

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



TESIS DE GRADO

**FELICIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO: RELACIÓN
CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

PRESENTADA POR

**María Rosa Bernardina Molina Ortíz
Leg. 9369**

Tutora: Lic. Paula Grasso Imig

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Sede Lomas

Turno: M.

Diciembre 2016

“Creo que el propósito fundamental de nuestra vida es buscar la felicidad... es necesario eliminar gradualmente los factores que llevan al sufrimiento mediante el cultivo de los que llevan a la felicidad. Ese es el camino”.

Dalai Lama

Agradecimientos

A la vida, porque siempre nos da una nueva oportunidad para cumplir los sueños.

A mis hijos, Camila y Valentín porque son mis amores, mi fuente de motivación y la luz de mi vida.

A Daniel, mi compañero de vida, mi esposo, mi amor.

A mis padres Oscar y Esther, porque hicieron de mí la mujer que soy hoy.

A mis hermanos, familia y amigos por el cariño y los buenos deseos.

A todos aquellos que creyeron en mí y me alentaron a lograrlo.

Y a la Lic. Paula Grasso Imig, por aceptar el desafío de guiarme en este trabajo brindándome su conocimiento, excelencia, apoyo y contención.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la felicidad y la calidad de vida durante el climaterio y su relación con variables sociodemográficas.

El estudio es descriptivo, correlacional y de diferencias entre grupos. El diseño es no experimental, transversal.

La muestra fue no probabilística, simple y bola de nieve compuesta de 177 mujeres, del Conurbano Bonaerense con una edad promedio de 47,25 años (Md= 47, 00; Mo=47; DT= 4,58; Min= 40; Máx.=55).

Para evaluar la felicidad se utilizó la Escala de Felicidad de Lima (Alarcón, 2006); y para la calidad de vida se aplicó la Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale), en su versión en español (Aedo, Porcile & Iribarra, 2006), que mide sintomatología climaterica. Se halló que las mujeres que trabajan y son madres presentaron menor sintomatología climaterica y mayores niveles en algunas dimensiones de la felicidad. En ese sentido, las mujeres casadas con estudios universitarios completos y en etapa perimenopáusica revelaron mayores índices en la dimensión Alegría de vivir y en la Felicidad total. Además, se encontró una asociación directa entre los Dominios somático, urogenital y calidad de vida total según la edad.

Palabras clave: Felicidad – Calidad de vida –Climaterio- variables sociodemográficas

Abstract

The purpose of this research was to verify the relationship between happiness and life quality during climacterium and their relation with the socio-demographic variables.

This study is descriptive, correlational and of differences between groups. Its design is non experimental, cross-sectional.

The sampling used was a nonprobabilistic, simple and snowball sampling of 177 women from the Buenos Aires conurbation, with an average age of 47.25 years (Md= 47, 00; Mo=47; DT= 4,58; Min= 40; Max.=55).

For the happiness assessment, Lima's scale was used (Alarcón, 1997). Regarding the life quality, the Menopause Rating Scale, which measures the climacteric symptomatology, was used in its adapted Spanish version (Aedo, Porcile & Irribarra, 2006).

It was found that working mothers presented fewer climacteric symptoms, and higher levels in some aspects of happiness. In this respect, married women in premenopause who have completed university studies showed higher rates in the dimensions "Joy of Living" and "Total Happiness". Furthermore, a direct association was found between the somatic, urogenital and total life quality dimensions.

Keywords: Happiness - Life Quality - Climacterium - Socio-demographic Variables

Índice general

Agradecimientos	2
Resumen.....	3
Abstrac	4
Índice general	5
Estado del arte	6
1. Introducción	12
2. Marco teórico	14
2.1 La Adultez Media.....	14
2.1.1 La Mediana Edad en la Mujer.....	16
2.1.2 Climaterio y Menopausia	16
2.1.3 Una Cuestión de Género: Maternidad y Profesión	19
2.1.3.1 Hijas sin hijos.....	22
2.1.4 El nido vacío	23
2.1.5 La carrera laboral	24
2.1.5.1 El techo de cristal.....	25
2.1.6 La crisis de la mediana edad	28
2.1.6.1 La crisis de la mediana edad en la mujer.	28
2.2 La Felicidad.....	29
2.3 La calidad de vida	32
2.3.1 La calidad de vida durante el climaterio.	34
3. Método	36
3.1 Objetivo General	36
3.1.1 Objetivos específicos.	36
3.2 Hipótesis.....	36
3.3 Tipo de diseño	36
3.4 Tipo de estudio.....	36
3.6 Criterios de inclusión:	37
3.7 Criterios de exclusión:	37
3.8 Muestra.....	37
3.9 Instrumentos de relevamiento de datos	37
3.10 Justificación y relevancia	38
4. Resultados	39
4.1 Descripción de la muestra	39
4.2 Descripción de las variables.....	43
4.2.1 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de Calidad de vida en el climaterio.....	43
4.2.2 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de Felicidad.	44
4.2.3 Análisis de Normalidad.....	45
4.2.4 Análisis de comparación entre las variables.	45
4.3 Análisis de correlaciones entre variables	52
4.3.1 Correlaciones entre las variables felicidad y calidad de vida de vida en el climaterio, y la variable Edad.....	53
5. Conclusión	54
5.1 Discusión:.....	54
6. Referencias bibliográficas	58
7. Anexos	70

Estado del arte

Se han realizado diversos estudios que relacionan la intensidad de los síntomas climatéricos con la presencia de condiciones bio-psico-sociales, que pueden modular la felicidad y la calidad de vida de las mujeres de la mediana edad.

Arévalo Murr (2012) estudió el impacto del grupo de pares en la mediana edad. La muestra estuvo compuesta por mujeres de 40 a 55 años, sin pareja actual (viuda, divorciada, soltera o separada de hecho), con ingresos propios y de clase social media, residentes en la ciudad de Guatemala. A través de esta investigación cualitativa se logró determinar que las mujeres entrevistadas enfocan sus recursos y potencialidades en crear un proyecto propio a través del cual revalorizan los aspectos que anteriormente habían quedado relegados. Entre estos aspectos se encuentra el haber podido independizarse profesional y económicamente. A su vez se determinó que las mismas encuentran en el vínculo con sus hijos, una fuente de apoyo y contención fundamental en esta etapa, y que las relaciones de amistad establecidas son importantes, pero no fundamentales ni significativas, en mujeres que viven el rol maternal como perpetuo.

Contreras Pulache, et. al (2012), con el objetivo de evaluar la felicidad y los factores asociados en mujeres puérperas, hallaron que la felicidad es un fenómeno multifactorial y que las siguientes variables: edad, estado laboral, tipo de parto, planificación del embarazo, apoyo de la pareja y amigos permanecieron significativas e independientemente asociadas con la felicidad. La muestra total estuvo compuesta por 772 puérperas de Lima Metropolitana y Callao, Perú. El instrumento utilizado para la investigación fue una adaptación de la escala de felicidad de Lima Alarcón, cuyo instrumento resultante fue Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML).

Olaechea Ramírez (2012), realizó una investigación para identificar la relación entre las variables calidad de vida, autoestima y felicidad en mujeres durante el climaterio, en la ciudad de Lima, Perú, donde se aplicó el Cuestionario Específico de Calidad de vida para la menopausia MENQOL de Hilditch (2002), la Escala de Autoestima de Adultos de Stanley Coopersmith y la Escala de Felicidad de Lima a una muestra conformada por 221 mujeres de entre 40 a 65 años de estrato socio-económico medio-alto y bajo, que gozan de buena salud. Los resultados obtenidos arrojan que la mayor parte de las mujeres evaluadas manifestaron autoestima positiva y aproximadamente la mitad de ellas expresa sentirse feliz. Asimismo, la

edad, el estado civil, el nivel de educación y situación laboral, determinan el nivel de Calidad de Vida, Autoestima y Felicidad. Además, concluye que existen otros factores importantes como el sentirse satisfechas con su estilo de vida, con su aspecto físico y con la realización de sus metas.

González e Insúa (2011), con el objetivo de promover la tramitación de las conflictivas propias de las mujeres en la etapa media de la vida y prevenir desajustes personales y psicosociales para obtener un mayor bienestar, se ha realizado un estudio bajo la modalidad de trabajo de talleres grupales de reflexión. Se implementaron cuatro talleres con mujeres de 40 a 69 años de la ciudad de Buenos Aires, pertenecientes a clase media urbana, de diferentes ocupaciones, estado civil, paridad, con o sin experiencias psicoterapéuticas previas. El estudio concluye que la participación en espacios facilitadores del trabajo psíquico que demandan los diferentes sucesos implicados en la toma de conciencia de la transitoriedad de la vida individual en la mediana edad, posibilita tanto la prevención de desajustes a esta edad, como un pasaje a la adultez mayor en condiciones más favorables, a la vez que facilita, que las participantes sean difusoras de cambios de actitudes en otras mujeres de su entorno.

Marchisio, Campo, & Juli (2011), en un estudio de tipo exploratorio - descriptivo, sobre el climaterio femenino cuyo objetivo fue explorar la capacidad de simbolizar las diversas experiencias relacionadas con los cambios físicos y emocionales propios del período del climaterio, se utilizó una muestra integrada por 100 mujeres de entre 38 y 55 años de la ciudad de San Luis, Argentina. La metodología utilizada fue con un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). Desde un marco teórico psicoanalítico se concluye que el climaterio moviliza intensos sentimientos que pueden dar lugar a dificultades para ser procesados psíquicamente. La capacidad de dar sentido a esta experiencia depende de los recursos internos que cada una de las mujeres ha podido ir desarrollando a lo largo de su vida.

Yanes Calderón, Chio Naranjo & Pérez Felpeto (2012), en un estudio sobre una muestra de 166 mujeres climatéricas realizado en el período comprendido entre abril del año 2010 y marzo del 2011, pertenecientes a 3 consultorios médicos del Policlínico Universitario "Ana Betancourt", del municipio Playa en La Habana, con el objetivo de caracterizar la Satisfacción personal de la mujer de

edad mediana y analizar cómo repercute en su calidad de vida y su relación con otros factores de la vida cotidiana, ha arrojado que el 48,2 % de las mujeres estudiadas se sienten satisfechas según el Índice de Satisfacción Personal (ISP-RELEBA), prevaleciente en el grupo de edades entre 45 y 49 años y un 25,35 medianamente satisfechas. Además, el total de mujeres poco satisfechas resultó ser significativo con un 35,54 %. Se concluyó que la intensidad leve o asintomática del síndrome climatérico, así como contar con familias funcionales o moderadamente funcionales, dentro de un entorno higiénico habitacional bueno, aumentan la incidencia de mujeres de edad mediana satisfechas o medianamente satisfechas.

Fuentes, Jesam, Devoto, Angarita, Galleguillos, Torres & Mackenna (2010), realizaron una investigación sobre la Postergación de la maternidad en Chile, para lo cual, se diseñó un estudio retrospectivo, con análisis estadístico descriptivo y analítico de la edad de todas las primíparas cuyo parto ocurrió entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de los años 1998 y 2008 en el hospital público Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) y en el centro privado Clínica Las Condes (CLC) caracterizado el primero por la atención de población de nivel socioeconómico bajo y el segundo por la atención de población de nivel socioeconómico alto. Y concluye que un alto nivel socio-económico se asocia en forma directa a la postergación de la maternidad. Las principales causas de esta situación tienen que ver con que para muchas mujeres el tener hijos interfiere con el acceso a ofertas laborales culturales y sociales.

Hernández Valencia et. al (2010), en un estudio transversal en el que participaron 692 pacientes de la cohorte de seguimiento de menopausia de la Unidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas del Centro Médico Nacional, del IMSS, de México, DF, con el objetivo de conocer cuáles son los síntomas que motivan a la mujer en el climaterio a iniciar la terapia hormonal, para lo cual se realizó valoración clínica completa y toma de muestras de sangre venosa para las determinaciones hormonales de LH, FSH y estradiol. La valoración de los síntomas clínicos se realizó a través de la escala de Greene, que valora los componentes: psicológico, ansiedad, depresión, somático, vasomotor y sexual de los síntomas climatéricos. Los resultados arrojados por la escala de Greene mostraron una mayor frecuencia para el componente vasomotor y el

componente depresivo, comparado con el resto de los componentes que integran todos los síntomas. Se concluyó que los bochornos y la irritabilidad son los síntomas que aparecen en más de la mitad de las pacientes, por lo que pueden establecerse como causa principal de inicio de la terapia hormonal y que el componente sexual fue el de menor frecuencia.

López, Soares De Lorenzi, & d'Andretta Tanaka (2010), en un estudio transversal comparativo realizado a 969 mujeres de 45 a 64 años, usuarias de consultorios de Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Santiago, Chile, con el fin de evaluar la severidad de los síntomas climatéricos, se utilizó la Menopause Rating Scale (MRS). El síntoma más frecuente y que se presentó con mayor intensidad fueron las molestias musculares y articulares, a la vez que el dominio más afectado fue el psicológico con una intensidad moderada. El perfil socio-demográfico fue similar para ambos grupos. Al considerar el puntaje global de la escala MRS, según los dominios de síntomas que la componen, se verificó que los más frecuentes fueron los de naturaleza psicológica, siendo mencionados por un 98,3% de las entrevistadas premenopáusicas y un 95,3% de las posmenopáusicas.

Monterrosa, Blumel & Chedraui (2009), estudiaron el compromiso de la calidad de vida en un estudio descriptivo transversal que incluyó mujeres sanas entre 40 y 59 años de edad, posmenopáusicas colombianas de tres etnias distintas (hispanicas, indígenas y negras), para lo cual, se utilizó el instrumento para evaluar la Calidad de vida, Menopause Rating Scale (MRS). El estudio concluyó que las mujeres posmenopáusicas hispanicas tienen menos compromiso de calidad de vida que las indígenas o afrodescendientes. Estas últimas presentaron más severidad de síntomas psicológicos y somáticos, mientras que las indígenas mostraron más sintomatología del área urogenital. Y que el enfoque de prevención y atención de los síntomas climatéricos debe tener presente la etnicidad.

Lugones Botell & Ramírez Bermúdez (2008), en una investigación sobre la importancia de “Lo social y lo cultural en la mujer de edad mediana”, afirman que las sobrecargas que sufren las mujeres por su rol de género incrementan al menos en dos veces la percepción de síntomas climatéricos lo cual repercute directamente en la calidad de vida con que viven las mujeres de la mediana edad. A su vez, la investigación reconoce que la cultura interviene de manera determinante en la

percepción de la salud y la enfermedad a partir de la forma y la capacidad de pensar de las personas, de la organización social y familiar. La interacción de los procesos biológicos y ambientales se corresponde con una mayor intensidad en la percepción de los síntomas climatéricos.

Heredia Hernández & Lugones Botell (2007) al relevar las principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia, durante un estudio transversal de las mujeres entre 40 y 59 años, de los municipios Lisa, Playa y Marianao de La Habana, vistas en consulta de Climaterio del Hospital Universitario "Eusebio Hernández," entre enero de 2006 y enero de 2007, hallaron que tanto en perimenopáusicas como en posmenopáusicas predominaron los calambres de manos y pies 79,5 % y 82,4 % respectivamente, así como los bochornos, 53,8 % en perimenopáusicas y 76,5 % en posmenopáusicas. Las alteraciones del sueño predominaron en las perimenopáusicas con diferencias significativas con respecto a las posmenopáusicas. La ansiedad y la depresión fueron las manifestaciones psíquicas más frecuentes y en la esfera sexual predominó la disminución del deseo sexual en las perimenopáusicas (25,6 %) y la insatisfacción en las posmenopáusicas (58,3 %).

Burín (2008), dentro de un estudio exploratorio sobre Mujeres, Familias y Trabajo auspiciado por el Departamento de Investigaciones de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), realizado sobre veinte parejas, varones y mujeres, de edades entre 30 y 45 años, casados, con hijos e hijas convivientes, y fundamentándose en sus estudios anteriores (1990/1992) en que había hallado que las mujeres de sectores medios urbanos que habían iniciado sus carreras laborales en su juventud, al llegar a la mediana edad se encontraban con el así llamado "techo de cristal"; afirma que la globalización y la deslocalización de los puestos de trabajo configuran un nuevo conflicto, al establecer un límite entre la familia y el trabajo, constituido por "fronteras de cristal" invisibles, obligándolas a elegir entre seguir avanzando en sus carreras laborales y la crianza de sus hijos en el ámbito familiar, lo que puede afectar la salud mental de las mujeres de la mediana edad.

Ávila González (2005), realiza una investigación cualitativa acerca de las mujeres mexicanas que pudiendo concebir hijos, eligen no hacerlo. La libertad de

elegir no reproducirse se convierte en un factor de tensión, de estigmatización y/o presión social para estas mujeres, por no cumplir con el estereotipo ideal de feminidad/maternidad. La autora concluye que el derecho a la elección de la maternidad, se entrelaza con el nivel del inconsciente y por tanto del deseo, por lo cual, no puede ser reducido solamente a lo cultural o a lo biológico.

Jiménez Sánchez & Marván Garduño (2005), en un estudio sobre el significado psicológico de la menopausia se aplicó la técnica de redes semánticas naturales a 110 mujeres de 40 a 60 años, premenopáusicas y posmenopáusicas. Los resultados reflejaron que las mujeres en la etapa adulta media perciben a la menopausia como un cambio que implica depresión y bochornos, lo que tiene una connotación negativa.

Solé & Parella (2004) han llevado a cabo en el Área Metropolitana de Barcelona, un estudio empírico acerca de las madres con carreras profesionales exitosas, basado en la aplicación del grupo focal durante el segundo semestre del 2003. La investigación “Nuevas expresiones de la maternidad” arrojó que la maternidad deja de ser el único eje central del proyecto de vida de las mujeres y se convierte en un componente más. Las mujeres con profesiones exitosas expresaron que viven con sacrificio la renuncia a algunos de los requerimientos de su profesión para poder hacerse cargo de los hijos y del hogar, lo que provoca un malestar adicional derivado del hecho de que sus profesiones sean vocacionales y no un requerimiento estrictamente económico. En consecuencia, las mujeres que de forma legítima ambicionan el éxito en sus carreras profesionales, se ven a menudo obligadas a escoger entre éste y la maternidad, en cuanto que existen barreras invisibles que les impiden desarrollar ambos roles a la vez.

1. Introducción

La mediana edad comienza con las señales de percepción del propio envejecimiento; consiste en un periodo en el que aparecen diversos cambios fisiológicos que señalan el inicio de la menopausia (del griego menos- mes y pausis- cese). Dicho término, hace referencia al periodo del climaterio femenino comprendido entre el final de la edad fértil y la última menstruación, al que le precede y le sigue una fase de padecimiento psicosomático, determinado por las grandes modificaciones fisiológicas y orgánicas que se producen (Rondón, 2008).

La adultez media puede situarse como una crisis, ya que conduce a un replanteo en la manera de vivir, a intentos de dar un nuevo sentido y significado a la vida, lo que podría llevar a lo que se conoce como la crisis de la mediana edad (Erikson, 1971).

La condición de género de las mujeres incide en la construcción social de la maternidad y del trabajo (Lober, 1994), y es a partir de la interacción de fenómenos biológicos y ambientales, que la cultura interviene de manera determinante en la percepción de la salud y la enfermedad de la mujer (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez (2008).

El acceso a la universidad y al ámbito laboral, han contribuido a otorgar un nuevo sentido de la maternidad, a la vez que la posibilidad de planificación familiar y la tendencia a procrear en edad más avanzada, permite elegir a la mujer actual, priorizar una carrera profesional como resultado de condicionantes económicos, sociales y culturales (Solé & Perella, 2004).

De tal forma, muchas mujeres llegan a mediana edad con una carrera profesional exitosa, con la consecuente postergación de la maternidad y recurren a nuevas formas de concepción tengan o no pareja, para cumplir con su deseo de ser madres; otras, sin embargo, han cumplido con los roles establecidos por la sociedad patriarcal donde la mujer dedica su vida a la crianza de los hijos y pueden abordar la mediana edad con la pregunta de - ¿Eso fue todo? - ¿Y ahora qué?, y se replantean la realización personal con una carrera profesional postergada o relegada en pos de la maternidad. Asimismo, la doble condición de madre y trabajadora, puede suponer un sacrificio extra que impactará de diferente forma en la calidad de vida de cada mujer (Ramos, Barberá & Sarrió, 2003; Solé & Perella, 2004; Burín, 2008).

Esta investigación tiene el propósito de indagar si existe relación entre la felicidad y la calidad de vida en el climaterio, según los cambios profundos a los que se ha expuesto el rol femenino en nuestra sociedad en los últimos años.

Tales problemáticas exigen ser elaboradas, posibilitando la transformación de situaciones críticas en oportunidades de creatividad y crecimiento. De lo contrario podría propiciar padecimiento y riesgo para la salud de la mujer de la mediana edad (González & Insúa, 2011).

2. Marco teórico

2.1 La Adulter Media

Etimológicamente, la palabra adulto proviene del verbo “adolecere” que significa crecer; al derivar del participio pasado “adultum” viene a significar: el que ha terminado de crecer (EFE: Fundéu BBVA 2009).

El adulto de hoy vive un momento histórico social de profundos cambios a nivel de la familia y su organización, del trabajo, y de la vida social. Estos cambios hacen referencia a la influencia y significado del matrimonio, de la maternidad, del trabajo, que demandan una constante actualización y capacitación, y del aumento progresivo y significativo de la mujer en el mercado laboral. Estos factores han sido motivo de estudio e investigación del desarrollo de la persona adulta (Cornachione Larrínaga, 2006).

La mayoría de las investigaciones sobre la edad adulta son menores a las que se refieren a niñez, adolescencia y vejez, a pesar de que la adultez es la etapa más extensa temporalmente. Después de la adolescencia, cuando la madurez biológica está casi plenamente alcanzada, los procesos psicológicos están determinados por la historia del individuo, la asimilación de la experiencia, las tareas del desarrollo a las que se debe enfrentar, los factores culturales, los valores dominantes del medio, las variables de la sociedad (Martínez, 2005).

Cornachione Larrínaga (2006) afirma que “la adultez debe ser planteada en relación a los roles sociales que las personas adultas cumplen y no sólo en términos de edad y maduración psicofísica” (p.8). La adultez surge como una entidad propia, como una etapa diferente a la adolescencia y a la vejez y se relaciona tanto con lo vivido en la etapa anterior como en la que le sucede.

A principios del siglo XX se destacan los estudios de Jung (1930, citado en Cornachione Larrinaga, 2006) ya que es el primer psicólogo que prepara una visión del desarrollo de la vida humana basándose en los cambios que se producen en la vida a lo largo del ciclo vital. Estos cambios que resultan válidos para todos los seres humanos son la resultante de la dinámica interior del psiquismo.

Los autores que estudian la adultez la dividen en fases o etapas y en cada una de ellas los adultos asumen roles sociales diferentes.

Los estudios de Bülher (1933, citado en Urbano & Juni, 2005), dividen el transcurso de la vida humana en cinco períodos, los cuales trató de identificar en cuanto a las características biológicas y psicológicas como etapas del desarrollo diferenciadas existencialmente. Así, consideró que las personas adultas en el transcurso de la fase tres (Juventud y Adulthood media) entre los 23 y 45- 50 años tienen objetivos específicos y mayor conocimiento de sus potencialidades para el desarrollo. Es el periodo de la vida personal que, por lo general, incluye el matrimonio, la maternidad, la máxima potencialidad sexual y la estabilidad laboral, las relaciones sociales intensas y sin embargo deben superar dificultades para establecerse y no todas lo pueden lograr.

La teoría psicosocial de Erikson (1971) organiza el ciclo de desarrollo de la vida humana en ocho estadios, desde la infancia hasta la vejez, según los contenidos psicosexuales y psicosociales, donde cada estadio integra el nivel somático, psíquico, ético- social y el principio epigenético, este último, establece que todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y a partir de este plano se agregan las partes hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento.

A su vez, comprende, la relación dialéctica entre virtudes o potencialidades y defectos o vulnerabilidad de cada estadio (fuerzas sintónicas y fuerzas distónicas). De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase y de su no resolución emerge una patología o defecto.

Para la teoría psicosocial, la mediana edad corresponde al VII estadio “generatividad versus estancamiento”. La generatividad es una extensión del amor hacia el futuro, relacionada con una preocupación sobre la siguiente generación y las que le sigan. Aunque la mayoría de las personas ponen en práctica la productividad teniendo y criando los hijos, Erikson (1971) considera que la enseñanza, la escritura, la inventiva, las ciencias, las artes y la participación social complementan la tarea de productividad.

El autor afirma que la crisis es el paso de un estadio a otro, que comprende un periodo de cambio de las estructuras operacionales o un periodo de estancamiento o regresión. El estancamiento, por otro lado, es la “auto-absorción”, la persona estancada deja de ser productiva para la sociedad.

Erikson (1971) sostuvo que, en la séptima etapa de la vida, que es la edad adulta media, las personas buscan un nuevo significado y propósito para sus vidas, y que ello podría llevar a la crisis de la mediana edad.

2.1.1 La Mediana Edad en la Mujer

En la mujer, los cambios fisiológicos que aparecen en la menopausia señalan el inicio de la mediana edad. El término menopausia (del griego menos -mes- y pausis –cese-) hace referencia al período del climaterio femenino comprendido entre el final de la edad fértil y la última menstruación, y es precedido y seguido por una fase de padecimiento psicosomático, determinado por las grandes modificaciones fisiológicas y orgánicas que se producen (Sánchez- Borrego, Manubens & Mendoza, 2009).

2.1.2 Climaterio y Menopausia

El climaterio es la fase del proceso de envejecimiento durante la cual, una mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo. Está caracterizado en función de la “pérdida de fertilidad” como consecuencia del descenso de la actividad hormonal. Se origina a partir de la disminución más o menos acelerada de la producción de hormonas sexuales, con disminución de la función ovárica ocasionando varios cambios hormonales, somáticos y psicológicos, a su vez, marca el término de la función reproductora que se manifiesta con el cese de la menstruación en la menopausia (Sánchez- Borrego, Manubens & Mendoza, 2009).

“Según criterios actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio, ocurre entre los 45 y 59 años de edad” (citado en Capote Bueno, Segredo Pérez & Gómez Sayas, 2011). Se inicia unos años antes de la menopausia con la perimenopausia, etapa en que empiezan a manifestarse algunos síntomas de envejecimiento ovárico y el primer año que transcurre después del último periodo menstrual, y es seguido por la postmenopausia que incluye todo el periodo que transcurre luego de la última menstruación.

“La menopausia es un hecho puntual: la última menstruación. Mientras que el climaterio es toda la fase previa a ésta, incluyendo los primeros años de postmenopausia” (Valenzuela, 2012, noviembre, p.1). Por lo tanto, no deben confundirse estos dos términos, ya que la menopausia es una fecha y el climaterio es un periodo de la vida.

Climaterio viene del griego "klimakter", en latín "climacter" que significa escalera, peldaño, escalón en la vida de una persona, transitado como un momento difícil de superar. Es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. A la vez, comprende tres etapas: de los 35 a 45 años, el climaterio temprano;

de los 45 a 55 años, el climaterio perimenopáusico, y de los 55 a los 65 años, el climaterio tardío (Capote Bueno, Segredo Pérez & Gómez Sayas, 2011).

Los ovarios, tienen como misión la liberación de células (óvulos) para la reproducción y conectado a ésta, se encuentra la producción de hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) que preparan al organismo para el proceso de la reproducción. En este periodo no sólo se altera el proceso reproductivo, sino que se modifica la influencia de las hormonas sexuales, especialmente estrógenos, sobre el resto del organismo (EMBRIOVID, 2012).

El agotamiento ovárico que causa la menopausia se va produciendo en forma lenta y progresiva. El ovario es una glándula de doble función, endocrina porque produce hormonas y exocrina porque produce óvulos necesarios para la reproducción. Ambas funciones se producen en paralelo y de forma repetida cada mes (ciclo) mientras dura el periodo fértil. Sin embargo, la función reproductora se pierde antes que la hormonal, de tal forma que, en la etapa perimenopáusica va disminuyendo la fertilidad. Esta producción de ovocitos defectuosos dará lugar a la irregularidad de los ciclos (Sánchez- Borrego, Manubens & Mendoza, 2009).

El agotamiento de la reserva folicular de los ovarios, provoca trastornos hormonales en la mujer debido a la falta de secreción de hormonas, lo que se transcribe en una serie de signos y síntomas que repercuten en todo el organismo femenino (Capote Bueno, Segredo Pérez & Gómez Sayas, 2011).

La deficiencia de estrógenos, provoca alteraciones menstruales y se manifiestan de forma más evidente los síntomas característicos del síndrome climatérico: las alteraciones neurovegetativas con síntomas vasomotores de sofocos, manifestándose una sensación repentina de calor en la parte superior de todo el cuerpo seguida por sudor fuerte y escalofríos que duran de 30 segundos a 10 minutos; cambios de humor, síntomas a nivel genitourinario, sequedad vaginal y disminución del deseo sexual. También se presentan dolores de cabeza, fatiga, mareos e insomnio los cuales son causados por una falta de equilibrio entre los sistemas endocrino y neurovegetativo, así como pueden aparecer algunas patologías como la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares (Pérez Piñero, 2007).

La menopausia puede presentarse como “*natural*”, cuando ocurre de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento del ovario, o “*artificial*” cuando es provocada por la castración quirúrgica o extirpación de los ovarios con o sin histerectomía

(extirpación del útero) ocasionando una baja de estrógenos; o por mecanismos destructores de las células germinales como son las radiaciones y la quimioterapia para el tratamiento de diferentes patologías (Sánchez-Borrego, Manubens & Mendoza, 2009).

Los síntomas de la menopausia han sido estudiados desde diferentes contextos y ámbitos concluyendo que su sintomatología debe separarse en los síntomas primarios, que incluyen a los síntomas vasomotores (sofocos y sudores nocturnos), osteoporosis y atrofia vaginal; y los síntomas secundarios, la fatiga, la depresión, la tensión, el insomnio, la irritabilidad, los dolores de cabeza y la ganancia de peso. Estos últimos suelen estar asociados a las características psicológicas premenopáusicas y a los múltiples roles que en esta etapa las mujeres han de asumir, al conjunto de acontecimientos vitales que suceden en este período y a la edad (Gutiérrez Gómez- Calcerrada, 2012).

El malestar emocional que algunas mujeres pueden experimentar durante el climaterio no depende solamente de las fluctuaciones hormonales, sino que es el resultado de una compleja interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales (Rondón, 2008).

Bonilla Musoles (1992) expresa:

A medida que los ovarios disminuyen la capacidad de producir estrógeno surge un desequilibrio hormonal que ocasiona en la mayoría de las mujeres cambios en los ciclos menstruales, que pueden alargarse o acortarse y el sangrado puede volverse más ligero o abundante, e incluso presentarse ligeros sangrados entre periodos menstruales, especialmente después de las relaciones sexuales. Algunas veces empeoran los malestares premenstruales y resulta cada vez más común sufrir bochornos durante la semana previa al inicio de la menstruación (p. 342).

La cultura le otorga un significado a la realidad y de ello dependerá, en gran medida, el impacto psicológico del climaterio y la menopausia en la mujer. Los roles de género varían de una cultura a otra, así, hay culturas que sobrevaloran la belleza y la maternidad y asocian la menopausia con una connotación negativa como la vejez, el deterioro físico y cognitivo, provocan en las mujeres climatéricas una baja en la autoestima ante la autopercepción del envejecimiento, y les marca un tiempo de pérdida y crisis, pérdida de femineidad entendida como fertilidad, pérdida de atractivo personal y un bajo valor social (Rondón, 2008).

Los valores y normas, producto de la socialización, estructuran la personalidad de las mujeres en cuanto a las prácticas y creencias positivas o negativas con las que asumen su

rol durante el climaterio y la menopausia, y de estas últimas, dependerá su salud mental y la posibilidad de orientar sus deseos hacia fines activos (Burín, 1996).

Rondón manifiesta (2008):

La experiencia de la menopausia, como fin de la vida reproductiva de la mujer, está influenciada por la madurez psicológica alcanzada, que determinará la capacidad de asumir las pérdidas fisiológicas y realizar un balance de las expectativas y logros que permita ampliar el repertorio de estrategias para prepararse para el envejecimiento. Sobre esta experiencia influyen significativamente las transiciones de roles en la pareja, en la familia, en el trabajo y en la sociedad que tienen su base en las expectativas y concepciones, culturalmente determinadas, que compartan la mujer y su entorno (p. 99).

2.1.3 Una Cuestión de Género: Maternidad y Profesión

Durante la década del 70 con el movimiento feminista se introduce desde la sociología, el término género en oposición al concepto de sexo; mientras que éste último hace referencia a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, el género enfatiza la diferencias en forma cultural, conforme nuestra sociedad nos construye como sujetos femeninos o masculinos (Mac Dowell, 2009).

El término género en oposición al de sexo, fue acuñado por primera vez por Money en 1955, sexólogo de orientación conductista, quien trataba de explicar de qué modo las personas que presentan estados intersexuales contradictorios construyen una identidad sexual determinada que puede estar en contradicción con la imagen corporal. Así, el rol de género se refiere a los atributos y expectativas que la cultura deposita en los hombres y las mujeres, según los significados que cada sociedad les atribuye a sus miembros por pertenecer a cada sexo.

Los estudios de género han estudiado e investigado diversos modos de construcción de la subjetividad femenina a través de los roles sociales que ocupan las mujeres dentro de la sociedad patriarcal (Garrido, 2009), de tal forma, que como afirma Lober (1994), la condición de género de las mujeres tiene incidencia en la construcción social de la maternidad, la sexualidad y el trabajo.

En referencia al género, dentro de la sociedad patriarcal, la cultura ha identificado y asignado a las mujeres, un papel social que les garantizaría su salud mental, otorgándoles el rol maternal, el rol de esposa y el rol de ama de casa. Esos roles suponían condiciones

como docilidad, comprensión, servicio incondicional, amor, altruismo, capacidad de contención y de nutrición, receptividad afectiva y una relación jerárquica desigual con el género masculino (Burín, 1990).

Burín (1990) agrega, que en las últimas décadas muchas mujeres han transformado el imaginario de la mujer según la sociedad patriarcal y se han insertado en el mercado laboral, se han preocupado por su capacitación profesional, e incluso han postergado o renunciado a la maternidad por su trabajo o educación.

Desde una postura psicoanalítica, la constitución de la subjetividad femenina, se vincula con la identificación con la madre mediante el Ideal maternal, a través del sistema Superyó-Ideal del Yo.

“La configuración del ideal parecería haber suministrado a las mujeres de mediana edad una fuente de satisfacción, debido a que tal identificación provoca una movilidad pulsional desplegada ampliamente en su vínculo con sus hijos” (Burín, 2008, p. 5). Asimismo, en ocasiones, el vínculo materno filial opera como un sostén yoico sustentado en las funciones maternas, las cuales se caracterizarían por las de cuidados en la crianza, el sostén emocional y las necesidades nutricias de los hijos, a tal punto que, cuando los hijos crecen y se alejan de ella, la ruptura del vínculo las deja sin objeto libidinal aparente y provoca una situación crítica en el aparato psíquico.

A su vez, también, se produce un estancamiento libidinal en aquellas mujeres que han embestido libidinalmente a la carrera laboral, en determinado momento de sus carreras se encuentran con el llamado "techo de cristal", que implica la detención en sus trabajos (Burín, 2008).

Meler (1998, en Burín & Meler 1998) relata que, hacia fines del siglo XX, desde la perspectiva de la mujer, era el marido quien le confería una nueva identidad y estatus social. El amor como vínculo total, único y excluyente para la mujer brindaba legitimidad al ejercicio de la sexualidad.

Muchas de estas mujeres han sido criadas y marcadas por los roles de género tradicionales, fueron preparadas como futuras madres y esposas, de tal modo que, el sistema de ideales permitidos para el yo integraba de modo central ser esposa y madre (Burín, 2008).

Desde el punto de vista pulsional, la pulsión sexual y la expresión hostil compartían un destino de represión y sólo eran aceptadas, la ternura y la devoción hacia los hijos y el esposo.

Actualmente, la autora, reconoce distintos tipos de estilos vinculares y hace referencia a las parejas contraculturales, son constituidas por mujeres activas, subjetivadas de un modo innovador, en el sentido de proponerse ideales para el yo, a realizar por medio del trabajo personal. Establecen un vínculo amoroso en el que demandan gratificación afectiva y erótica, y aunque la consagración narcisista deriva del ser amada, ésta no es la fuente principal para la autoestima.

Burín (1996) hace referencia al tipo de mujeres cuyo posicionamiento psíquico no se inscribe en el deseo de ser madre o de tener un hijo. Denomina a este tipo de deseo como “deseo hostil”.

Y agrega:

El deseo hostil surge en la temprana infancia y se trata de un deseo que, para las mujeres de nuestra cultura, ha tenido predominantemente un destino de represión ¿Por qué? Porque al enfatizar las diferencias y al propiciar la ruptura de los vínculos identificatorios constituye un deseo que atenta contra el vínculo fusional. El desarrollo del deseo hostil implicaría entonces un peligro para nuestros ordenamientos culturales que identifican a las mujeres con las madres (Burín, 1996, p. 89).

A la vez, explica que éste es un deseo diferenciador cuya constitución y despliegue permiten la gestación de nuevos deseos, por ejemplo, el de saber y el de poder.

Siguiendo esta concepción, la mujer actual enfrentaría la dialéctica de la maternidad o la profesión; de ahí que, las mujeres más modernizadas y masculinizadas, se angustian ante la demanda de un hijo ya que es contradictoria con su autonomía.

Son múltiples los factores que inciden en el ejercicio de la maternidad, Padilla, Lorence y Menéndez (2010), examinaron el nivel de estrés asociado a la paternidad y analizaron el papel desempeñado por la percepción de competencia, tanto del padre como de la madre, que disponían de un puesto laboral y cuidaban al menos a un menor en edad escolar, y concluyeron que la dedicación laboral, el número de hijos y la percepción de dificultad en el cuidado del menor explicaban el estrés parental. Asimismo, una evaluación positiva y optimista del papel que desempeñan en la educación y el cuidado de sus hijos, tendió a atenuar la aparición de estrés parental.

Al llegar a la crisis de la mediana edad, la mujer, se enfrenta con la posibilidad de envejecer sin haber logrado las metas fijadas en su juventud temprana, por ende, se da cuenta que ha dedicado su vida a la crianza de los hijos y al cuidado de los quehaceres

domésticos olvidándose de su capacitación profesional o, al revés, se encuentra con una carrera profesional exitosa, pero ha postergado la maternidad y está llegando al fin de su ciclo reproductivo con el inicio paulatino del climaterio. También, cumplir al mismo tiempo los roles de “madre y trabajadora” implica una multiplicidad de experiencias, que dependen en gran medida, de la clase social que ocupan las mujeres y las jerarquías de raza y etnia en las que están insertas (Solé & Parella, 2004).

Con respecto a la incidencia de la educación, una investigación de Maldonado & Micolta (2003) muestra que la escolaridad de la madre está relacionada con el número de hijos, ya que la madre analfabeta tiene mayor número de hijos que aquellas jóvenes con alguna escolaridad.

2.1.3.1 Hijas sin hijos.

Las mujeres que eligen no ser madres, son mujeres con capacidad de reproducirse que han optado por no hacerlo, por no procrear, por posponer los hijos o por descartar la maternidad.

Las razones para ello, son de diversa índole, algunas de ellas incluso han optado por no ser esposas ni amas de casa tradicionales (Ávila González, 2005).

Son mujeres que plantean abiertamente su autodeterminación de reproducirse o no. Pero ¿quiénes son estas hijas sin hijos?

En palabras de Ávila González (2005):

Se trata de mujeres que a diferencia de muchas de sus madres realizaron estudios universitarios, no para estudiar mientras “me caso” como algunas de sus ancestras y/o contemporáneas, sino para tener algo que les diera sentido e independencia a sus vidas (p.4).

Si bien es cierto que la maternidad es un mandato cultural de género, es a la vez un hecho más complejo. Distintos autores, como Burín en 1996, por ejemplo, aseguran que el deseo o no de ser madres o de tener un hijo se juega en un nivel psicológico que tiene que ver con la triangulación edípica y con la relación especular de la niña con la madre. En ese mismo marco, hace referencia al tipo de mujeres cuyo posicionamiento psíquico no se inscribe en el deseo de ser madre.

Los avances científicos han abierto, indudablemente, nuevas puertas a las mujeres actuales, ya que les permiten un mayor control de sus cuerpos en lo que respecta a una mayor planificación del embarazo, a la vez, que ciertos avances han producido la ilusión

de un estiramiento del reloj biológico, a pesar de que no siempre los tratamientos son exitosos (Reid, 2010).

En el marco del XV Congreso argentino de Medicina Reproductiva, el presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER), Papier (2012), indicó que "después de los 40 años, en general los óvulos están envejecidos y las modalidades de tratamiento médico como la fertilización in vitro, ya no son suficientes" (párr.6), a la vez que refiere que "la causa más común de postergación de la maternidad son motivos sociales y en segundo lugar, causas médicas" (párr.7).

En junio de 2013 se promulgó y reglamentó la Ley 26.682 y el Decreto 956 en Argentina, que tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, como la posibilidad de acceder a dichos procedimientos y técnica cualquiera sea la cobertura que posea el titular del derecho.

Tanto la ley como la reglamentación antes mencionadas, otorgan a las mujeres nuevas herramientas que posibilitan postergar la decisión de ser madres, incluso permiten recurrir tanto a la ovodonación como al tratamiento con semen de banco que están cubiertos y expresamente mencionados en ellas.

Sin embargo, en este entorno, muchas mujeres se han permitido desatender los mandatos de género, por no contar con una pareja o por razones económicas, profesionales u ocupacionales y han desistido de traer hijos al mundo.

Un estudio sobre la postergación de la maternidad en mujeres chilenas concluye que "el nivel socioeconómico y paralelamente el grado de escolaridad son parte de las variables de mayor impacto sobre el acceso a mejores oportunidades de trabajo y formación académica" de ello se desprende, la influencia que tiene en la decisión de postergar la maternidad (Fuentes et. al, 2010).

Moreno Carmona (2013) recalca que, aun hoy a pesar de que los roles sociales relacionados al género parecen más flexibles, la presión del medio sigue obligando a desempeñar los roles como permitidos para cada género y el no ajustarse a ello, implica una censura social y un cuestionamiento con la propia identidad.

2.1.4 El nido vacío

La expresión "síndrome del nido vacío" hace referencia al sentimiento de soledad que experimenta la mujer al acercarse a la mediana edad, producto de las modificaciones en el estilo de vida; ya sea por el crecimiento de los hijos y su salida del hogar, para quienes

se habían dedicado hasta entonces a ser madres y amas de casa, o por la sensación de haber perdido una parte importante de su vida como mujeres, posiblemente dedicadas a una profesión o trabajo (Legorreta Peyton, 2007).

Bart (1979) explica el fenómeno, como consecuencia de que la sociedad confiere a las mujeres como los roles más importantes, los de esposa y madre. En consecuencia, cualquier pérdida en relación a ellos puede provocar una pérdida en la autoestima y autovaloración de las mismas. Al abandono del hogar por parte de los hijos, Burín (1990) agrega que, ante la total dedicación al rol materno, las mujeres no le encuentran sentido a la vida y ello, puede derivar en estados depresivos.

Lugones Botell (2001), aclara que el nido vacío es uno de los eventos vitales que acompañan el síndrome climatérico, y que ocurre cuando la mujer siente que ha perdido su papel protagónico socialmente, ya que sus hijos crecieron y ya no dependen de ella, lo que les provoca sentimientos de soledad y desinterés e incertidumbre por el porvenir.

2.1.5 La carrera laboral

El término carrera fue introducido por Súper en 1951 (citado en Álvarez González & Sánchez García, 2012), para referirse a la dimensión ocupacional como una institución productora de subjetividad, concebida como una ruta que duraba toda la vida, construida centralmente en el mundo laboral, con la que se podía acceder a una autonomía personal. Con la idea de “hacer carrera” los sujetos sociales adquirirían una identidad personal que vincularía las fases de su vida con la vida laboral y con el ciclo de vida en general.

Neffa (1999) establece una distinción entre los conceptos actividad, trabajo y empleo. Sostiene que el concepto de *actividad* es amplio y abarca todo el dinamismo de la vida humana y que la significación de la actividad es satisfacer una necesidad material o inmaterial, es algo que tiene sentido para la persona que la realiza; mientras que el *trabajo* se puede definir como una actividad coordinada de hombres y mujeres orientada hacia una finalidad específica que es la producción de bienes y servicios que tengan una utilidad social, es una actividad esencialmente social, en la que intervienen valores culturales, la ética y las creencias que lo hacen posible. El *empleo*, es una relación que vincula el trabajo de una persona con una organización en el que se establece una relación salarial. Conviene aclarar, que el trabajo no es sinónimo de empleo, como es el caso de un ama de casa que no percibe una remuneración por las tareas domésticas que realiza.

De Beauvoir (1998), manifiesta que en la modernidad se resignifican los roles sociales, se le atribuye el poder a lo masculino, y lo que remite al ámbito de lo familiar, a lo

femenino. Además, considera a la maternidad como un elemento que anula a la mujer, y que dificulta la igualdad de derechos y condiciones entre los sexos, ya que con la avanzada del sistema capitalista y la incorporación de la mujer al trabajo lo que se logra es que las mujeres adquieran un nuevo rol, el de trabajadoras con salario, “proveedoras económicas de su hogar” (p.498) pero esto no se plasma en la transformación de su rol, si no que suma un nuevo rol a su condición de madre y esposa.

En la actualidad numerosas mujeres han roto con su rol tradicional, y han tenido grandes progresos en cuanto a logros educativos, que según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su resumen ejecutivo del año 2016, no se han traducido en una mejora comparable de su posición en el trabajo, ya que las mismas aún están representadas como trabajadoras auxiliares familiares.

Los datos que proporciona la OIT afirman que, tanto en los países de altos ingresos como de bajos ingresos, las mujeres asumen la gran mayoría de las labores de cuidado y las tareas domésticas no remuneradas y se encargan al menos dos veces y media más de estas labores que los hombres, lo cual, limita su capacidad para aumentar sus horas en un empleo remunerado, formal y asalariado. Sin embargo, esta desigualdad de género ha disminuido con el tiempo, mientras que apenas ha disminuido el tiempo que consagran al cuidado de sus hijos, lo que implica que tienen jornadas más largas que los hombres cuando se tiene en consideración el trabajo remunerado y el trabajo no remunerado.

La posibilidad de la planificación familiar, con la caída de la tasa de fecundidad, los altos índices de divorcios y de familias monoparentales, y el aumento de la presencia de mujeres en estudios y profesiones etiquetadas como masculinas muestran el interés de trasgredir los roles y estereotipos de género prescritos tradicionalmente. (Barberá Heredia, Ramos López & Candela Agulló, 2011). La división de trabajo es una situación de desigualdad social de las mujeres respecto de los hombres y aunque muchas mujeres se han introducido en distintos niveles de organización aún siguen sin ocupar verdaderas posiciones de poder y concentrándose en los niveles más bajos la segregación laboral (Ramos, Barberá & Sarrió, 2004).

2.1.5.1 El techo de cristal.

El concepto del techo de cristal fue utilizado por primera vez por dos ejecutivas de Hewlett-Packard en 1979, Katherine Lawrence y Marianne Schreiber comenzaron a ver como las mujeres que parecían estar ascendiendo en sus carreras profesionales, en verdad,

había un punto en que se detenían impidiendo el ascenso dentro de las organizaciones laborales (Chaher, 2008).

Para Burín (1990), el techo de cristal es “una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que les impide seguir avanzando. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho de que no existen” (Burín, 2008, p. 6), no hay leyes ni códigos que lo avalen, sino que están contruidos sobre la base de rasgos difíciles de detectar.

La autora reconoce ciertos rasgos que nuestra cultura ha construido para configurar esa estructura superior invisible denominada "techo de cristal" y que se basan en:

a) Las responsabilidades domésticas que interfieren en la demanda horaria de los puestos más altos en las organizaciones, pensados en un ámbito masculino, y hace que muchas de las mujeres que cumplen roles de madres, esposas y amas de casa se vean limitadas para estar disponibles en cualquier horario incluso vespertinos. Las mujeres denominadas transicionales han aceptado los límites y han hecho enormes esfuerzos para superar dicha limitación. También el entrenamiento de las mujeres en el ámbito doméstico referente a los vínculos humanos con predominio de la afectividad, atenta a la frialdad que requiere el ámbito laboral, creando una dicotomía en sus modos vinculares que algunas resignan para seguir avanzando en sus carreras y otras no.

b) El nivel de exigencias hacia las mujeres es desigual al que se les exige a sus pares masculinos, constituyendo discriminación laboral en perjuicio de las mujeres.

c) Los estereotipos sociales referentes a la debilidad femenina como no capacidades para puestos que requieren autoridad y ejercicio de poder.

d) La percepción que tienen de sí mismas las propias mujeres en un ámbito rodeado de hombres donde no cuentan con modelos femeninos para identificarse. A la vez, cuando cometen errores, no se los atribuyen, a la parte correspondiente a su entrenamiento, o a su experiencia previa, o a su formación profesional, sino al hecho de ser mujer; su pertenencia al género femenino operaría como categoría que explicaría su incapacidad.

e) El principio de logro se trata de que no sólo se suele valorar inicialmente a las mujeres como si tuvieran un potencial más bajo para determinados puestos de trabajo y por lo tanto menor valía para quienes las empleen, sino que además suelen mostrar ellas mismas un grado inferior de "habilidades extrafuncionales" tales como planificar su carrera, demostrar intereses ambiciosos, capacitarse dirigiéndose a determinados fines, se

han orientado más bien hacia su carrera laboral como complementaria o secundaria a su carrera principal que sería la de madre y esposa.

f) Los ideales juveniles de forjar una carrera profesional se ven amenazados o contrapuestos a los ideales y valores que encuentran las mujeres en el mercado laboral donde el peso está en ganar dinero, dejando de lado los vínculos afectivos.

Estas limitaciones configuran el llamado “techo de cristal” que, si bien para algunas mujeres llamadas innovadoras operan como un incentivo para poner en marcha nuevas formas de inserción laboral, para otras, categorizadas como tradicionales han provocado sólo la detención de sus carreras.

Burín (1990) concluye:

Hemos entrelazado estas hipótesis psicoanalíticas con aquellas cuyo modelo genérico implica la construcción de una sujeto mujer en nuestra cultura cuyo lugar social se define básicamente a través de roles de género en el ámbito privado. Este corte por género implicaría, a su vez una composición subjetiva basada fundamentalmente en movimientos pulsionales que orientarían hacia el desarrollo de los deseos amorosos en detrimento de los deseos hostiles y sus derivados, por ejemplo, el deseo de saber y el deseo de poder (p. 11).

Trucco (2014) expone que, si bien las mujeres han avanzado en el reconocimiento de sus derechos laborales y sociales, aun en los mismos puestos que los hombres y con la misma formación académica, siguen siendo víctimas de las desigualdades tanto en los salarios como en el acceso a cargos ejecutivos; y que, una vez que la mujer logra acceder a un mando alto, se presupone de que una eventual maternidad podría interferir en su dedicación y rendimiento.

Tal y como señala Burín (2008):

Nuestra cultura ha identificado a las mujeres en tanto sujetos con la maternidad. Con esto les ha asignado un lugar y un papel social considerado como garante de su salud mental. Nuestra cultura patriarcal ha utilizado diversos recursos materiales y simbólicos para mantener dicha identificación, tales como los conceptos y prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la maternidad, el deseo maternal, el ideal maternal, etc. (p. 3)

2.1.6 La crisis de la mediana edad

A lo largo de la vida las personas atraviesan diversos momentos de crisis.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización a nivel mental, emocional y conductual en el cual la persona se siente incapaz de abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. Las crisis vitales obligan a evaluar alternativas y a tomar decisiones, reformulando valores y creencias en pos de poder replantearnos de nuevo los objetivos en la vida (Slaikeu, 1996).

Según la teoría de Loewinger (1976, citado en Martínez, 2005) sobre la "mitad de la vida", que para el investigador se produce entre los 40-45 años, se abre el paso a la adultez intermedia, y es en este período, que los sujetos se interrogan sobre distintos aspectos y valores de su propia vida, lo que produce una alteración en sus emociones.

Uno de los aspectos del disparador de esta crisis es la sensación subjetiva, de que por primera vez en la vida hay cosas que ya no podrán comenzarse o realizarse; por ejemplo, la decisión de no tener más hijos, o la vivencia interna de que hay cosas que son sólo para que inicien los jóvenes (Campodónico, 2009).

Montero (2011, citado en La Nacion.com) define "La edad media de la vida no es un tema cronológico sino una respuesta psíquica a la percepción del envejecimiento corporal, que cancela la fantasía de la eterna juventud"(p. 22).

2.1.6.1 La crisis de la mediana edad en la mujer.

La crisis de la mediana edad ha sido objeto de varios estudios y abordada por diversos enfoques teóricos y disciplinas ya que coincide en la mujer, con el climaterio y la menopausia.

Al llegar a la mitad de la vida, la mujer hace un juicio crítico ante la posición que ocupa en la sociedad. El objetivo que tiene la mujer en ese período es la redefinición de sí misma en torno a los múltiples roles de género con los que se había organizado su identidad.

Montero (s.f.) señala:

Este período de la vida se denomina crisis, porque, antitéticamente, crisis, en el sentido oriental, significa peligro y posibilidad. Es peligroso porque puede operarse un estancamiento o una regresión aun modelo previo; y es una posibilidad porque esta etapa facilita un pasaje hacia la madurez que evolutivamente está comenzando a vivir (p. 3).

La mitad de la adultez involucra un proceso de revisión del pasado, respecto a los logros obtenidos y alcanzados, una reevaluación del compromiso con la familia, la pareja, la sociedad y el trabajo, a su vez, implica una toma de decisiones respecto del futuro.

Burín (2008) expone:

En el campo de la salud mental de las mujeres se han descrito verdaderos cuadros clínicos, asociados a los estados depresivos, caracterizados como "neurosis del ama de casa", "síndrome del nido vacío", "depresión de mujeres de mediana edad", "crisis de la edad media de la vida", etc. Así como en el campo de la salud mental de las mujeres la histeria surgió como la enfermedad paradigmática femenina de fines de siglo pasado, asociada a las condiciones de la represión sexual de las mujeres de esa época, actualmente se considera que los estados depresivos son los modos paradigmáticos de expresar su malestar las mujeres de este fin de siglo (p. 4).

Durante la crisis de la mediana edad la persona se replantea su manera de vivir e intenta recomenzar con un nuevo sentido su vida, podría decirse que es más que una crisis, la persona está viviendo lo que se denomina transición de la mediana edad, es decir, un reordenamiento de prioridades, una revalorización de lo vivido y de lo que queda por vivir. La etapa puede estar acompañada por síntomas como ansiedad, depresión, dudas sobre sí mismo, duelos o replanteamientos de los ideales de juventud (Cornachione Larrinaga, 2006).

2.2 La Felicidad

La felicidad ha sido motivo de estudio desde diferentes disciplinas. Desde la filosofía, Sócrates, Aristóteles, Platón y Seneca dieron gran importancia a su estudio, considerándola un bien supremo, un estado en el que la persona se basta a sí misma y no le hace falta nada (Alarcón, 2006).

Desde la Psicología, el estudio de la felicidad ha sido orientado inicialmente a la identificación de trastornos mentales psicopatológicos. Posteriormente, desde la Psicología Positiva, Seligman (1999, citado en Lupano Perugini & Castro Solano, 2010) propone el estudio de las emociones positivas, de los rasgos positivos y de las instituciones positivas, para identificar las fortalezas más importantes de las personas, en detrimento de las investigaciones centradas en la enfermedad y planteando un enfoque salugénico, complementario al modelo médico hegemónico de la ciencia psicológica.

Blanco y Díaz (2005) señalan que el estudio del bienestar en la Psicología ha dado lugar a dos líneas de investigación: la hedónica, que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo, y la eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico. “Ambas tradiciones representan dos concepciones teóricamente relacionadas, pero empíricamente diferenciadas del bienestar” (Blanco y Díaz, 2005, p.582); si bien están interesadas en un mismo proceso psicológico, tienen en cuenta distintos indicadores para medirlo, rasgos y estilos de personalidad y, variables sociodemográficas.

La Psicología Positiva de la mano de su fundador Martin Seligman (2003, citado en Lupano Perugini & Castro Solano, 2010) ha integrado tanto la tradición hedónica, basada en la valoración del predominio de afectos positivos por sobre los negativos y el bienestar o satisfacción con la vida, como la eudaimónica, que se centra en identificar y desarrollar las fortalezas o rasgos positivos, como factores de prevención, protección, tratamiento y recuperación, considerando que ambas dimensiones son componentes del bienestar (Garassini Chávez y Zavarce Armas, 2010).

Csikszentmihalyi & Seligman (2000, citados en Cuadra & Florenzano, 2003) postulan que la psicología clásica al descuidar los aspectos positivos como el bienestar, la satisfacción, la esperanza, el optimismo y la felicidad, ignoran los beneficios que éstos presentan para las personas, por lo cual, el objetivo de la Psicología Positiva es investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en la vida de las personas y en el contexto social en el que están inmersas. La psicología positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano (Posek, 2006).

La Psicología Positiva representa un movimiento que busca estudiar científicamente el funcionamiento psicológico óptimo, es decir, enfocarse hacia las fortalezas humanas, las cuales pueden servir como barrera o prevención ante los eventos traumáticos o críticos de la vida, las enfermedades mentales y aumentar la capacidad de recuperación de las personas. Desde esta perspectiva, intenta corregir el desbalance que ha existido en la investigación y práctica de la psicología dirigiéndose hacia los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana (Casullo, 2008). Busca entender las condiciones, los procesos y los mecanismos, subjetivos, sociales y culturales, que caracterizan la buena vida a partir del desarrollo de

las potencialidades del ser humano, el estudio de la felicidad y el bienestar (Garassini Chávez & Zavarce Armas, 2010).

Desde el latín el término Felicidad se define como *felicitas- atis*, entendido como la satisfacción o posesión de un bien (Alarcón, 2006).

Maslow (2006, citado en Pérez, Fuentes, Medina, Escobar & Barneveld, 2012), describe a una persona feliz como alguien que “utiliza todas sus capacidades en grado e intensidad óptimas. Se siente en funcionamiento pleno, es espontáneo, expresivo y relajado, con mayor confianza y seguridad en sí mismo” (p. 76).

Alarcón (2006) expone que en la psicología actual se utiliza con frecuencia el término bienestar subjetivo (SWB) como sinónimo de felicidad elaborando el constructo *subjectivewell-being* para simplificar su investigación, pero afirma que el vocablo felicidad explica por sí mismo el estado afectivo que designa.

Para Diener (1984, citado en Alarcón, 2006) el bienestar subjetivo se refiere a la evaluación que cada cual hace de su vida, según sus experiencias, siendo ésta una evaluación afectiva y cognitiva; donde se evalúan afectos positivos y negativos, y se hace un juicio general acerca de la satisfacción con la vida.

Anguas- Plata (2000, citado en Rodríguez, 2006) define al Bienestar Subjetivo como la percepción propia y personal que el individuo hace íntimamente sobre su situación física y psíquica, y que ésta, no necesariamente coincide con la evaluación externa que se hace de lo mismo en dichas condiciones.

Csikszentmihalyi (1998, citado en Castro Solano, 2009), en sus investigaciones sobre felicidad, llama *flow* o flujo, al estado en el cual las personas se hallan tan involucradas en alguna actividad que ninguna otra cosa parece tener importancia. El estado de *flow* está dado por actividades artísticas, la música, los deportes, los juegos y los rituales religiosos. El autor llega a la conclusión de que la felicidad es una condición vital que hay que cultivar para alcanzarla. El estado de *flow* tiene que ver con la clásica distinción entre el placer hedónico y eudaemónico de los griegos. Mientras que el placer hedónico consiste en el aumento de emociones positivas la mayor parte del tiempo para ser feliz, el placer eudaemónico consiste en que el logro de la felicidad no se alcanza de primera mano, sino que exige esfuerzo y trabajo, no solo para conseguirlo, sino para mantenerlo.

Así también, el bienestar subjetivo se considera como el grado en que un individuo juzga su vida como un todo positivamente, es decir, en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva. (Veenhoven, 1991citado en Castro Solano, 2009).

Alarcón (2006) inspirado en las ideas filosóficas de Aristóteles y Epicuro, define la felicidad “como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado” (p.3) y manifiesta que la felicidad es un sentimiento que sólo puede experimentar la persona en su vida interior, que es duradera pero perecible y que es la posesión del objeto anhelado el que hace la felicidad. Sin la posesión ese objeto, la felicidad no tiene sentido, pero este objeto actúa solamente como generador de la experiencia subjetiva de bienestar, deviene en bien deseado por el valor que le atribuye la persona, no por poseer un valor intrínseco. Los objetos que promueven felicidad son de naturaleza variada, puede que sean materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos o sociales. Sin embargo, la diversidad de objetos que pueden generar la felicidad individual, no descarta que haya objetos o bienes colectivos deseados por varios individuos resultantes de la influencia cultural que comparten.

Con el objetivo de medir la felicidad, se han desarrollado diferentes instrumentos como la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985); o como Factores predictores de bienestar subjetivo (Gómez, Villegas, Barrera & Cruz, 2007).

Alarcón (2006) encontró cuatro factores distinguibles subyacentes al constructo felicidad:

Sentido positivo de la vida: relacionado con la ausencia de estados depresivos profundos, fracaso, pesimismo e intranquilidad.

Satisfacción con la Vida, que expresa el grado de satisfacción de la persona con las metas alcanzadas.

La Realización Personal que evidencia tranquilidad emocional en base a una orientación hacia metas que la persona considera como importantes para su vida. Estas metas se especificarán de acuerdo a condiciones culturales (valores) e individuales (personalidad).

El factor Alegría de Vivir, hace referencia al optimismo y la alegría como expresión de la felicidad. En términos generales, el optimismo es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables.

2.3 La calidad de vida

El concepto calidad de vida (CV) comienza a utilizarse en Estados Unidos luego de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa del Estado para conocer la percepción que las personas tenían acerca de sus vidas, debido a los desajustes socioeconómicos de la posguerra (Campbell, 1981).

“Aunque en su momento se admitió como ideal social y económico, como el resultado de la posibilidad de consumir y acumular” (Cardona & Byron Agudelo, 2002:81), ligado al crecimiento, posteriormente ha sido abordado en el contexto de la investigación científica, desde diferentes disciplinas a saber: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales” (Cardona & Byron Agudelo, 2002).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población. Así, en 1995 se funda la International Society for Quality of Life Research, con el fin de incentivar el desarrollo de investigaciones en forma interdisciplinaria desde la psicología, la medicina, la sociología, la filosofía, la política y el medio ambiente, convirtiéndose en un fórum internacional para los investigadores de diferentes partes del mundo (Tonon, 2007).

En 1998, la International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS) concluye que la calidad de vida puede ser medida a nivel objetivo y subjetivo (Cummins, 1998). Los indicadores objetivos, se refieren a las condiciones materiales de la vida; constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan u obstaculizan el pleno desarrollo del hombre y de su personalidad. Los indicadores subjetivos están determinados por la valoración que el sujeto hace de esas condiciones, de la percepción y valoración que hace de su vida, tanto individual como comunitaria (Kerman, 2011).

La calidad de vida constituye un constructo multidimensional que remite al entorno material y al entorno psicosocial, (Casas, 1996), basado en la experiencia y en la evaluación que cada persona tiene de su situación, incluyendo el conocimiento de las condiciones materiales de vida, así como de las percepciones, evaluaciones y aspiraciones de las personas que acompañan su bienestar personal y social, en el contexto de su cultura y con el sistema de valores con los que vive, es decir, la calidad de vida es un sentido subjetivo de bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales (Padilla, Grant & Ferrell, 1992).

Tonón (2007) describe la Calidad de Vida como:

Una forma de contribuir al estudio del bienestar de las personas, tanto desde la perspectiva del bienestar físico como del bienestar psicológico, relacionando las necesidades materiales con las socio- afectivas e

integrando mediciones psicológicas y psicosociales de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos (p.19)

Souza Minayo, Araújo Hartz y Marchiori Buss (2000), afirman que la calidad de vida es una construcción social con una marcada relatividad cultural, a la vez, que Cummins y Cahill (2000), agregan que tal relatividad tiene tres ámbitos de referencia, histórico, cultural y de clase social.

En la salud, la calidad de vida, es concebida desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal, factores que influyen y condicionan del proceso salud- enfermedad, por lo cual, se evalúa el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias. A su vez, se utiliza en la salud pública, para evaluar el impacto de determinados programas sobre diferentes comunidades (Cardona & Byron Agudelo, 2002).

La OMS (2005) la define como:

“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

La CVRS engloba tres dimensiones: a) una dimensión física, o sea, la percepción del estado físico o de salud, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento; b) una dimensión psicológica, entendida como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo y c) una dimensión social, la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y su rol social en la vida (Rodríguez Adams, 2012).

2.3.1 La calidad de vida durante el climaterio.

A nivel mundial, “las mujeres viven más que los hombres” (OMS, 2014, p. 44). La esperanza de vida de las mujeres en Argentina entre 1990 y 2012, ha aumentado de 73 a 79 años (OMS, 2014). Esta mayor expectativa de vida ha posibilitado tener un desempeño integral en la sociedad durante un mayor periodo de tiempo. Sin embargo, este aumento

en la esperanza de vida, no ha ido en paralelo a una mejora en su calidad de vida, ya que la transición desde la etapa reproductiva, hasta un estado de pérdida de dicha capacidad en la que se instala una falla ovárica, normal, creciente e irreversible representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica de la mujer (Legorreta Peyton, 2007). A su vez, las sobrecargas de género, el modo de inserción en el proceso productivo, las relaciones de subordinación económica, las expectativas laborales, la falta de equidad en el espacio público y privado, los cambios en la organización familiar y la falta de información, son factores que modulan la manera en que se percibe y que pueden contribuir a favorecer o deteriorar su salud y afectar su calidad de vida durante el climaterio y la menopausia (Rondón, 2008; Nápoli, 2010; Rodríguez Adams, 2012, y Trucco, 2014).

3. Método

3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre la felicidad y la calidad de vida en el climaterio y su relación con variables sociodemográficas.

3.1.1 Objetivos específicos.

1. Describir felicidad y calidad de vida en el climaterio.
2. Indagar si existen diferencias significativas en los niveles de felicidad y calidad de vida en el climaterio según variables sociodemográficas como edad, estado civil, y nivel educativo.
3. Indagar si existen diferencias significativas en los niveles de felicidad y calidad de vida de las mujeres climatéricas, según si tiene o no hijos; si trabaja o no trabaja, fecha de su última menstruación y si es perimenopáusica o postmenopáusica.

3.2 Hipótesis

H1. Las mujeres que tienen mayor nivel educativo presentan mayores niveles de calidad de vida y felicidad en el climaterio en comparación con las de menor nivel educativo.

H2. Las mujeres climatéricas que trabajan presentan mayores niveles de felicidad y calidad de vida que las que no trabajan.

H3. Las mujeres climatéricas con hijos presentan mayores niveles de calidad de vida y felicidad que las que no poseen hijos.

H4. Las mujeres postmenopáusicas presentan menor nivel de calidad vida que las mujeres perimenopáusicas.

3.3 Tipo de diseño

No experimental – transversal.

3.4 Tipo de estudio

Investigación descriptiva, correlacional y de diferencias entre grupos.

3.5 Muestreo: no probabilístico, simple y bola de nieve.

3.6 Criterios de inclusión:

- Que las participantes sean de género femenino.
- Que tengan una edad comprendida entre 40 y 55 años.
- Que contesten el 90% del cuestionario.

3.7 Criterios de exclusión:

- Que las participantes sean analfabetas.
- Que tengan una edad menor a 40 o mayor a 55 años.
- Que contesten menos del 90% del cuestionario.

3.8 Muestra

Compuesta 177 mujeres residentes en el Conurbano Bonaerense. La edad media fue de 47,25 años, (DT= 4,58, mediana= 47,00, Moda= 47). La edad mínima encontrada fue de 40 años y la edad máxima 55.

En lo que respecta al estado civil de las encuestadas, se halló que el 54,2% (n=96) eran casadas y el 10,2% (n=18) estaba en pareja, mientras que el 16,4% (n=29) eran solteras, el 16,4% (n=29) estaban separadas/divorciadas, y el 2,8% (n=5) eran viudas. En cuanto al nivel educativo, el 22,6% (n=40), poseía estudios terciarios incompletos; el 22% (n=39) estudios universitarios completos; el 15,8% (n=28), estudios secundarios incompletos; el 13% (n=23), universitarios incompletos; el 11,9%, secundarios completos; el 9,6% (n=17), terciarios completos; el 4% (n=7) primarios incompletos y por último el 1,1% (n=2) estudios primarios completos. En referencia a la maternidad, el 86,9% (n=153) de las mujeres manifestaron que tenían hijos y el 13,1% (n=23) de las mujeres no eran madres. Con respecto al trabajo el 80,8% (n=143) de las participantes trabaja y el 19,2% (n=34) no trabaja. Además, el 77,80% (n=137) eran perimenopáusicas y el 22,2% (n=39) eran postmenopáusicas.

3.9 Instrumentos de relevamiento de datos

1. Relevamiento de datos sociodemográficos: edad, estado civil, hijos, nivel educativo, trabajo, fecha de la última menstruación.
2. La Escala de felicidad de Lima (Alarcón 2006). La misma, está compuesta por 27 ítems construidos según una escala de tipo Likert, de 5 alternativas de respuesta: *Totalmente de acuerdo; Acuerdo; Ni acuerdo ni desacuerdo; Desacuerdo; y Totalmente en desacuerdo*, utilizando un rango de 1 a 5 puntos, siendo el extremo positivo un valor

de 5 puntos y el extremo negativo de 1 punto. En el cuestionario los ítems están distribuidos aleatoriamente y fueron redactados en forma favorable y desfavorable a la felicidad. De los 27 ítems, el 2, 7, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23 y 26 fueron redactados en forma inversa a la felicidad. Los puntajes altos indican reacciones positivas hacia la felicidad y los puntajes bajos, baja felicidad. El puntaje total se divide en cinco niveles de felicidad que corresponden a muy baja felicidad (de 27 a 87 puntos), baja (88 a 95 puntos), media (96 a 110 puntos), alta (111 a 118 puntos) y muy alta felicidad (119 a 135 puntos). Resultan cuatro factores o dimensiones de la felicidad: Sentido positivo de la Vida, Satisfacción con la Vida, Realización Personal y Alegría de Vivir.

3. Escala de Puntuación en Menopausia de Heinemann, Potthoff y Schneider (2003), (Menopause Rating Scale). Para este estudio se utilizó la adaptación chilena de Aedo, Porcile & Irribarra, 2006). La escala está compuesta por once síntomas y dividida en tres dominios: Somático, Psicológico y Urogenital.

Para cada pregunta la mujer otorga un grado de 0 a 4 puntos según la intensidad (0 =no siente molestia; 1 =siente molestia leve; 2 =siente molestia moderada; 3 =siente molestia importante; 4 =siente demasiada molestia).

La sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida.

3.10 Justificación y relevancia

El rol de la mujer fue adquiriendo mayor importancia en la sociedad actual, lo que supone una mujer más interesada en su salud física y psicológica, que requiere información acerca de lo que ocurre durante el climaterio y la menopausia (Gutiérrez Gómez- Calcerrada, 2012). Esta fase está conformada por un conjunto de cambios en diversos dominios: físico, psicológico, social; acorde a roles y posiciones de la mujer de mediana edad y en función de creencias, valores y oportunidades del contexto socio cultural al cual pertenece, por lo cual, resulta relevante caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento en los diferentes estados menopáusicos con el fin de establecer medidas de prevención e intervención adecuados que propicien una atención óptima en esta etapa de la vida, que aporte conocimiento para la promoción de la salud y que promueva políticas sociales en pos del bienestar de la mujer.

4. Resultados

La recolección de datos fue llevada a cabo durante los meses de diciembre de 2015 y marzo de 2016.

4.1 Descripción de la muestra

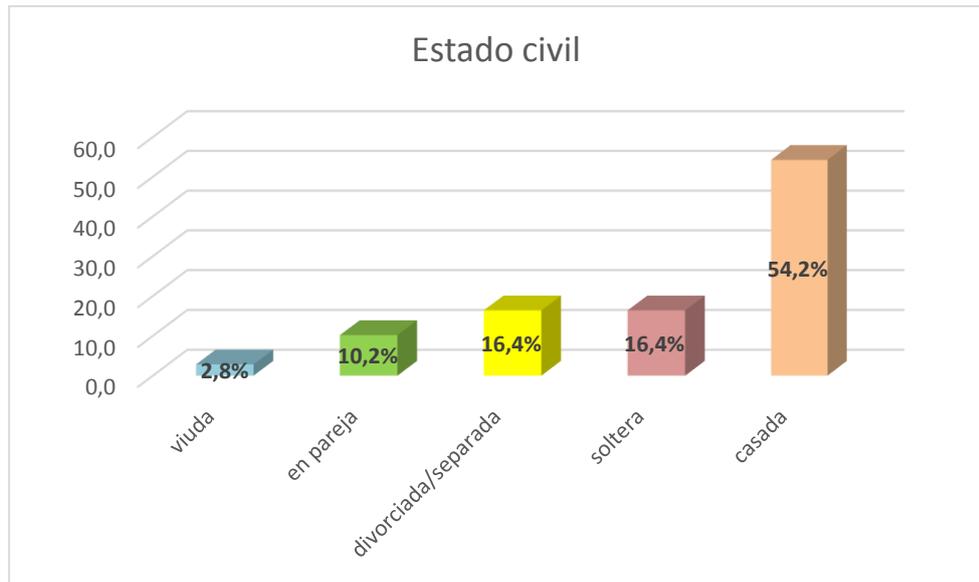
La muestra estuvo conformada por 177 mujeres del Conurbano Bonaerense. En la Tabla 1 se presentan los datos estadísticos de la variable edad.

Tabla I. Descripción de la variable Edad.

Estadísticos	
<i>Edad (años)</i>	
Media	47,25
Mediana	47,00
Moda	47
Desvío típico	4,58
Mínimo	40
Máximo	55

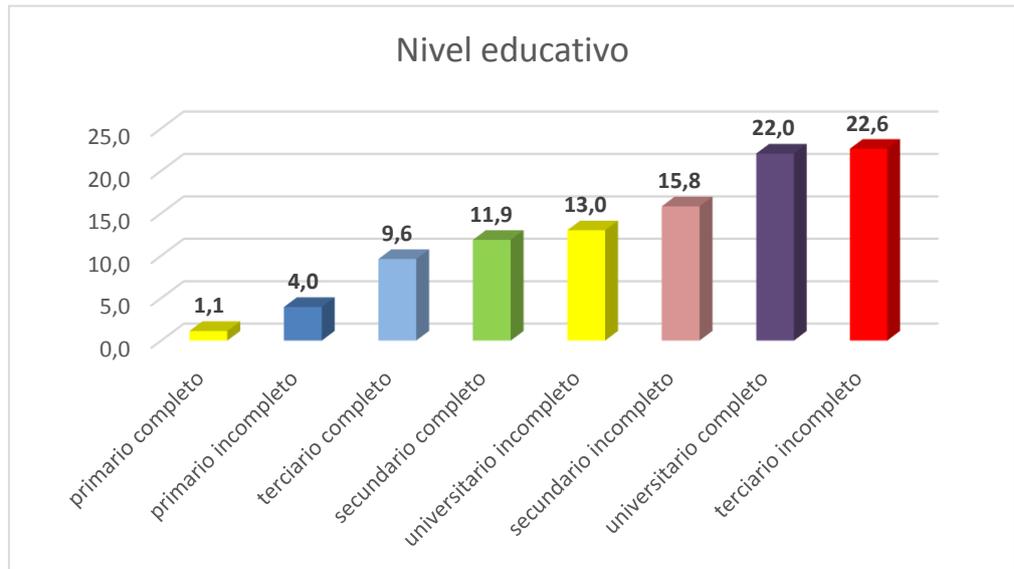
Con respecto a la distribución de la muestra en relación al estado civil, como se observa en el Gráfico 1, la mayoría de las mujeres son casadas, en segundo lugar, solteras y separadas, en tercer lugar, están en pareja y por último viudas.

Gráfico 1. Descripción de la muestra por Estado civil.



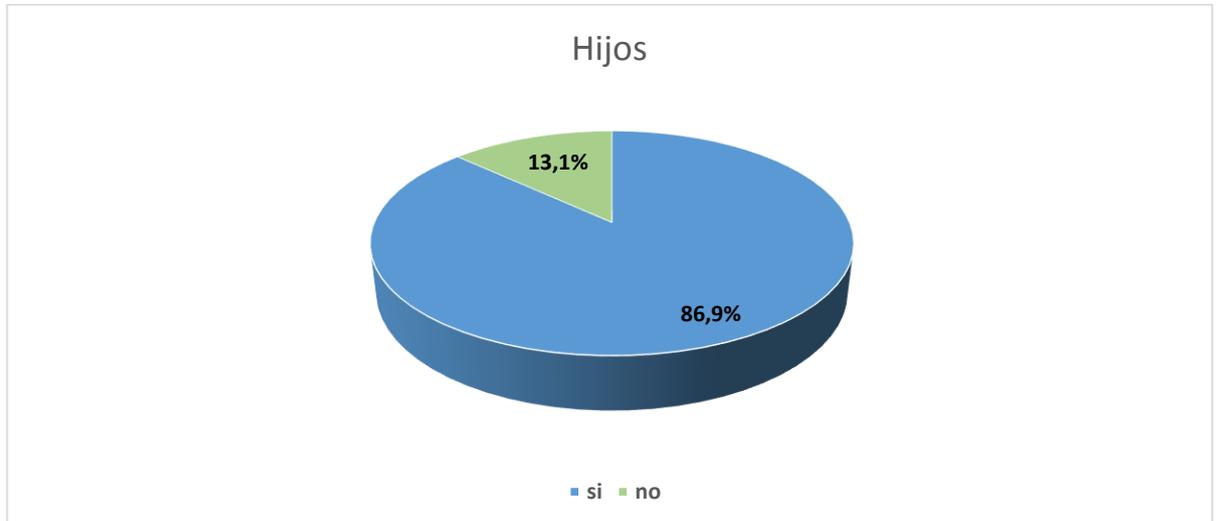
En cuanto a los resultados obtenidos respecto al nivel educativo, como se puede observar en el Gráfico 2, la mayoría de las participantes posee el nivel terciario incompleto; seguido de las que han completado el nivel universitario; en un tercer lugar, las que no completaron la escolaridad secundaria; en un cuarto lugar, las que no han finalizado el nivel universitario; en quinto lugar, las participantes que completaron el nivel secundario; en sexto lugar, las que alcanzaron estudios terciarios; en séptimo lugar las que no han finalizado el nivel primario y por último, las que completaron la escolaridad primaria.

Gráfico 2. Descripción de la muestra según la variable Nivel educativo.



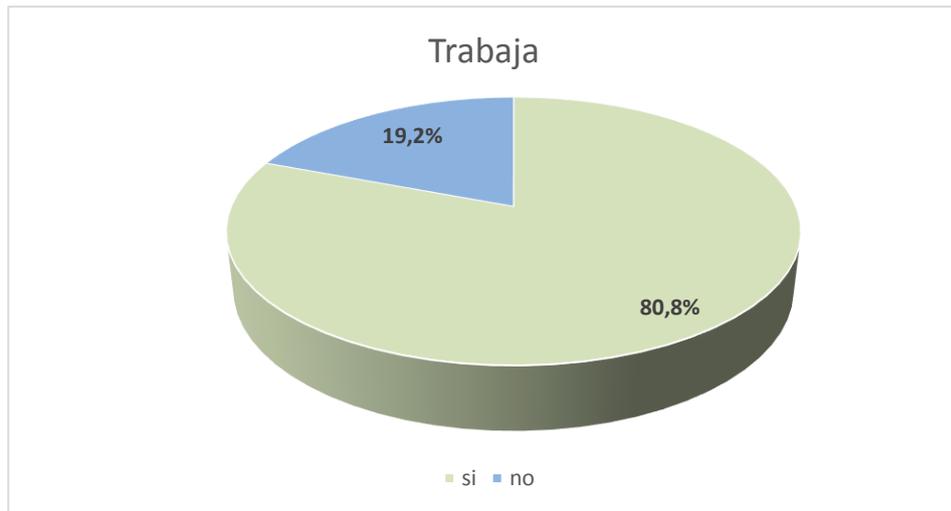
Teniendo en cuenta la variable Hijos, como se observa en el Gráfico 3, la mayoría corresponde a las mujeres de la muestra que tienen hijos.

Gráfico 3. Descripción de la muestra según la variable Hijos.



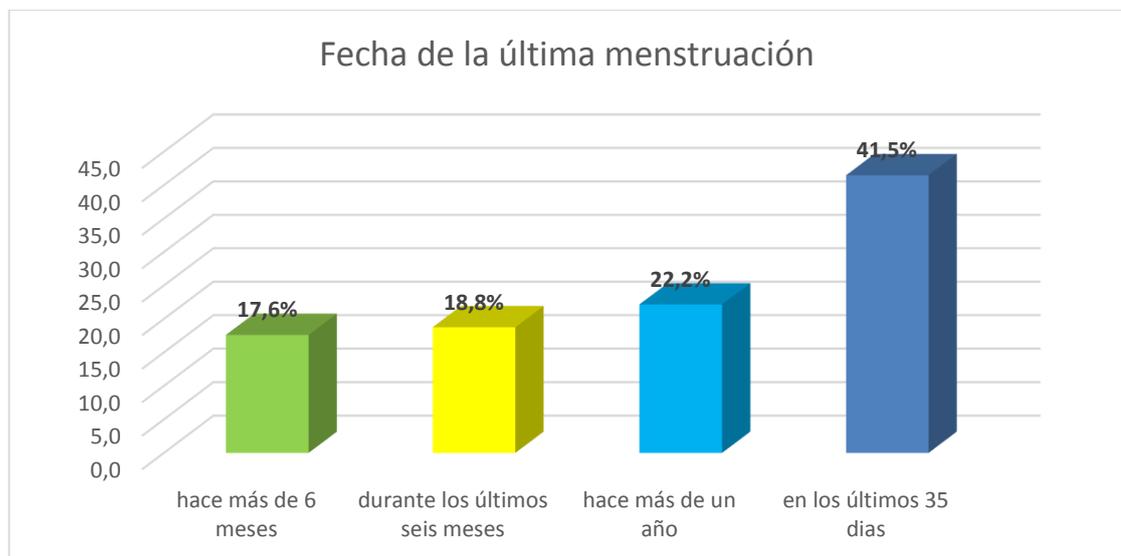
Con respecto a la variable Trabaja, como se observa en el Gráfico 4, se halló que la mayoría de las participantes trabaja.

Gráfico 4. Descripción de la variable Trabaja.



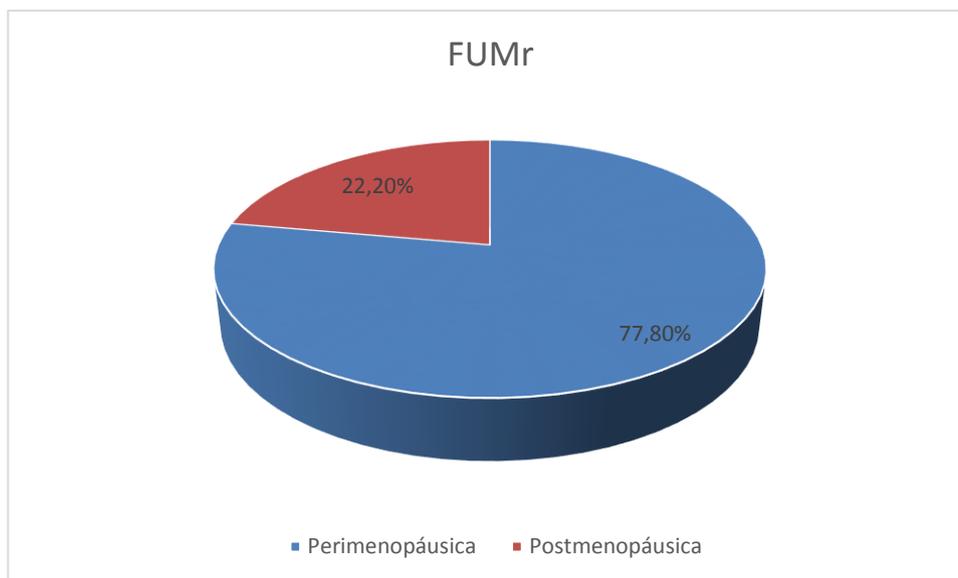
Teniendo en cuenta la variable fecha de la última menstruación, como se puede observar en el Gráfico 5, la mayoría de las participantes ha tenido su última menstruación en los últimos 35 días, seguido de las que hace más de un año, luego las que durante los últimos seis meses y las que hace más de 6 meses.

Gráfico 5. Descripción de la variable FUM



Se recodificó la variable Fecha de la última menstruación según criterios de la OMS (1981), obteniéndose dos grupos: Perimenopáusicas y Postmenopáusicas. (Ver gráfico 6)

Gráfico 6. Descripción de la variable FUMr



4.2 Descripción de las variables

4.2.1 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de Calidad de vida en el climaterio.

La variable calidad de vida durante el climaterio se divide según Aedo y cols. (2006) en tres dominios o dimensiones. Con el objetivo de indagar en los niveles de cada dominio o dimensión de la calidad de vida que presentaban las participantes, se halló que la puntuación media del Dominio somático fue de 4,17 (DT= 3,16), del Dominio psicológico 5,03 (DE= 3,86) y del Dominio urogenital de 2,23 (DT= 2,49). La puntuación media total fue de 11,41 (DT= 7,53). (Ver tabla 2)

Tabla 2. Puntuaciones y desvíos de las dimensiones de calidad de vida en el climaterio.

Dimensiones	Media	Desvío típ.
Dominio somático	4,17	3,16
Dominio psicológico	5,03	3,86
Dominio urogenital	2,23	2,49
Calidad de vida total	11,41	7,53

4.2.2 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de Felicidad.

La variable felicidad está compuesta según Alarcón (2006) por cuatro dimensiones. Con el objetivo de indagar en los niveles de cada dimensión de la Felicidad percibida por las participantes, se halló que la puntuación media de la dimensión Sentido positivo de la Vida fue de 43,42 (DT= 7,73), de Satisfacción con la Vida 22,47 (DT= 4,16), de Realización Personal 17,78 (DT= 4,25) y de Alegría de Vivir 20,49 (DT= 3,45). La puntuación media de la Felicidad total fue de 104,14 (DT= 16,13). (Ver tabla 3)

Tabla 3. Puntuaciones y desvíos de las dimensiones de la Felicidad.

Dimensiones	Media	Desvío típ.
Sentido positivo de la Vida	43,42	7,73
Satisfacción con la vida	22,47	0,16
Realización personal	17,78	4,25
Alegría de vivir	20,49	3,45
Felicidad total	104,14	16,13

- *Niveles de felicidad.*

En un segundo momento se recodificó la variable felicidad en función de los puntos de cortes propuestos por el autor (Alarcón, 2006), siendo los mismos:

Puntuaciones de 27 a 87 puntos: muy baja felicidad.

Puntuaciones de 88 a 95 puntos: baja felicidad.

Puntuaciones de 96 a 110 puntos: media felicidad.

Puntuaciones de 111 a 118 puntos: alta felicidad.

Puntuaciones de 119 a 135 puntos: muy alta felicidad.

En referencia a los niveles de felicidad se halló que la mayoría de las participantes presentaron un nivel de felicidad media; en segundo lugar, las que perciben un nivel de felicidad alta; seguido de muy alta felicidad, muy baja felicidad y por último, baja felicidad. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Porcentajes y frecuencias de los niveles de felicidad.

Niveles de felicidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	22	12,5
Baja	21	11,9
Media	68	38,6
Alta	41	23,3
Muy alta	24	13,6

4.2.3 Análisis de Normalidad.

Para continuar con los siguientes objetivos, correspondientes a estadística inferencial, se realizó la prueba de normalidad para las variables que componen las dimensiones de felicidad y calidad de vida en el climaterio. Se utilizó para la misma, la prueba de Kolmogorov- Smirnov, que arrojó que no se asume la normalidad de la distribución de las variables dependientes por lo que se utilizará pruebas no paramétricas para el análisis de los resultados.

Tabla 5. Pruebas de normalidad de las variables dependientes

<i>Kolmogorov- Smirnov</i>	<i>Sig.</i>
Dominio somático	,000
Dominio psicológico	,000
Dominio urogenital	,000
Calidad de vida total	,000
Sentido positivo de la Vida	,000
Satisfacción con la Vida	,000
Realización Personal	,000
Alegría de Vivir	,000
Felicidad total	,002

4.2.4 Análisis de comparación entre las variables.

1) *Variable de agrupación Estado civil/ variables a observar felicidad y calidad de vida en el climaterio.*

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de felicidad y calidad de vida en el climaterio según el estado civil de las participantes, se realizó una prueba H de Kruskal Wallis que arrojó diferencias a favor de las mujeres casadas, en las dimensiones Sentido positivo de la Vida y Realización Personal de la variable felicidad, y en Felicidad total ya que evidenciaron rangos

promedios más altos. En las demás dimensiones y en calidad de vida no se evidenciaron diferencias. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Variable de agrupación Estado civil.

Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total	Sentido positivo de la Vida	Satisfacción con la Vida	Realización Personal	Alegría de Vivir	Felicidad total
,277	,318	,223	,323	,013	,316	,017	,248	,016

Tabla 7. Diferencias de rangos en la felicidad y la calidad de vida en el climaterio según el estado civil

Felicidad	Estado civil	Rango Promedio
Sentido positivo de la vida	soltera	68,05
	casada	98,94
	divorciada/separada	81,81
	viuda	47,50
	en pareja	88,53
Realización Personal	soltera	82,31
	casada	100,46
	divorciada/separada	66,24
	viuda	77,10
	en pareja	68,71
Felicidad total	soltera	73,66
	casada	100,26
	divorciada/separada	76,10
	viuda	53,10
	en pareja	80,17

2) Variable de agrupación Hijos/ variables a observar felicidad y calidad de vida en el climaterio.

Por otra parte, se compararon las variables felicidad y calidad de vida en el climaterio, con la variable de agrupación Hijos, a través de la prueba U de Mann Whitney. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres de la muestra que tienen hijos, en la dimensión Sentido positivo de la Vida de la

variable felicidad y Felicidad total, en comparación con las mujeres que no tienen hijos. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Variable de agrupación: Hijos

Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total	Sentido positivo de la Vida	Satisfacción con la Vida	Realización Personal	Alegría de Vivir	Felicidad total
,388	,252	,544	,194	,004	,815	,270	,882	,049

Tabla 9. Diferencias de rangos en la felicidad y la calidad de vida en el climaterio según la variable Hijos

Felicidad	Hijos	Rango Promedio
Sentido positivo de la vida	si	92,21
	no	60,17
Felicidad total	si	90,94
	no	68,59

3) *Variable de agrupación Nivel educativo alcanzado recodificado / Variables a observar: Felicidad y Calidad de vida en el climaterio.*

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de felicidad y calidad de vida en el climaterio según el nivel educativo recodificado, se realizó una prueba H de Kruskal Wallis que arrojó diferencias en Calidad de vida total a favor de las mujeres con estudios secundarios completos. Y en las dimensiones Sentido positivo de la Vida, Satisfacción con la Vida y en Felicidad total a favor de las participantes con estudios universitarios completos. En las demás dimensiones no se evidenciaron diferencias. (Ver tabla 10)

Tabla 10. Variable de agrupación: Nivel educativo recodificado

Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total	Sentido positivo de la Vida	Satisfacción con la Vida	Realización Personal	Alegría de Vivir	Felicidad total
,138	,141	,175	,049	,001	,012	,264	,318	,004

Tabla 11. Diferencias de rangos en la felicidad y la calidad de vida en el climaterio según la variable nivel educativo recodificado

	Nivel educativo R	Rango Promedio
Felicidad		
Sentido positivo de la Vida	Hasta secundario completo	68,46
	Hasta terciario completo	93,28
	Hasta universitario completo	103,09
Satisfacción con la Vida	Hasta secundario completo	77,03
	Hasta terciario completo	84,91
	Hasta universitario completo	103,96
Felicidad Total	Hasta secundario completo	71,34
	Hasta terciario completo	91,54
	Hasta universitario completo	101,98
Calidad de vida		
Calidad de vida total	Hasta secundario completo	100,16
	Hasta terciario completo	86,87
	Hasta universitario completo	77,48

4) *Variable de agrupación Trabaja / Variables a observar: Felicidad y Calidad de vida en el climaterio.*

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de felicidad y la calidad de vida en el climaterio según la variable Trabaja, se

realizó una prueba U de Mann Whitney que arrojó diferencias en la dimensión Dominio Psicológico y Calidad de vida total, a favor de las mujeres que no trabajan. En referencia a la variable Felicidad existen diferencias en la dimensión Alegría de vivir, a favor de las mujeres que trabajan. (Ver tabla 12)

Tabla 12. Variable de agrupación: Trabaja.

Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total	Sentido positivo de la Vida	Satisfacción con la Vida	Realización Personal	Alegría de Vivir	Felicidad total
,071	,043	,281	,035	,079	,920	,776	,017	,409

Tabla 13. Diferencias de rangos en la felicidad y la calidad de vida en el climaterio según la variable Trabaja.

	Trabaja	Rango Promedio
Calidad de vida		
Dominio Psicológico	si	85,21
	no	104,93
Calidad de vida total	si	84,04
	no	104,44
Felicidad		
Alegría de vivir	si	93,45
	no	70,29

5) *Variable Fecha de su última menstruación (fecha de la última menstruación) / Variables a observar: Felicidad y Calidad de vida en el climaterio.*

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de felicidad y calidad de vida en el climaterio según la fecha de la última menstruación de las participantes, se realizó una prueba H de Kruskal Wallis que arrojó diferencias a favor de la variable calidad de vida en la dimensión Dominio somático, a favor de las mujeres que han tenido su última menstruación durante los últimos seis meses; en la dimensión Dominio psicológico y Calidad de vida total a favor de las

mujeres que hace más de un año que no menstrúan. Con respecto a la variable Felicidad, se hallaron diferencias en Sentido positivo de la Vida a favor de las mujeres que han tenido su última menstruación en los últimos 35 días.

Tabla 14. Variable de agrupación FUM

Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total	Sentido positivo de la Vida	Satisfacción con la Vida	Realización Personal	Alegría de Vivir	Felicidad total
,000	,043	,159	,000	,047	,293	,106	,390	,052

Tabla 15. Diferencias de rangos en la felicidad y la calidad de vida en el climaterio según la variable Fecha de la última menstruación.

	FUM	Rango Promedio
Calidad de vida		
Dominio somático	En los últimos 35 días	63,79
	Durante los últimos 6 meses	115,35
	Hace más de 6 meses	89,35
	Hace más de 1 año	108,47
Dominio Psicológico	En los últimos 35 días	76,37
	Durante los últimos 6 meses	98,91
	Hace más de 6 meses	89,58
	Hace más de 1 año	101,54
Calidad de vida total	En los últimos 35 días	66,81
	Durante los últimos 6 meses	106,15
	Hace más de 6 meses	89,08
	Hace más de 1 año	109,22
Felicidad		
Sentido positivo de la Vida	En los últimos 35 días	96,96
	Durante los últimos 6 meses	83,92
	Hace más de 6 meses	93,61
	Hace más de 1 año	69,75

6) *FUMr (fecha de la última menstruación recodificada) / Variables a observar: Felicidad y Calidad de vida en el climaterio.*

Con el fin de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida en el climaterio y la felicidad según la variable Fecha de la última menstruación recodificada, se encontraron diferencias a favor de las postmenopáusicas en las dimensiones Dominio somático y Calidad de vida total. Con respecto a la felicidad, se hallaron diferencias en la dimensión Sentido positivo de la Vida a favor de las mujeres perimenopáusicas.

Tabla 16. Variable de agrupación FUMr

Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total	Sentido positivo de la Vida	Satisfacción con la Vida	Realización Personal	Alegría de Vivir	Felicidad total
,004	,069	,074	,003	,011	,067	,077	,428	,025

Tabla 17. Diferencias de rangos en la felicidad y la calidad de vida en el climaterio según la variable FUMr

	FUMr	Rango Promedio
Calidad de vida		
Dominio somático	Perimenopáusicas	82,13
	Postmenopáusicas	108,47
Calidad de vida total	Perimenopáusicas	81,43
	Postmenopáusicas	109,22
Felicidad		
Sentido positivo de la vida	Perimenopáusicas	93,06
	Postmenopáusicas	69,75
Felicidad total	Perimenopáusicas	92,51
	Postmenopáusicas	71,75

4.3 Análisis de correlaciones entre variables

Para dar cuenta de la relación entre las variables se realizó el análisis de correlación usando el estadístico Rho de Spearman que arrojó correlaciones negativas en las dimensiones Sentido positivo de la vida, Realización personal y Felicidad total con todas las dimensiones de la variable Calidad de vida en el climaterio. A su vez, se encontraron correlaciones negativas entre Satisfacción con la Vida de la variable felicidad y los Dominios Psicológico, Urogenital y Calidad de vida total. También se hallaron correlaciones negativas entre Alegría de Vivir de la variable felicidad y los Dominios Psicológico, Urogenital y Calidad de vida total. (Ver tabla 18)

Tabla 18. Correlaciones entre Felicidad y Calidad de vida en el climaterio.

			Dominio somático	Dominio psicológico	Dominio urogenital	Calidad de vida total
Rho de Spearman	Sentido positivo de la Vida	Coefficiente de correlación	-,226**	-,414**	-,260**	-,403**
		Sig. (bilateral)	,003	,000	,001	,000
	Satisfacción con la Vida	Coefficiente de correlación	-,137	-,332**	-,189*	-,296**
		Sig. (bilateral)	,069	,000	,012	,000
	Realización Personal	Coefficiente de correlación	-,171*	-,362**	-,153*	-,298**
		Sig. (bilateral)	,024	,000	,042	,000
	Alegría de Vivir	Coefficiente de correlación	-,039	-,320**	-,058	-,176*
		Sig. (bilateral)	,605	,000	,446	,020
	Felicidad Total RE	Coefficiente de correlación	-,192*	-,410**	-,229**	-,365**
		Sig. (bilateral)	,011	,000	,002	,000

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

4.3.1 Correlaciones entre las variables felicidad y calidad de vida de vida en el climaterio, y la variable Edad.

Con el objetivo de indagar si existen asociaciones en los niveles de felicidad y calidad de vida en el climaterio y la edad de las participantes, se realizó una prueba RHO de Spearman que arrojó que existe una asociación positiva entre la variable calidad de vida y la edad en los dominios Somático, Urogenital y en la Calidad de vida total. No se encontró asociación con la variable Felicidad.

Tabla 19

	Dominio somático	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,229** ,002
	Dominio psicológico	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,073 ,332
	Dominio urogenital	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,254** ,001
	Calidad de vida total	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,222** ,003
Rho de Spearman	Sentido positivo de la Vida	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,103 ,175
	Satisfacción con la Vida	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,011 ,885
	Realización Personal	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,005 ,947
	Alegría de Vivir	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,084 ,266
	Felicidad total	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,009 ,903

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

5. Conclusión

Los datos obtenidos en la presente investigación permiten concluir que las mujeres que trabajan y son madres presentaron menor sintomatología climatérica, revelando menor compromiso de la calidad de vida y mayores niveles en algunas dimensiones de la felicidad. Otros factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y la etapa menopáusica pueden modular la calidad de vida y la felicidad percibida durante el climaterio. Las mujeres casadas con estudios universitarios completos y en la etapa perimenopáusica revelaron mayores índices en la dimensión Alegría de vivir y en la Felicidad total. Además, se encontró una asociación directa entre la sintomatología somática y urogenital con la edad y el impacto en la calidad de vida total.

5.1 Discusión:

Los síntomas climatéricos se caracterizan por múltiples cambios somáticos, psicológicos y sociales que son el resultado de la deficiencia paulatina en la producción de estrógenos por una inadecuada respuesta de la estimulación hacia los ovarios y de los múltiples roles a los que la mujer se ve expuesta, cambios que se asocian con una mala calidad de vida, que en esta etapa las mujeres han de asumir (Gutiérrez Gómez- Calcerra, 2012). Así, el malestar emocional que algunas mujeres pueden experimentar durante el climaterio no depende solamente de las fluctuaciones hormonales, sino que es el resultado de una compleja interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales (Rondón, 2008).

Durante la perimenopausia, las mujeres pueden presentar ciclos menstruales normales seguidos de otros anormales o incluso pasar algunos meses sin la presencia de la menstruación, debido a estas alteraciones en el ciclo menstrual, el exceso relativo de estrógenos en sangre puede provocar diversos trastornos y/o síntomas característicos del síndrome climatérico, como bochornos, palpitaciones, insomnio, molestias musculares y de las articulaciones (Pérez Piñero, 2007), que integran el Dominio somático (Aedo y cols, 2006) y comprometen la calidad de vida. Los resultados reflejaron mayores molestias somáticas, en las mujeres de la muestra que habían tenido su última menstruación durante los últimos seis meses, lo que podría sugerir alteraciones en los ciclos menstruales, y en las postmenopáusicas, mujeres que hacía más más de un año que no menstruaban; a diferencia de lo que plantean Heredia Hernández y Lugones Botell (2007), cuando afirman que los síntomas vasomotores (sofocos y sudores nocturnos) son

más frecuentes en la perimenopausia y los genitourinarios (problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal), en la postmenopausia.

Los síntomas psicológicos se presentaron con más severidad en las mujeres postmenopáusicas de la muestra. Los mismos se refieren a estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental. Los resultados difieren de los hallados por López, Soares De Lorenzi, & d'Andretta Tanaka (2010), quienes constataron mediante la escala MRS, que, si bien existe un deterioro moderado de la calidad de vida relacionado con los síntomas de naturaleza psicológica, los mismos no presentaron diferencias en los grupos perimenopáusicos y postmenopáusicos.

La sintomatología somática y genitourinaria, se asoció de forma directa con la calidad de vida total según la edad de las participantes, lo que sugiere que, a mayor edad, mayor sintomatología somática y urogenital que comprometen la calidad de vida.

La hipótesis 1, planteaba que las mujeres con mayor nivel educativo presentan mayores niveles de calidad de vida en el climaterio en comparación con las que tienen un menor nivel educativo; los resultados reflejaron diferencias estadísticamente significativas en el compromiso de la calidad de vida total, a favor de las mujeres con un nivel medio de escolaridad (hasta estudios secundarios completos), a diferencia de lo plantean del Prado et. al (2008), al concluir que la mayor escolaridad implica menor riesgo de tener deterioro de la calidad de vida.

Respecto a la felicidad, las mujeres de la muestra con estudios universitarios completos revelaron diferencias significativas en las dimensiones Sentido positivo de la Vida, la cual indica ausencia de estados depresivos profundos, sentimientos positivos hacia la vida y hacia sí mismas; y Satisfacción con la vida, la que expresa el grado de satisfacción de la persona con las metas alcanzadas.

La segunda hipótesis planteaba que las mujeres climatéricas que trabajan presentan mayores niveles de felicidad que las que no trabajan; los datos arrojan que, si bien no se cumplió en su totalidad, se observó una diferencia en la dimensión Alegría de Vivir a favor de las mujeres que trabajan, la cual, hace referencia al optimismo y la alegría como expresión de la felicidad. A su vez, se halló que las mujeres que no trabajan revelaron mayor sintomatología en el Dominio psicológico presentando mayor deterioro de la calidad de vida percibida. Esto podría deberse, a como plantea Olaechea Ramírez (2012), que la situación laboral es uno de los factores que determina el nivel de calidad de vida y felicidad durante el climaterio.

En referencia a la maternidad, la hipótesis 3, postulaba que las mujeres con hijos presentan mayores niveles de felicidad y mejor calidad de vida que las que no son madres; se halló, que las mujeres que tienen hijos revelaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Sentido positivo de la vida y Felicidad total, independientemente de la etapa climatérica que transitaban, lo que podría sugerir que el hecho de ser madre reflejaría actitudes y experiencias positivas hacia la vida. Esto podría coincidir con la investigación llevada a cabo por Arévalo Murr (2012), sobre el impacto del grupo de pares en la mediana edad, cuyos resultados determinaron que las mujeres encuentran en el vínculo con sus hijos, y no en sus pares, una fuente de apoyo y contención fundamental en esta etapa, sobre todo en mujeres que viven el rol maternal como perpetuo.

Sin embargo, cabe destacar que la doble condición de “madre y trabajadora” implica una multiplicidad de experiencias, que dependen en gran medida, de la clase social que ocupan las mujeres y de la cultura en la que están inmersas (Solé & Parella, 2004).

La cuarta hipótesis planteaba que las mujeres postmenopáusicas presentan mayor compromiso de la calidad de vida que las perimenopáusicas, los resultados de la muestra revelaron que las mujeres postmenopáusicas presentaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida total, en concordancia con los resultados de Chedraui, Aguirre, Hidalgo y Fayad (2007) quienes hallaron que las puntuaciones de la escala MRS total aumentaron significativamente en relación con la edad y la etapa menopáusica.

Otro de los factores que revelaron resultados en las dimensiones de la felicidad, Sentido positivo de la vida y Realización personal, fue el estado civil, que presentó diferencias significativas a favor de las mujeres casadas de la muestra. Al respecto, los datos obtenidos se asemejan a los resultados de una investigación llevada a cabo sobre la Psicología de la felicidad, en una muestra de 163 adultos de entre 20 y 60 años, casados y solteros de ambos sexos, la que concluyó que lo que determina la felicidad es el estado matrimonial y no el género de los individuos, conjeturando que las personas casadas, hombre y mujeres, hayan tenido en el curso de su vida matrimonial, experiencias afectivas satisfactorias y gratificantes (Alarcón, 2007).

Este estudio presenta algunas limitaciones que es pertinente destacar. En esta investigación no se tuvo en cuenta el antecedente del uso de la terapia hormonal para evaluar el impacto de la misma en la sintomatología climatérica, al respecto una investigación de Hernández Valencia et. al (2010), concluye que se ha demostrado el

efecto clínico-benéfico de la terapia con estrógenos para el control de los síntomas del climaterio. Otra limitación que podría mencionarse, es que no se ha contemplado si la menopausia se ha presentado en las participantes como “natural”, de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento del ovario, o “artificial”, provocada por la castración quirúrgica o por mecanismos destructores como son las radiaciones y la quimioterapia.

Sería deseable en una investigación futura, estudiar otras variables como la autoestima, los hábitos de vida saludables y el factor socio económico, los cuales podrían afectar la calidad de vida durante el climaterio. Además, sería importante ampliar la muestra e incluir participantes de diversas culturas.

Es importante señalar la necesidad de desarrollar proyectos de investigación para reconocer que el climaterio es una etapa particular de la vida de la mujer. Por lo cual, impera la necesidad de implementar programas de educación para la salud, que incluyan espacios para las mujeres de la mediana edad donde confronten sus inquietudes e intereses, se les brinde información y se propicien acciones que contribuyan a asumir el fin de la etapa biológicamente reproductiva de forma natural y refuercen el impacto positivo de los cambios que acontecen en dicha etapa.

6. Referencias bibliográficas

- Aedo, S., Porcile, A. & Iribarra, C. (2006). Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(6), 402-409. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000600007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-75262006000600007
- Alarcón, R (2006). Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 1 (40), 99-106. Recuperado de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04010.pdf>
- Alarcón, R. (2007). Investigaciones sobre la Psicología de la felicidad. *Congreso interamericano de estudiantes de Psicología (COLAEPSI)*. Recuperado de <http://www.colaepsi.psicologico.cl/tematicayponentes/REYNALDOALARCON.pdf>
- Álvarez González, A. & Sánchez García, M. (2012). *Bases Teóricas- Prácticas de la orientación profesional*. Madrid: UNED [Formato e-book. ISBN: 978-84-362-6356-5]. Recuperado de www.uned.es/publicaciones
- Arévalo Murr, M. (2012). *El grupo de pares en la mediana edad*. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/63/Arevalo-Maria.pdf>
- Ávila González, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: Las que eligen no ser madres. *Desacatos*, 17, 107- 126.
- Bart, P. (1979). *Depresión en mujeres de mediana edad*, en Carmen Sáez B. (Edit.). *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo.

- Barberá Heredia, E., Ramos López, A. & Candela Agulló, C. (2011). Laberinto de cristal en el liderazgo de las mujeres. *Psicothema* 23, (2), pp. 173-179 Recuperado de www.psicothema.com
- Barberá, E., & Ramos, A. (2004). Liderazgo y discriminación de género. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57(2), 147-160. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=997845>
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*. 17, (4), 582-589. Recuperado de www.psicothema.com
- Bonilla Musoles, F. (1992). Tratado de Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Salvat.
- Bordigon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2, (2), 50-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Burín, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires: Paidós.
- Burín, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En Burín, M. & Dio Bleichmar, E. (comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad*, 61-99. Buenos Aires: Paidós.
- Burín, M. & Meler, I. (1998). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. México: Paidós Mexicana.
- Burín, M. (2008). *Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables* Recuperado de <http://www.mujeresnet.info/2008/06/gnero-y-psicoanlisis-subjetividades.html>.
- Burín, M. (s.f.). Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. *Espacios Temáticos. Psicoanálisis, estudios feministas y de género*. Recuperado de <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>

- Campbell, A. (1981). The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8221779&pid=S0718-4808201200010000600019&lng=es
- Campodónico, M. (2009). La crisis de la mediana edad es una crisis existencial. Recuperado de http://www.fundaciontravesia.org.ar/concurso_psicologia_2009_primer_premio.php
- Capote Bueno, M., Segredo Pérez, A. & Gómez Sayas, O. (2011). *Climaterio y menopausia*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013
- Cardona, D. & Byron Agudelo, H. (2002). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 23, (1), 79-90. Colombia: Universidad de Antioquia Medellín.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.
- Castro Solano, A. (2010). Ensayo: Psicología positiva: ¿Una nueva forma de hacer psicología? [en línea], *Revista de Psicología*, 6(11), 113-131. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/ensayo-psicologiapositiva-nueva-forma.pdf>
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23),43-72 recuperado de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/125858127210.pdf#page=85
- Casullo, M. M. (2008). *Prácticas de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar.

- Chaher, S. (2008). *Ser o no ser tu jefa*. Comisión para el trabajo con igualdad de oportunidades. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de <http://www.trabajo.gob.ar/downloads/newsletter/ctio/plurales4/pensamiento.pdf>
- Chedraui, P., Aguirre, W, Hidalgo, L. y Fayad, L. (2007). *Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329046>
- Contreras Pulache, H., Mori Quispe, E., Lam Figueroa, N., Quino Villanueva, K., Espinoza Lecca, E., Yancachajlla Apaza, M. & Hinojosa Camposano, W. (2012). Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16 (1), 1-7. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v16_n1/pdf/a05v16n1.pdf
- Cornachione Larrinaga, M. (2006). *Psicología del Desarrollo: Adultez*. Córdoba: Brujas.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1, (12), 83-96.
- Cummins, R. A. (1998) (Ed.), *Quality of Life Definition and Terminology: A Discussion Document from de International Society for Quality of Life Studies*. Blacksburg, Virginia: The International Society for Quality- of -Life.
- Cummins, R. & Cahill J. (2000), Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. En Intervención psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 9, (2). 185-198. Colegio Oficial de psicólogos de Madrid.
- De Beauvoir, S. (1998). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Del Prado, M. Fuenzalinda, D., Figueroa, R., Flores, D. & Blumel, J. (2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Revista médica Chile*, 136, 1511-1517.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1, (49), 71-75.

EFE: Fundéu BBVA (2009). *Etimología de la Lengua Española*. Recuperado de <http://www.fundeu.es/noticia/etimologia-de-la-lengua-espanola-adulto-obra-5382/>

EMBRIOVID (2012). *La menopausia*. Recuperado de <http://www.embriovid.com/web4/menopausia.htm>

Erikson, E. (1971). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Flores Colombino, A. (2008). *La crisis de la mediana edad en el varón y la mujer*. Recuperado de http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=10243

Fuentes, A., Jesam, C., Devoto, L., Angarita, B., Galleguillos, A., Torres, A. & Mackenna, A. (2010). Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta. *Revista médica de Chile*, 138 (10), 1240-1245. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872010001100005

Garassini Chávez, M. E. & Zavarce Armas, P. (2010). *Historia y marco conceptual de la Psicología Positiva* recuperado de <http://enlinea.unimet.edu.ve/courses/view/psicologia-positiva/?c=1&l=1&q=0>

Garrido, B. (2009). Violencia contra las mujeres. *Temas de Mujeres. Revista del Centro de Estudios Históricos e Interdisciplinario Sobre las Mujeres Facultad de Filosofía y Letras Universidad Nacional de Tucumán*, 5 (5). Recuperado el 26 de septiembre de 2015 de http://www.filo.unt.edu.ar/rev/temas/t5/t5_web_art_garrido_violencia.pdf

- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F & Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2, (39), 311-325.
- González de Rivera & Revuelta, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de asociación española de neuropsiquiatría*, 79, (35- 53). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352001000300004&script=sci_arttext
- González, C. & Insúa, I. (2011). *Mujeres en la etapa media de la vida: abordaje grupal con enfoque preventivo*. Recuperado de <http://www.academica.com/000-052/346.pdf>
- Gutiérrez Gómez- Calcerrada, S. (2012). *Tratamiento cognitivo conductual en la menopausia*. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/15064/1/T29223.pdf>.
<http://www.lanacion.com.ar/1664447-mujeres-en-el-mundo-del-trabajo-logros-y-debilidades>
- Heinemann L.A, Potthoff, P. & Schneider, H. P (2003). International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 1-28. Recuperado de <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-28>
- Heredia Hernández, B. & Lugones Botell, M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33 (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&tlng=es.
- Hernández Valencia, M., Córdova Pérez, N., Basurto, L. Saucedo, R, Vargas, C., Vargas, A., Ruiz, M., Manuel, L. & Zárata, A. (2010). Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico. *Ginecología Obstetricia México*, 78 (4), 232-237. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104e.pdf>

- Jiménez Sánchez, L. M. & Marvan Garduño, M. L. (2005). Significado psicológico de la menopausia. *Psicología y Salud*, 15, (1), 69-76.
- Kerman, B. (2011). El estudio de la calidad de vida. Aporte de las nuevas ciencias de la conducta. *Calidad de vida. Universidad de Flores*, I, (6), 231-256. Recuperado de <http://www.calidaddevidauflo.com.ar>
- Legorreta Peyton, D. (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. Asociación Mexicana para el estudio del climaterio. *Avances en Psicología Latinoamericana /Bogotá /Colombia/* 25, (1), 44-51 <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902505.pdf>
- Lober, J. (1994). *Paradoxes of Gender New Haven and London*. Yale University Press.
- López, F., Soares De Lorenzi, D., & d'Andretta Tanaka, A. (2010). Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75, (6), 375 – 382.
- Lugones Botell, M. (2001). El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Recuperado de *Revista Cubana Medicina General Integral* 17, (2), 206-8.
- Lugones Botell, M. & Ramírez Bermúdez, M. (2008). Lo social y lo cultural en la mujer de edad mediana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100004&lng=es&tlng=es
- Lupano Perugini, M., & Castro Solano, A. (2010). *Psicología Positiva Análisis desde su surgimiento*. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212010000100005&script=sci_arttext#Diener3
- Mac Dowell, L. (2009). Definición de género. En Ávila Santamaría, R., Salgado, J. & Valladares, L. (comps.) *Ensayos críticos*, (pp. 5-34). Quito: V & M Gráficas.

- Maldonado, M. & Micolta, A. (2003). Los nuevos padres. Las nuevas madres. Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Marchisio, S., Campo, C. & Juli, M. (2011). Un estudio sobre el climaterio femenino a través de un cuestionario autoadministrado. *Fundamentos en Humanidades*, XII, (23), 183-198. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18424417010>
- Martínez, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista complutense de educación*, 2, (16), 601- 619. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1432121>
- Money J. (1955). "Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychological Findings", *Bulletin of The John Hopkins Hospital*, 96, 253-64.
- Montero, G. (2011). *Una crisis en la edad media de la vida*. La Nación (Febrero 5, p. 22.). Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1347364-una-crisis-en-la-edad-media-de-la-vida>
- Montero, G. (s.f.). *La travesía por la mitad de la vida*. Recuperado de http://www.fundaciontravesia.org.ar/art_travesia.php
- Moreno Carmona, N. (2013). Familias cambiantes. Paternidad en crisis. *Psicología desde el Caribe*. 1 (30), 177- 209. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600009>
- Monterrosa, A., Blumel, J. & Chedraui, P. (2009). Calidad de vida en mujeres de postmenopausia. Valoración con Menopause Rating Scale de tres etnias colombianas diferentes. Recuperado de http://www.academia.edu/10343148/Calidad_de_vida_en_mujeres_postmenopausicas._Valoracion_con_menopause_rating_scale_en_tres_entnis_colombianas_diferentes_In_Spanish_

- Nápoli, M. (2010). *Monografía “Mujer y Trabajo”- Evolución histórico social*. Observatorio de equidad de género. Dirección General de la Mujer. Subsecretaría de promoción social. Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/mujer/observatorio_genero/pdf/mujer_y_trabajo.pdf
- Neffa, J. (1999). Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate. *Orientación y sociedad*, 1, 127-161. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-88931999000100007
- Olaechea Ramírez, M. (2012). “Calidad de vida, Autoestima y Felicidad en mujeres durante el climaterio, de estrato socio económico medio-alto y bajo, en la ciudad de lima”. *Revista Unife. CONSENSUS*, 17, (1), 181-193. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/consensus/volumen17/181_13_MARIA_SONIA_OLAECHEA.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2016). Resumen ejecutivo. Las mujeres en el trabajo. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457094.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1981). Investigaciones sobre la menopausia: informe de un grupo científico de la OMS. Recuperado de https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/41316/1/WHO_TRS_670_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). “Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político”, en *Revista Especializada en Geriatría y Gerontología*, 37, (2): 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Definición de calidad de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- Padilla, G., Grant, M. & Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of Life Research*, 1 (341-348). Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00434948#page-2>
- Padilla, J., Lorence, B. & Menéndez, S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Revista Suma Psicológica* 1, (17), 44- 57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134215244004.pdf>
- Papier, S. (2012). *La postergación de la maternidad aumentó las tasas de infertilidad*. Recuperado de <http://www.telam.com.ar/notas/201212/901-la-postergacion-de-la-maternidad-aumento-la-tasas-de-infertilidad.html>
- Pérez, L. Fuentes, N., Medina, J., Escobar, S. & Barneveld, H. (2012). Validación de la Escala de Felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Revista Psicología Iberoamericana*, 1, (20), 71- 79.
- Pérez Piñero, J. (2007). *Escala cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico. Resultados de su aplicación en provincias seleccionadas. 1999 – 2004*. (Tesis doctoral). La Habana: Editorial Universitaria. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/46/1/9789591607249.pdf>
- Poseck, B.V. (2006). *Psicología Positiva, una nueva forma de entender la psicología*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1417h551>
- Presidencia de la Nación. Secretaría de Comunicación Pública (2013). *Reglamentan la ley de fertilización asistida*. Recuperado el 03 de Octubre de 2014 de <http://prensa.argentina.ar/2013/07/23/42644-reglamentan-la-ley-de-fertilizacion-asistida.php>

- Ramos, A., Barberá, E., & Sarrió, M. (2003). Mujeres directivas. Espacios de poder y relaciones de género. *Anuario de Psicología*, 34, (2), 267-278.
- Reid, G. (2010). *Construcción del deseo de maternidad en mujeres de hoy. Nuevas prácticas, nuevas representaciones*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rodríguez Adams, E. (2012). Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40, (1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_1_14/gin13114.html
- Rodríguez, E. (2006). *Bienestar Subjetivo en estudiantes de la Universidad de Sonora*. Recuperado el 26 de septiembre de 2014 de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Tesis%20Maestria/23.pdf>
- Rondón, M. (2008). Aspectos sociales y emocionales del climaterio. Evaluación y manejo. Simposio de climaterio y menopausia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 50, 99-107. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a07v54n2.pdf.
- Sánchez- Borrego, R., Manubens, M. & Mendoza, N. (2009). La menopausia. En Bajo Arenas, J., Laila Vicens, J. & Xercavins Montosa, J. (ed.), *Fundamentos de Ginecología*. (pp. 39- 49). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

- Solé, C. & Parella, S. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales “exitosas”. *Revista Española de Sociología*, 4, 65- 92. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1220321>
- Souza Minayo, M, Araújo Hartz, Z, & Marchiori Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciencia y Saúde coletiva*, 5, (1), 7-18.
- Tonon, G. (2007). La propuesta teórica de la calidad de vida como escenario facilitador de construcción de redes de investigación. *Hologramática. Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - IV*, (7), 15-21. Recuperado de www.hologramatica.com.ar o www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica ISSN 1668-5024
- Trucco, F. (2014, 16 de febrero). Mujeres en el mundo del trabajo: logros y debilidades. *La Nación*. (párr.3).
- Urbano, C. & Juni, J. (2005). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Córdoba: Brujas.
- Valenzuela, P. (2012). *El climaterio un torbellino de cambios*. Recuperado de <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/climaterio.act>
- Yanes Calderón, M., Chio Naranjo, I. & Pérez Felpeto, R. (2012). Satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38, (2), 199-213.

7. Anexos

LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI) ESTÁ DESARROLLANDO UN ESTUDIO SOBRE EL CLIMATERIO. LA ENCUESTA ES ANÓNIMA, SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y LOS RESULTADOS DE LA MISMA SERÁN UTILIZADOS SÓLO CON FINES ACADÉMICOS.

Edad:

Marque con una cruz (X) las opciones que correspondan:

Estado civil:

1. Soltera

2. Casada

3. Divorciada/separada

4. Viuda

5. En pareja

Hijos:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántos hijos?

¿Cuántos de sus hijos viven con Ud.?

Nivel educativo alcanzado:

1. Primario incompleto

2. Primario completo

3. Secundario Incompleto

4. Secundario Completo

En caso de poseer estudios terciarios o universitarios indique Título alcanzado.

.....

Trabaja:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situación laboral:

Ama de casa

En ejercicio de la profesión

Otros

En caso de contestar "Otros", indique cuál es su actividad laboral.

.....

En relación de dependencia

Trabajadora independiente

La invitamos a colaborar en una investigación sobre la mediana edad en las mujeres. Su participación es voluntaria. Por favor, lea cada frase con atención y marque con una X la columna (desde Nunca hasta Siempre), según considere que la afirmación, aplicada a usted misma, refleja situaciones de su vida actual o coincide con experiencia, ideas o sentimientos. Gracias por su colaboración.

		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Me siento satisfecha con lo que he podido lograr en la vida.					
2	Mi trabajo es una parte importante de mi vida.					
3	Estoy feliz con la familia que he formado.					
4	Pienso que las responsabilidades familiares no son compatibles con las laborales.					
5	La maternidad es un aspecto muy importante en mi vida.					
6	Pienso que mi desarrollo profesional aún puede continuar.					
7	Estoy conforme con mi formación profesional.					
8	Creo que me falta tiempo para disfrutar de mi familia.					
9	Creo que la maternidad es una elección.					
10	Creo que recurriría a cualquier método de fertilización asistida para cumplir con mi deseo de ser madre.					

Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos elegir dentro del siguiente listado de opciones, marcando el casillero correspondiente.
 ¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Tipo de molestia. (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia).	¿Cómo son sus molestias?				
	No siente molestia	Siente molestia leve	Siente molestia moderada	Siente molestia importante	Siente molestia demasiada
1). Bochornos, sudoración, calores.					
2). Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).					
3). Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
4). Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
5). Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6). Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7). Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8). Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, le cuesta concentrarse).					
9). Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menos frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).					
10). Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).					
11). Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

Marque con una X. ¿Cuándo sucedió su última menstruación?

¿Durante los últimos 35 días?	
¿Durante los últimos 6 meses?	
¿Hace más de 6 meses?	
¿Hace más de 1 año?	

Las siguientes afirmaciones se refieren a distintas maneras de ser, comportarse, pensar y sentir. Lea cada frase con atención y marque con un X la columna que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con la frase (desde Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo) según como usted considere que la afirmación se corresponde o no, a cómo es usted en su vida, según el siguiente detalle:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

No hay respuestas buenas o malas. Responda según como usted sea en su vida. Por favor, no deje frases sin responder.

	1	2	3	4	5
1. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal.					
2. Siento que mi vida está vacía.					
3. Las condiciones de mi vida son excelentes.					
4. Estoy satisfecha con mi vida.					
5. La vida ha sido buena conmigo.					
6. Me siento satisfecha con lo que soy.					
7. Pienso que nunca seré feliz.					
8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.					
9. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada en mi vida.					
10. Me siento satisfecha porque estoy donde tengo que estar.					
11. La mayoría del tiempo me siento feliz.					
12. Es maravilloso vivir.					

13. Por lo general me siento bien.					
14. Me siento inútil.					
15. Soy una persona optimista.					
16. He experimentado la alegría de vivir.					
17. La vida ha sido injusta conmigo.					
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.					
19. Me siento una fracasada.					
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí.					
21. Estoy satisfecha con lo que hasta ahora he alcanzado.					
22. Me siento triste por lo que soy.					
23. Para mí, la vida es una cadena de sufrimientos.					
24. Me considero una persona realizada.					
25. Mi vida transcurre plácidamente.					
26. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.					
27. Creo que no me falta nada.					