfermedad de deficiencia” (estrogen deficiency disease) causada por la disminución de los niveles de estrógenos (Avis y McKinlay, 1991; Voda, 1997), o peor aún, como una “endocrinopatía”

(endocrinopathy); perspectivas que inducen a enfocarse en los síntomas producidos por los cambios hormonales, en lugar de verla como un proceso normal o un evento del desarrollo que las mujeres experimentan (Robinson, 1917, citado en Voda, 1997).

Definir los cambios normales de la etapa adulta media como una enfermedad de deficiencia, tiene graves consecuencias para las mujeres, quienes se sienten saludables psicológica y físicamente, y no pueden creer que sólo los primeros cuarenta años de su vida han sido sanas y que todas las mujeres en esta etapa estén enfermas (Crawford y Unger, 2000), presenten o no síntomas. En cambio, estas alteraciones, de presentarse, podrían ser consideradas como temporales, normales en esa etapa y necesitadas de atención y tratamiento (Gannon y Ekstrom, 1993). Finalmente, no es la etiqueta de enfermedad lo que medicaliza a la menopausia, sino la extensión de la etiqueta a mujeres que no requieren tratamiento (Daly, 1995).

Por su parte Reit (1979, citada por Sánchez y Romeo, 1996), propone el concepto de reajuste general del equilibrio endocrino, en lugar de considerar la menopausia como una enfermedad caracterizada por la deficiencia hormonal. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el “cese permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica”.

Otros (Medline plus, 2002) la definen como el período de transición en la vida de una mujer cuando los ovarios dejan de producir óvulos, la actividad menstrual disminuye y finalmente cesa, y el organismo disminuye la producción de las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona).

Un término más amplio es el de climaterio, que para Copeland (2002) es la fase de transición desde el estadio reproductivo de la vida al estadio no reproductivo de las mujeres, caracterizado por cambios ocasionados por la disminución de las funciones ováricas de producción hormonal, y que por lo general se manifiesta clínicamente durante los 2 a 5 años que rodean a la menopausia. La OMS define al climaterio como “el periodo inmediatamente previo a la menopausia (cuando comienzan las características endocrinológicas, biológicas y clínicas de la próxima menopausia) y, como mínimo, el primer año después de la menopausia.

Carranza (1998) señala que el climaterio es el período de involución ovárica que comienza cuando hay alteraciones bioquímicas, reproductivas o clínicas, ocasionadas por la disminución de las funciones ováricas de producción hormonal, que termina con el inicio de la senectud. Complementariamente Martin y Osborne (1993) señalan que el climaterio esta dividido en premenopausia, menopausia y postmenopausia.

La premenopausia es la parte del climaterio anterior a la perimenopausia (Carranza, 1998), de acuerdo a Voda (1997) es todo el periodo reproductor anterior a la menopausia, no sólo un par de años anteriores a ella, y dentro de este periodo se ubica la perimenopausia.

Perimenopausia es el periodo más cercano a la menopausia, que se caracteriza por cambios somáticos y de humor. Su inicio es típicamente marcado por bochornos y cambios en los patrones de sangrado (Voda, 1997), es decir, los períodos menstruales pueden ser irregulares, más abundantes y

prolongados, y puede haber periodos más prolongados de amenorrea (Bachmann 1994, citado en Stewart y Robinson, 1997); además hay decremento (pero no ausencia) de la fertilidad, cambios psicológicos, insomnio y cambios en las funciones sexuales. Para Carranza (1998) esta etapa se prolonga hasta que puede asegurarse que realmente se presentó la menopausia.

La menopausia se determina cuando han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea (Voda, 1997). Este año esta usualmente acompañado de bochornos, aumento de peso, retención de agua (Martin y Osborne, 1993) y atrofia urogenital, y se diagnostica retrospectivamente después de que la mujer ha experimentado su último período menstrual (Stewart y Robinson, 1997).

Postmenopausia, es la fase del climaterio posterior al establecimiento de la menopausia (Carranza, 1998), cuando la fase reproductiva ha terminado (Voda, 1997), y la de envejecimiento ha comenzado (Lichtendorf, 1982; Notman, 1979, citados en Dan y Lewis, 1992).

Cabe señalar que en los últimos cien años, la fase fértil de la mujer se ha alargado. La primera regla aparece, según la media 4 años antes, y desaparece 6 años más tarde, por una tendencia secular (Rödström, Bengtsson, Milsom, Lissner, Sundh y Bjoürkelund, 2003; Schneider, 1992).

De acuerdo a Carranza (1998), es entre los 47 y 50 años de edad el promedio en diferentes poblaciones cuando se presenta el último sangrado menstrual. Pero según Lefrancois (2001) y Martin y Osborne (1993) es a los 50,

y el climaterio puede iniciar a los 40 y durar 20 años. Sin embargo en Estados Unidos se ha encontrado que la edad promedio de la menopausia es de 51.3 años, en un rango que va de los 47 a los 55 años (Stewart y Robinson, 1997).

Mujeres que fuman, experimentan la menopausia 1.5 años antes que las mujeres que no fuman. Hay evidencia de que hay una relación dosis – respuesta, entre la edad de la menopausia, y el número de cigarrillos fumados y el tiempo que se tiene como fumador; esto se debe a que el fumar puede afectar el metabolismo de las hormonas reproductivas. Incluso las mujeres que viven en lugares muy altos, también experimentan la menopausia más temprano (Stewart y Robinson, 1997).

En Puebla, en un estudio realizado por Sievert y Huataniemi (2003), se encontró no sólo que quienes fuman la experimentan antes, sino también quienes tienen un bajo nivel educativo y son nulíparas; y se estimó la edad de la menopausia en 50 años.

Por un lado Stewart y Robinson (1997) señalan que los anticonceptivos orales, el estatus marital, la raza, el estatus socioeconómico (ingresos y nivel educativo), y la edad en que apareció la menarquia no modifican la edad de la aparición de la menopausia. Sin embargo Rödström y colaboradores (2003) hallaron que las mujeres que presentaban una menarquía antes, también presentaban la menopausia antes. Adicionalmente Morse, Dudley, Guthrie y Dennerstein (1998) encontraron que existía una relación predictiva entre un historial de quejas premenstruales físicas y psicológicas y una perimenopausia más sintomática caracterizada por disforia, y síntomas esqueléticos, digestivos y

respiratorios; además estas mujeres reportaron tener relaciones interpersonales estresantes, ser fumadoras y hacer poco ejercicio.

Cuando la menopausia se presenta antes de los 35 años de edad, lo que anteriormente se consideraba menopausia precoz, ahora es llamada Insuficiencia ovárica prematura (Carranza, 1998).

Voda (1997) propone algunos tipos de menopausia: la menopausia natural, que se refiere al último sangrado menstrual espontáneo que ocurre a una edad promedio de 51.2 años. Esta definición se aplica a mujeres que tienen ovarios y que no han tomado estrógenos ni como método anticonceptivo, ni como terapia de reemplazo. La menopausia hormonal, que ocurre en cualquier mujer que ha tomado estrógenos, pues se ha revelado que estas mujeres han experimentado la menopausia un poco después, a los 52 años. Y la menopausia artificial, que se refiere a cuando a las mujeres se les ha extirpado el útero, o los ovarios y el útero, o se les ha dado quimioterapia o radiaciones.

Finalmente, aunque no existe aún un acuerdo universal sobre los términos aquí definidos, en opinión de Remez (2001) existen múltiples componentes, incluyendo ambientales y genéticos, que contribuyen al complejo mecanismo que determina el inicio de la menopausia. Entre estos el ser Japonesa-americana, tomar la píldora y haber tenido hijos, contribuyen a que se presente más tarde; y por otro lado el estar divorciada, separada o viuda, estar desempleada, y tener un historial de enfermedades cardíacas, contribuye a que se presente antes de tiempo.

2.1 Aspectos Biológicos

También llamada cambio de vida, la menopausia normalmente ocurre entre los 40 y 55 años, en promedio comienza a los 51 años y es un evento natural en la vida de una mujer. Durante la menopausia cesa la ovulación, eliminando la posibilidad del embarazo, y la menstruación se hace menos frecuente hasta que finalmente se detiene (Medline plus, 2002).

Los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona, son los causantes de los síntomas de la menopausia; a medida que los ovarios se tornan menos funcionales, producen menos estrógenos y progesterona y el cuerpo posteriormente reacciona a ello. Algunas mujeres experimentan pocos síntomas o ninguno, mientras que otras experimentan varios síntomas que van de leves a severos. Esta variación es normal. Una disminución gradual de los niveles de estrógenos permite que el cuerpo se ajuste lentamente al cambio hormonal, en algunas mujeres la actividad menstrual se detiene repentinamente, pero por lo general va disminuyendo poco a poco en cantidad y duración del flujo y frecuentemente los períodos menstruales se hacen más seguidos o más espaciados. Esta irregularidad puede durar por 2 o 3 años antes de que la menstruación cese por completo (amenorrea) pero en algunas mujeres se produce una disminución repentina del nivel de estrógeno, causando síntomas severos. Este resultado se observa cuando la menopausia es causada por la extirpación quirúrgica de los ovarios (menopausia quirúrgica o artificial) (Medline plus, 2002).

El estrógeno es responsable de la acumulación del revestimiento epitelial de la cavidad uterina; durante los años reproductivos, este revestimiento se forma y luego se desprende mensualmente (menstruación). La disminución de estrógeno en la menopausia impide que esta formación se produzca, sin embargo, las hormonas androgénicas producidas por las glándulas suprarrenales se convierten en estrógeno y esto causa algunas veces el sangrado posmenopáusico (Medline plus, 2002).

Algunos autores consideran a la perimenopausia como la transición a la menopausia, o como un periodo de involución del circuito funcional conformado por el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios. Generalmente se ha considerado que la falla de este sistema comienza por los ovarios. Sin embargo, también se ha mencionado la disminución de la sensibilidad hipotalámica a la retroalimentación negativa de los estrógenos, así como una menor respuesta de los gonadotropos hipofisarios a la hormona liberadora de gonadotropinas (Carranza, 1998).

Antes de la menopausia, los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) pueden llegar a incrementarse más de 10 veces, y las concentraciones de las hormonas luteinizante (LH) cerca de 3 veces con respecto a los valores encontrados durante la vida reproductiva, hasta alcanzar los valores máximos después de 1 a 3 años, para luego disminuir paulatinamente. Cuando se extinguen los folículos, la mujer tiende a producir menor cantidad de estrógenos.

Esta disminución de la producción de estrógenos, que es la principal alteración hormonal durante el climaterio, está asociada con muchos efectos

secundarios. La liberación súbita de calor corporal y la resequedad vaginal, causada por el debilitamiento de los tejidos de la pared vaginal son los más frecuentes. Los cambios en el estado de ánimo y la falta en el deseo sexual que están asociados algunas veces con la menopausia pueden resultar parcialmente de la disminución de la hormona, pero también pueden ser producto de la incomodidad asociada con los sofocos, la resequedad vaginal y la dispareunia (contacto sexual doloroso) (Medline plus, 2002).

Así también, con la disminución de niveles de estrógeno se incrementa el riesgo de osteoporosis (pérdida de calcio en los huesos que causa fragilidad ósea), que también se incrementa con el fumar y con el consumo de alcohol y cafeína (Crawford y Unger, 2000); y se producen cambios en los niveles de colesterol que pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca en la mujer.

La menopausia es un proceso natural que no requiere tratamiento a menos que los síntomas sean muy molestos. El tratamiento más común es la terapia de sustitución de estrógeno (TSE), o la terapia de sustitución hormonal (TSH) que incluye estrógeno y progesterona. Muchos tipos diferentes de estrógenos están disponibles para ser utilizados y la terapia de sustitución con estrógeno se puede suministrar mediante píldoras, parches, cremas o tabletas vaginales (Medline plus, 2002). También se recomienda hacer ejercicio y tener una buena nutrición (Lefrancois, 2001).

Respecto al término de terapia de sustitución de estrógenos, algunos expertos en la menopausia han propuesto que se abandone, pues argumentan

que este fortalece la idea de que la menopausia es una enfermedad (Crawford y Unger, 2000).

Según Lefrancois (2001), la terapia de sustitución hormonal, suele aliviar algunos síntomas de la menopausia, lo cual puede deberse entre otras cosas al efecto placebo o a la fe que se tenga en el (Schneider, 1992). Otros beneficios asociados son la reducción de el riesgo de osteoporosis y enfermedades cardiacas, pero a su vez, tiene un posible vínculo con una mayor probabilidad de incidencia de ataques al corazón y de ciertas formas de cáncer, como el de mama (Liebman, 2003). Por otro lado Crawford y Unger (2000) y Lee y Taylor (1996), señalan que su empleo es aún controversial, y seguro resulta inútil para tratar la ansiedad y la irritabilidad.

Por su parte las fuerzas económicas de la sociedad ven a la menopausia como necesitada de recibir tratamiento médico, ya que las muchas mujeres menopausicas conforman un gran mercado para la creación de nuevos remedios, clínicas y libros (Stewart y Robinson, 1997).

Sin embargo, la medicación de la menopausia no es universal. En Japón, por ejemplo, el patrón de los síntomas es totalmente diferente de aquel encontrado en las mujeres Norte Americanas; los síntomas típicos incluyen dolor de cabeza y mareos, y estos síntomas son considerados parte del proceso normal de envejecimiento. Recientemente, hasta ha sido reconocido un síndrome menopausico (Crawford y Unger, 2000), o síndrome del climaterio, el cual comprende los síntomas físicos y los emocionales (Porcile, Gallardo, Onetto y Schachet, 1994, citados en Lefrancois, 2001). Mismos que Groeneveld,

Bareman, Barentsen, Dokter, Drogendijk y Hoes (1993) llaman “quejas consensuadas”.

Los *síntomas físicos* frecuentemente experimentados por las mujeres que pasan por la transición de la menopausia incluyen: atrofia urogenital que causa dispareunia y dificultades urinarias (por ejemplo incontinencia urinaria o frecuencia urinaria), inestabilidad vasomotora (o bochornos) que a veces contribuye al insomnio, sangrados menstruales irregulares, episodios de amenorrea (Stewart y Robinson, 1997), dolores de cabeza, sensibilidad de los senos, aumento de peso y del vello facial, adelgazamiento de la piel, mareos, debilidad, palpitaciones y dolor de las articulaciones y músculos (Oldenhave, 1994, citado en Stewart y Robinson, 1997).

Un bochorno es un repentino calor que va de tibio a intensamente caliente, que se distribuye por todo el cuerpo, particularmente en el pecho, la cara y la cabeza, va acompañado típicamente de sonrojos y transpiración, en ocasiones hay temblores, palpitaciones, ansiedad, vértigo y debilidad; y dura sólo unos minutos (Stewart y Robinson, 1997). Este hace que muchas mujeres se avergüencen, porque revelan que la persona tiene cierta edad y porque muestran al público lo que sucede interiormente en el cuerpo, procesos asociados con los ovarios y los óvulos (Crawford y Unger, 2000). De acuerdo con una investigación realizada por Hunter y Liao (1995, citados en Martínez y Sousa, 2003), las mujeres de personalidad ansiosa, con baja autoestima o depresivas presentan una mayor frecuencia de bochornos que las mujeres autoafirmativas y con mayor autocontrol.

Por otro lado los *síntomas emocionales* incluyen depresión, ansiedad, somatización (Martínez y Sousa, 2003), irritabilidad, fatiga, tensión, pérdida de la motivación, sentimiento de soledad (Stewart y Robinson, 1997), y oscilaciones del estado de ánimo, los cuales pueden ser producto más del significado del fenómeno y de alteraciones en la satisfacción de vida y la autoestima, que directamente de la menopausia (Lefrancois, 2001). Algunas mujeres no dejan que esos cambios dominen sus vidas, pero otras, viven esa época como un periodo de tristeza o vacío (Voda, 1997).

Es importante tener presente que sólo algunos de estos cambios son directamente atribuibles a la menopausia, pues muchos están relacionados con el proceso de envejecimiento en general; siendo la menopausia un cambio más, producto de la edad (Voda, 1997). Asimismo resulta difícil determinar si estos síntomas son causados por factores hormonales o psicosociales (Stewart y Robinson, 1997), o mejor dicho, por las ideas incorrectas acerca de este periodo, que han prevalecido por tanto tiempo (Robinson, 1917, citado por Voda, 1997).

De esta manera, algunos cambios en la fisiología de la respuesta sexual que son distintivos del envejecimiento, aunados a la diferencia entre las expectativas para esta etapa y la realidad, a menudo se convierten en una considerable fuente de tensión emocional, lo cual lleva a la gente a pensar que sus capacidades están fallando. Pero si comprenden qué está sucediéndoles a sus cuerpos, las personas pueden acomodarse a estos cambios, preservando su

derecho de mantener relaciones sin usar criterios equivocados como norma de actuación (Masters, Jhonson y Kolodny, 1996).

Así entonces, los cambios físicos específicos de la etapa adulta media son: pérdida de masa muscular, de fuerza, de estatura y de elasticidad de la piel; redistribución y aumento proporcional de la grasa, creciente osteoporosis, aterosclerosis (formación de placas en los vasos sanguíneos) y arterioesclerosis (endurecimiento de los vasos), aumento de los problemas de la vista y oído, y menor eficiencia cardiopulmonar (Lefrancois, 2001).

2.2 Aspectos Psicológicos

El climaterio es un cambio natural, no una enfermedad, que a pesar de que acontece universalmente en una etapa determinada del ciclo vital de la mujer, es vivido de diferente manera por cada una de ellas; y como de todo cambio, del climaterio pueden derivarse consecuencias positivas y negativas, cambios que exigen nuevas adaptaciones para un mejor desarrollo (Sánchez y Romeo, 1996).

Carranza (1998) señala que el climaterio constituye una etapa más de la vida en donde la mujer tiene que realizar ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional, ya que este se ve perturbado por situaciones como la pérdida de características femeninas altamente valoradas por la sociedad, crisis familiares y prejuicios sociales hacia el climaterio. Acontecimientos que se presentan en la adultez media, y que junto con la menopausia pueden actuar como desencadenantes de estrés, afectando la salud física y psicológica (Sánchez y Romeo, 1996).

Otros posibles eventos que coinciden con la menopausia y que a su vez pueden considerarse como causantes de cambios en la vida personal, familiar o social de las mujeres (Sánchez y Romeo, 1996), o como estresores que afectan la libido, son los problemas de salud, el cuidado de los padres, dificultades financieras o profesionales o familiares, (Stewart y Robinson, 1997), cambios en las relaciones sociales y personales, cambios en la identidad y en la imagen corporal, incremento en la ansiedad por el envejecimiento, nacimiento y cuidado de los nietos, pérdida de amigos, nueva libertad ofrecida por el retiro laboral, y posible divorcio o viudez; es decir, muchos roles son redefinidos, resultando en cambios permanentes (Crawford y Unger, 2000).

Además, para las mujeres que han seguido un estilo tradicional de vida, de casarse y tener hijos, la edad adulta media es usualmente cuando su último hijo se va, y es cuando surgen miedos irrales y sentimiento de soledad, llanto, depresión, y de ya no ser necesitada por su familia, el llamado “síndrome del nido vacío” (Crawford y Unger, 2000). Aunado a que los hijos también garantizaban a la madre cierto contacto con el mundo exterior (reuniones de padres, excursiones, etc.). La mujer se encuentra ante la responsabilidad de hacerse cargo de su propia vida y elegir el rumbo que va a tomar, ya no pensando exclusivamente en función de los hijos, sino en función de ella misma. Todo esto puede llevar en unos casos, a un sentimiento devaluatorio que le impide darse cuenta de que en esta etapa puede desarrollar sus intereses y capacidades; y en otros, a retomar o iniciar aquello que siempre pospuso por no contar con la disposición emocional o el tiempo necesario (Carranza, 1998). Así

entonces, Schneider (1992) concluyó que cuando la madre tiene su propio objetivo en la vida, entre ella y su hijo puede desarrollarse una buena relación pues el interés por sus vidas es más auténtico, y su relación es más adulta y menos dependiente.

Otra posibilidad es que se enfrente a la vejez de sus propios padres. En la cultura Mexicana suele asignarse a la mujer la responsabilidad de cuidarlos, en muchas ocasiones es ella la que tiene que resolver su situación económica y su incompetencia física y laboral, representando a veces una sobrecarga. Es una época de duelos, con importantes momentos depresivos relacionados entre otras cosas, con la muerte de los padres, de seres queridos, o de su pareja marital (Carranza, 1998).

La experiencia de la viudez varía según el tiempo en que ocurre, las mujeres jóvenes usualmente se recuperan de la pérdida mejor que las mujeres adultas, ya que estas últimas pueden estar enfermas o en mala situación económica (Crawford y Unger, 2000).

Este reto de adaptarse al envejecimiento de los padres, junto con los anteriormente señalados, son identificados por Havighurst (1972, citado por Lefrancois, 2001) como tareas de desarrollo para la etapa adulta media. Tareas determinadas para cada etapa de la vida, posiblemente determinadas por la cultura, que su realización es importante para la felicidad y la adaptación.

Cabe señalar que en este periodo algunas mujeres buscan otros hombres para verificar que todavía son deseadas, y los hombres buscan a mujeres más jóvenes para comprobar que aún son varoniles (Martin y Osborne, 1993). Según

Carranza (1998) dado que es una época de cambios en los estilos interaccionales de la familia, se pone en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado en etapas previas, y esto explica que sea durante esta etapa cuando se presenta uno de los índices más altos de divorcios.

Existen algunas teorías sobre las dificultades en la menopausia, estas son: la teoría de la pérdida de conexión, que enfatiza la importancia de la conexión y las relaciones, y dice que en la menopausia hay cambios y estrés que algunas veces llevan a la separación o distanciamiento de las relaciones (Gilligan, 1982; Millar, 1993, citados en Stewart y Robinson, 1997). La teoría de la pérdida de autoestima, que señala que esta se deriva no sólo de experiencias y relaciones, pero también del adecuado funcionamiento del propio cuerpo (Notman, 1995, citado en Stewart y Robinson, 1997). En esta etapa la mujer se puede sentir inadecuada cuando no se siente bien a cerca de su apariencia; incluso se ha encontrado que las mujeres con más síntomas tienen su autoestima más baja y también una baja satisfacción de vida. Y la teoría de la pérdida de capacidad reproductiva, que habla del sentimiento de haber perdido una parte de su identidad de género (Stewart y Robinson, 1997).

Investigadores explican que hay pocas pruebas para afirmar que la menopausia sea causa directa de efectos psicológicos, es más probable que si suceden en este periodo, se relacionen con otros factores como los cambios en la satisfacción de vida, estrés, disminución de la autoestima, inquietudes sobre el futuro, preocupaciones de salud (Lefrancois 2001), envejecimiento, problemas sociales o consecuencia de otro tipo de problemas distintos (Sánchez y Romeo,

1996). Por su parte Stewart y Robinson (1997) comentan que a pesar de que la tendencia es atribuir todos los cambios que se presenten en la etapa adulta media a la menopausia, el hecho de que algunas mujeres no muestren síntomas, enfatiza la distinción entre lo que es inevitable o biológico y lo que es ambiental; lo cual incluye causas psicológicas, sociales y culturales.

Al respecto Woods y Sullivan (1996) al realizar un estudio en mujeres de Seattle, en edad media adulta, encontraron que había un patrón de relación entre depresión y un contexto de vida estresante, la salud actual y anterior, y los aprendizajes sociales a cerca de esta etapa. Por otro lado Avis, Brambilla, McKinlay y Vass (1994, citados en Woods y Sullivan, 1996) hallaron que eran más susceptibles a padecer estados depresivos quienes experimentan síntomas físicos, quienes antes han padecido algún cuadro depresivo (Sánchez y Romeo, 1996) o depresión posparto, quienes son divorciadas, separadas o viudas, y quienes tienen preocupaciones familiares relacionadas con alguna enfermedad o muerte.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud ha señalado que para el 2020, entre sus prioridades de salud mental estará la depresión, ya que un 75% de los pacientes que acuden al médico citan trastornos de ansiedad, depresión o mixtos (Martínez y Souza, 2003).

Cabe señalar que en una investigación realizada por Gallo, Matthews, Troxel y Kuller (2003), se encontró que la calidad y el estatus marital en mujeres menopausicas, estaba asociado con el factor de riesgo cardiovascular. De esta manera, mujeres con matrimonios caracterizados por altos niveles de

satisfacción presentaron un bajo factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, en comparación con mujeres con matrimonios insatisfactorios, o no casadas (solteras, viudas o divorciadas).

La manera cómo la mujer se enfrente a estas circunstancias dependerá de su estructura psicológica, de la significación que haga de la feminidad y la sexualidad, de la vivencia de sus funciones procreativas, de la calidad de sus relaciones interpersonales (Carranza, 1998), del soporte social, la seguridad financiera o laboral, de una pareja que proporcione apoyo y si experimenta la menopausia como una liberación o si la ve como otro signo del envejecimiento (Stewart y Robinson, 1997).

Se ha comprobado que determinados aspectos de la extraversión, la estabilidad emocional o bajo neuroticismo, la autoestima bien desarrollada y otras variables de personalidad constituyen lo que Antonovsky (1979, citado por Sánchez y Romeo, 1996) ha denominado fuerzas salutogénicas, ya que hacen a la persona resistente al estrés o, por el contrario, vulnerable. Desde el punto de vista ambiental, el apoyo social interpersonal y el apoyo social estructural o institucional también constituyen fuerzas salutogénicas. Este conjunto de variables psicológicas vienen a definir lo que, por analogía, se podría denominar el “sistema inmunológico” del psiquismo, de tal manera que quienes han desarrollado escasa o inadecuadamente estas características serán más vulnerables a los efectos negativos del estrés sobre la salud. Este concepto de vulnerabilidad psicológica parece explicar porque algunas mujeres reaccionan ante la menopausia con mayor inestabilidad emocional que otras. De este modo

los síntomas psicológicos no están directamente asociados con la menopausia, sino con las características psicológicas de índole personal y social que son previas a esta etapa del ciclo vital de las mujeres (Sánchez y Romeo, 1996).

Algunos estudios (Sánchez y Romeo, 1996) reportan que cuanto mayor es el nivel de estudios y de ingresos, mayor es también la percepción de poseer buena salud; en otras palabras, sin un nivel básico de bienestar material y cultural, la felicidad y la salud se tornan muy difíciles.

Además, afirma Thiriet (1987, citada en Sánchez y Romeo, 1996), la menopausia no es la primera revolución hormonal en la vida de una mujer, en su momento, la pubertad también modificó el organismo e instauró un orden diferente. El primer embarazo también fue una importante innovación, con sus mutaciones internas, sus alegrías y depresiones, y lo que es aún más familiar, el rito continuo y discontinuo del ciclo menstrual y sus variaciones hormonales; de este modo las mujeres están habituadas a hallarse en secretas y constantes mutaciones, que resultan un recurso que puede proporcionar confianza para emprender esta nueva etapa (Sánchez y Romeo, 1996).

Para Stewart y Robinson (1997), la etapa adulta media es caracterizada por una paradoja tanto de nuevas oportunidades, como de limitaciones, es un tiempo en que además de haber cambios, hay reflexión e introspección, que combinadas pueden resultar en creatividad.

En las últimas décadas, las nociones sobre razonamiento en esta etapa han cambiado, se sabe que los adultos siguen aprendiendo durante buena parte

del ciclo vital, tanto de forma formal, como incidental (Rossing, 1991, citado en Lefrancois, 2001).

Basseches y Riegel (1984, citados en Lefrancois, 2001) postulan que en la etapa adulta inicial (de los 20 a los 40 años) y hasta la etapa adulta media (de los 40 o 45 a los 60 o 65 años) evoluciona una forma de razonar exclusivamente adulta, una forma de pensamiento que es dialéctica. Los pensadores dialécticos adultos son más sensibles a las contradicciones, más tolerantes, y han aprendido también una serie de procedimientos para manejarlas. De modo que poseen una habilidad de razonar sobre las relaciones personales y los sistemas políticos y sociales, que no se encuentra habitualmente entre los jóvenes. Quizá esta sea la razón de que, para muchos, los años de la etapa adulta media sean los más creativos. Algunos ejemplos son Monet, Miguel Ángel y Picasso, quienes pintaban a los 80 y 90 años, o Freud, quien escribió un libro a los 83. Lefrancois (2001) afirma que el razonamiento inductivo y la velocidad perceptual, es decir, las capacidades que dependen del funcionamiento neurológico, sensorial y fisiológico son las más susceptibles de disminuir con la edad. Y que las capacidades intelectuales que dependen de la experiencia y la cultura, disminuyen poco o nada entrando la vejez.

Aunque no haya un ritual del pasaje a la menopausia, existen indicios que le hacen a la mujer tomar conciencia de que esta pasando a un status nuevo. Cualquier mujer nota que a pesar de sentirse bien y atractiva, los otros le hacen saber que esta cambiando. En muchas, la ansiedad puede originar quejas, muchas de las cuales no tienen ningún fundamento orgánico en los hechos

biológicos de la menopausia, sino que surgen del miedo. Miedo a percibir que el tiempo por vivir es limitado, lo cual impone una revalidación de la vida y los sueños. Sin embargo, otras en sus cuarenta, desean volver a estudiar o trabajar. La mujer tiene un tercio de su vida por vivir más allá de la menopausia (Fuchs 1982; Carranza, 1998), tiempo que puede ser fructífero si las mujeres tienen intereses, son autosuficientes e independientes y se sienten satisfechas con su vida en pareja (Schneider, 1992).

Pearlman (1993, citado en Crawford y Unger, 2000) describió un fenómeno que llamó “impresión de la edad media tardía”, y encontró que entre los 50 y los 60 años, muchas mujeres repentinamente tomaban conciencia del envejecimiento (que es a partir de los 60 años de acuerdo a la OMS (González, 1994)) y la creciente estigmatización basada en los signos visibles, lo cual creaba miedo a ser discriminadas en el trabajo, y rechazadas o abandonadas por su pareja, y este miedo producía un sentimiento de vulnerabilidad y vergüenza, siendo estos miedos, producto de la combinación del “sexism” y el “ageism” de la sociedad.

El estereotipo de las personas adultas mayores es que son débiles y patéticas, y específicamente el de las mujeres mayores es que son enfermizas, asexuadas, solitarias, e involucradas solo en asuntos de la iglesia. Estas actitudes negativas hacia la gente adulta mayor han sido llamadas “ageism”. Este último junto con el “sexism”, no sólo incluyen actitudes y creencias, sino también las prácticas discriminatorias que siguen a tales prejuicios (Crawford y Unger, 2000).

Cuando los estereotipos del envejecimiento son internalizados pueden producir efectos de “profecía autocumplidora” y tener efectos conductuales negativos dada la discriminación y prejuicios que generan en contra de los adultos mayores. Sin embargo se puede resistir el internalizar y asimilar dichos estereotipos en el autoconcepto cuando no hay una identificación con la categoría de viejo, cuando se tiene información individualizante sobre el si mismo y cuando se realizan comportamientos compensatorios (Zebrowitz, 2003).

Dado que la menopausia ocurre en la etapa adulta media, su imagen se ha confundido con la de las personas adultas mayores: arrugadas y frágiles. Muchas mujeres a los 50 no tienen esta imagen, pero en culturas que valoran la juventud, esta asociación influencia el impacto psicológico de la menopausia (Steward y Robinson, 1997). Al respecto, la Fundación Nacional de Gerontología, en 1976 señaló que “La aptitud para el placer y la capacidad para acondicionar situaciones que hacen posible ese placer es un criterio de normalidad; pero si el entorno impide la posibilidad de acondicionar tales situaciones..., se debería entonces tomar en consideración a la vez al individuo y a la sociedad en la que vive. Se llega entonces a intentar la definición de criterios de enfermedad de una sociedad” (Thiriet y Kepes, 1987).

Los cambios físicos de la edad son vistos de diferente manera en los hombres y en las mujeres. En los hombres son vistos como signo de carácter y distinción, mientras que las mujeres buscan esconder todos estos signos con pintura, maquillaje o cirugía plástica, por ser evidencia de envejecimiento. Lo

cual es enfatizado por los medios, quienes emplean generalmente a las mujeres mayores para anunciar laxantes, recetas de cocina o medicamentos (Crawford y Unger, 2000) para volver a ser más estables, atractivas o retornar a un estado más juvenil (Sánchez y Romeo, 1996).

Dado que la sociedad devalúa a la mujer y al envejecimiento, la menopausia es vista más como un problema, que como transición normal de la vida (Stewart y Robinson, 1997), y la misma mujer responde de manera desfavorable hacia el climaterio al perder en esta etapa todo eso que la sociedad valora. McCraine (citada en Carranza, 1998), menciona que estas pérdidas pueden ir acompañadas por sentimientos de vacío, baja autoestima, inutilidad, y en casos severos, vincularse con sentimientos de desprecio, desesperanza e incompetencia.

Hay que tener en cuenta que cada sociedad tiene sus ideas acerca de cómo deben comportarse en sus relaciones las personas de diferentes edades en las diversas épocas de su ciclo vital, y define lo que considera como comportamiento apropiado mediante estilos de etiqueta, derechos y obligaciones (Fuchs, 1982). Entre los hombres y las mujeres establece una distinción específica y espera de ellos actividades, conocimientos e incluso formas de reacción emotiva diferentes; y en esa necesidad de formar parte de un grupo y de ser aceptados por él, las asumen y las hacen suyas, en ocasiones sin tomar clara conciencia de ello (Carranza, 1998).

De acuerdo a Carranza (1998), la climatérica se encuentra ante una situación social desfavorable derivada de una clara tendencia hacia la

marginación tanto laboral como social, ya que no se trata únicamente de la valoración que se le confiere a los atributos juveniles y a la maternidad, sino también de la connotación peyorativa y devaluativa que se le asigna a la palabra menopausia. Adjetivos despectivos como, vieja, malhumorada, nerviosa, histérica, enferma, entre muchas otros igualmente denigrantes, se relacionan de manera inmediata con dicha palabra.

La biología es la base que explica la “condición femenina”, como dijo Freud refiriéndose a la mujer, “la anatomía es su destino” que no es otro que el de la maternidad; todo su organismo y sus rasgos psicológicos están orientados hacia la reproducción de la especie. A lo largo de la historia, esta “condición femenina”, se ha ido modificando, hasta hace poco no se trataba sólo de que hombres y mujeres eran diferentes sino de que éstas eran claramente inferiores y así lo argumentaba la ciencia, lo normalizaba el Derecho, y lo bendecía la iglesia; menos en aquello por lo que la naturaleza las había creado: tener y criar hijos (Riera y Valenciano, 1993).

Sin embargo, diversos estudios han demostrado que diversas frustraciones y desequilibrios psicológicos vienen dados por dedicar la vida a un solo centro de atención. Los hijos no pueden serlo todo, ni la felicidad de una mujer puede depender exclusivamente de esto (Riera y Valenciano, 1993). Cuando se van, para muchas, las consecuencias se canalizan en un envejecimiento prematuro; pues hay un sentimiento de que la función social para la que fueron preparadas ha finalizado (Thiriet y Kepes, 1987). Así otro estudio (Steward y Robinson, 1997), señala que el trabajar fuera de casa tiene influencia

en el bienestar de la mujer y parece estar asociado con que se tengan menos síntomas en la menopausia. A pesar de que el estrés este asociado con el tratar de tenerlo todo, estudios indican que el tener múltiples roles tiene un efecto positivo en el bienestar físico y psicológico.

Martin y Osborne (1993) mencionan que claramente es un tiempo de ajuste; en un extremo, personas que nunca hayan llevado una dieta a lo mejor deban empezar una, o deban comenzar a preocuparse por su salud para evitar o detectar a tiempo alguna enfermedad; y en otro, dado que el gran problema en esta etapa es de tipo social, el autoajuste requiere aprender a tolerar la frustración. Además para el ajuste a la realidad de la edad adulta media, las mujeres requieren no sólo más educación, sino también más oportunidades de empleo, y en el trabajo, un trato más justo del que ahora reciben. Para Schneider (1992), la sociedad no puede permitirse prescindir de este gran grupo de mujeres llenas de experiencia, energía y fuerza.

En la menopausia se puede desarrollar una perspectiva diferente ante la vida que lleve a ampliar sus intereses, desarrollar sus potencialidades, buscar un crecimiento personal y una identidad propia no centrada ya en el cuerpo sino en la integridad como ser humano y en la belleza. Siendo esta última la actitud interior, la energía, la actividad, la seguridad en sí misma, la experiencia y la seguridad (Schneider, 1992).

Por lo tanto la mujer se enfrenta a la menopausia con actitudes y expectativas, que de ser adversas, favorecen la aparición de cuadros sintomáticos y psicopatológicos, o limita, al menos, la posibilidad de vivir el

climaterio como una etapa normal de la vida, en donde se tiene la posibilidad de lograr un desarrollo y crecimiento personales (Carranza, 1998).

2.3 Aspectos Socioculturales

La menopausia existe como un evento personal para la mujer en la mitad de su vida. Pero esta experiencia es, sin embargo, moldeada por factores sociales, culturales e históricos. En el siglo XIX, la mujer menopausica era mostrada como portadora de problemas emocionales y mentales, y como frágil y enferma (Maxwell, 1990, citado por Shore, 1999). Así pues, se ha encontrado que la construcción de la menopausia varía de cultura a cultura y de época a época, y que los cambios en la definición y el cómo se experimenta en la sociedad Occidental y en otras culturas, ejemplifica a la menopausia como un constructo social.

Dos eventos cargados de significados sociales y psicológicos son la menarquia y la menopausia, que constituyen dos hechos ciertamente biológicos. En algunas culturas, la sangre de la menstruación simboliza peligro y fuerza, en otras, salud y bienestar. La menarquia y la menopausia son consideradas por unas sociedades como una enfermedad, y por otras, como un proceso natural de vida. Para algunas culturas, el climaterio 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. Cuando se compara la experiencia del climaterio en mujeres de 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 (Carranza, 1998).

Por ejemplo en México, mientras las mujeres mayas suelen asociar la menstruación con actividades restrictivas y molestas, las mujeres griegas la asocian con buena salud porque consideran que la menstruación es la sangre enferma de la que se tienen que librar. Las mujeres mayas esperan entonces con agrado el cese de la menstruación y cuando llega, no experimentan sintomatología, excepto las irregularidades del ciclo menstrual. No representa para ellas una crisis en la vida ni esperan tener problemas físicos ni psicológicos; al contrario, sus relaciones con sus parejas son mejores y se sienten más libres. Las mujeres mayas perciben al climaterio como una etapa de la vida en donde se liberan de los tabúes y restricciones que les impone su sociedad mientras menstrúan. En Grecia, la actitud de las mujeres es distinta, a pesar de que la vejez es respetada, no es algo deseado ni les brinda beneficio alguno. Beyene (1989, citado en Carranza, 1998), concluyó que la percepción y experiencia que se tiene de la menopausia, varía de acuerdo con la cultura a la que se pertenece, y que además de los factores sociales deben tomarse en cuenta elementos como el medio ambiente, los patrones de fertilidad y de lactancia, las diferencias genéticas y la dieta.

Este estudio sugiere, entre otras cosas, que el determinismo biológico puede producir explicaciones causales simplistas. Los bochornos pueden resultar de la reducción de las hormonas femeninas durante la menopausia, pero otros factores también intervienen. Por ejemplo, los bochornos han sido tratados

exitosamente empleando técnicas de reducción de estrés (Freedman y Woodward, 1992, citado en Crawford y Unger, 2000), y son también influenciados por el peso y la dieta. Tal es el caso de mujeres de culturas en que la dieta incluye plantas que contienen estrógenos naturales (los productos derivados de la soya) que reportaron menos bochornos; ilustrando con esto, la interacción que existe entre las variables biológicas y sociales (Crawford y Unger, 2000).

Como señala Carranza (1998), la mujer es un ser biopsicosocial, y por ende su comportamiento lo determinan factores biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan de manera estrecha. Y para determinar que es la cultura, además de la historia personal, la estructura psíquica y los cambios biológicos, la que matiza y, en ocasiones, determina su respuesta al climaterio, se mencionarán algunos trabajos que demuestran cómo los factores psicosociales influyen en la prevalencia de algunos síntomas.

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 señalan que se debe a que en esas culturas las climatéricas 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 para ellas. Diversos estudios (Carranza, 1998; Chen, Voda y Mansfield, 1998) realizados específicamente en Japón y China, indican que la

menopausia se percibe como un proceso natural del ciclo de la vida, en donde el cese de las menstruaciones, consecuencia de este fenómeno, no recibe gran importancia.

Por su parte, George (1996) en una investigación realizada con un grupo de mujeres pescadoras Indias, concluyó que ellas percibían la menopausia como un evento natural y positivo, que les daba tiempo y libertad para realizar su negocio de venta de pescado, sin tener ya que preocuparse de dificultades de higiene. Quizá esta actitud positiva se deba a la continuidad de su identidad primaria como vendedoras de pescado y la manera en que la menopausia facilita este rol. Incluso hay pueblos que como no sienten la menopausia como algo problemático, ni siquiera tienen una palabra para nombrarla.

Es interesante observar que en muchos países el índice del síndrome del climaterio es mucho menor que en Occidente. Algunas investigaciones reportan que no hay evidencia de depresión en 15 culturas no occidentales (Kaiser, 1990, citado por Crawford y Unger, 2000); o que en 5 subculturas israelíes donde la pérdida de la fertilidad es un acontecimiento bien acogido, las consecuencias psicológicas de la menopausia por lo común son positivas (Lefrancois, 2001). Las mujeres en estas sociedades gozan de nuevos roles, de poder político y estatus social, de permiso de participar en dominios de poder tradicionalmente masculinos, de más autoridad en las decisiones, de privilegios especiales, de respeto, influencia y responsabilidad de acuerdo a su edad y son liberadas de tabúes que envolvían a la menstruación (Crawford y Unger, 2000).

De manera semejante, entre los Tuaregs, la gente azul del desierto de África del Norte (Fuchs, 1982), y los Kung de Bostwana, África del Sur, la mujer no puede participar en los rituales relacionados con la autoridad. Es cuando envejece y se libera de la responsabilidad de los hijos, desvinculándose de su educación y también de la sexualidad, que puede lograr el respeto que implica la autoridad, es decir, su estatus generalmente alto se incrementa con la edad (Lee, 1992, citado en Stewart y Robinson, 1997).

Fuchs (1982) encontró que entre los Pakapukanos, los Navajos y los Lovedus no hay evidencia de dificultades menopausicas. La mujer Navajo y la Lovedu mantienen una posición alta en la sociedad a lo largo de su vida, y en los tres pueblos, a la gente madura se la busca para el liderazgo y no se estigmatiza la vejez. Otro estudio realizado tanto en mujeres Navajo como en Latinas inmigrantes en Nuevo México, reportó que no sólo tenían pocos o ningún síntoma con la menopausia natural, sino tampoco después de una histerectomía (Mingo, Herman y Jasperse, 2000).

En la cultura tradicional Japonesa, la edad denota sabiduría, autoridad, y una libertad ganada para ser creativa y flexible (Lock, 1998, citado por Crawford y Unger, 2000). Hasta en la televisión, la mujer adulta mayor es mostrada como respetada y admirada, no sólo por sus habilidades artísticas sino también por su belleza. Cuando les preguntaron a cerca de la edad, varias mujeres adultas mayores respondieron que estaban esperando el momento de esa edad porque así ya no serían más, mujeres reservadas (Lock, 1993, citado en Crawford y Unger 2000).

En contraposición, la cultura tradicional india ve a la mujer y al hombre mayores, de forma muy negativa. Un popular dicho Hindú llama a las mujeres adultas mayores “teese-kheesi” que significa que cuando llegan a los 30 (thirty, teese) su cara se oscurece y sus dientes se caen (kheesi). Los hombres son llamados “satha-patha” que significa que a los 60 (sixty, sath), el hombre sigue siendo varonil (patha) (Kakar, 1998, citado en Crawford y Unger 2000). Incluso en las películas Hindúes muestran a las mujeres adultas mayores como mujeres malévolas y brujas en continua disputa con las nueras (Crawford y Unger, 2000).

Similarmente, en Estados Unidos las mujeres también tienen pocos motivos para celebrar su edad, pues hasta las tarjetas de cumpleaños aluden a su pérdida de memoria, detrimento de las habilidades sexuales, y disminución de su atractivo físico y vigor, todo esto con un aire de humor (Crawford y Unger, 2000). La mujer menopausica es vista como que ha perdido su juventud, belleza, sexualidad, poder y su rol de madre. Típicamente estas mujeres reportan bochornos, sequedad vaginal, insomnio, cambios de humor y depresión; y en la postmenopausia, son vistas como en riesgo de osteoporosis y problemas cardiacos (Stewart y Robinson, 1997).

Cabe señalar que el porcentaje de las mujeres que reportan tener bochornos en la menopausia, varía enormemente, y el rango de incidencia varía entre culturas, por ejemplo mujeres Japonesas, Indonesas o Chinas, reportan haber tenido muchos menos que las mujeres Occidentales (Flint, 1990, citado en Crawford y Unger 2000; Ho, Gaen, Bing, Cheng, Yi y Chan, 1999). Entre las mujeres Chinas, el grupo de perimenopáusicas fue el que reportó más

síntomas, en comparación con las pre y postmenopáusicas. Por su parte Lock (1986, citado en Crawford y Unger 2000) encontró que el 69.2% de las mujeres Caucásicas reportaron haber experimentado bochornos en alguna ocasión, mientras que sólo el 20% de la muestra de mujeres Japonesas reportó haber tenido uno. En lo que respecta a las mujeres de Marruecos el síntomas más reportado también fueron los bochornos, además de los dolores de coyunturas, pero a pesar de ello, la frecuencia del uso del servicio médico fue muy baja (Obermeyer, Makhlouf, Michelle, Najia y Mustapha, 2002).

Entonces, el como la sociedad vea la menopausia tiene efecto en como la mujer la experimente. La menopausia ha sido conceptualizada tanto como un evento adaptativo como desadaptativo. Este último refuerza la noción tradicional de valorar a la mujer mientras pueda tener hijos y criarlos. Cuando esta función cesa, las mujeres son vistas como asexuadas y deprimidas, y son bombardeadas por anuncios que les recuerdan que ahora que tienen que vivir más que antes, necesitan tratarse para mantener sus cuerpos jóvenes (Dickson, 1995, citado por Stewart y Robinson, 1997).

No sólo los anuncios contribuyen a la construcción social de un concepto, sino también la literatura. Lyons y Griffin (2003) analizaron como era mostrada la imagen de la mujer menopausica en libros de autoayuda, y los resultados mostraron que la menopausia era referida como una enfermedad de deficiencia, confusa y compleja, y que era sólo uno de los eventos estresantes que la mujer sufriría en esa etapa.

El comportamiento social junto con el pensamiento, son algunos de los elementos que intervienen en el estudio de las representaciones sociales, las cuales condensan historia, relaciones sociales, prácticas y prejuicios; en este sentido son cambiantes y dependientes del contexto. Para aproximarse a la representación social de la menopausia, Pelcastre, Garrido y de León (2001) realizaron un estudio cualitativo con mujeres de Cuernavaca, Morelos, y hallaron una representación que se construye alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento, estando esta construcción relacionada con la concepción de mujer, del cuerpo, de la sexualidad, de la pareja, la actitud y la comunicación.

Otras investigaciones, realizadas por biólogos intrigados en el porqué la mujer vive tanto después de sus años reproductivos, y es además de los pocos mamíferos que experimentan la menopausia, sugieren que es un esquema de la naturaleza, en donde las últimas décadas de vida de las mujeres, en lugar de ser infructuosas, son críticas para los nietos. En complemento, antropólogos argumentan la “hipótesis de la abuela”, que señala que la evolución favoreció a las mujeres postmenopáusicas, porque es más probable que los niños alcancen la adultez si tienen una abuela que tenga tiempo para apoyar con su cuidado y alimentación; y es la ayuda de la abuela la que permite que su hija pueda tener el siguiente bebe. Finalmente otros científicos señalan que este beneficio no viene de la menopausia por sí misma, sino de la maduración gradual que da a los humanos tiempo para educarse, desarrollar sociedades complejas y criar nietos amados (Shute, 2002).

Así pues, si la menopausia fuera simplemente un evento biológico, se podría asumir cierta universalidad de la experiencia multicultural. Sin embargo, se puede encontrar que la única verdad es que es una experiencia femenina, y que marca el fin de la menstruación y la fertilidad. Más allá de esto, el significado, sus manifestaciones físicas y los cambios sociales que produce varían de cultura a cultura. La menopausia es entonces, modelada, definida y construida por la cultura en la que toma lugar (Stewart y Robinson, 1997).

En conclusión, la experiencia de la menopausia depende de la combinación de las influencias culturales, los cambios físicos, y las expectativas y percepciones individuales (Robinson, 1996). En general los seres humanos son seres inherentemente sociales que invierten en la satisfacción del rol de su cultura y subcultura, y específicamente las mujeres en la mayoría de las sociedades son peculiarmente sensibles a las necesidades y expectativas de sus familias e instituciones sociales. De esta manera, creencias sociales y culturales a cerca de la menopausia o del envejecimiento femenino, serán reflejadas en los síntomas y comportamientos de cada mujer y sus familias (Stewart y Robinson, 1997).

3. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO

A lo largo del desarrollo de la investigación en psicología, se han dado varios intentos por aproximarse al estudio de la conducta, siendo este su principal objeto de estudio. Algunos han tratado de explicar a la conducta como un fenómeno que tiene su origen en la construcción y reconstrucción del mundo a

nivel mental. Así, algunos teóricos han explicado que este conocimiento va agrupándose a nivel de la memoria, en forma de mapas cognitivos o redes de información, hasta cierto punto infinitas, ya que éstas dependen de la cantidad y calidad de conocimientos que se vayan acumulando dentro de las mismas, generando los significados psicológicos a partir de los cuales se dan los comportamientos de los individuos. Una técnica para el abordaje de estas redes de información y de los significados psicológicos es, la técnica de redes semánticas naturales (Valdez, 2002).

Se entiende por significado psicológico la unidad fundamental de la organización cognoscitiva compuesta de elementos afectivos y de conocimiento que crean un código subjetivo de reacción, el cual refleja la imagen del universo que tiene una persona y su cultura subjetiva (Szalay y Bryson, 1974, citados en Valdez, 2002). Desde este punto de vista el significado psicológico constituye un código de información relativo a un objeto en particular, ante el cual se presenta un comportamiento específico que depende en gran medida de su base social. Dentro del terreno del significado psicológico se pueden encontrar inmersas las normas morales, creencias, conceptos, mitos, ritos, etc. que conforman toda una cultura. Se puede decir entonces que el significado psicológico es capaz de producir conductas (pues se reacciona a partir de él) que están siempre influenciadas por un contenido social, y que el significado de un concepto esta contenido en sus relaciones con otros conceptos en la memoria.

Al respecto Figueroa (1980, citado en Valdez, 2002), para mostrar la relación entre la memoria y el significado, señaló que una definición incluye un

número pequeño de relaciones: la clase a la cual pertenece el concepto, las propiedades que tienden a hacerlo único y los ejemplos del mismo.

De la posición cognoscitivista de la psicología surge la técnica de redes semánticas, ya que esta teoría pretende explicar la función de la mente y los procesos que le subyacen, intenta construir una explicación objetiva acerca de la forma en que trabaja la mente, y ha tratado de explicar los orígenes del comportamiento, tomando como punto de partida la información que el sujeto tiene almacenada en forma de representaciones y símbolos con significado particular, mediante la cual interpreta el mundo con el que interactúa. Después, la psicología cognitiva contemporánea postuló la analogía que se hace entre la forma de solucionar problemas de los humanos y las computadoras digitales, enfatizó la interacción activa del sujeto con la información de su mundo y por consiguiente, consideró al hombre como un procesador de información (Estes, 1978, citado en Valdez, 2002). Ante esta situación, el modelo de redes semánticas naturales surge de la necesidad de abordar el estudio del significado en humanos (no sólo en modelos computarizados) y de dar una explicación del problema que hay acerca de las relaciones que se dan entre los nodos conceptuales (unidades de información) que determinan la estructura básica de la red (Figueroa, 1980, citado en Valdez, 2002), tomando en cuenta que el significado es un componente primordial del almacén de memoria a largo plazo, que implica un proceso de carácter reconstructivo y dinámico que se da a partir del conocimiento y de las relaciones entre conceptos, que se expresan simbólicamente a través del lenguaje.

De aquí que el cognoscitivismo ha tratado de dilucidar la forma en la que gradualmente se construyen, consolidan y asocian los conceptos a nivel mental, intentando encontrar la forma en que estas representaciones de la información adquieren significado volviéndose funcionales para el proceder de las personas (Valdez, 2002).

De acuerdo a Figueroa (1979, citado en Valdez, 2002) la memoria, que es un proceso activo de reconstrucción y recuperación de información almacenada que determina un tipo de respuesta, se divide en memoria a corto y largo plazo (Figueroa, 1979, Rayner, Carlson y Fraiser 1983 y Bravo 1991, citados en Valdez, 2002). La memoria a largo plazo es la depositaria de conocimientos y habilidades más permanentes, y en este almacén, de acuerdo a Tulving (1972, citado en Valdez, 2002), se ubican dos tipos de memoria, la episódica y la semántica. Esta última organiza el conocimiento que una persona posee acerca de las palabras y otros símbolos verbales, sus significados, y las reglas y algoritmos para la manipulación de estos símbolos, conceptos y relaciones. Gran parte del conocimiento de la memoria semántica tiene efectos directos sobre el comportamiento (Cofer, 1979, citado en Valdez, 2002).

A medida que aumenta el conocimiento general del individuo, la estructura semántica va desarrollándose y adquiriendo nuevas relaciones y elementos. El conocimiento nuevo se integra a la estructura presente enriqueciéndola, y la memoria en su proceso activo extrae la información necesaria para formar la red semántica. Dicho proceso de recombinación de los elementos adquiridos es el responsable de la compleja interrelación de los

eventos que confieren al lenguaje uno de sus principales aspectos: el significado (Figuroa, 1980, citado en Valdez, 2002).

Las redes semánticas naturales es una técnica de evaluación del significado, inicialmente propuesta por Figuroa, González y Solís (1981, citado en Valdez, 2002), que tiene como propósito fundamental aproximarse al estudio del significado de manera “natural”, es decir, directamente con los individuos, para explicar la organización de la información a nivel de memoria semántica, intentando así aproximarse al estudio del significado psicológico, y con esto, al estudio del conocimiento. Cabe señalar que la información que se puede obtener a partir del uso de una red semántica es amplia, ya que se puede referir tanto a objetos concretos, eventos, relaciones lógicas, de tiempo, afectivas, etc., como a temas de diversa índole (Figuroa et al., 1981, citados en Valdez, 12992).

De esta manera, la red semántica natural de un concepto es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo, que permite a los sujetos tener un plan de acciones, y evaluar subjetivamente los eventos, acciones u objetos; características que la han ido constituyendo como una de las mejores técnicas para evaluar el significado de los conceptos, específicamente en comparación con las técnicas que tienen orígenes asociacionistas, como la asociación libre y el diferencial semántico.

Por un lado el diferencial semántico, técnica diseñada por Osgood (1952, 1971,1973, citado en Valdez, 2002), da acceso al significado connotativo (afectivo) y las escalas bipolares de adjetivos que se dan como opciones de respuesta, son previamente establecidas por los investigadores; así el sujeto no puede dar

conceptos que a su parecer tengan alguna relación con la palabra que está definiendo o evaluando. En las redes semánticas, contrariamente, el sujeto tiene toda la libertad para generar los conceptos que crea están relacionados con el concepto central.

Blalock y Blalock (1968) señalan que el objetivo del diferencial semántico es medir las reacciones de las personas a conceptos estímulo a través de estimaciones sobre escalas bipolares. Mediante análisis factorial, se encontró que este tipo de adjetivos bipolares pueden ser reducidos a los siguientes factores: evaluativo, de potencia, de actividad (Henerson, Morris y Taylor, 1990), de estabilidad, de tensión, de novedad, de receptividad y de agresividad (Díaz-Guerrero y Salas, 1975).

En este intento de aproximarse al problema de la naturaleza psicológica del significado se hallan dos enfoques: los estructurales y los del proceso mental. Dentro de los cuales se han utilizado técnicas para determinar el significado de las palabras, mismas que anteceden al surgimiento del diferencial semántico (Díaz-Guerrero y Salas, 1975).

Los enfoques estructuralistas analizan el nivel denotativo de las palabras, es decir, el significado que resulta de la relación signo- objeto, campo estudiado por la gramática y la sintaxis. En los enfoques del proceso mental se analiza el significado connotativo, el producido por la relación signo- objeto- persona-. Uno de los antecedentes de este enfoque es la teoría del aprendizaje basada en el condicionamiento pavloviano, que señala que algo que no es el objeto significado se convierte en signo en la medida en que se condiciona a las

respuestas originales producidas por el objeto, y el modelo de Osgood, el cual se ha utilizado en diferentes campos de la psicología: para medir actitudes, en investigación transcultural, en la rama clínica y en la rama social (Díaz- Guerrero y Salas, 1975).

En la teorización del diferencial semántico, Osgood propuso la hipótesis de que “.....un patrón de estimulación que no es el objeto es signo de éste si produce en el organismo una reacción mediadora, que: a) es una parte del comportamiento total evocado por el objeto, y b) produce autoestimulaciones distintivas que mediatizan respuestas, que no ocurrirían sin la asociación previa entre los patrones de estimulación del objeto y los del no- objeto (signo)” (Osgood, 1952, citado por Díaz-Guerrero y Salas, 1975).

Del planteamiento anterior, se deduce que los significados que diferentes personas tienen para los mismos signos o palabras, son distintos en la medida en que varíen: a) sus conductas hacia los objetos que representan, b) la frecuencia con que el objeto y el signo se asocien, y c) la frecuencia de la asociación de un signo con otros signos (Díaz- Guerrero y Salas, 1975).

Por otro lado en la asociación libre, la respuesta verbal no está necesariamente mediada por el significado de la palabra estímulo, por lo que no todas las asociaciones libres son determinantes semánticos. A diferencia de las redes semánticas que a pesar de tener orígenes asociacionistas, al solicitar el juicio de cada sujeto para asignar la jerarquización a cada una de las palabras que dio como definidoras de la palabra estímulo, lo que se obtiene es justamente una red semántica, entendida esta como el conjunto de conceptos

seleccionados por los procesos de reconstrucción de la memoria, considerando que esta selección, no es una simple asociación, pues esta determinada por las clases y propiedades de los elementos que la integran (Valdez, 2002).

Así pues el empleo de las redes semánticas naturales ha tomado fuerza, dada su validez y confiabilidad respecto a la evaluación del significado psicológico tanto de eventos, figuras y estímulos importantes al interior de un marco cultural o etnopsicológico, que marca la vía de desarrollo que ha tomado la psicología social contemporánea que se hace en México (Valdez, 2002).

4. ACTITUDES

Las personas adoptan posiciones ante los problemas sociales, las situaciones u otras personas, están a favor o en contra, o tienen juicios favorables o desfavorables, y son estas posiciones individuales, pero también compartidas, las que estudia la psicología bajo el término de actitudes (Moscovici, 1985).

Para Olson y Zanna (1993, citado por Myers, 2000) una actitud es una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento.

Una actitud, de acuerdo a Rodrigues (1986), es una organización duradera de creencias y cogniciones dotadas de carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Así mismo menciona que una actitud social se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social,

el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Las actitudes están compuestas por tres elementos: afectivo, cognoscitivo y conductual. El elemento afectivo consiste en la evaluación de la persona, la respuesta emocional, el sentimiento a favor o en contra hacia un objeto social. El elemento cognoscitivo comprende las creencias, los conocimientos y las ideas de una persona relativos al objeto actitudinal. Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su afecto con relación al objeto tendera a ser poco intenso, sin embargo cuando es errónea esto en nada afectara la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognoscitiva que se tenga, corresponda o no a la realidad. El componente conductual es el componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales, de aquí que las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta (Whittaker, 1988). Triandis (1971, citado en Rodrigues, 1986) destaca que resulta necesario entender que las actitudes involucran además de lo que las personas piensan, sienten, y el modo en que a ellas les gustaría comportarse, lo que piensan que deben hacer (normas sociales), lo que generalmente han hecho (hábitos), y las consecuencias esperadas de su conducta.

Formación

No se nace con actitudes determinadas, sino que se adquieren mediante observación, condicionamiento operante y clásico, y diversos tipos de

aprendizaje cognoscitivo. Típicamente estas influencias se mezclan y entrelazan en cualquier experiencias, generalmente de socialización (Davidoff, 1985).

De acuerdo a Zimbardo, Ebbesen y Maslach (1982), las actitudes se van formando por la influencia de diversos aspectos: las creencias culturales y el sentido común, la observación de lo que la gente hace, la observación de lo que uno mismo hace, la retroalimentación de los demás sobre la eficiencia personal, el conjunto de valores morales y estándares que han sido inculcados por la familia y las instituciones de la sociedad, el moldeamiento por algún adiestramiento específico o por la educación, los medios de comunicación y el desarrollo de intensas relaciones con otras personas. Las actitudes se forman y se mantienen debido a la necesidad de información (claridad y consistencia cognoscitiva), por aceptación social de otras personas o para protección del Yo de impulsos e ideas inaceptables.

Sin embargo, existen diversos enfoques teóricos que destacan diferentes factores básicos que intervienen en la formación de las actitudes, de acuerdo a Smith, Bruner y White (1956, citados por Rodrigues, 1986), las actitudes se forman con objeto de atender a determinadas funciones de ajuste de la personalidad frente al mundo exterior. Entonces las funciones actitudinales son: función de evaluación del objeto, que proporciona un patrón necesario para el establecimiento de reacciones frente al objeto y frente a otros objetos con los cuales aquél se relaciona. La función de ajuste social, desempeña el papel de permitir la conservación armoniosa de las relaciones con otras personas. Y la función de exteriorización, que consiste en la manifestación de posiciones que

defienden o protegen el yo contra estados de ansiedad provocados por problemas internos.

Heider (1958), Newcomb (1953), Osgood (1955) y Festinger (1957, citados en Rodrigues, 1986), tienen en común la noción de congruencia cognoscitiva, según la cual las actitudes se forman de acuerdo con el principio de la armonía, siendo más fácil la organización de las actitudes que forman un todo coherente, que la formación de actitudes que, debido a su incongruencia, son de difícil formación y asimilación pues provocan tensión.

Con su enfoque conductista Hovland, Janis y Kelley (citados por Rodrigues, 1986), señalan que el refuerzo inducido a continuación de la emisión de una conducta tiende a solidificar la formación de dicha conducta, así como la actitud "x" a ella subyacente, mientras que un estímulo adverso tenderá a extinguir la respuesta y, en consecuencia, a imposibilitar la estructuración de una actitud.

Según Newcomb (1943, citado en Rodrigues, 1986), las situaciones sociales desempeñan un papel importante en la formación de actitudes, y estas actitudes producto de la aceptación de un nuevo grupo de referencia, tienden a perpetuarse.

Los diversos enfoques presentados indican que se está aún lejos de alcanzar consenso en lo que se refiere a la formación de actitudes, sin embargo parece que la solución es aceptar las contribuciones de los diversos enfoques, en donde las actitudes se forman para ejercer determinadas funciones,

controladas por un principio general de consistencia cognoscitiva y a través del refuerzo (Rodrigues, 1986).

Cambio

Probablemente, menciona Davidoff (1985), mediante el mismo proceso con que se forman inicialmente las actitudes, se puedan cambiar. Sin embargo el que se logre el cambio dependerá ante todo, de la intensidad de las actitudes que se quieren cambiar, de la función específica que estén cumpliendo y de las técnicas que se empleen con tal fin (Whittaker, 1988).

El enfoque de Yale (citado por Zimbardo et al., 1982), donde el instrumento de cambio es la comunicación persuasiva, señala que las actitudes pueden ser cambiadas modificando las opiniones o creencias, es decir aprendiendo nueva información. Esta persuasión estará determinada por la atención de la gente, la comprensión del mensaje, la aceptación de los argumentos y conclusiones, y la retención del mensaje.

En el enfoque de la Dinámica de Grupo desarrollado por Kurt Lewin (1943, citado por Zimbardo et al., 1982), el instrumento de cambio es el poder de las normas discrepantes de grupo. En este enfoque un factor importante que hace que la gente cambie sus actitudes, creencia y percepciones del mundo es la discrepancia que existe entre su actitud y la norma del grupo, y la dependencia hacia este. En los grupos hay una tendencia a rechazar a los que están en desacuerdo con la norma, y si el grupo satisface otras necesidades del individuo, la posibilidad de ser rechazado podría hacer que se adopten las

opiniones normativas del grupo. Entonces el cambio ocurre debido a que la persona es motivada por necesidades de base social, como de compararse con otros, de evaluar sus capacidades y actitudes, y de reducir las discrepancias.

La teoría del aprendizaje social arguye que hay una interacción entre la conducta de una persona, los eventos que ocurren interiormente y las consecuencias ambientales de la conducta, así la mayoría de la conducta conduce hacia consecuencias que la retroalimentan ya sea manteniendo o cambiando la probabilidad de que dicha conducta se repita; si las consecuencias son positivas o recompensantes, probablemente ocurra de nuevo, si son negativas o castigadoras, probablemente la conducta no vuelva a ocurrir. El aprendizaje puede ocurrir mediante una serie de técnicas: directamente, experimentando las consecuencias de la propia conducta, o indirectamente, observando las consecuencias de la conducta de otras personas (aprendizaje vicario), o escuchando y leyendo sobre estas relaciones de conductas y consecuencias (Zimbardo et al., 1982).

Kelman (1961, citado en Whittaker, 1988), menciona tres procesos de influencia social que pueden llevar al cambio de actitud: obediencia con el objeto de lograr cierta meta, identificación e interiorización de una nueva posición por comprender la razón del cambio y ser congruente con su sistema de valores.

En adición, Herrmann, Hofstätter, Huber y Weinert, (1982) señala que para explicar los cambios de actitud, se puede recurrir a la teoría de Heider y a la de Festinger. La teoría del equilibrio de Heider (1958, citado en Herrmann et al., 1982), indica que cuando hay inconsistencia cognitiva entre las relaciones de

tres elementos -dos personas y un objeto- se conduce a una reestructuración cognoscitiva, es decir, a un cambio de actitud respecto al objeto o a la persona para encontrar el equilibrio o armonía. Y la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger (1957, citado en Herrmann et al., 1982) señala que cuando una relación entre elementos cognitivos relevantes (conocimientos, opiniones o creencias) es disonante, se busca reducir la disonancia ya sea cambiando el ambiente interno (actitudes y percepciones) o mediante esfuerzos para modificar el ambiente externo.

El entendimiento del proceso a través del cual una persona cambia una actitud, constituye de alguna manera, una indicación de cómo pueden formarse las actitudes, ya que a partir del momento en que empieza a formarse, dicha actitud estará cambiando, o por lo menos, estará sujeta a cambios.

Existen en concreto tres condiciones que influyen en el cambio de actitudes (McGuire, 1968, citado por Herrmann et al., 1982), estas son las condiciones de situación, por ejemplo la situación de sugestión (en estado de vigilia o hipnosis), de conformidad con las normas del grupo, de discusión en pequeño grupo y situación de tratamiento intensivo, ya sea en la educación o en la psicoterapia en donde se dan los cambios de actitud al tratarse con intensidad ciertas posturas. Condiciones del comunicante, por ejemplo credibilidad, atracción y poder. Condiciones de comunicación, se trata de la sucesión de argumentos, es decir, si es el primero o el último argumento el que tiene efecto en el cambio de actitud, lo cual depende de cada persona. Y condiciones del

receptor, las cualidades individuales que atenúan la influencia, por ejemplo, la inteligencia.

Desde 1935 Allport (citado por Whittaker, 1988) ya señalaba que el estudio de las actitudes era de gran relevancia dado que permiten predecir la conducta, ayudan a tener una imagen más estable del mundo, y constituyen la base de varias situaciones sociales importantes como las relaciones, los conflictos y la formación de grupos, entre otras.

Resumiendo, las actitudes son importantes no sólo por ser constructos que explican una gran parte de la conducta humana, sino por ser a la vez, importantes elementos para predecirla o modificarla. Y finalmente, porque es la situación social por la que va pasando un individuo, el mecanismo más general que influyen sobre su formación o cambio (Whittaker, 1988).

4.1 Actitudes hacia la Menopausia

Como se ha venido mencionando el estudio de las actitudes es de gran importancia, pues como propone en su modelo Bowels (1990, citado en Gannon y Ekstrom, 1993), dependiendo de las actitudes, las creencias culturales y los valores, la menopausia podrá ser vivida ya sea como trivial o traumática, o como negativa o positiva.

De acuerdo a este modelo el ver la menopausia como una inevitable etapa de la vida, asociada a nuevos retos y libertades, en lugar de verla como una deficiencia (paradigma médico) y como un estado hormonal que se debe

mantener artificialmente, lleva a tener una actitud más positiva, y con ello tener una experiencia más positiva de la menopausia.

Un estudio que ejemplifica lo anterior, es el realizado en mujeres Chinas de Taiwan (Chen, et al., 1998), que indica que ellas perciben la menopausia de una manera positiva y holística, como un fenómeno natural, concordando esto con su descripción, pues al preguntarles, la definían como “madurez y sabiduría” o “un símbolo de reto”.

De manera similar, Abraham, Llewellyn-Jones y Perz (1995) en un estudio longitudinal realizado en Australia, mostraron que las mujeres tenían una actitud positiva hacia la menopausia, tanto antes de alcanzarla como después; y muchas mujeres reportaron que había sido mejor de lo que esperaban o se mostraban neutrales al respecto.

Diversos estudios (Gannon y Ekstrom, 1993; Bowles, 1986a, citado por Dan y Lewis, 1992) hallaron que las actitudes hacia la menopausia variaban notablemente con la edad en los hombres, y con la edad y la experiencia en las mujeres. Siendo el grupo de los hombres y de las mujeres jóvenes los que tenían una actitud más negativa. Incrementándose las actitudes positivas en las mujeres con la edad, probablemente porque al sentir que se aproximaban a la menopausia buscaban más información y opiniones, o porque basaban sus actitudes en su experiencia personal, es decir que las mujeres postmenopáusicas mostraban una actitud más positiva, mientras que las mujeres que aún no la experimentaban tenían una actitud más personal y de naturaleza idiosincrásica. De manera semejante Mansfield y Jorgensen (1990,

citados por Dan y Lewis, 1992) encontraron que las mujeres premenopáusicas esperaban que la menopausia fuera más estresante de lo que las postmenopáusicas actualmente reportaron.

Otros factores también influyen para que exista una actitud positiva, tal es el caso de Tailandia, en donde las mujeres de edad media adulta adquieren una posición social de mayor influencia, que las libera del dominio de sus esposos, y les da poder sobre sus hijos y nueras. Además que la menopausia en su sociedad significa el fin de problemas menstruales y de la posibilidad de embarazarse; aunque también hay expectativas de que pueden experimentar síntomas como cambios en sus emociones. En Tailandia no hay un término específico para “menopausia”, pero hay un término que es generalmente empleado: “leod cha pai- lom cha ma”, que es una expresión idiomática que literalmente significa “la sangre se irá, el viento vendrá” refiriéndose a los cambios en el comportamiento, emociones y al bienestar durante y después de la menopausia (Punyahotra y Dennerstein, 1997).

En India, se cree que la mejoría en las condiciones económicas y educativas de las mujeres trabajadoras de edad media adulta de zonas rurales, ha contribuido a que la actitud hacia la menopausia sea más positiva, sin embargo, la mayoría parece haberse olvidado de las condiciones de morbilidad asociadas con la edad adulta media y la vejez, resultado de la deficiente atención médica; incluso hay evidencia de que los servicios médicos son accesibles sólo para algunas mujeres indias, y que por ello la mayoría de las mujeres menopausicas no reciben tratamiento o recurren a terapias alternativas.

Diversas investigaciones (Liao, Hunter y White, 1994; Matthews, 1992, citado en Shore, 1999), señalan que las personas con una actitud negativa hacia la menopausia tienden más a sufrir de síntomas depresivos. Incluso se ha encontrado una relación directa entre actitudes negativas hacia la menopausia y una mayor frecuencia de síntomas reportados (Avis y Mckinlay, 1991; Abraham et al., 1993), pero además las actitudes hacia la menopausia son en parte consecuencia de experiencias que no se relacionan con la menopausia, lo cual ha sido demostrado por Holte y Mikkelsen (1991), quien encontró que la experiencia menopausica de las madres, afectaba la de las hijas. De aquí que Bowles (1986a, citado por Dan y Lewis, 1992) sugiera que son las creencias y las actitudes culturales y de las personas significativas, lo que influye ésta experiencia.

Koster, Eplov y Garde (2002) en un estudio realizado en un grupo de mujeres Danesas, encontraron algo similar, que son las expectativas hacia la menopausia, aunado con las circunstancias sociales y el estado de salud general previo en la vida, lo que puede determinar el como se experimente la menopausia. Para Avis y McKinlay (1991) el llamado “síndrome menopausico” esta más relacionado con otras características, como de la personalidad, que con la menopausia en si misma.

Los sentimientos negativos hacia la menopausia pueden deberse a la conceptualización que se tenga de ella, ya que por ejemplo para algunos escritores psicoanalíticos la menopausia es un evento crítico que amenaza el ajuste y el autoconcepto de las mujeres, y de manera semejante la comunidad

médica ha visto la menopausia como una enfermedad de deficiencia, y por ello como un evento negativo en su vida (Avis y Mckinlay, 1991), siendo esto último confirmado por Liao et al. (1994), quienes encontraron que los doctores presentan más creencias negativas que las pacientes, e incluso cuando, tanto doctores como pacientes compartían tales creencias, cualquier problema reportado por las mujeres de edad adulta media podía ser erróneamente atribuido a la menopausia, y finalmente, que estas actitudes negativas eran predictoras de algunos síntomas vasomotores y de depresión.

En un estudio conducido por Bowles (1986b, citado en Dan y Lewis, 1992) en las Vegas, se examinaron las actitudes que tenían los hombres en edad adulta media hacia la menopausia, y se encontró que eran negativas, incluso significativamente más negativas que las de un subgrupo de mujeres jóvenes.

Por otro lado, Gannon y Stevens (1998) encontraron que los medios masivos de información impresos juegan también un papel en la formación de actitudes hacia la menopausia, ya que a pesar de que actualmente hay más información sobre el tema, esta resulta insuficiente y generalmente se enfoca más en la menopausia como una experiencia negativa o enfermedad que requiere atención médica, es inconsistente respecto a la definición y sugerencias de intervención, y le dan poca importancia a factores tales como el ejercicio, dieta, envejecimiento, estrés, estilo de vida y raza.

Finalmente, un estudio reportó que las mujeres tenían sentimientos neutrales o de alivio con el fin de la menstruación, y que las actitudes positivas

se incrementaban con la edad; así también, se encontró que las mujeres con actitudes negativas, antes de o durante la menopausia, eran más propensas a sufrir síntomas como depresión; y viceversa, que las mujeres deprimidas, eran más propensas a ver la menopausia negativamente (Avis y McKinlay, 1991).

5. AUTOCONCEPTO

El autoconcepto ha sido objeto de estudio desde distintos campos del saber: Filosófico, Sociológico y Psicológico. Las raíces remotas acerca de cómo se produce el propio autoconocimiento y cómo tal conocimiento afecta a la conducta, se encuentran en las especulaciones filosóficas de muchos autores; y los primeros psicólogos aceptaron su estudio como un legado. Precisamente, la elaboración, por parte de la psicología, del constructo "autoconcepto", término acuñado en el siglo XX, representa un modo de acercamiento a la antigua cuestión filosófica de "¿quién soy yo?" (González y Tourón, 1994).

El precursor de los estudios del autoconcepto fue William James (1890, citado en González y Tourón, 1994), y de su trabajo deriva gran parte de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo. Este autor señala que se pueden distinguir dos dimensiones dentro del self (o persona), el sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente de conducta; y el sí mismo o Mí, del que tenemos conocimiento, "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo" (James, 1892, citado en González y Tourón, 1994).

Después de James, Cooley (1902, citado en González y Tourón, 1994) desarrolló su idea del yo reflejado (looking glass self) que postula que el autoconcepto es un reflejo de las percepciones que uno tiene acerca de cómo

aparece ante los otros. Destaca así la importancia de los grupos primarios y de las personas que el individuo aprecia, en la formación y desarrollo del autoconcepto.

De manera similar, para Hurlock (1994), el autoconcepto es la imagen que tienen las personas sobre ellas mismas, y se compone de las creencias que poseen sobre ellas, sus características físicas, psicológicas, sociales y emocionales, sus aspiraciones y realizaciones. Es una imagen especular determinada por los papeles que desempeñan, sus relaciones con otros y lo que las personas creen que piensan sobre ellas las personas significativas en su vida; son por ende, "imágenes de espejo". Cuando se tiene un autoconcepto desfavorable, las personas tienen dificultades para aceptarse, se rechazan hasta el punto de que realizan malas adaptaciones personales y sociales, e incluso desarrollan sentimientos de inferioridad.

La definición de autoconcepto, señala L'Écuyer (1985), varía según los distintos enfoques teóricos de donde provenga. Puede consistir unas veces, en una configuración organizada de percepciones de sí mismo admisibles por la conciencia (Rogers, 1951, citado por L'Écuyer, 1985); y otras, ser percibido como fruto de la interacción social, el sí mismo aparece como un producto de la sociedad y se convierte entonces en una especie de introyección de la manera según la cual los demás nos perciben (Mead, 1934, citado en L'Écuyer, 1985). Es decir, el enfoque puede variar según los diversos autores, un ejemplo es el fenomenal, en el cual se encuentran los modelos sociológicos y los

individualistas, y a su vez en los sociológicos se pueden distinguir los simples o multidimensionales.

El modelo de Chad Gordon (1968, citado por L'Écuyer, 1985) pone en evidencia el carácter multidimensional del concepto de sí mismo, es decir, su carácter cambiante y variable a través de las diferentes situaciones y del tiempo. Para este autor el concepto de sí mismo no es una cosa estática, sino un proceso complejo de actividades interpretativas continuas, cuyo resultante consiste en una estructura creciente de concepciones de sí mismo. Entonces, el autoconcepto es un sistema organizado de una multitud de elementos (percepciones o concepciones) en constante interacción recíproca, lo cual induce a hablar de organizaciones jerárquicas de los diversos elementos; organizaciones formadas a través del proceso de socialización, que pueden a su vez experimentar modificaciones a través del tiempo.

En una investigación reciente realizada por Marsh y Ayotte (2003) en niños de primaria, se encontró que con la edad (y el desarrollo cognitivo) se dan procesos simultáneos de integración y diferenciación que llevan a un incremento de la multidimensionalidad del autoconcepto.

Para Rodríguez Tomé (1972, citado en González y Tourón, 1994), no existe concepto de sí mismo sin una constante referencia al prójimo, esta interdependencia entre yo-prójimo se crea mediante la comunicación (gestual y verbal), la cual se establece obligatoriamente con el medio donde la persona vive y a través de sus papeles (asignados o elegidos) desempeñados dentro de la sociedad. Estos roles y la comunicación, aunados a las opiniones y actitudes

de los demás, van moldeando progresivamente el concepto de sí mismo (L'Écuyer, 1985). Una perspectiva relacionada con la anterior es la teoría del grupo de referencia, que encuentra en Sherif (1968, citado en Hattie, 1992) su exponente y resalta el contenido de las identificaciones grupales para el individuo y la función de tales identificaciones como puntos de referencia en la autopercepción y en la autoevaluación. En adición Bachman y Secord (1964, citado en Hattie, 1992) explican que los individuos seleccionan roles que sean compatibles con su autoconcepto. El autoconcepto constituye de este modo, una respuesta social (L'Écuyer, 1985).

Se puede decir que una larga tradición de psicólogos, entre los cuales James, Cooley, Mead, Lecky, Sullivan, Hilgard, Rogers y Allport consideran el sí mismo y su conceptualización no sólo como una función explicativa de procesos psicológicos, sino como necesario para comprender el propio comportamiento. Los autores nombrados, consideran el autoconcepto como el concepto más central en psicología (Epstein, 1973, citado por La Rosa y Díaz-Loving, 1991).

Con respecto a su contenido Rosenberg (1976, citado en González y Tourón, 1994) destacó tres áreas: a) cómo el individuo se ve a sí mismo, que está constituido por las identidades sociales, los atributos personales y las características físicas, b) cómo le gustaría verse, que está compuesto por la imagen idealizada, la imagen alcanzable y la imagen moral, y c) cómo se muestra a los otros, lo cual estará en función de la protección de su propia imagen, la consecución de fines y la internalización de roles sociales.

También señaló que además de las relaciones sociales, existía otro determinante del desarrollo del autoconcepto, la actividad. Ya que las comparaciones sociales y autoatribuciones son hechas en referencia a la actividad realizada por el individuo, actividad que es resultado de una división del trabajo, derivada de los roles de género estereotipados. La actividad a su vez demanda ciertas características del autoconcepto para responder a los roles de trabajo, y dado que el trabajo tiene gran importancia objetiva y subjetiva -pues además de generar ingresos, es símbolo de estatus, de reforzamiento, de cumplimiento de metas, de autoactualización, de estima social y es fuente de relaciones interpersonales - y cubre gran parte del tiempo, estas características emergentes se convierten en el centro de la estructura del autoconcepto; además porque son más valoradas aquellas características (comportamientos e ideas) que contribuyen al logro de metas. Es decir, el trabajo influye a la persona (sus valores, funcionamiento cognitivo y autoconcepto) y viceversa (Rosenberg, citado por Yount, 1986).

Diversos autores, entre ellos, Rosenberg (1976, citado en González y Tourón, 1994), Burns (1990) y González y Tourón (1994), definen el autoconcepto como la organización de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.

Horney creía que se debía examinar la imagen ideal del yo y compararla con los verdaderos logros y desempeños (imagen real del yo), ya que es necesaria una imagen precisa de la propia imagen, pues de esta depende el

comportamiento, los planes, aspiraciones y exigencias al yo real (Dicaprio, 1989).

Así como estas definiciones incluyen elementos evaluativos y cognitivos, también Byrne (1984, citado por La Rosa, 1986) se conforma a este patrón y afirma que el autoconcepto es la percepción que la persona tiene de sí misma, en términos específicos, las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a sus capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Por su parte Burns (1990) interpreta el autoconcepto como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, que incluye connotaciones emocionales y evaluativas. Respecto al autoestima, piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el comportamiento, ubicando así al autoconcepto en el ámbito de la actitud. De aquí que lo ve integrado por tres factores: cognitivos (pensamientos), conativos (comportamientos) y afectivos (sentimientos), que de considerarse individualmente, quizá podría identificarse el primer factor como autoconcepto, el segundo como autoeficacia y el tercero como autoestima. Este último, junto con la autoimagen y la sociedad, influyen en el desempeño de las mujeres menopausicas. Es decir, la mujer puede sentirse incómoda en una sociedad que exalta la juventud y la belleza; además de que a los cambios producto del envejecimiento se suman la falta de ilusión y el empobrecimiento erótico. Sin embargo, según la actividad social y el nivel de

información, la autoestima podrá vencer los obstáculos de esta etapa (Dexeus y Farré, 1994).

Finalmente para Valdez y Reyes Lagunes (1992, citados en Valdez, González, Jiménez y Cañas, 1996) el autoconcepto es una estructura mental de carácter psicosocial, compuesta por tres elementos: conductual, físico y afectivo, que le permiten al sujeto enfrentarse al medio externo e interno que le rodea. Y esta estructura es diferente para cada persona, ya que el comportamiento y la forma de concebirse de cada uno depende de su experiencia y del grupo subcultural al que pertenece. En este sentido, Valdez (1994, citado en Valdez et al. 1996) en una investigación con estudiantes de diferentes partes del país halló por ejemplo que los chiapanecos se perciben como trabajadores intelectuales, y los yucatecos como sociales expresivos y expresivos afectivos, mostrando así que la estructura del autoconcepto puede cambiar a partir de las características subculturales de cada lugar.

Así pues se puede ver como todas las posiciones, aunque de distintos autores, coinciden en cuanto a la consideración del autoconcepto como aspecto nuclear de la personalidad y como mediador de las relaciones entre el hombre y su mundo. Más que enfrentadas entonces, estas posiciones son complementarias, pues han contribuido a proporcionar una mejor comprensión del fenómeno (González y Tourón, 1994).

El autoconcepto es entonces, un fenómeno que condiciona hasta cierto punto la conducta –su inicio, dirección, intensidad y perseverancia-, es decir, las personas que se ven positivamente se conducen de modo diferente a las que se

ven de manera negativa e interpretan la realidad de modo diferente. Incluso nuevas teorías de la motivación han destacado que la capacidad del ser humano para forjar metas y estrategias de futuro que guíen su acción, estarán afectadas por la consideración que de sí mismo tenga el sujeto (González y Tourón, 1994).

Cambio

Algo que ha despertado gran interés entre quienes se preocupan por el cambio o mejora del autoconcepto, mencionan González y Tourón (1994), es si es estable y/o maleable. La mayoría de los autores aunque consideran que el autoconcepto es estable, sin embargo, mantienen que cambia y se modifica como resultado de la experiencia. Otros sostienen que varía en función de la comparación y el contexto social, de cómo los otros reaccionan ante la persona; de aquí que se entienda el autoconcepto como una realidad dinámica que experimenta variaciones como consecuencia de factores de desarrollo y ambientales.

En una investigación realizada en África (Marjoribanks y Mboya, 2001) se encontró que el autoconcepto variaba con la edad y el género, ya que las mujeres mostraron un autoconcepto menos positivo que los hombres, y entre ellas, mientras más adultas, más negativo. Así mismo, en un estudio realizado por Valdez et al. (1996) en estudiantes mexicanos, encontraron diferencias a partir del género y la edad. Culturalmente siguen percibiéndose más expresivas las mujeres y más instrumentales los hombres. Y con relación a la edad se

hallaron diferencias entre los de preparatoria y los de facultad, lo que indica que la estructura se va adecuando a lo largo de la vida.

De este modo, entre los 20 y los 60 años el autoconcepto no solamente evoluciona, sino que es objeto de reformulaciones periódicas que surgen como fruto de diferentes acontecimientos: la variación del sentimiento de adecuación o de competencia en función del grado de éxito o de fracaso en el trabajo propio, la adaptación inicial al oficio elegido, la adaptación al matrimonio o al celibato, a la maternidad o a la paternidad, el grado de éxito o fracaso en el matrimonio, así como la situación eventual de un divorcio instigador de reflexiones sobre sí mismo capaces de influir necesariamente la evolución del concepto de sí mismo, la evolución de las capacidades físicas (energía, salud, menopausia), el estatus socioeconómico, la cultura, los roles desempeñados en la sociedad, etc. Esta lista de variables permite por sí sola poner en duda la evolución rectilínea del concepto de sí mismo durante todo este período llamado madurez adulta. La imagen corporal es reconsiderada periódicamente en función de las variaciones de la salud; el sentido de identidad experimenta fluctuaciones en función del matrimonio, de la importancia de los papeles desempeñados en la sociedad y del éxito en el trabajo; el grado de estima resulta también influido por la percepción de las propias capacidades físicas y mentales y de sus alteraciones con la edad, por los éxitos o fracasos habidos en los diversos roles, por el grado de integración en la sociedad, etc. Puede entonces muy bien hablarse de un período crítico en el desarrollo del concepto de sí mismo durante este período de

la madurez adulta y de que el concepto de sí mismo se desarrolla y evoluciona durante toda la vida (L'Ecuyer, 1985; González y Tourón, 1994).

De igual manera, Herrmann et al. (1982) señalan que las modificaciones de las circunstancias de la vida de una persona - la adquisición de nuevas competencias, el entablar relaciones sociales satisfactorias, y los acontecimientos decisivos-, llevan a cambios en el autoconcepto, pero además consideran que esto puede resultar del intento de una influencia terapéutica o del cambio de la evaluación por otras personas.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación surge por la necesidad de saber más sobre la menopausia. En principio, en México hay pocos investigadores estudiosos de las actitudes y prácticas de mujeres en esta etapa (Pelcastre, et al., 2001), y además, no hay un acuerdo en los términos y definiciones empleados, sino que cada autor plasma en ellos su paradigma. Por ejemplo, un paradigma es el médico, que coloca a la menopausia como una enfermedad de deficiencia (Voda, 1997), y otro es el biopsicosocial, que señala que a pesar de ser una etapa determinada por factores biológicos y de acontecer en un momento específico de la vida de la mujer, es vivida de diferente manera por cada una de ellas (Carranza, 1998), debido a los factores socioculturales, psicológicos y biológicos que moldean su experiencia. Lo que posiciona a esta transición natural como un constructo

social, en el cual también interviene el papel que le otorga la cultura a la mujer y al envejecimiento.

Al respecto, Bowels (1990, citado en Gannon y Ekstrom, 1993) señala que las creencias y expectativas son responsables de la formación de actitudes específicas hacia la menopausia, lo que a su vez tiene gran influencia en la forma en que se experimenta ésta; ya sea como un evento negativo o positivo, lo que repercute a su vez en la aparición o no de síntomas (Avis y Mckinlay, 1991).

Del significado que el contexto y los individuos le den a la menopausia, se derivan distintas connotaciones, que a su vez subyacen a las actitudes hacia el fenómeno y hacia la persona misma, como lo muestra la literatura revisada.

Así como la situación social influye en el significado y las actitudes que se tengan, también influye en el autoconcepto que se construya, los que a su vez intervienen en cómo se interprete la realidad y cómo se responda ante la misma (González y Tourón, 1994). Así entonces, estas variables son predictoras de salud mental, integración social, éxito ocupacional y de la conducta en general, y por ende, juegan un papel importante en el cómo se viva esta etapa, lo que puede llevar a que las mujeres limiten, o contrariamente, fomenten sus posibilidades de desarrollo cuando aún les queda un tercio de vida por delante.

Ahora bien, para lograr lo anterior, y para lograr la desmitificación de ideas erróneas que siguen permeando a la menopausia y que repercuten en el concepto que se tenga de ésta, en el concepto que las mujeres tienen de sí mismas, y en el concepto que los demás tienen de ellas, se requiere realizar estudios para conocer el significado de la menopausia prevaleciente en nuestra

cultura, así como las actitudes que se tienen hacia ésta. Como una aproximación se estudiará el significado y las actitudes, ante el evento y hacia sí mismas, en un grupo de mujeres de mediana edad, tanto premenopáusicas como postmenopáusicas.

De esta manera, los objetivos de este estudio son:

- a. Conocer el significado psicológico, las actitudes hacia la menopausia y el autoconcepto que tienen las mujeres en la etapa adulta media.
- b. Comparar estas tres variables en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas.

Las hipótesis son:

1. Las mujeres en etapa adulta media tienen un significado psicológico negativo de la menopausia.
2. Las mujeres en etapa adulta media tienen actitudes hacia la menopausia que denotan sentirse poco importantes e inseguras.
3. Las mujeres en etapa adulta media tienen un autoconcepto alto en factores tales como ético, ocupacional y social afiliativo, mientras que tienen un autoconcepto más bajo en factores afectivos y de salud emocional.
4. La menopausia tiene un significado psicológico más positivo para las mujeres postmenopáusicas que para las premenopáusicas, por lo que éstas últimas tendrán actitudes más negativas.