

Universidad de Valparaíso

Estudio Descriptivo Comparativo sobre la Salud
Mental, la Satisfacción con la Vida Actual y los
Roles de Género en una Muestra de Mujeres
Preclimatéricas, Climatéricas y Postclimatéricas
del Consultorio Marco Maldonado de la
Comuna de Viña del Mar

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICOLOGO
Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

POR

María Paz Aguilar Alvarado
Mariela Delia Silva Oyarzo

Profesor Patrocinante:

ANDRES GACITUA

Viña del Mar, Chile

Enero de 2001.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestro querido profesor patrocinante Andrés Gacitúa por el apoyo y entusiasmo que nos dio en todos los momentos difíciles, por la confianza que depositó en nuestro trabajo y su total disposición para guiarnos en la consecución de esta investigación.

A la profesora María Elena Valdovinoitt por su buena disposición y escucha. A la profesora Liliana Contreras por su participación y colaboración.

Nuestros agradecimientos a los funcionarios del Consultorio Marco Maldonado de Viña del Mar, especialmente a la Sra. Gladys Henríquez con quién realizamos el primer contacto con la institución y a la Sra. Ximena Pérez quién junto al equipo del programa de la mujer nos brindaron todo su apoyo en la realización de esta investigación.

Finalmente, queremos agradecer a Ivonne Leiva por su ayuda en los momentos difíciles.

En esta tan esperada ocasión quisiera agradecer...

A mis padres por el esfuerzo de educarme tantos años

Al resto de mi familia por su confianza en mis capacidades

A Roberto, quién de forma incondicional siempre estuvo a mi lado cuando lo necesite.

Quiero agradecer a mi mamá y hermanos el apoyo y cariño que me han brindado además de la confianza que han depositado en mi para que pueda lograr cuanto aspiro.

Y a Jorge quién ha sabido darme el amor y paciencia que esta período ha requerido, además de la motivación y entusiasmo que necesite en muchos momentos difíciles.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	ii
LISTA DE TABLAS	v
RESUMEN	x

Cap		Pag
I	INTRODUCCIÓN	1
	Antecedentes relevantes del problema	1
	Definición del concepto	2
	Síntomas físicos	4
	Estudios en relación con el climaterio	7
	Experiencia de programa de climaterio en las comunas de Lolol (VI región) y Chonchi (X región)	11
	La edad crítica y sus principales sucesos	13
	Consultorio Marco Maldonado	17
	Programa de la mujer	18
	Marco teórico	19
	Salud mental	19
	Definición de salud mental	19
	Modelos teóricos en salud mental	21
	Salud mental y mujer	27
	Género	32
	Reseña histórica sobre los estudios de género	32
	Conceptualización del término género	35
	Roles de género	37
	Psicología diferencial en los estudios sobre sexo y género	39
	Modelos teóricos sobre género	41
	Modelo de Sandra Bem	43
	Androginia y flexibilidad de roles	46
	Ciclo vital familiar y cambios en la identidad genérica	47
	Etapas de la edad adulta	49
	Dimensiones de la vida de la mujer	58
	Mujer y salud	58
	Mujer y trabajo	60
	Definición de trabajo	60
	Participación laboral de las mujeres	61
	Mujer y sexualidad	65
	Concepto de sexualidad	66
	Teorías tradicionales del desarrollo de la sexualidad	68

	Socialización de la sexualidad femenina	69
	Sexualidad y climaterio	70
	Mujer y familia	72
	Aspectos históricos de la familia	72
	Tipos de familia	73
	Definición y funciones de la familia	74
	Realidad de las familias chilenas hoy	76
	Relaciones familiares	79
	Definición conceptual de variables	82
	Formulación del problema	83
	Planteamiento del problema	83
	Justificación de la investigación	84
2	METODOLOGÍA	88
	Objetivos generales	88
	Objetivos específicos	88
	Tipo de estudio	89
	Muestra	90
	Sujetos	90
	Operacionalización de variable	91
	Técnicas de recolección de datos	92
	General health questionnaire	92
	Cuestionario de satisfacción con la vida actual	95
	Descripción del instrumento	95
	Procedimiento de categorización	96
	Procedimiento de construcción del instrumento	98
	Confiabilidad del instrumento	101
	Error estándar de medición	102
	Inventario de roles sexuales de Bem	103
	Confiabilidad y validez del BSRI	108
	Encuesta de identificación	110
	Procedimiento	110
	Plan de análisis	111
3	RESULTADOS	114
	Variables sociodemográficas	114
	Salud mental	117
	Rol de género	121
	Satisfacción con la vida actual	126
	Rol de género/salud mental	136
	Rol de género/dimensiones de la satisfacción con la vida	137
	Salud mental/dimensiones de la satisfacción con la vida	146
	Satisfacción con la pareja/presencia de pareja estable	155
	Satisfacción con el trabajo/ocupación actual	156
	Síntomatología climatérica	157
	Empeoramiento vida sexual climatérica	157
	Síntesis de resultados	159

4	DISCUSIÓN	164
	Conclusiones y sugerencias	176
	REFERENCIAS	180
	APENDICES	188
	Apéndice A. Encuesta de identificación	189
	Apéndice B. General health questionnaire	192
	Apéndice C. Inventario de roles sexuales de Bem	195
	Apéndice D. Cuestionario de satisfacción con la vida actual	198

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla N°1: Distribución de mujeres en estudio según edad	114
	114
Tabla N°2: Distribución de mujeres en estudio según presencia de pareja estable	115
Tabla N° 3: Distribución de mujeres en estudio según presencia de hijos	116
Tabla N° 4: Distribución de las mujeres en estudio según ocupación actual	117
Tabla N°5: Distribución de las mujeres en estudio según las categorías de Salud Mental (GHQ-12)	117
Tabla N° 6: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan	117
Tabla N° 7: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan. Valores en porcentaje	118
Tabla N°8: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según la ocupación actual que presentan	118
Tabla N°9: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según presencia de pareja estable que presentan	119
Tabla N°10: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según presencia de hijos que presentan	120
Tabla N°11: Distribución de las mujeres en estudio según las categorías de rol de género a partir de sus puntajes en el BSRI	121
Tabla N°12: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan	121
Tabla N°13: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan. Valores en porcentaje	122
Tabla N°14: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según la ocupación actual que posean	123

Tabla N°15: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según presencia de pareja estable	124
Tabla N°16: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según presencia de hijos	124
Tabla N°17: Distribución de las mujeres en estudio con trabajo remunerado y con hijos según las categorías de satisfacción con la vida actual	125
Tabla N°18: Distribución de mujeres en estudio sin trabajo remunerado y con hijos según las categorías de satisfacción con la vida actual.	127
Tabla N°19: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan	127
Tabla N°20: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan. Valores en porcentaje	128
Tabla N°21: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan	129
Tabla N°22: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan. Valores en porcentaje	129
Tabla N°23: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la ocupación que posean.	130
Tabla N°24: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la ocupación que posean.	130
Tabla N°25: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de pareja estables que poseen	131
Tabla N°26: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de pareja estable	131

Tabla N°27: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de hijos que posean	132
Tabla N°28: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de hijos que posean	132
Tabla N° 29: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de salud mental. Valores en porcentaje	133
Tabla N° 30: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de salud mental. Valores en porcentaje	133
Tabla N°31: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de rol de género. Valores en porcentaje	134
Tabla N°32: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de rol de género. Valores en porcentaje	135
Tabla N°33: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y las categorías de salud mental	136
Tabla N°34: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de rol de género y la satisfacción con el trabajo. Valores en porcentaje	137
Tabla N°35: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de rol de género y la satisfacción con el trabajo. Valores en porcentaje	138
Tabla N°36: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y la satisfacción con la sexualidad. Valores en porcentaje	139
Tabla N°37: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y la satisfacción con la salud física. Valores en porcentaje	140
Tabla N°38: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de rol de género y la satisfacción con los hijos. Valores en porcentaje	141
Tabla N°39: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y satisfacción con la pareja. Valores en porcentaje	142

Tabla N°40: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de rol de género y satisfacción con las relaciones familiares. Valores en porcentaje	143
Tabla N°41: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y satisfacción con las relaciones sociales. Valores en porcentaje	144
Tabla N°42: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y satisfacción con la situación económica	145
Tabla N°43: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de salud mental y la satisfacción con trabajo remunerado. Valores en porcentajes	146
Tabla N°44: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y la satisfacción con el trabajo en casa. Valores en porcentajes	147
Tabla N°45: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de salud mental y de satisfacción con el trabajo. Valores en porcentajes	148
Tabla N°46: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de salud mental y de satisfacción con el trabajo. Valores en porcentajes	148
Tabla N°47: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y de satisfacción con la sexualidad. Valores en porcentajes	149
Tabla N°48: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y de satisfacción con la salud física. Valores en porcentajes	150
Tabla N°49: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de salud mental y de satisfacción con los hijos	151
Tabla N°50: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y de satisfacción con la pareja. Valores en porcentajes	152
Tabla N°51: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de salud mental y satisfacción con las relaciones familiares. Valores en porcentajes	152
Tabla N°52: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y satisfacción con las relaciones sociales. Valores en porcentajes	153
Tabla N°53: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y satisfacción con la situación económica. Valores en porcentajes	154

Tabla N°54: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de satisfacción con la pareja según presencia de pareja. Valores en porcentajes	155
Tabla N°55: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con el trabajo remunerado según la ocupación	156
Tabla N°56: Síntomas actuales mencionados por las 30 mujeres Climatéricas de la muestra	157
Tabla N°57: Distribución de las mujeres climatéricas en estudio según el empeoramiento de su vida sexual. Valores en porcentaje	157
Tabla N°58: Distribución de las mujeres climatéricas en estudio según los grados de importancia de motivos en el empeoramiento de su vida sexual. Valores en porcentajes	158

RESUMEN

La presente investigación intenta conocer la salud mental, la satisfacción con la vida actual y los roles de género de un grupo de mujeres que asisten a diferentes controles médicos en el Consultorio Marco Maldonado de la Comuna de Viña del Mar. Para esto se considerará un universo de 90 mujeres clasificadas en 3 grupos de acuerdo a la etapa del ciclo reproductor en la que se encuentren (preclimática, climática y postclimática) con el fin de poder establecer diferencias entre éstas.

El estudio es del tipo descriptivo comparativo. Se estudiarán las variables Salud Mental a través de la aplicación del inventario de salud mental de Goldberg (G.H.Q-12), la Satisfacción con la Vida Actual por medio de un cuestionario creado para este fin y los Roles de Género a través del inventario de roles sexuales de Sandra Bem. Además se verán las relaciones entre estas tres variables según la etapa del ciclo reproductor. También se considerarán las variables ocupación, presencia de hijos y de pareja, las cuales se obtendrán a través de una encuesta sociodemográfica.

Los resultados del estudio nos muestran que en el climaterio la salud mental y la satisfacción con la vida sufre un deterioro debido a lo estresante e inestable de la mediana edad. Con respecto a los roles de género las mujeres andróginas presentan una mejor salud mental y una alta satisfacción con sus vidas en comparación a las masculinas y femeninas. Por último es destacable que las mujeres con trabajo remunerado presentan una mejor salud mental y una alta satisfacción con la vida en comparación a las mujeres sin trabajo remunerado.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PROBLEMA

La menopausia como fenómeno masivo es propio de este siglo que se acaba. La esperanza de vida a fines del siglo pasado en Estados Unidos para las mujeres era de 50 años, de modo que muy pocas mujeres llegaban a vivir un período significativo de sus vidas en condiciones de castración fisiológica (Contreras, 1998).

Mientras las expectativas de vida son cada vez más altas en los países industrializados, en Africa la muerte llega a los 50 años. Pero también en el Tercer Mundo la vida se ha alargado y es lógico suponer que continúe en esta línea (Ausin, 1993).

En el país como fruto de las acertadas políticas seguidas en el ámbito de la salud materno-infantil, a partir de la década de los cuarenta se ha observado un significativo descenso de la fecundidad (de una tasa global de fecundidad de 4,5 hijos/mujer a comienzos de los sesenta, se llega hoy a 2,4) y, de mortalidad infantil (con cifras actuales cercanas a 10/1000 nacidos vivos). Estas modificaciones han incidido en un aumento importante de la expectativa de vida al nacer (Castro, 1998).

De acuerdo al censo de 1992, el 50,9% de la población chilena son mujeres, con una expectativa de vida al nacer de casi 76 años (7 años más que los hombres).

La población femenina mayor de 40 años alcanza al 29,3 % del total (sobre 1.973.000 mujeres). La tendencia a futuro es que esta proporción aumente, lo cual obviamente incidirá en las necesidades de salud que presente este grupo etario (Castro, 1998). Considerando la población estimada de mujeres al 30 de Junio de 1992, la población total para la Quinta Región, entre 45 y 49 años es de 9,6%, y mujeres entre 50 y 54 años es de 8,3%, por lo tanto, la población probablemente climatérica de la región es de 17,9% (SERNAM, 1992)

La esperanza de vida para la región según proyecciones por sexo y edad para el quinquenal 1990-1995 para las mujeres es de 75,6 años y para los hombres de 68,7 años (INE-CELADE, 1988).

Está claro que la prolongación de la esperanza de vida es un dato de gran valor en el problema que nos ocupa, pero también debemos tener presente que, aunque la mejoría en la calidad de vida de una mujer se mide en años, es igualmente importante considerar la calidad de vida durante la postmenopausia (Ausin, 1993).

Las necesidades de la mujer postmenopáusicas no habían sido incorporadas hasta ahora, en parte por una ausencia de percepción de la población femenina sobre sus necesidades en esta etapa (Castro, 1998).

Definición del Concepto

La Sociedad Internacional de Menopausia fue fundada en 1976 y ese mismo año tuvo su primer Congreso Internacional de Menopausia en Francia. Uno de los propósitos de la reunión fue llegar a un consenso sobre la definición del climaterio y de menopausia

(Ausin, 1993).

La menopausia puede suceder de manera espontánea o tras una intervención quirúrgica en la que se extirpan los ovarios.

La menopausia espontánea tiene lugar en la mayoría de las mujeres entre los 45 y 52 años. Si la menopausia ocurre antes de los 35 o de los 40 años, en opinión de otros se considera precoz. Si la menstruación continúa a la edad de 54 ó 55 años debe considerarse potencialmente anormal (Ausin, 1993)

El climaterio tiene un significado mucho más amplio, implica todo un cambio hormonal que ocurre al final de la vida sexual (entendida ésta desde el punto de vista endocrinológico) de la mujer. La menopausia está dentro del climaterio y éste puede dividirse en distintas fases o períodos (Ausin, 1993).

El Comité Científico de la O.M.S recomienda las siguientes definiciones:

Menopausia: "Cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de actividad folicular ovárica".

Perimenopausia (Climaterio): "Incluye el período inmediatamente anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia) y como mínimo el primer año siguiente a la menopausia".

Postmenopausia: "Se refiere al período que comienza a partir de la menopausia, si bien este momento no se puede determinar hasta que se hayan observado 12 meses de amenorrea espontánea".

Sus características, sus síntomas y sus manifestaciones van a depender en gran

medida del tiempo que tardan en desaparecer los niveles hormonales existentes anteriormente (Ausin, 1993).

Para fines de esta investigación, los grupos de mujeres a estudiarse serán clasificados de acuerdo a los siguientes criterios:

Preclimatéricas: Mujeres con ciclos menstruales normales y sin sintomatología climatérica.

Climatéricas: Incluye mujeres en tres etapas:

Premenopáusicas: Alteraciones hormonales, ciclos menstruales irregulares y síntomas psicológicos.

Menopáusicas: Mujeres con 12 meses de amenorrea espontánea.

Postmenopáusicas: Mujeres con 2 años seguidos de amenorrea.

Postclimatéricas: Mujeres con más de 2 años de amenorrea.

Síntomas Físicos

El climaterio se inicia por lo regular en un momento indeterminado entre los 45-55 años. Los síntomas no aparecen abruptamente, sino que está condicionado a los cambios hormonales que se producen en esta etapa. A medida que los ovarios disminuyen la capacidad de producir estrógenos, 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 volverse más o menos abundantes, incluso pueden presentarse pequeños sangrados entre períodos menstruales. Algunas veces empeoran los malestares premenstruales y resulta común sufrir bochornos durante las semanas previas al inicio de la menstruación.

Al cesar la ovulación, se detiene la producción de hormonas sexuales en los ovarios y los tejidos requieren cierto tiempo para ajustarse al nuevo equilibrio hormonal.

Por esta razón pueden presentarse síntomas físicos como: bochornos y sofocos, sudores nocturnos, cansancio, mareos, calambres, dolor de cabeza de tipo migrañoso, dolor de cuello y glándulas mamarias, alteraciones urinarias (polaquiuria), debilitamiento de los huesos (osteoporosis), adelgazamiento del cabello o algún crecimiento del vello en el rostro, palpitaciones, parestesias, mialgias, artralgias, falta de lubricación vaginal, piel de la vulva y revestimiento de la vagina se tornan más delicadas y susceptibles de infección, revestimiento de las vías urinarias es más vulnerable a la infección, mayor sensibilidad de la vejiga (Artiles, Manzano y Navarro, 1998).

Existen también síntomas psicológicos asociados a este período. Los más importantes son: depresión, disminución del rendimiento, dificultades de concentración, astenia, nerviosismo e irritabilidad, insomnio, frigidez y otras dificultades sexuales (Salvatierra, 1993).

Terapia Hormonal de Reemplazo (THR)

La menopausia, en su evolución natural, inicia el proceso de envejecimiento con la pérdida de facultades físicas y dificultades en algunas funciones cognitivas. Esto ocurre porque la producción estrogénica ovárica, la más importante para la mujer, no desaparece de un modo súbito sino que progresivamente, ocasionando una pérdida paulatina de funciones muy claramente establecidas: desde el cese de la ovulación y posteriormente de la menstruación, hasta la pérdida de resistencia de los tejidos vaginal y vulvar y,

finalmente, atrofia generalizada de todos los efectos estrogénicos (González, 1998).

Las investigaciones desde la década de los cincuenta hasta nuestros días han logrado demostrar la importancia de la terapia hormonal de reemplazo en el tratamiento y prevención de la sintomatología y las enfermedades propias del proceso de envejecimiento.

La terapia hormonal de reemplazo, consiste en la administración continua y por largo período de tiempo de un preparado hormonal, el cual actuará a nivel sistémico en el organismo, mejorando las condiciones de vida de la mujer atenuando los signos y síntomas propios del climaterio.

La calidad de vida de las mujeres sobre 50 años y particularmente en la adulta mayor, mejorará ostensiblemente debido a la hormonoterapia de reemplazo, la prevención y detección precoz de los cánceres ginecológicos, como la prevención y tratamiento de la enfermedad coronaria, la prevención de la enfermedad de Alzheimer, la prevención de fractura por osteoporosis, restauración del contenido de colágeno de la piel mejorando la elasticidad, turgor y color de la piel, los estrógenos, además, actúan sobre el epitelio vaginal, engrosándolo y previniendo la atrofia de los tejidos de la vejiga y de la uretra (González, 1998). La acción psicológica más evidente de la terapia sustitutiva en mujeres histerectomizadas y postmenopáusicas es una sensación de bienestar, elevando el ánimo y disminuyendo la fatiga y el agotamiento (Salvatierra, 1993).

El objetivo fundamental de la THR, es la prolongación de una vida más sana desde el punto de vista fisiológico, menos limitada del punto de vista patológico, más positiva del punto de vista psicológico y por ende, esencialmente más fecunda en la madurez (

González, 1998).

Estudios en relación con el Climaterio

Numerosos estudios han dado cuenta de la existencia de síntomas psicológicos durante la etapa climatérica, los que se traducen en una disminución de la satisfacción personal.

En un estudio realizado por Navarro y colaboradores(1997) pudo identificarse que el 34,5% de las mujeres premenopáusicas refirieron sentirse deprimidas, el 38,3 % tener insomnio, el 36,2 % estar ansiosas y el 36% irritables, durante la postmenopausia la frecuencia con que se refirieron estos síntomas fueron 43,5%, 45% y 47% (Artiles, Manzano y Navarro, 1998).

Con respecto a la actitud que toman las mujeres frente a esta etapa al parecer su expectativa es mucho más negativa de lo que resulta ser realmente. En 1991 el centro de estudios de la salud de la mujer de Massachusetts realizó una encuesta de una muestra transversal seleccionada aleatoriamente para recolectar información sobre las actitudes de las mujeres con respecto a la menopausia. El grupo constó de 8050 mujeres entre 45 y 55 años, el 42,2 % de esas mujeres manifestaron que la menopausia era un alivio, mientras que el 35,5% mantuvo una actitud neutral, el 19,8% una actitud ambivalente, con sentimientos mezclados y el 2,7% una actitud claramente negativa (Salvatierra, 1993).

En un estudio realizado por Artiles, Manzano y Navarro en 1997 en el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro de la ciudad de la Habana, Cuba, se pudo constatar que al medir la asociación entre factores sociales y síntomas relacionados con el

área socioconductual, se observó que la doble jornada, la recarga individual de las tareas domésticas y la inadecuada dinámica familiar incrementaron en más de dos veces el riesgo de presentar depresión. La satisfacción personal y la autoestima, como expresiones del estado de bienestar de la mujer, mostraron asociación con disfunciones de las dinámicas familiares y de pareja, incrementando el riesgo de su disminución casi en cinco veces para la primera y cuatro para la segunda. Para el estudio se integraron los síntomas depresión, irritabilidad, ansiedad y miedos en una categoría llamada labilidad emocional, se analizó su asociación con factores sociales como trabajo insertado (por el cual se recibe salario), doble jornada (realizar el trabajo doméstico e insertado), recarga individual de las tareas domésticas, disfunciones en la dinámica familiar y en la pareja. Encontrándose mayor significación estadística en mujeres con trabajo insertado y que desempeñan doble jornada de trabajo (Artiles, Manzano y Navarro, 1998). Un dato importante a considerar al respecto es que la doble jornada en Cuba es un hecho común ya que la fuerza laboral económicamente activa femenina asume las tareas productivas y de reproducción social. De las 185 mujeres estudiadas 96 declararon algún síntoma de labilidad emocional, constatándose que un 96% tenía que adoptar una posición dentro de la familia para mediar en las relaciones intergeneracionales, el 22% tenía la responsabilidad de atender al menos a un adulto mayor y el 17% declaró estar afectada por algún factor relacionado con problemas de carácter económico y del transporte. Los resultados obtenidos muestran que es frecuente que algunas mujeres en esta etapa de su vida se sientan tristes, irritables, con llanto fácil, ansiosas, preocupadas por su salud, desinteresadas, necesitadas de comprensión y apoyo debido a factores sociales relacionados con preocupaciones de

índole económica y laboral (Artiles,Manzano y Navarro, 1998).

Un estudio belga de la Health Foundation demostró que el índice de nerviosismo correlacionó muy bien con tres variables:

1. Nivel Socioeconómico: la sintomatología fue mayor en niveles bajos.
2. Trabajo fuera del hogar: Hubo más síntomas si el nivel socioeconómico fue alto y al revés si fue bajo.
3. Función de ama de casa: la mayor sintomatología ocurrió en las amas de casa de bajo nivel socioeconómico (Salvatierra, 1993)

En otro estudio, Hunter y al.(1986) relacionó la sintomatología (depresión ansiedad) con tres parámetros:

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

Según Salvatierra (1993), parece que las mujeres más afectadas por la menopausia serían aquellas con mayor dedicación a la procreación y a la familia. Un fracaso en este sentido (infertilidad, separación conyugal) las haría más vulnerables.

En 1973 Crawford y Hooper encontraron que las mujeres que puntuaban más en tareas femeninas (compra, limpieza, lavado, cocina) como dedicación y satisfacción íntima, presentaron más síntomas menopáusicos que las que lo hicieron en tareas masculinas (jardín, decoración, reparación, automóvil). También Collins en 1983 hallaron una correlación entre síntomas y puntuación de feminidad en el BEM Sex Role Inventory

(Salvatierra, 1993).

Abe y Moritsuca en 1986 estudiaron 216 pacientes de 40-51 años, en comparación con 216 controles de la misma edad asintomáticas. Las pacientes climatéricas con trastornos tenían bajo nivel educativo, trabajo propio o del esposo no calificado, y pocos amigos íntimos. Lo importante, sin embargo, fueron los sentimientos de baja autoestima, poca salud, insatisfacción con la vida, percepción de falta de respeto de la gente, y ansiedad acerca del futuro. La asociación de baja autoestima y pocos amigos íntimos, se asoció significativamente a síntomas leves. Los síntomas más graves se relacionaron con bajo nivel educativo, insatisfacción y sentimientos de mala salud. En conclusión se observó que la actitud frente a la feminidad, la baja autoestima, y la insatisfacción, pueden relacionarse con la mayor frecuencia de trastornos en mujeres de baja condición social, en situación de dependencia social (Salvatierra, 1993).

Son frecuentes en esta etapa acontecimientos vitales estresantes entorno a la menopausia, suele ocurrir la enfermedad o muerte de los padres, la viudez con la transición de un papel de apoyo a un papel dependiente, la aparición de una enfermedad, el conflicto conyugal por infidelidad, el cambio de domicilio y de nivel de vida, etc. Haallstrom (1973) en el estudio de Gothenburg, apreció una relación significativa entre la aparición de problemas psicológicos en el climaterio, y circunstancias como la disrupción marital, problemas con los hijos, insatisfacción con el trabajo y una serie de otros acontecimientos estresantes (Salvatierra, 1993).

Para Greene y Cooke en 1980 la sintomatología psicológica depende más de los acontecimientos estresantes que de la menopausia. En coincidencia con Bungat et al

(1980) observaron una mayor frecuencia de sucesos vitales alrededor de la edad de la menopausia. El trastorno psicológico apareció usualmente antes de la pérdida de las reglas. Por lo tanto, la variable modificadora no puede ser la carencia estrogénica, sino otros factores sociales, como la alteración de los roles familiares, el deterioro de las redes de apoyo social, la pérdida de familiares o amigos, aparte del envejecimiento y de la existencia de enfermedades físicas (Salvatierra, 1993).

Con respecto al comportamiento sexual en el climaterio, es claro que hay un descenso general de la actividad y goce en ambos sexos con la edad, aunque existe considerable variabilidad individual con respecto a las circunstancias.

Con relación a este tema un estudio longitudinal realizado por Gothenburg en 1973 en una muestra de 800 mujeres del área urbana de Suecia de entre 38 y 54 años, se investigó los parámetros sexuales de interés, respuesta orgásmica, frecuencia coital y dispareunia, y no solamente el nivel sino también la percepción de cambio. En todos los estratos de edad la proporción de mujeres que señaló un deterioro sexual, aumentó significativamente en los cinco años anteriores a la menopausia, para estabilizarse después (Salvatierra, 1993).

Experiencia de Programa de Climaterio en las comunas de Lolol (VI región) y Chonchi (X región) 1991-1993

Un programa realizado con mujeres climatéricas de 45 a 54 años de las comunas de Lolol y Chonchi entre los años 1991 y 1993 tuvo como fin el averiguar el nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia de la muestra, la sintomatología asociada, el

tipo de tratamiento que se realiza, la aceptación social, temores y creencias al momento del ingreso al programa por parte de las mujeres. Se realizó una evaluación de sintomatología asociada al climaterio, además de controlar la alimentación, fomentar la actividad física y otras actividades.

Para la evaluación del programa de atención se consideran a las mujeres hasta un año de ingreso en cada comuna. El 5,5% y el 2,2% de las mujeres de Lolol y Chonchi respectivamente conocían el significado de "climaterio". Luego de un año de programa lo conoce el 93,5% de las mujeres en ambas comunas. En Lolol, al ingresar las mujeres presentaban un score de sintomatología asociada a climaterio leve de 18,5%, moderada un 42,6% y severo un 38,9%, mejorando significativamente el grupo de mujeres con un año de estrogenoterapia con sintomatología asociada, leve a un 47,4%, moderada 44,7% y severa a un 7,9%, en Chonchi se observaron cifras semejantes. El 31,5% en Lolol y el 54,35 % en Chonchi opinó que el climaterio es "normal" al momento del ingreso. Luego de un año de programa el 100% lo consideró normal en ambas comunas.

En relación con los temores y creencias sobre el climaterio, en Lolol el 55,5% de las mujeres al momento del ingreso opinó que sentía temor, después de un año de programa sólo el 10% tenía temor. Con respecto a la pregunta acerca de la pérdida de la feminidad, en Lolol al momento del ingreso opinaron que sí el 51,9%, después de un año solo un 6% contestó afirmativamente. Acerca de si la menopausia es el inicio de la vejez, en la comuna de Lolol el 79,6% de las mujeres al momento del ingreso opinaron afirmativamente, después de un año de programa no hubo respuestas afirmativas. Acerca del rechazo social, en la comuna de Lolol el 51,9% opinaba afirmativamente al inicio del

programa, después de un año solo el 36% opinaba afirmativamente, en la comuna de Chonchi los resultados fueron similares (Yañez, Carvajal, 1994).

La edad crítica y sus principales sucesos

En 1988 con el apoyo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) se realizó un estudio de caso sobre doce mujeres de edad madura, que estaban cursando el climaterio, éstas provenían de la capital federal de Argentina y de sectores rurales. Las edades fluctuaban entre los 45 y 58 años de edad, esto para asegurar que estuvieran atravesando la fase climática. Se consideraron otras variables demográficas como: condición socioeconómica (clase media y baja), ocupación (trabajo remunerado y ama de casa), presencia de compañero en el hogar, número de hijos, presencia de nietos, religión.

El objetivo de la investigación era estudiar, exploratoria y cualitativamente la forma en que atraviesan esta etapa de su ciclo de vida, "la edad crítica", las mujeres de sectores medios y populares de la ciudad de Buenos Aires.

La recolección de datos se efectuó a través de entrevistas en profundidad. Con esta técnica se trataba de atravesar los comportamientos manifiestos, explícitos y evidentes en el discurso y comportamiento de las mujeres. En la entrevista se pedían algunos datos familiares y personales y se indagaba sobre las transiciones o momentos más significativos de su pasado para luego hacer una sintética historia de vida.

Para abordar la complejidad y multidimensionalidad de la estructura de vida de estas mujeres y con fines analíticos se realizaron las entrevistas abiertas a partir de una guía

en la que se distinguían tres áreas o dimensiones:

1. Los cambios en el propio cuerpo

Se abordaron temas relacionados con la menopausia, el envejecimiento, la salud, la estética y la sexualidad en la edad madura. Para efectos de la descripción de los distintos aspectos involucrados en el climaterio se usaron tres dimensiones. La primera de ellas tiene que ver con el sentido atribuido por las mujeres a ese suceso biológico y en ella se analizan las ventajas y desventajas que le atribuyen. La segunda dimensión es el registro del proceso psicossomático experimentado. La tercera se refiere al grado de comunicación que le dieron al proceso, tanto por atención médica como para transmitir y pedir información y apoyo a otras personas.

Con respecto a la significación de la menopausia no parece ser un hecho que marque un cambio significativo en la vida de las mujeres. Para muchas parece ser un hecho esperado, que parece que puede deparar ventajas relacionadas con la liberación de las incomodidades higiénicas y malestares que produce la regla, además del peligro del embarazo. Las desventajas parecen estar relacionadas no con la pérdida de la menstruación, ni con el fin de la capacidad reproductiva, sino con la pérdida del valor simbólico (con un fuerte peso social) de la asociación mujer-madre, depositado en la regla.

En cuanto al registro de síntomas no hay una pauta común. Hay mujeres que no han registrado ninguno y otras que tienen una amplia gama de molestias. La mayoría hace referencia a los calores y todas consultaron al médico.

En cuanto al grado de comunicación es un proceso del cual sólo se habla con mujeres de edad similar. Son pocas las mujeres que hablan con sus madres, maridos e

hijos.

La estética es un tema que adquiere diferentes significaciones de acuerdo a la clase social, sólo las mujeres de clase media se preocupan de mantener una imagen de delgadez y juventud. Por el contrario las mujeres de clase baja expresan quejas por cansancio físico y disminución de las fuerzas.

En cuanto a la sexualidad se halló un rechazo o desgano generalizado hacia la actividad sexual expresado a través de dos actitudes: suspender las relaciones sexuales o mantenerlas pero sin gozarlas. Se observó una fuerte incidencia sobre estas mujeres de represiones sexuales, ideas distorsionadas sobre genitalidad y menopausia, así como las prescripciones sobre castidad, pasividad y sexo ligado al amor romántico.

2. Las transiciones en la familia de la mujer madura

En esta sección se analizó el vínculo maternal de las mujeres casadas de edad madura que atraviesan las etapas adolescentes, de lanzamiento y postparental del ciclo familiar.

En el caso de los hijos adolescentes aparecen como importantes las reacciones de las madres frente al cuestionamiento de sus hijos adolescentes, que en algunos casos pueden ser tan fuertes que movilicen su propia estructura ideológica y emocional, haciéndola cambiar o llevarla a un intercambio reflexivo de puntos de vista con modificaciones parciales o, en el extremo opuesto pueden hacer que acentúe la rigidez de pautas y normas que la lleven a un enfrentamiento intergeneracional. Otros aspectos que son motivo de nuevos acuerdos en la relación madre-hijo tienen que ver con la organización doméstica (referidas a la redistribución de las tareas del hogar, especialmente

cuando la madre no tiene ayuda remunerada) y el manejo del dinero. En la mayoría de los casos la distribución de las tareas del hogar se mantiene inalterable, haciéndose cargo la madre de las tareas, recibiendo apoyo de parte de las hijas, si es que las hubiese.

En la etapa de lanzamiento de los hijos se observó en las mujeres distintas situaciones al respecto que pueden agruparse en dos extremos: la partida se realiza de común acuerdo entre padres e hijos, y los primeros ayudan a los segundos al partir y el despegue se produce acompañado de una situación de conflicto o ruptura en la relación padres-hijo. Pueden darse distintas situaciones: el conflicto puede ser con ambos padres o con uno solo; y también el conflicto puede ser la causa o la consecuencia de la partida del hijo.

En la fase postparental, que es la etapa en la que se encuentran la mayoría de las mujeres, éstas siguen manteniendo contacto con los hijos y están dispuestas a ayudarlos en cuanto lo necesiten, incluso están dispuestas a aceptarlos de vuelta si fuese necesario.

3. El trabajo en la mujer de edad madura

En cuanto a las mujeres con trabajo remunerado, se observó que parece ser más importante el disfrutar su situación sin obligaciones y realizar actividades de desarrollo personal y actividades recreativas, desligándose de las actividades propiamente laborales.

Las empleadas domésticas en esta edad dieron a conocer que desearían fuertemente dejar de trabajar en casas de familias y realizar las tareas domésticas de sus propios hogares.

En conclusión, las transiciones por las que atraviesa la mujer madura son múltiples, variadas y rápidas y atañen a su identidad femenina. Requieren de una flexibilidad no

siempre presente en mujeres educadas en la pasividad, la dependencia y en el estar al servicio de los otros.

La paradoja que se le plantea a la mujer en esta etapa es que frente a la mayor libertad que le dejan los menores requerimientos maternos y la disminución de las tareas domésticas, no siempre dispone de la autonomía interna y de los modelos externos que le permitan resignificar su vida a partir de la percepción de sus propios deseos y de una planificación de sus necesidades y metas individuales (López, 1991).

CONSULTORIO DR. MARCO MALDONADO

El Consultorio Dr. Marco Maldonado, se ubica en las inmediaciones del Hospital Gustavo Fricke y depende del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota atendiendo a la población de los sectores: El Salto, Chorrillos (bajo y alto), Miraflores bajo, Sporting Club, Plan de Viña, Forestal (bajo y medio) y funcionarios del Hospital Gustavo Fricke.

Dentro de la población beneficiada existe una gran diversidad socio-económica-cultural. En el Plan de Viña, Chorrillos bajo y Miraflores bajo existe un sector residencial de un buen nivel socioeconómico con poco acceso al consultorio por pertenecer al sistema de salud privado, sin embargo existen cités donde viven gran número de familias en condiciones de pobreza.

Los beneficiarios de estos sectores son principalmente empleados de casas comerciales, comerciantes ambulantes, empleadas de casa particular que aunque no viven en el sector se atienden en el consultorio por la cercanía a su lugar de trabajo.

Programa de la Mujer

El principal objetivo del programa es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple todos los aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo y enfatizando la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

El programa consta de tres controles destinados para la mujer: atención a la mujer embarazada, planificación familiar y atención a la mujer climatérica. Además se organizan actividades de prevención y promoción de la salud como son: taller de climaterio, información educativa en parto compartido, taller de paternidad compartida y taller de afectividad en embarazadas adolescentes. El control a la mujer climatérica se incorporó a las actividades del programa de la mujer como una iniciativa local, desde 1997.

El equipo ejecutor del programa consta de tres matronas y dos auxiliares de enfermería las cuales desempeñan actividades de preparación de las pacientes y trabajo administrativo, además se cuenta con la atención de un ginecólogo tres veces a la semana.

La población femenina beneficiaria de este programa es de 13.756 mujeres entre los 15-65 años y más. En el control de las mujeres climatéricas se hallan inscritas aproximadamente 400 mujeres, que se distribuyen entre climatéricas y postclimatéricas que se encuentran en tratamiento de reemplazo hormonal. Y un total de 2200 mujeres que participan en la planificación familiar.

MARCO TEÓRICO

SALUD MENTAL

Definición de salud mental

El concepto de salud mental es intrínsecamente ambiguo ya que no es ajeno al sistema de creencias y valores sociales, así como a su construcción simbólica a través del lenguaje (Warr, 1987). Las representaciones sociales del concepto varían según las épocas y las culturas (Servantie, 1972) y los paradigmas teórico-hermenéuticos a los que estemos adscritos (Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992).

Aún reconociendo que la salud mental es, en parte, una construcción simbólica e históricamente determinada, ésta se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias.

- La salud mental como ausencia de síntomas

Se toman criterios utilizados por la psiquiatría para el diagnóstico del deterioro de la salud mental (DSM III, DSM IV), incluye la presencia relativa de síntomas, el funcionamiento no integrado y la duración de los síntomas. Sin embargo, este tipo de definición es insuficiente ya que excluye a numerosas personas que sin ser diagnosticadas, sufren un deterioro en su bienestar psicológico. La presencia de síntomas es una condición necesaria pero no suficiente para definir salud mental (Álvaro, 1996).

- La salud mental como bienestar físico y emocional

Se concibe la salud mental como un equilibrio de afectos en los que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. En la investigación psicosocial, cuando se estudia el bienestar subjetivo de la población, se toma como criterio la intensidad y frecuencia de estados afectivos, y en particular el equilibrio entre afectividad positiva y negativa. Una alta afectividad negativa estaría asociada al estrés y a la ansiedad, mientras que una baja afectividad positiva estaría asociada a la depresión, así como a la falta de recursos positivos y de interacción social (Álvaro, 1996).

De esta forma, una salud mental positiva no se caracterizaría por la ausencia de experiencias de afecto negativo, sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afecto positivo. En este sentido, el deterioro psicológico no es entendido como característica estable de la personalidad sino como respuesta instrumental a una situación social (Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992).

- La salud mental como calidad de vida

Se concibe la salud mental como la manifestación de una buena calidad de vida. La calidad de vida es un concepto difuso que se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incorporándose en la definición aspectos sociales, físicos y psicológicos. Las dimensiones de la calidad de vida incluyen la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general. Operacionalmente, se incluyen preguntas de satisfacción global con la vida, así como la satisfacción con dominios específicos de ésta, como la vivienda, el ocio, el medio ambiente, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, etc. (Álvaro, 1996).

- La salud mental como presencia de atributos individuales positivos

Los criterios clásicos de salud mental planteados por Jahoda (1958) tratan de describir e identificar los componentes de la salud mental. Según esta psicóloga social existen diferentes formas de concebir salud mental: dominio del ambiente, autorrealización, autoestima, integración del yo, autonomía y adecuada percepción de la realidad. Jahoda considera la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la resolución de conflictos entre otros (Álvaro, 1996).

Modelos teóricos en salud mental

La psicología social aplicada propone algunos modelos psicosociales para la comprensión y posterior intervención en el área de la salud mental. Los modelos psicosociales plantean que la salud mental y los trastornos están determinados por factores y procesos del entorno sociocultural en que está inmerso el individuo, donde la conducta humana saludable como la disfuncional sería el resultado de un proceso interactivo entre las personas y su ambiente (Álvaro, 1993).

- **Modelo de Warr**

Para Warr en 1978 el bienestar psicológico es un proceso complejo cuyos componentes se agrupan en tres categorías: bienestar psicológico global, positivo o negativo (Rodríguez, Hontangas, Bravo, Grau y Ramos, 1994).

El bienestar psicológico global es un concepto que cubre una serie de procesos afectivos, conductuales y cognitivos relacionados, que tienen que ver con los sentimientos

de las personas sobre sus actividades de la vida cotidiana.

El bienestar psicológico negativo se caracteriza por la aparición de estados de ansiedad, depresión, falta de confianza en uno mismo, sentido pobre de autonomía personal, incapacidad para afrontar los problemas de la vida diaria y por el descontento con uno mismo y con su ambiente físico y social. El bienestar psicológico bajo no es lo mismo que la enfermedad mental, ya que sus características pueden darse de vez en cuando en gente que no está enferma. Sin embargo, cuando estos estados son relativamente extremos, generalizados y se extienden en el tiempo, entonces el bienestar psicológico muy bajo puede tener mucho en común con lo que se denomina enfermedad psicológica (Rodríguez, 1994).

Por último, el bienestar psicológico positivo se caracteriza por la ausencia de los síntomas de bienestar psicológico negativo, implicando una tendencia efectiva hacia el crecimiento y la autorrealización.

Estas tres categorías se distribuyen a lo largo de un continuo que va desde las manifestaciones menos estables a las más estables. Para el bienestar psicológico positivo las dimensiones menos estables serían una afectividad positiva y experiencias de placer, mientras que las dimensiones más estables sería una autoestima positiva. Dentro de las dimensiones menos estables en el bienestar psicológico negativo estarían la afectividad negativa, experiencias de tensión, ansiedad, estado deprimido, el desajuste psicológico, enfermedad psiquiátrica potencial y enfermedad psiquiátrica declarada. Dentro de las dimensiones más estables se encontraría la autoestima negativa. Por último, las dimensiones menos estables para el bienestar psicológico global son la satisfacción con la

vida actual y la felicidad, mientras que para las dimensiones más estables se encuentra la autoestima global (Rodríguez, 1994).

Warr en 1987 presenta la salud mental como el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos a los que dan lugar dichas características y ciertos atributos estables de personalidad. La salud mental estaría constituida por cinco componentes diferentes como son: el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Las personas que presentan un deterioro en su bienestar psicológico muestran déficits en cada una de estas dimensiones de la salud mental. Las características del medio que son determinantes para la salud mental en cualquier medio son: oportunidad de ejercer control sobre el medio, oportunidad para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales, existencia de objetivos generados en el medio, variedad, claridad ambiental, disponibilidad económica, seguridad física, oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y posición social valorada (Alvaro, 1996).

Warr (1987), llama vitamínico a su modelo ya que según él “el medio tiene sobre la salud mental una influencia semejante al efecto de las vitaminas sobre la salud física”. Igual que ocurre con la salud física y las vitaminas, las características ambientales influirán sobre la salud mental en función de su presencia o ausencia y de su nivel. La ausencia de vitaminas tiende a empeorar la salud física, sin embargo, existen vitaminas cuya presencia por encima de un nivel ya no produce más beneficios, o incluso puede ser perjudicial. Lo mismo ocurre en el caso de las características ambientales, existen algunas cuyo incremento puede ser beneficioso para la salud mental hasta alcanzar un nivel donde el

efecto permanecería constante (disponibilidad económica, seguridad física, posición social valorada y oportunidad para el desarrollo de relaciones interpersonales) o bien puede llegar a deteriorar el bienestar psicológico alcanzado previamente (oportunidad de control, oportunidad de utilizar y desarrollar destrezas personales, presencia o ausencia de metas generadas por el ambiente, variedad y claridad ambiental) (Rodríguez, Hontangas, Bravo, Grau y Ramos, 1994).

Los efectos de las características del medio tienen una relación no lineal con la salud mental. Los efectos positivos de las características del medio sobre la salud mental son mayores en niveles bajos que en medios. Paralelamente, los cambios del medio afectan más a los niveles bajos, percibiéndose como una amenaza personal. Finalmente, los niveles de salud mental actuarían como moderadores del impacto negativo del medio en el bienestar psicológico individual (Álvaro, 1996).

Asimismo, este modelo de relación no lineal entre el medio y la salud mental considera las diferencias individuales como factores moderadores de dicha relación. Entre las características personales que afectan la salud mental, Warr (1987) incluye los cinco componentes de salud mental ya señalados, variables de carácter sociodemográficos como la edad, el género y el estatus socioeconómico, valores personales y habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales (Álvaro, 1996).

- Modelo de Darío Páez

Páez concibe la salud mental como bienestar físico y mental: este elemento se refiere a una balanza positiva de afectos, en la que los afectos positivos sobrepasen a los negativos. Esto no niega la realidad de los segundos, ya que la afectividad negativa no es

la inversa de la afectividad positiva, sino que se trata de dimensiones y conglomerados de emociones diferentes. La alta afectividad negativa se asociaría a ansiedad, al estrés, a las quejas somáticas y a la presencia de castigos, mientras la baja afectividad positiva se asociaría a la depresión, a sucesos de pérdida, a los déficit de refuerzos positivos y de interacción social. La afectividad positiva está asociada a medidas de motivación de logro y de dominación social, a indicadores de conducta social, incluyendo la frecuencia de contactos, la satisfacción con amigos y relaciones, la implicación en organizaciones sociales, el conocimiento de nuevas relaciones. El alto afecto negativo está asociado a la presencia de sucesos negativos, mientras el bajo afecto positivo está asociado a la ausencia o pérdida de refuerzos positivos (Paéz, Adrián y Basabe, 1992).

Este autor hace referencia a ciertos factores psicosociales (macrosociales, microsociales y psicológico) como relevantes en la explicación de los síndromes de ansiedad y depresión, y por otra parte responsables del bienestar psicosocial (Naves, 1999).

Dentro de los factores macrosociales se encuentran la clase social y el sexo, los que actuarían básicamente como predisponentes de deterioro en el bienestar psicológico. Si bien existen enfermedades que son más reiterativas entre la clase alta, la clase baja tiene índices más altos de morbilidad y mortalidad. Pertenecer a la clase obrera se asocia con una mayor probabilidad de presentar síntomas, un diagnóstico más severo, un tratamiento más medicamentoso y una estancia más larga en el recinto hospitalario.

Con relación a los factores microsociales se encuentra a los sucesos vitales estresantes y el soporte social, los cuales cumplen un rol fundamental en el proceso de

socialización e identificación de los aprendizajes primarios y de refuerzo social.

Los factores psicológico-sociales como la autoestima, la autoimagen, las habilidades sociales, las estrategias de afrontamiento, la capacidad de control y percepción *del medio*, los esquemas cognitivos, los estilos de atribución de causalidad, los niveles de expectativas, etc., intervienen como mediadores en la configuración de la personalidad y en los síndromes de ansiedad y depresión (Naves, 1999).

Para este autor, todas las dimensiones están ampliamente relacionadas, donde cada una de las variables se potencia, dando origen a un fenómeno de sinergia, siendo estas dimensiones consideradas como factores de riesgo o de protección de acuerdo a su influencia en el bienestar de las personas. Cada uno de los factores psicosociales (macrosociales, microsociales y psicológicos) corresponden a dimensiones subyacentes y operacionalizables del bienestar psicosocial, operando como indicadores positivos de éste (Alfaro, 1993).

Los dos modelos psicosociales presentados coinciden en al menos dos factores para comprender, describir y explicar el deterioro en el bienestar psicológico, uno de los factores tiene relación con la individualidad de las personas, es decir, sus pensamientos, afectos y comportamientos que se manifiestan en diversos acontecimientos, y el otro factor se relaciona con el entorno social en el que se desenvuelve la persona (González y Rogat, 1998).

Desde la perspectiva psicosocial la salud mental será entendida como la sensación de bienestar o satisfacción del sujeto en diferentes esferas de la vida, a partir de los recursos con que se cuenten para la satisfacción de sus necesidades personales (físicas,

psicológicas y sociales) (Naves,1999).

Salud mental y mujer

Muchas investigaciones han mostrado un mayor deterioro de la salud mental de las mujeres en comparación a la de los hombres. En investigaciones en Gran Bretaña como en otros países indican que la probabilidad anual de ingresar a un hospital psiquiátrico para las mujeres en su conjunto supera a la de los hombres en un 40% (Cochrane,1992).

La mayor prevalencia de las mujeres de sufrir alteraciones en su salud mental se basa en estudios que muestran altas tasas de: visitas a médicos, tratamiento psiquiátricos en hospitales generales, visitas médicas de urgencia y a domicilio, utilización de medicamentos antidepresivos, trastornos psicósomáticos y ausentismos laborales por enfermedades menores (Cochrane,1992).

La evidencia disponibles apunta hacia una mayor incidencia de determinado tipo de trastorno psicológico de carácter no psicótico, como la depresión y la ansiedad, en las mujeres. Diferentes explicaciones son utilizadas en la interpretación de estas diferencias. Una primera hipótesis de carácter biologicista sostiene que son los cambios orgánicos, fluctuaciones en niveles hormonales, disminución de ciertos neurotransmisores en el cerebro, los responsables de la mayor frecuencia de sintomatología en las mujeres. Una segunda hipótesis partiría de diferencias de género en la expresión de la emotividad; dichas diferencias vendrían asociadas a estilos de respuesta diferenciales que explicarían la mayor incidencia de trastornos psicológicos menores en la población femenina. Una tercera hipótesis centraría su atención en los procesos de socialización diferencial según género.

De acuerdo con esta hipótesis; las diferencias en bienestar psicológico observadas entre hombres y mujeres serían debidas a la ambigüedad e indefinición en el desempeño de los roles adscritos a la mujer. Por último, una cuarta explicación la encuentran algunos autores en las diferencias en el contenido de los roles asignados a muchos de los trabajos que realizan las mujeres. El bajo estatus social, el aislamiento, la ausencia de recompensas y la difusividad del rol junto con la baja cualificación de las actividades a él asociadas darían razón de por qué las mujeres son más vulnerables al deterioro psicológico. En resumen, si bien las explicaciones son diversas casi todos los estudios, tanto clínicos como epidemiológicos, coinciden en señalar la mayor incidencia de trastornos psíquicos de carácter leve en las mujeres (Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992).

De acuerdo a la cuarta hipótesis que explica el deterioro de la salud mental en las mujeres, el rol que representa ésta en la sociedad, el estatus marital, la dependencia de los hijos, la expresión de los síntomas, afectan negativamente los síndromes de dependencia y aislamiento social de la mujer en general y específicamente de aquellas que tienen bajos ingresos; es así como el ser mujer de clase social baja presenta una probabilidad alta de poseer un bajo apoyo social, una baja autoestima y un locus de control externo. En cuanto a la prevalencia de deterioro en la salud mental, el grupo de mujeres que más vulnerable se encuentra son aquellas que realizan labores de casa y las que transitan por la llamada “edad intermedia de la vida” (Cochrane, 1992).

Según los planteamientos del Primer Congreso Nacional “Mujer y Salud Mental”, realizado por el SERNAM en el año 1994, los siguientes son algunas de las condiciones que enferman a las mujeres:

- Participar de una situación permanente de conflicto, sin que éste sea reconocido como tal, sino que le sea devuelto bajo la forma de una acusación a ella.
- Recibir mensajes contradictorios y paradójales acerca de lo que se espera de ella.
- Una socialización de género que la moldea en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, dependencia, atención y cuidados de otros pero no de sí misma, obstaculización del desarrollo propio, de la toma de contacto con sus propias necesidades, deseos y malestares.
- La dificultad para relacionar sus malestares con las condiciones concretas que los producen.
- El condicionamiento que le impide cuestionar el “deber ser” de las mujeres, por no imaginar si quiera otras posibilidades válidas.
- Tener una autoestima baja.
- El esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, las del laboral y las propias.
- La postergación y/o la frustración, de deseos, proyectos y necesidades.
- El aislamiento y la falta de posibilidades de compartir su propia experiencia con otras mujeres, debido a las condiciones de vida y a la desconfianza adquirida.
- El ser víctima de malos tratos diversos, sin registrarlos muchas veces como tales.

Las mujeres que aceptan o se ven forzadas a aceptar las definiciones tradicionales de los roles de género, experimentarán una falta relativa de capacidad para influir en su entorno y controlar sus propias vidas. La capacidad relativamente baja de las mujeres para influir sobre sus propios estados psicológicos las haría significativamente más vulnerables a

la depresión que los hombres (Cochrane, 1992).

Numerosas investigaciones en salud mental indican que los síntomas más reiterados en las mujeres son: desgano, apatía, desinterés generalizado, ideas suicidas, miedos variados, anorgasmias, ausencia de deseo sexual, dependencias adictivas a personas, tolerancia a malos tratos diversos: cefaleas, contracturas, amenorreas, gastritis, bronquitis, infecciones urinarias, inhibiciones severas en la acción (SERNAM, 1994).

En la actualidad existe una amplia evidencia empírica que indica que el desempleo es causa de deterioro en la salud mental. Los datos longitudinales sobre la relación entre situación laboral y bienestar psicológico muestran, por una parte, la existencia de un deterioro significativo de la salud mental como consecuencia de la pérdida o no consecución de un empleo y por otra, una mejora significativa del bienestar psicológico tras encontrar trabajo (Álvaro, 1992).

La afirmación de que encontrar un empleo supone un aumento del bienestar psicológico debe ser necesariamente matizada a la vista de los resultados de algunos estudios, en los que se pone de manifiesto los efectos psicológicos negativos de algunas formas de empleo precarios, incluyéndose dentro de esta categoría todos aquellos empleos de carácter no estable que generan en el trabajador un alto grado de incertidumbre con respecto al futuro. El empleo de tiempo parcial, el empleo en las economías domésticas y los puestos de trabajo en la economía sumergida son algunos ejemplos de precariedad en el empleo (Álvaro, 1992).

Por otra parte las condiciones en que se desempeña un puesto de trabajo son un factor importante de la salud mental del trabajador. La oportunidad de control, la

adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son elementos que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar la influencia del empleo sobre el bienestar psicológico (Álvaro, 1992).

La evidencia que muestra que el empleo remunerado reviste tanta importancia en el bienestar psicológico de las mujeres como en la de los hombres, esta bien fundada, pero también se ha sugerido que las mujeres casadas que trabajan fuera de casa pueden estar sometidas a otra forma de tensión psicológica resultante de los conflictos de rol, en especial cuando son madres de hijos de corta edad. Esta tensión puede derivarse tanto de las demandas físicas en términos de energía y tiempo impuestas por sus responsabilidades duales con sus hijos y su vida laboral, como el miedo a no poder desempeñar ninguno de sus roles (sobre todo el maternal) de forma adecuada (Cochrane, 1992).

Finalmente es posible señalar que la salud mental de la mujer, concebida como la sensación de bienestar en distintas esferas de la vida, tiene directa relación con el rol que desempeñan y con las expectativas que tiene la sociedad respecto de ellas (Burín, 1987).

GÉNERO

Reseña histórica sobre los estudios de género

Según Gomariz (1992) los primeros antecedentes de los estudios de la mujer se refieren a la condición social de las mujeres. Ya Platón y Aristoteles habían enunciado acerca de la “inferioridad” femenina en contraposición de la “superioridad” masculina, pero fue a partir de la Revolución Francesa y la Ilustración (siglos XVII-XVIII) cuando surgieron con énfasis en Europa y más adelante en Estados Unidos los valores de la modernidad, explicitados en los términos “igualdad, libertad, fraternidad”. A partir de esos principios las mujeres comenzaron a reclamar sus derechos como ciudadanas, sin embargo alrededor del siglo XX estos principios se les revelan esquivos debido a la rígida moral victoriana imperante desde la mitad del siglo XIX, valores que llevaron a representaciones sociales de las mujeres como madres, esposas, vírgenes o frágiles y proclives a la enfermedad, representados en los estudios sobre la histeria iniciados en el siglo XIX. Como modo de resistencia a semejante posición social y familiar de las mujeres surgen algunas figuras feministas que integradas a los movimientos obreros reclaman participación social y económica igualitaria y sostienen el derecho a la educación igualitaria para ambos sexos. Surgiendo de este modo el movimiento sufragista que reclamaba el derecho al voto femenino, y que predominó igualmente a comienzos del siglo XX. Junto con este movimiento surge otro contrario que insiste en confirmar a la mujer en el contexto familiar y asociarla a la maternidad y al rol de esposa y ama de casa. La Segunda Guerra Mundial impulsa los movimientos de las mujeres, con este impulso se extiende el derecho femenino

al voto en los países occidentales que no lo habían obtenido aún.

En los años sesenta surge en los países anglosajones la segunda ola del movimiento feminista (la primera había sido la de las sufragistas) con algunos antecedentes de reflexiones de Simone de Beauvoir (1957) en "El segundo sexo" (Burín, 1996). Este movimiento intentó comprender y explicar la subordinación que afectaba a la mujer por la sola razón de su sexo, generándose así el debate "naturaleza v/s cultura" que se llevaba a cabo sobre el origen biológico o social de la opresión de la mujer (Aguayo, 1998). En esta primera etapa la interrogante más frecuente que se le planteó a la Antropología fue si en otras culturas y sociedades las mujeres ocupaban un lugar subordinado (Lamas, 1996). Esta corriente releerá a Engels para argumentar que la subordinación de la mujer al hombre, el desarrollo de la familia como una unidad económica autónoma y el matrimonio monógamo están relacionados con el desarrollo de la propiedad privada y de los medios de producción. Así, en las sociedades sin clase, los hombres y las mujeres serían autónomos y tendrían posiciones de igual prestigio y valor, y aunque esas posiciones eran diferentes, ello no implicaba necesariamente inferioridad o superioridad. Así, plantea la idea de la complementariedad de los sexos (Montecino, 1996).

Una de las principales aportaciones de este enfoque es el descubrimiento de que las mujeres en todas las sociedades tienen una contribución económica sustancial y que su estatus no es dependiente de su rol como madre ni de su confinamiento a la esfera doméstica, sino que dependiente de su control o no respecto a: el acceso de recursos, la condición de su trabajo y la distribución de los productos de su trabajo (Montecino, 1996). A pesar de esto no lograron desentrañar cuáles factores son los que determinan el estatus

femenino tan variable de cultura en cultura, pero siempre con una constante: la subordinación política de las mujeres como grupo (como género) a los hombres. Las diferencias biológicas no justificaban la subordinación y la discriminación hacia las mujeres existente en nuestra sociedad, por lo tanto la comprensión de estos fenómenos nos lleva al plano de las construcciones socioculturales, que son edificadas en cada grupo a partir de la diferenciación sexual (Aguayo, 1998).

Hacia los años setenta algunos sectores feministas identifican al “ordenamiento patriarcal”, como un sistema de organización social que es causa y fundamento de la subordinación femenina, “se piensa entonces que las sociedades actuales en su organización habrían cambiado solo en apariencia y que por lo tanto aún seguiría existiendo un orden muy semejante al de las sociedades arcaicas bíblicas, es así como el llamado es a destruir el ordenamiento social imperante en pro de la liberación de las mujeres”. Esta visión totalizadora del patriarcado se extendió a las esferas académicas y políticas sin más información y reflexión, fue así que la categoría patriarcado resultó un concepto vacío de contenido, ahistórico, sin trascendencia ni valor explicativo (Aguayo, 1998).

En los años ochenta comienza a perfilarse una corriente más abarcadora e influyente que busca nuevas formas de construcciones de sentido, tratando de avanzar en las relaciones entre mujeres y varones con lo cual surgen los estudios sobre género. Los cuales aspiran a ofrecer nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y feminidad, y reconstruyan los vínculos entre ambos en términos que no sean los tradicionales opresivos o discriminatorios, todo ello basado en que el

análisis de los conflictos de los nuevos vínculos entre los géneros contribuirá a establecer condiciones de vida más justas y equitativas para ambos (Burín, 1996).

Las teorías de género identifican tres orientaciones. La primera de ellas privilegia la división social del trabajo como núcleo generador de la desigualdad, una de sus principales exponentes es Danielle Kergoat. La segunda perspectiva concibe al género, en autores como Nancy Chodorow, como un sistema jerarquizado de estatus o prestigio social. Por último el tercer enfoque considera los sistemas de género como sistemas de poder, resultado de un conflicto social donde las resoluciones hasta ahora han sido desfavorables para las mujeres, tienen como exponentes a Gayle Rubin y recoge los aportes del postestructuralismo en autores como Foucault, Deleuze y Derrida entre otros (Montero, 1998).

Conceptualización del término género

El término género fue acuñado en la psicología en la década de los cincuenta, cuando el investigador John Money (1955) propuso el término "papel de género" para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres. En 1968 Robert Stoller es quien estableció más nítidamente la diferencia conceptual entre sexo y género, basándose en sus investigaciones sobre niños y niñas que, debido a problemas anatómicos congénitos, habían sido educados de acuerdo con un sexo que no se correspondía con el suyo (Burín, 1996).

Según lo plantea Gomariz (1992), podría aceptarse que son reflexiones sobre género todas aquellas que se han hecho a lo largo de la historia del pensamiento humano

acerca de los sentidos y las consecuencias sociales y subjetivas que tiene pertenecer a uno u a otro sexo. Así, se puede hablar de forma amplia de los estudios de género para referirse al segmento de la producción de conocimientos que se han ocupado de este ámbito de la experiencia humana: las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto (Burín,1996).

Una de las ideas centrales, desde un punto de vista descriptivo, es que los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. Desde este punto de vista, el género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres (Bustos,1994).

La construcción del género es un fenómeno histórico, que ocurre dentro de las esferas micro y macrosociales como el Estado, el mercado de trabajo, la escuela, los medios masivos de comunicación, las leyes, la familia y las relaciones interpersonales (Bustos,1994).

En la categoría de género, de acuerdo con Bleichmar (1985) y Lamas (1986) se articulan tres instancias:

- La asignación, atribución o rotulación de género: La que se realiza en el momento mismo en que se nace, ya que depende de la apariencia de los genitales.
- Identidad de género: Parece existir un acuerdo entre los autores acerca de la confluencia de factores biológicos y psicológicos para la constitución de la identidad de género. La cual se establece entre los dos y tres años de edad y es anterior a la diferencia

anat6mica entre los sexos.

- Rol de g6nero: Se refiere al conjunto de prescripciones y proscripciones para una conducta dada, as6 como las expectativas acerca de cu6les son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posici6n particular dentro de un contexto determinado. Esto es, se espera ciertos comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo espec6fico (Bustos, 1994).

El g6nero como categor6a de an6lisis tiene varios rasgos caracter6sticos:

- Es siempre relacional, nunca aparece de forma aislada sino marcando su conexi6n. Por lo general los estudios de g6nero aluden a las relaciones entre el g6nero masculino y el g6nero femenino, colocando 6nfasis en la predominancia del ejercicio del poder de los afectos en el g6nero femenino y el poder racional y econ6mico en el g6nero masculino.
- El g6nero es una construcci6n hist6rico-social, o sea que se fue produciendo a lo largo del tiempo de distintas maneras, y que influye en las instituciones y en la individualidad de cada persona.
- El g6nero jams6 aparece en forma pura sino entrecruzado con otros aspectos determinantes de la subjetividad humana (Burin, 1996).

Roles de G6nero

La organizaci6n social de la sociedad supone una divisi6n de las tareas, funciones y actividades orientadas a la producci6n y a la subsistencia, asimismo, todo un conjunto de normas y reglas por las que el desempe1o de estas actividades es asignado a los miembros de la sociedad. Esta segmentaci6n laboral se realiza en funci6n del sexo, y supone la

división de los campos de acción sobre la base de la diferenciación anatómica o dimorfismo sexual aparente, lo que da lugar a una división jerarquizada de actividades masculinas y femeninas (Bonilla, 1998).

El concepto de rol proviene del ámbito de la Sociología y la Psicología Social y se aplica en general para destacar las regularidades esperadas u observadas en la sociedad. Constituyen un patrón de acción preestablecido, por medio del cual las personas se inscriben en lo social (Bonilla, 1998).

El término rol de género se refiere a las definiciones sociales o creencias acerca del modo en que varones y mujeres difieren en una sociedad dada y que funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos por los cuales la diferenciación biológica se convierte en una diferenciación social, que delimita los contenidos de la feminidad y masculinidad (Bonilla, 1998).

Al abordar el tema de rol de género no se puede dejar de lado el de los estereotipos de género, los que se refieren a las creencias, expectativas y atribuciones sobre como es y se comporta cada sexo, esto es, un sistema de creencias acerca de las características, atributos y comportamientos que se piensan son propios, esperables y adecuados para determinados grupos. Los estereotipos son con frecuencia simplificaciones excesivas y reflejan prejuicios, clisés e ideas preconcebidas (Lara, 1994).

Se crean normas, prescripciones sociales y estereotipos sexuales. Las personas interiorizan estos estereotipos de roles masculinos y femeninos y desarrollan una identidad sexual biológica y genérica, un sentido de quién son y cuanto valen en base a su sexo y a su contexto social. Se trata a las personas del mismo sexo como si fueran equivalentes o

iguales entre sí y diferentes del otro sexo; se tienen expectativas de comportamiento para cada sexo (Raguz, 1995).

El rol genérico tradicional femenino se asocia con un rol de nurtura, de cuidado maternal, que básicamente se liga al rol reproductivo, un rol nutriente y expresivo. Por femineidad se entiende que la mujer debe ser tierna, amar a los niños, ser sensitiva a las necesidades de otros, comprensiva y compasiva, cálida, flexible, sumisa, leal, suave y dedicada al servicio social (Raguz, 1995).

Tradicionalmente el rol genérico masculino se ha asociado con el rol productivo, de proveedor económico, y el rol instrumental, de mediador entre la familia y la sociedad. No existe la creencia paralela a la del instinto maternal, de un instinto paternal (Raguz, 1995).

Edwards (1992), encontró que, tomando como base las conductas y los rasgos desplegados por los varones, éstos podían dividirse en seis categorías: hombre de negocios, perdedor, asalariado, atleta, hombre de familia y mujeriego. En el caso de las mujeres Clifton, McGrath y Wick (1976), encontraron cinco categorías: ama de casa, mujer símbolo sexual, mujer que participa en actividades de beneficencia o civiles, profesionista y atleta (Lara, 1994).

Psicología diferencial en los Estudios sobre Sexo y Género

Las investigaciones sobre sexo y género históricamente han tenido una evolución significativa de acuerdo a los cambios socioculturales que nuestra sociedad ha experimentado (Jayme y Sau, 1996).

Dentro del contexto de la psicología diferencial, el estudio de estas diferencias con relación a la inteligencia y el movimiento de los test psicométricos, constituyó el primer paradigma en adaptarse con respecto a este tema, el cual propone que es necesario identificar diferencias medias en la experiencia y conducta del sexo biológico.

Durante los años 1936 y 1954 los estudios se centraron en las diferencias de personalidad, se asumió que hombres y mujeres se distinguían por unas características propias que subyacían a sus respectivos sexos biológicos, determinando los aspectos motivacionales y actitudinales de la persona. De esta forma los estudios se dedicaron a identificar cuáles eran los rasgos que diferenciaban a los hombres de las mujeres, generándose los constructos de masculinidad y feminidad. Estos se refieren al conjunto de atributos, actitudes y conductas que definen el comportamiento de cada individuo. Desde esta perspectiva, masculinidad y feminidad eran dimensiones opuestas y autoexcluyentes ya que eran concebidas como un continuo bipolar y unidimensional (Fernández, 1998).

Entre los años 1954 hasta 1965 la investigación se orientó a estudiar el proceso por el cual niños y niñas se transforman en adultos, estableciendo los factores que están implicados. Estos estudios dieron lugar a constructos como la identidad sexual (identidad de género) y los roles sexuales (roles de género), referidos al hecho de que la propia sociedad establece una serie de prescripciones que rigen como deben comportarse los individuos de cada sexo.

En 1966 Eleonor Maccoby publica "El desarrollo de las diferencias de sexo" donde presenta algunas de las teorías más importantes del momento, como son la de Mischel

desde el aprendizaje social (conceptos como reforzamiento, imitación, etc.) y la obra de Kohlberg desde el desarrollo cognitivo (con la idea de constancia de género y el establecimiento de un período crítico para la identidad género).

En 1974 Sandra Bem propone y desarrolla el concepto de androginia, como una alternativa a los tradicionales estudios de la masculinidad y la femineidad. La androginia se concibió como una fusión de la masculinidad y la femineidad, siendo capaz una misma persona de compartir características tanto masculinas como femeninas, lo que hasta entonces no había sido posible puesto que se consideraba a ambas dimensiones como opuestas y mutuamente excluyentes.

Actualmente el sexo es entendido como una categoría social, que trasciende de esta forma las diferencias puramente biológicas, lo que ha provocado que se sustituya el término por el de género, entendido este último como la construcción social del sexo (Jayme y Sau, 1996).

Modelos teóricos sobre género

En los inicios de la psicometría, masculinidad y femineidad se definieron como una dimensión bipolar en la que masculino era sinónimo de hombre y femenino de mujer (visión clásica). Desde esta perspectiva, se esperaba que las mujeres obtuvieran puntuaciones altas en los reactivos femeninos y los hombres en los masculinos. Con base en esta noción de bipolaridad se diseñaron instrumentos para medir rasgos de personalidad masculinos y femeninos como el de Actitudes e Intereses de Terman y Miles, el de Interés Vocacional de Strong y la escala de masculinidad-femineidad de Minnesota (MMPI), entre otros (Lara, 1994).

Esta manera de concebir lo masculino y lo femenino tuvo serias dificultades tanto teóricas como metodológicas, pues no se encontraron argumentos que justificaran el que una persona, cualquiera que fuera su sexo, no pudiera calificar de manera no excluyente en ambas dimensiones. En este sentido, Constantinople (1973) cuestionó si los rasgos de masculinidad y femineidad constituían una dimensión única bipolar que fuera desde una masculinidad extrema por un lado hasta una femineidad extrema por el otro, o si era posible que constituyeran dos dimensiones separadas que variaran independientemente una de la otra, planteando argumentos en favor a una segunda postura (Lara, 1994).

Al ponerse en duda lo apropiado del enfoque bipolar, se dio paso a que los conceptos de masculinidad y femineidad se plantearan como dimensiones ortogonales independientes, lo que hizo posible que una persona pudiera ser clasificada de acuerdo con su balance relativo en ambos aspectos, es decir, pudiera presentar rasgos masculinos como femeninos (Lara, 1994).

Estas ideas iniciales pronto dieron origen a un conjunto de trabajos que trataban de justificar y explicar estos dos dominios independientes: instrumentalidad (“agency” y tendencias autoasertivas), por un lado y expresividad (“communion” y tendencias integrativas) por otro, y posibilitaron el surgimiento de un buen número de nuevas escalas de masculinidad y de feminidad (M y F), ahora ya como dos constructos separados. La segunda década de los setenta va a ser, no precisamente por casualidad testigo de la aparición de un considerable número de estas escalas, como las de Bem(1974), las de Spence, Helmreich y Stapp (1975), las de Baucom (1976), las de Heilbrun (1976) y las de Berzins, Welling y Wetter (1978). Todas estas escalas presentan una serie de aspectos

comunes:

- Tratan de materializar el modelo dualístico surgido de los dos dominios independientes.
- El contenido de los elementos no viene determinado tanto por el dimorfismo sexual aparente como por la deseabilidad social tipificada en función del sexo.
- Hay una puntuación independiente para cada escala (Fernández, 1998).

Modelo de Sandra Bem

Las teorías tradicionales de la psicología, como la Cognitiva Desarrollista de Kohlberg y Ullian (1974), o la del Aprendizaje Social de Mischel (1966), se vieron cuestionadas hace casi dos décadas por la teoría de la Androginia (Andros= hombre; gyne=útero, mujer), de Bem (1975), luego asimilada a la llamada teoría del esquema genérico (1981), que sostiene que lo masculino y lo femenino son dos dimensiones que coexisten al interior de cada persona, sea esta hombre o mujer (Raguz, 1995).

Desde este nuevo planteamiento aparece una cuádruple tipología, dentro del ámbito de género, que posibilita que las personas, no importa su morfismo sexual, puedan desarrollar su identidad como andróginos (se muestran altos en los contenidos tanto de las escalas de masculinidad como de feminidad), masculinos (puntuán alto en la escala de masculinidad pero bajo en la de feminidad), femeninos (altos en feminidad y bajos en masculinidad) e indiferenciados (puntuán por debajo de la mediana en ambas escalas) (Fernández, 1998).

Dado este nuevo marco, el siguiente paso consistió en investigar las ventajas e

inconvenientes de cada una de estas cuatro posibles identidades. La mayoría de los datos parecen apoyar bien la identidad andrógina o bien la masculina como la óptima, según buena parte de los criterios antes señalados. Así, ciñéndonos a la escala de masculinidad de Bem, tenemos elementos como autoconfiado, independiente, asertivo, analítico, con madera de líder, con predisposición a arriesgarse, que toma decisiones fácilmente y autosuficiente. Algunos de los elementos de la escala femenina que muestran también un considerable grado de positividad pueden ser alegre, afectuoso, leal, simpático, sensible a las necesidades de los otros, comprensivo, compasivo y tierno (Fernández, 1998).

Según Bem (1972), la masculinidad y la femineidad deberían suavizarse mutuamente e integrarse en una personalidad más equilibrada, más completa, es decir, más andrógina, para poder obtener un funcionamiento efectivo y saludable. Las personas andróginas serían aquellas que sobrepasarían las expectativas de que su conducta debe ajustarse a los estereotipos de rol de género, al exhibir comportamientos, tanto masculinos como femeninos, tanto instrumentales como expresivos dependiendo de lo apropiado a la situación (Bustos, 1994).

Las hipótesis planteadas por Bem serían:

- Muchos individuos podrían ser “andróginos”, es decir, podrían comportarse de manera tanto masculina como femenina, afirmativa y flexible, práctica y expresiva, dependiendo de lo apropiado de la situación, y
- que individuos tipificados como muy masculinos o muy femeninos podrían estar seriamente limitados en el rango de comportamientos disponibles al moverse de una situación a otra (Bustos, 1994).

Numerosas investigaciones realizadas no corroboran muchas de las virtudes que inicialmente se le habían atribuido a las personas andróginas. Dos conclusiones a las que llegaron estas investigaciones son:

- Que las personas andróginas muestran mayor flexibilidad conductual y mayor autoestima, así como mejor integración y ajuste personal, que aquellos individuos orientados al estereotipo de su sexo, y
- que los individuos masculinos, y no los andróginos, son los que muestran una mayor adaptación psicosocial (Bustos, 1994).

En las más recientes investigaciones de Sandra Bem se da un giro significativo a su planteamiento inicial. Lo que empezó siendo un trabajo principalmente psicométrico y diferencialista se ha convertido en un planteamiento cognitivo y evolutivo, asumiendo los principales postulados del paradigma cognitivista hoy reinante en la psicología (Fernández, 1998).

Según esta teoría, durante el proceso de identidad de los humanos, unos sujetos asumen cognitivamente que hay socialmente una tipificación en función del género y construyen un esquema (especie de lente cognitiva, según palabras de la propia autora) gracias al cual van computando la realidad social externa referida a los géneros, a la par que les sirve de guía para su propio comportamiento. Otros sujetos entienden que no es necesario un esquema cognoscitivo especial para asimilar la realidad del género (los andróginos e indiferenciados: los no esquemáticos), dada la escasa relevancia práctica de la misma, por lo que los esquemas generales de comprensión de la realidad social, de los otros y de uno mismo, son suficientes para lograr una correcta identidad como persona

(Fernández, 1998).

Androginia y flexibilidad de roles

Androginia significa tener características psicológicas masculinas y femeninas. Se deriva de las raíces griegas andro, que significa “ hombre” y gyn, que significa “mujer”. Una persona andrógina es, por tanto, la que presenta características psicológicas masculinas y femeninas (Hyde,1991) .

El autoconcepto de los individuos andróginos, no excluye ni la masculinidad ni la feminidad. Éstos son sensibles a las demandas situacionales y son capaces de comprometerse en comportamientos que son efectivos para la situación, sin tener en cuenta el estereotipo como apropiado para un sexo o para otro.

El concepto de androginia según lo han expuesto Heilbrum y Pitman (1979), desde la perspectiva de Bem conlleva tres supuestos: a) la androginia permite el mayor grado de flexibilidad en los comportamientos tipificados según el género; b) el mayor grado de flexibilidad lleva a un comportamiento más adaptativos; c) estas dos cuestiones son asumidas para los dos sexos por igual (Sebastián, 1998).

Numerosos estudios se han propuesto corroborar el supuesto de Bem, que los sujetos androginos poseen comportamientos más flexibles y adaptativos a las situaciones, la mayoría de ellos confirman esta hipótesis además de mostrar que los sujetos masculinos resultan más eficaces en muchas situaciones a la par que las personas andróginas. En otros estudios también se pudo observar que los sujetos andróginos y los masculinos poseían una mejor autoestima y ajuste psicológico (Sebastián, 1998).

Al parecer muchos estudios han demostrado una relación de la androginia con las variables sexo y edad. En el caso de la mujer parece surgir un primer periodo infantil más permisivo hacia la transgresión de los valores estereotípicos femeninos, y por tanto, una mayor posibilidad para que tanto características masculinas como femeninas, puedan desarrollarse. En el caso del varón, se daría el proceso inverso. La restricción comportamental sufrida en la infancia desembocaría en una mayor riqueza y posibilidades en la etapa adulta, sobre todo, en el terreno profesional y social (Sebastián y Aguiñiga, 1998).

Por lo tanto, se sugiere un mayor grado de tipificación en la infancia entre los niños que entre las niñas, sin que la adolescencia y juventud aparezcan diferencias relevantes. Por último, en la época adulta la tipificación más marcada vendría dada en el caso de la mujer, y algo menos en la del varón. En consecuencia, la androginia estaría asociada diferencialmente en función del sexo y de la edad del individuo, más frecuente en las niñas hasta en la edad adulta, a partir de la cual la encontraríamos, en mayor medida, en el varón (Sebastián y Concha, 1998).

CICLO VITAL FAMILIAR Y CAMBIOS EN LA IDENTIDAD GENÉRICA

Hasta tiempos bien recientes, no se estudiaba el desarrollo en la vida adulta y en la vejez, porque se creía que éste acababa en la adolescencia o juventud. Esta concepción se basaba en las teorías evolutivas clásicas, las cuales, proporcionan un modelo de desarrollo universal que establece la culminación del desarrollo en la juventud. (López, F., 1998).

Posteriormente, cuando se hizo evidente la existencia de cambios en la vida adulta y vejez, se llegó a creer que éstos podrían también explicarse a través de un modelo universal, según el cual el individuo mantendría el nivel de desarrollo hasta aproximadamente los treinta años, para luego iniciar un proceso de deterioro creciente e irreversible (López, F., 1998).

Durante las dos últimas décadas se han realizado estudios que contradicen el modelo evolutivo, dando énfasis en las diferencias intraindividuales. En efecto, mientras algunos aspectos tienden a declinar a partir de cierta edad, otros pueden seguir una línea ascendente hasta edades muy avanzadas. El cambio, por tanto, no es unidireccional ni uniforme, sino que las diferencias intraindividuales son muy grandes, especialmente durante la vida adulta y la vejez, ya que, en estos períodos, la influencia de los acontecimientos sociales es mayor que en la niñez y en la adolescencia. Hasta la juventud, la mayor parte de los sujetos están sometidos a cambios biológicos y sociales relativamente similares; después de esta edad las personas siguen caminos familiares, sociales y profesionales más diferentes (López, F., 1998).

Numerosos autores actuales, niegan el valor a los modelos explicativos globales y universales, a la vez que insisten en la necesidad de reconocer que el cambio es multidireccional y está multicausado. Entre las causas explicativas del cambio proponen:

- Causas normativas relacionadas con la edad: factores de tipo biológico o social que están en estrecha relación con la edad (pubertad, menopausia, escolarización, etc.). Estos factores influyen de forma especialmente clara en la niñez, adolescencia y vejez tardía, dando origen a fuertes uniformidades en el cambio, y permitiendo, por ello, que los

modelos puedan ser relativamente universales.

- Causas normativas relacionadas con la generación a la que el sujeto pertenece. Se trata de factores que afectan a los individuos por el hecho de pertenecer a una determinada generación (la posguerra, los años sesenta o la actualidad han provocado diferentes formas de vida y actitudes en quienes en cada uno de estos tres momentos eran o son jóvenes).
- Causas no normativas: son factores que influyen solo en determinados individuos, porque no guardan relación con la edad ni con la generación a la que estos pertenecen (una determinada enfermedad, un accidente, la profesión, etc.) (López, F., 1998).

Los cambios en la vida adulta y en la vejez están determinados por los tres factores antes mencionados, siendo especialmente importantes en estas etapas los cambios predominantemente sociales, sin embargo hay causas normativas relacionadas con la edad que, aunque de forma más débil explican ciertas uniformidades en el cambio. Se trata de factores biológicos (menopausia, descenso del nivel de testosterona, etc.) y ambientales (tránsitos ecológicos como el matrimonio, tener hijos, la jubilación, etc.) que en nuestra sociedad están en estrecha relación con la edad (López, F., 1998).

Etapas de la edad adulta

A. Primer período de la edad adulta

Esta etapa comprende entre los 18 y 30 ó 40 años aproximadamente (Levinson, 1977), se producen para la mayoría de los sujetos cambios decisivos:

- Fin del período de crecimiento fisiológico logrando una cierta estabilidad en la figura corporal.

- Adquisición de la mayoría de edad legal.
- Término del período de escolarización (media o superior) y formación profesional.
- Incorporación al sistema de producción con un trabajo remunerado.
- Independencia del hogar paterno y autonomía económica.
- Formación de parejas sexuales o acceso al matrimonio.
- Adquisición de vivienda y reparto de tareas domésticas.
- Nacimiento de hijos e intensa dedicación a ellos (F. López, 1998).

No todas estas condiciones son necesarias para todos los sujetos, pero ocurren a la mayoría de ellos.

La mayoría de los estudios afirman que los cambios antes citados obligan a los sujetos a adoptar roles de género más acentuados. Mientras los sujetos están dentro del sistema educativo y antes de formar nuevas familias, el tipo de vida y las actividades que llevan a cabo estaban menos tipificadas. Con el acceso al mercado de trabajo, la formación de pareja, familia, el nacimiento del primer hijo, se acentúa la rigidez de los roles de género, haciéndose patentes las diferencias y desigualdades entre el hombre y la mujer. Estas, en efecto, tienen menos oportunidades de encontrar trabajo, están, en general, peor pagadas, acceden a puestos de menor responsabilidad, sufren las consecuencias de una distribución no igualitaria de las responsabilidades domésticas, asumen la mayor parte de las tareas educativas de los hijos, se les aplica una moral más rígida que a los varones, etc. (López, F., 1998).

Por lo anteriormente expuesto es que, en la mujer que mantiene su trabajo externo se produce agobio por una sobrecarga de responsabilidades, tanto físicas como psíquicas:

cansancio físico por amamantamiento y cuidados del hijo, culpa por dejar al hijo bajo la responsabilidad de otro; sensación de falta de apoyo y/o ayuda práctica por parte del cónyuge (Bonino, 1991).

En el caso de la mujer que permanece únicamente en el hogar, a menudo aparece el hastío que producen las demandas rutinarias de la crianza, que aísla inexorablemente a la mujer (dispensadora de cuidados) (Bonino, 1991).

Cuando los hijos son preescolares, para la mujer que trabaja fuera del hogar se intensifican los conflictos. Por su doble rol, muchas veces tiene que contentarse con un trabajo que le permita compatibilizar ambas actividades. Esto le genera insatisfacción puesto que no puede dedicar tiempo suficiente al trabajo, percibiendo por ello y por motivos de mercado laboral y de discriminación, una remuneración inferior. Si permanece en casa, corre un alto riesgo de estancarse en su crecimiento intelectual, descuidarse del mundo exterior y de su propia persona (Bonino, 1991).

Por otro lado, en el período escolar del niño la demanda de atención o cuidados físicos de éste disminuye, por lo que la mujer encuentra una instancia para revisar lo que ha sido su vida hasta ahora, lo que las lleva a una búsqueda de cambios. Las mujeres que han permanecido en el hogar buscan actividades fuera, completan sus estudios, etc.; las que mantuvieron un rol laboral le entregan mayor dedicación, cambian de trabajo, buscan ascender en su remuneración y/o capacitación y, en algunos casos no descartan la posibilidad de centrarse en el hogar, si el trabajo del marido ha llegado a cumplir satisfactoriamente con las expectativas económicas de la familia (Bonino, 1991).

Cuando los hijos son adolescentes la presión de la crianza se va disipando. Los

enfrentamientos de valores, ideas y, en general, de vida que los adolescentes imponen, no dejan inerte a la madre en su propio cuestionamiento, el cual también es característico del período de madurez en el que ella se encuentra. La independencia que van adquiriendo los adolescentes permite también mayor espacio a la madre, espacio que requiere de intereses y actividades propias, ajenas a la crianza (Bonino, 1991).

B. Segundo período de la edad adulta

Que comprende entre los 40 y los 50 años aproximadamente, es el período de los grandes logros profesionales y sociales que llevan al ser humano a sentirse autorrealizado o fracasado en diferente grado. En él se producen diferentes cambios que obligan a replantear, en diferentes grados, la identidad de género e incluso la identidad sexual. Es lo que algunos autores llaman “cambios en la mitad de la vida”. Entre ellos cabría destacar:

- Disminución de la secreción de andrógenos en el hombre (ya iniciada a partir de los 30 años) y de estrógenos en la mujer (con una fuerte caída después de la menopausia). Esta disminución afecta especialmente a la mujer, pudiendo provocar, junto con otros factores, un período de cierta inestabilidad que dificulta la aceptación de la identidad sexual y de género.
- Los procesos bio-fisiológicos de envejecimiento empiezan a hacerse manifiestos, volviendo a ocupar un lugar destacado la importancia concedida a la figura corporal. Figura corporal en la que aparecen los primeros signos de envejecimiento.
- La toma de conciencia de la temporalidad de la vida y de la muerte como una realidad personal.
- Disminución de las obligaciones para con los hijos y liberalización progresiva de las

tareas domésticas. Los hijos, ya mayores requieren menor dedicación y generan menos trabajos domésticos (López, F., 1998).

A esta edad, numerosas amas de casa se ven obligadas a reordenar sus actividades cotidianas, y en algunos casos a replantearse el sentido de su vida. La toma de conciencia de que ya nadie las necesita como antes puede ser especialmente dolorosa para aquellas que se habían concentrado exclusivamente en el cuidado de sus hijos (F. López, 1998).

- Desde el punto de vista profesional las opciones aparecen ya como limitadas. A pesar de que se trata de la generación instalada en el trabajo y en los mayores poderes sociales, comienza a ser época de balances (F. López, 1998).

Para otras mujeres este es un período de liberación, emprendiendo tareas rezagadas, libres de temor del embarazo disfrutan de una adecuada sexualidad, aumenta su producción intelectual y, en general, en este grupo hay una tendencia a "abrirse al mundo" (Bonino, 1991).

La mayor o menor autoaceptación de sí mismo dependerá, en buena parte de lo que se ha logrado realizar a lo largo de la vida en relación con las expectativas sociales. Los mayores riesgos los viven por parte de las mujeres, las que habiéndose centrado en sus hijos no logran readaptarse adecuadamente a la nueva situación, o aquellas que consideran que ya no podrán cumplir con un determinado proyecto de vida. Si la pareja estuvo centrada en ser padres ahora la tarea es encontrarse nuevamente como esposos. Este reencuentro de los esposos puede generar conflictos en el ámbito sexual y en relación a la comunicación de pareja.

Este replanteo de la vida en ocasiones viene acompañado por una pérdida de la

autoestima, ya que por lo general esta autorevisión no es positiva al no surgir espontáneamente de una necesidad interna, sino que es gatillada externamente por los cambios que ha sufrido y que son percibidos más como una pérdida que como un cambio.

Generalmente los cambios experimentados por las mujeres son atribuidos a los cambios hormonales que sufre la mujer en el climaterio, pero como es sabido se deben más a cambios psicosociales en esta segunda etapa de la edad adulta, y en este sentido, el climaterio constituiría una transición psicosocial; o sea, un cambio en la vida, que ocurre en un período relativamente breve y que perdura en sus efectos, afectando a grandes áreas de su conducta (Salvatierra, 1993).

Para Franca Basaglia el climaterio implicaría y constituiría un problema de identidad genérica al ser la síntesis de la terminación de las posibilidades de embarazo y, en el mundo de la naturaleza femenina, de las posibilidades de maternidad. Esta experiencia íntima de pérdida genérica se debe a la asociación cultural entre erotismo y procreación para la sexualidad femenina.

Es debido a estos cambios que en esta etapa de la vida de las mujeres se produce una reestructuración de la identidad femenina (antes centrada en la maternidad) (Carreño, 1987) debido a una transición vital normal que a menudo está acompañada de estrés e inestabilidad, que requiere de guía en la dirección, en las actitudes y en la reestructuración de la relación con los hijos y la pareja, así como nuevos ajustes emocionales, intelectuales y conductuales (López, N., 1991).

En cuanto a la salud de la mujer en la quinta década, su estado biológico tiende a ser más frágil que en edades anteriores, esto debido a las variaciones fisiológicas naturales

del climaterio (Artiles, Manzano y Navarro, 1998). También es frecuente que en este período de la mujer aparezcan las enfermedades neoplásicas, con el consabido temor al cáncer y a la mutilación debido a posibles cirugías. A este temor se suma la aparición de muertes cercanas, especialmente la de los padres (Gurucharri, 1998).

A medida que avanza en edad, las redes de apoyo social se hacen más necesarias para un cumplimiento más satisfactorio de esta etapa. La mujer generalmente se reubica en actividades sociales tales como grupos comunitarios, clubes, realizar estudios, y por sobre todo estrechar lazos con mujeres y amigas de su misma edad, desvinculándose parcialmente del núcleo familiar donde considera que no es tan necesitada (Gurucharri, 1998).

Por esto el llegar a este período sin problemas invalidantes dependerá en gran medida del autocuidado que la persona haya asumido previamente y al estilo de vida que siga teniendo, adaptándose a las limitaciones propias de la edad y sus reales capacidades (Gurucharri, 1998).

Según Bonino la mujer tendría crisis de origen cultural, siendo las más frecuentes:

- Conflicto de roles (dueña de casa-crianza y trabajo externo).
- Disfunciones sexuales (basadas en desinformación y deformación de origen sexista).
- Conflicto en la relación de pareja(asociadas al estilo de rol sexual).
- Depresión como patología asociada con más frecuencia a la mujer.

Sin embargo, en la medida que los cambios antes señalados se van haciendo realidad, los roles de género tienden a flexibilizarse, debido a los cambios que va experimentando el ciclo vital individual y familiar, haciendo que los roles asignados a los hombres y las

mujeres sean menos tipificados. Es por ello, que numerosos autores afirman que se inicia un proceso hacia la conformación de una personalidad más androgénica. Es decir, iría perdiendo peso la especificidad de funciones asignadas al hombre y a la mujer permitiendo que cada persona reúna en sí características consideradas como propias de uno u otro género en nuestra sociedad (López, F., 1998).

C. Tercer período de la adultez mayor

Esta comprende entre los 60 y los 65 años y más, los cambios fundamentales de este período son:

- Desde el punto de vista fisiológico, se acentúan los cambios hormonales y los referidos a la figura corporal.
- La jubilación es uno de los factores determinantes de todos los cambios que supone la vejez en nuestra sociedad. Debido a que supone un cambio muy significativo a lo largo del ciclo vital que exige, en muchos casos, una reestructuración global de la vida cotidiana y el sistema de relaciones.
- Cambios en la sexualidad. Hay una redefinición de la sexualidad, ampliando su significado y posibilidades, a diferencia con la juventud, en que la sexualidad está más dirigida a la genitalidad y a la consecución de placer, la respuesta sexual se modifica en cuanto a la rapidez y la eficacia, sin embargo la capacidad afectiva y de goce permanece o se incrementa en esta etapa y se torna más hacia el compañerismo y a la expresión de cariño (López, F., 1998)

El modelo de Livson sobre el desarrollo de la identidad de género en la vida adulta y en la vejez permite explicar los cambios en la identidad genérica en estas etapas de la vida

del ser humana. Según este modelo, el desarrollo después de la adolescencia, puede sufrir avances y retrocesos. Y esto es lo que ocurre precisamente en el caso de la identidad de género. Durante la primera adultez el matrimonio y los cuidados de la casa y de los hijos provocan una distribución de las tareas hecha a partir de la tipificación social de género, que acentúa los roles asignados al hombre y a la mujer. De esta forma, como ya hemos afirmado reiteradamente, se ven fortalecidos los roles de género; roles que al final de la adolescencia habían sido relativizados por el sujeto, tanto mental (en sus ideas sobre ellos) como conductualmente.

Posteriormente, con la independencia de los hijos, la toma de conciencia de los límites de la profesión y jubilación, entre otros factores, vuelven a trascenderse los roles asignados, pasando a integrar en una misma persona, hombre o mujer, características consideradas socialmente como propias de una u otro (F.López, 1998)

Para apoyar estas teorías, Livson se basa en los trabajos de Gutman y Lowenthal, además de un importante estudio longitudinal que el mismo realizó, en el cual compara los cambios de la personalidad desde la adolescencia a los 50 años. En este trabajo parece demostrarse que la androginia se va desarrollando a lo largo del tiempo; las mujeres se hacen más analíticas y asertivas a la vez que mantienen su interés por el mundo de los sentimientos y la comunicación; los hombres se hacen más comunicativos, pero mantienen a la vez, su asertividad y ambición. Salvo las mujeres con bajo nivel de estabilidad, todos los adultos, hombres y mujeres adquieren características del otro género sin abandonar las propias. Por ello más que un cambio se trata de un enriquecimiento (López, F., 1998).

DIMENSIONES DE LA VIDA DE LA MUJER

Las mujeres en su ciclo vital individual van atravesando por cada etapa de éste con mayor o menor dificultad, para esta investigación nos interesa abordar la etapa de la edad madura de la mujer la que se conoce vulgarmente como la "edad crítica". Burín (1987) destaca la necesidad de considerar la "crisis" como un fenómeno abordable y resoluble y no como un estado de enfrentamiento permanente y sin salida ya que el concepto tiene una doble acepción: 1) Conlleva la idea de una situación de ruptura del equilibrio anterior, acompañado por la sensación subjetiva de padecimiento; 2) comprende la posibilidad de ubicarse como sujeto activo, criticante, del equilibrio anterior (López, N., 1991).

La noción de edad "crítica", su referencia a cambios, transiciones o pasajes de distintos niveles y signos positivos o negativos, que ocurren en algunas mujeres y en las relaciones con ellas mismas y con su entorno familiar y social en este momento de sus vidas (López, N., 1991) es la forma en la cual abordaremos el tema de la satisfacción con la vida, colocando mayor énfasis en los temas de salud, trabajo, sexualidad y relaciones familiares.

Mujer y Salud

Tradicionalmente se ha definido la salud como "ausencia de enfermedad", posiblemente porque se entiende mejor la "enfermedad" que la salud. La enfermedad se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia, etc., claramente perceptibles, y que inciden directamente en la capacidad funcional de la

persona. En cambio, el estado de salud no se "percibe". De este modo, el concepto más convencional de salud está ligado a parámetros biológicos igual que la enfermedad lo está como alteración anatómica o fisiológica, que se manifiesta en desviaciones de los parámetros "normales". La salud se define, así, como "la normalidad" frente a la "anormalidad" de la enfermedad. La normalidad no se define sólo estadísticamente, sino que se establece también socio-culturalmente. Por eso, algunos autores hablan de la "construcción social de la enfermedad". Por eso, también, el concepto de salud ha cambiado desde el comienzo de siglo, y ha añadido al marco de referencia biológico el psicológico y social. En 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definió la salud como "el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de malestar". Lo importante del nuevo concepto de salud era la aceptación de que la salud implica factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Rodríguez y García, 1996).

La percepción de la salud según variados estudios muestra que es percibida más positivamente por los hombres que por las mujeres, y a medida que las personas avanzan en edad esta es percibida de forma más deteriorada, ya que empiezan a aparecer inesperadamente problemas físicos de gran importancia, como son la enfermedad del cáncer de diversos tipos o enfermedades cardiovasculares entre otras (Clemente, 1996).

Al comparar el entorno social de la adulta joven y la de edad mediana podemos observar que en la primera existe un estado biológico óptimo que le permite asumir en mejores condiciones sus labores. Cuando se atraviesa la frontera de la edad mediana y la

mujer se acerca a la quinta década, su estado biológico tiende a ser más lábil, debido a las variaciones biológicas naturales del climaterio (Artiles, Mazano y Navarro, 1998).

El cese de la función reproductiva del ovario produce cambios hormonales que se expresan con síntomas conocidos como síndrome climatérico. Este se caracteriza por múltiples y variados síntomas, los que se han agrupado en: vasomotores (oleadas de calor, sudoraciones y palpitaciones), psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad e insomnio), genitourinarios (sequedad vaginal, dispareunia, polaquiuria, disuria) y generales (decaimiento, artralgias, mialgias, cefaleas, calambres entre otros) (Artiles, 1998). La disminución gradual de los niveles de estrógeno en la sangre, tienen una influencia en el organismo a nivel sistémico, ya que, produce altos niveles de colesterol en la sangre, lo que genera un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, disminución de la absorción de calcio con el consecuente debilitamiento óseo y la aparición de la osteoporosis, disminución del colágeno de la piel, lo que produce menor elasticidad de la piel y la aparición de arrugas, adelgazamiento del epitelio vaginal, atrofia de los tejidos de la vejiga y de la uretra (González, 1998).

Mujer y Trabajo

Definición de Trabajo

El término trabajo, se refiere, por un lado, a un tipo específico de actividad humana, desarrollada en determinadas situaciones y contextos socioeconómicos y, por otro, a las construcciones socioculturales del sentido y del valor de tal experiencia (Blanch,

1996).

Peiró define trabajo como el conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permiten obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad, la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social (Blanch,1996).

Participación laboral de las mujeres

Con respecto a la participación de la mujer en la actividad económica, en las décadas entre 1960 y 1990 reflejan el mayor incremento de la participación de las mujeres en relación con los hombres; la tasa de actividad femenina en 19 países latinoamericanos creció de 18,1% a 27,2% (la tercera parte de la fuerza de trabajo de la región), mientras que la correspondiente a los hombres disminuyó de 77,5% a 70,3%. En Chile la tasa de actividad económica por sexo en 1990 muestra que las mujeres representan un 27% y los hombres, un 66,9%. Los datos para 1995, revelan que la participación femenina en la actividad económica corresponde al 28,7% y la masculina al 66% (Dávila, 1997).

En relación a la participación de la mujer en el trabajo, se visualiza que ésta va aumentando paralelamente al aumento de la edad, presentándose el mayor porcentaje de participación entre los 35 y 44 años, alcanzando un 48% de la población económicamente activa (Dávila, 1997).

En relación a las remuneraciones, en todas las categorías y para todas las edades,

las mujeres tienen un sueldo en promedio un 30% menor que los hombres y, en términos generales esta discriminación va en aumento con la edad (Flisfisch, 1994).

La participación de las mujeres en la esfera del trabajo en nuestro continente ha estado condicionada por las características del desarrollo socioeconómico de los países de América Latina y por su propia situación de género. A diferencia de los hombres, dicha participación se ha dado a través de dos formas principales: el trabajo en el ámbito doméstico y en actividades relacionadas con el mercado, es decir, con la esfera pública (Valdés, Gomáriz, 1995).

Las trabajadoras en Chile se localizan preferentemente en actividades de servicio y comercio (78,4%), dentro de las cuales predomina el trabajo doméstico remunerado; trabajadoras de la industria (15,7) y actividades agrícolas (5,9%) (Informe CNF, 1994).

En América Latina y en Chile, se ha establecido el mismo patrón cultural “universal” de división sexual del trabajo, es decir, la realización diferencial de trabajo por parte de hombres y mujeres en mayor o menor grado, que atribuye a la mujer la responsabilidad del trabajo doméstico, crianza, y cuidado del hogar, y a los hombres la participación en actividades conocidas como lo extradoméstico, es decir, lo económico, político, etc., esto es, se han situado desproporcionadamente en roles de trabajo que generan acceso directo a los recursos materiales no limitándose al dinero. Ello ha sido de esta forma, independientemente de que la mujer se integre o no a las actividades extradomésticas, lo cual se convierte en una característica distintiva de la inserción laboral de las mujeres, la necesidad de compatibilizar las actividades del mercado con las que derivan de las responsabilidades que asume en el espacio doméstico (Dávila, Valenzuela y

Waceols, 1997).

Josefina Rossetti (1984) entrevistó a 32 personas de ambos sexos con el fin de obtener información sobre la perspectiva masculina y femenina frente al trabajo, de las cuales se obtuvo que las mujeres entrevistadas se dedicaban menos al trabajo que los hombres. Esto se debe, por una parte a una realidad material: ellas realizan además del trabajo fuera del hogar un segundo trabajo: son madres, esposas y dueñas de casa. Pero hay también otros motivos más profundos que explican esa menor dedicación: las mujeres se identifican aún fuertemente con el rol tradicional de mujer.

La menor dedicación al trabajo tiene dos consecuencias principales, que relativizan la independencia adquirida a través del trabajo fuera del hogar: las mujeres se desarrollan menos profesionalmente que los hombres, y esto contribuye, indirectamente, a perpetuar la discriminación que la mujer sufre en el trabajo (Rossetti, 1988).

Las mujeres son educadas en la idea de que deben lograr una independencia relativa, en caso de que se vean privadas del apoyo masculino. Inconscientemente, las más de las veces, sus padres y su medio social son menos exigentes respecto de ellas que de los hombres. Su principal éxito en la vida no ocurrirá en el plano profesional sino en el doméstico. Cuando trabajan, aún si lo hacen por razones económicas, no obedecen a un deber social. Trabajan porque quieren trabajar. Si no lo hiciesen, no serían mal juzgadas por ello. Las mujeres entrevistadas dedican mucho tiempo y energía a su familia y a su casa. Las mujeres profesionales, viven su trabajo como un abandono de los hijos y como un tiempo del cual los privan, lo que provoca intensos sentimientos de culpabilidad. Las mujeres obreras, por el contrario, se sienten orgullosas de trabajar y consideran que gracias

a su trabajo contribuyen una prueba de amor maternal (Rossetti, 1988).

En las mujeres entrevistadas la ambición profesional se encuentra mucho menos desarrollada. La familia es el ámbito donde importa tener éxito en primer lugar. Es allí donde se tienen metas precisas: lograr cierta calidad en la relación conyugal, asegurar a los hijos un desarrollo personal armonioso (en el medio profesional), satisfacer las necesidades materiales de los hijos y darles la mejor educación posible (en el medio obrero). Respecto al trabajo, la ambición profesional sólo existe en la mitad de las mujeres profesionales. En las demás o bien hay conformismo o bien resignación ante sueños de promoción social frustrados (Rossetti, 1988).

Varios autores han dado cuenta de la relación entre el estatus de trabajadora de la mujer casada, su salud mental y satisfacción personal. La mayoría de los estudios reportan que la mujer casada que trabaja es más feliz, se siente más satisfecha con su vida, es más sana mentalmente y es menos depresiva que la mujer dueña de casa. En un estudio realizado con funcionarias de la administración pública se destaca como otro antecedente relevante obtenido, la valoración de estas mujeres respecto de su trabajo, considerándolo gratificante, lo cual se acompaña de una actitud semejante a la que tiene frente al trabajo doméstico y al trabajo materno, haciéndose responsable y cargo más allá de lo necesario o requerido. Sin embargo, la mujer casada y/o con hijos que ingresa a trabajar, suma nuevas responsabilidades y tareas a las tradicionalmente prescritas. Esta sobrecarga de trabajo puede convertirse en una fuente de tensiones, que atenta contra su salud física y psicológica (Dávila, 1997).

En un estudio sobre las estrategias utilizadas por madres profesionales para

enfrentar el conflicto de roles, se observó que se privilegiaba un enfrentamiento más bien individual, en desmedro de uno más compartido que implicase una estructuración de roles, es decir, trataban de cumplir con todas las demandas que se le presentaban tanto en los roles de madre como en lo laboral. Se señaló además que el uso de este tipo de estrategia contribuye al aumento del estrés experimentado por las profesionales, lo que eventualmente podría ser un factor importante en la explicación de un desempeño más pobre e ineficiente en los distintos roles (Dávila, 1997).

Mujer y Sexualidad

Hasta tiempos bien recientes el criterio de salud sexual que era dominante en nuestra cultura era el criterio moral. Lo saludable era lo que moralmente era considerado correcto. Lo inmoral era, además de incorrecto, desviado e incluso patológico (López, F., 1995).

Como, por otra parte, la moral dominante tenía su origen en la versión judeocristiana de la sexualidad, la cual, como es sabido, fue durante siglos sexofóbica, resultaba que todas aquellas conductas que se consideraban religiosamente inadecuadas eran, a la vez, inmorales, desviadas, degenerativas y patológicas (López, F., 1995).

En este sentido es fundamental tener en cuenta que la sexualidad era entendida, dentro de esta cultura, como genitalidad, orientada a la fecundidad, legítima sólo dentro del matrimonio y siempre que la actividad sexual estuviera orientada a procrear (F. López, 1995).

También puede decirse, aunque esto fuera un hecho más cultural que religioso,

que el deseo sexual, las demandas sexuales y el placer sexual era más bien cosa de los hombre, limitándose las mujeres a aceptar, dentro del matrimonio, estas demandas. Era el denominado “débito matrimonial”. La doble moral aplicada al hombre y a la mujer era una de las manifestaciones más evidentes de esta desigual consideración (López, F., 1995).

A lo largo del siglo XX, por lo que se refiere a España, a partir de los años sesenta, en las sociedades modernas secularizadas, ha dejado de ser dominante el criterio moral en materia de salud sexual. Los cambios sociales asociados a los procesos de industrialización (secularización de la vida en las grandes ciudades, trabajo de la mujer fuera de casa, sociedad comercial y de consumo, etc.), los intercambios turísticos con sociedades más progresistas, las publicaciones científicas y divulgaciones de los estudios sobre sexualidad, el desarrollo de los sistemas de anticoncepción y la generalización del uso de la píldora y de otros métodos, etc.; han creado una cultura laica en la que la moral religiosa ha dejado de regular la conducta sexual en buena parte de la población (López, F., 1995).

Concepto de sexualidad

La sexualidad es una característica de la especie humana que adquiere una connotación individual de acuerdo a las condiciones socioculturales, biológicas y ambientales, teniendo una complejidad tal que trasciende las diferencias físicas y también al individuo (Gramegna, Blümel, Roncagliolo, Aracena y Tacla, 1998).

Los conceptos de sexualidad no son, contra lo que pudiera pensarse, fácilmente identificables en los escritos de los diversos autores que han abordado el tema. Con

frecuencia, los autores comienzan a hablar de sexualidad asumiendo que son entendidos por sus lectores. Esta situación es grave si se identifica una característica fundamental del concepto de sexualidad: lo que un grupo social en particular entiende, lo que a cada individuo en particular le significa, el término sexualidad es el resultado de cómo el grupo o el individuo, ha construido el concepto. En efecto, la sexualidad es, ante todo, una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por lo tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo, pues la existencia misma es continua y cambiante (Rubio, 1994).

Los modelos de la sexualidad humana y los conceptos de sexualidad que de ellos se derivan, pueden agruparse en dos polos de un continuo en el que, en un extremo, se encuentran aquellos modelos que atribuyen a la sexualidad un carácter imperativo biológico que, ante la estructura social y educativa, lucha por expresarse; en el otro, la sexualidad es vista básicamente como la resultante de la interacción grupal que, a partir de una base biológica relativamente invariante, origina la diversidad característica de ideas, sentimientos, actitudes, regulación social e institucional de lo que el grupo entiende por sexualidad (Rubio, 1994).

La sexualidad puede vivirse de formas muy diferentes. Esta variabilidad sexual entre las personas permite formas de organización de la vida sexual muy diferentes que pueden ser, todas ellas, perfectamente satisfactorias. La sexualidad humana no es un único proyecto, no es un instinto o una conducta estereotipada que admita una única forma de satisfacción o de organización social que la regule (López, F., 1995).

Teorías tradicionales del desarrollo de la sexualidad

Tradicionalmente se ha asumido que las diferencias de comportamiento entre los sexos se deben a la existencia de diferencias sexuales innatas e inmutables. Basados en esta existencia, la crianza y la educación formal e informal (socialización) de las niñas y de los niños, es diferente desde el nacimiento según el sexo biológico. A esto se le llama socialización diferencial del género, del significado de ser mujer, de ser hombre y de las relaciones entre ambos (Raguz, 1995).

La psicología tradicional ha privilegiado esta visión del desarrollo del ser humano, a través de una interpretación del desarrollo humano desde lo personal, como algo que se daba dentro de la persona, debido al desarrollo de sus procesos afectivos, cognitivos y sociales (Raguz, 1995).

Así, las teorías marcadas por el psicoanálisis, veían el desarrollo psicosexual como el resultado de fuerzas instintivas y yoicas, donde la femineidad y la masculinidad eran algo marcado por los hechos biológicos de la diferencia genital y de la maternidad, que originaban en la mujer una psicología cualitativamente diferente a la del hombre.

Las teorías conductistas, explicaron el desarrollo humano, incluido el psicosexual, como la adquisición de roles sociales, comportamientos y posteriormente una identidad genérica en función de castigos y recompensas y, como agregó el socioconductista después, del aprendizaje observacional de comportamiento por medio de reforzamiento indirecto.

Por otro lado, el cognitivismo trata de darle un rol más activo a la persona, señalando que cada ser humano, desde su niñez, va construyendo su noción y valoración

del mundo y de sí misma.

Posteriormente, el sociocognitivismo reconoce también el papel activo de los procesos afectivos y cognitivos humanos, pero poniendo énfasis en la fuerza del papel del medio social. De esta forma, se veía que para la comprensión y la simplificación del mundo, la mente humana recurre a la creación de estereotipos sociales, los cuales categorizan a las personas en base a determinados criterios, tales como son el sexo biológico, edad, raza, estatus socioeconómico, estado civil, ocupación entre otros (Raguz, 1995).

Socialización de la sexualidad femenina

Desde el nacimiento se inicia un largo período en el aprendizaje de la sexualidad, inmerso en el proceso global de la socialización. Los niños maduran corporal, sensorial y socialmente, integrando lo sexual a su personalidad. Una vez que el niño ha descubierto y reconocido distintas partes de su cuerpo, es fácil y probable que distinga aquellas zonas corporales más sensibles a través de las que experimenta sensaciones más placenteras, generando así el deseo de repetir las (Raguz, 1995).

El desarrollo de la sexualidad está marcado profundamente por el conjunto de valores, creencias y elementos afectivos atribuidos por factores ideológicos y culturales. La familia constituye el espacio por excelencia de la socialización, es el lugar donde se realiza el proceso de transmisión y aprendizaje de normas, hábitos, conductas y actitudes. Es allí donde se construye la identidad de género y se produce y reproduce la constitución del ser hombre y el ser mujer (Raguz, 1995).

De esta manera, el modelo de vivencia de la sexualidad, se forma alrededor de un conjunto de valores que se materializan en prácticas y expectativas concretas. Concebida la sexualidad como relación social entre los géneros, sobrepasa la conceptualización de esta como anatomía-fisiología, reproducción de la especie, o como relación sexual, coito o genitalidad.

Sexualidad y climaterio

Son múltiples los factores que condicionan la capacidad y el desempeño sexual de la mujer en la edad madura, como lo son para el ser humano en general en el curso de su vida (López, N., 1991).

Desde el punto de vista biológico los sexólogos y ginecólogos afirman que si bien con la edad se producen cambios en la sexualidad, muchos de ellos están relacionados con las transformaciones más generales del envejecimiento que producen una disminución de las fuerzas y las energías y hacen que las respuestas corporales sean más lentas.

Aunque el hombre y la mujer maduros continúan ejerciendo su sexualidad, la frecuencia y la intensidad de las relaciones sexuales suelen disminuir, pero, salvo escasas excepciones, la pérdida de la capacidad orgásmica no es una consecuencia inevitable de la edad (Salvatierra, 1993).

Los cambios endocrinos y la carencia hormonal ovárica que se producen en la menopausia no afectan la vida sexual. La libido y la sensación de placer dependen esencialmente de la corteza cerebral y no de las hormonas, a lo sumo esa carencia puede provocar algunas molestias físicas por los cambios que se producen en las paredes de la

mucosa vaginal, que pueden hacer que el acto sexual resulte molesto y a veces hasta doloroso, pero que puede ser totalmente corregidos con el tratamiento adecuado. Por el contrario, la menopausia favorece un clima más adecuado para el ejercicio de una sexualidad más plena y satisfactoria al brindar seguridad frente a los riesgos de embarazo, sin necesidad de usar anticonceptivos, y al desaparecer las tensiones premenstruales y las molestias menstruales (López, N., 1991).

La forma en que estas posibilidades son aprovechadas por la mujer madura para ejercer una sexualidad activa dependen de algunos factores que se interrelacionan y se potencian, entre los que podemos mencionar:

- Las pautas culturales relativas al género femenino y su rol, a la sexualidad, al atractivo erótico y a las relaciones sexuales imperantes en el medio social,
- la internalización de estas pautas a través del proceso de socialización y el grado de rigidez con que se mantienen en el curso de su vida,
- la información y reflexión sobre el tema,
- la liberación de responsabilidades familiares y/o laborales,
- la autoestima y la imagen que tienen las mujeres de su propio cuerpo,
- el ejercicio de su sexualidad en épocas anteriores y relacionado con éste,
- la presencia y continuidad de una pareja sexual, y la estabilidad y confianza alcanzada en sus vínculos de pareja en el pasado y en el presente (López, N., 1991).

La mayoría de los expertos coinciden en afirmar que para mantener la capacidad y el desempeño sexual efectivo es necesario una vida sexual activa lo cual implica la presencia de una pareja permanente o la posibilidad de tener relaciones en las que exista un

intercambio sexual frecuente (López, N., 1991).

Mujer y Familia

Aspectos históricos de la Familia

El modelo de familia que tiene preeminencia en una época determinada se relaciona estrechamente con la dinámica en la que ésta se inserta. El paso de una familia concebida como un espacio productivo y público a la familia como un espacio afectivo y privado, es una conquista moderna. La conformación de esta nueva realidad familiar fue un largo proceso cuyo comienzo podemos situarlo en la disolución del mundo medieval, que germina en el siglo XVIII y se consolida a mediados del siglo XIX y XX (Informe CNF, 1994).

Una tendencia que es posible observar en la familia moderna es la conformación de la familia nuclear, esto es, compuesta por la pareja y sus hijos, a diferencia de la familia tradicional que era normalmente extendida. Este proceso se relaciona, además, con la formación de la ciudad moderna y el desarrollo urbano.

Actualmente, a diferencia de épocas anteriores cuanto a la elección de pareja, la que se realiza, casi sin excepciones, en forma voluntaria y sobre la base de sentimientos de afecto que predominan por sobre las motivaciones de orden económico (Informe CNF, 1994).

Tipos de familia

En relación a los tipos de familias, los diversos estudios adoptan variadas tipologías para definirla. El criterio de la composición de la familia pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad, distinguiéndose dos tipos generales con sus diversas variaciones (Informe CNF,1994).

- a) Familia nuclear: integrada por una pareja adulta con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
- i. Familia nuclear simple: integrada por una pareja sin hijos.
 - ii. Familia bipolar biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.
 - iii. Familia nuclear monoparental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.
- b) Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.
- i. Familia extensa simple: integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros, parientes o no parientes.
 - ii. Familia extensa biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.
 - iii. Familia extensa monoparental: integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos y por otros parientes.
 - iv. Familia extensa amplia (o familia compuesta): integrada por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no

parientes.

La importancia de esta tipificación radica en el reconocimiento de la complejidad de la realidad familiar del país, a la vez que sirve para poner de manifiesto algunas características peculiares a la dinámica familiar.

Entre las familias biparentales se puede distinguir la familia reconstituida, que es aquella formada por una pareja, con o sin hijos comunes que integra hijos de uniones conyugales anteriores, de uno o ambos miembros de la pareja (Informe CNF, 1994).

Definición y funciones de la Familia

Las tipificaciones anteriores ponen de manifiesto que cualquier grupo humano que comparta una vivienda y se alimente en común no es necesariamente una familia. Por ello es importante señalar las relaciones que permiten definir a un grupo humano como familia.

El Informe de la Comisión Nacional de la Familia considera a ésta como un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables. Es por ello que se es miembro de una familia en la medida en que se es padre o madre, esposo o esposa, hijo o hija, abuelo o abuela, tío o tía, etc.

Según sea el tipo de familia que se considere, toda modalidad o tipo de familia comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con sus funciones:

1. La reproducción en su interior: la función reproductora esta acompañada en la especie humana del surgimiento de algún tipo de afecto, que se constituye a partir de la satisfacción de necesidades físicas y emocionales.

2. La transmisión y la recreación de la cultura.
3. Una función de intermediación entre la persona y la sociedad.

Las funciones de la familia son:

- La familia como formadora de identidad personal. Desde el nacimiento, queda determinado que el individuo pertenece a una familia; el nombre signo de este vínculo representa la aceptación de que se pertenece a una realidad social que nos trasciende (familia) pero, a la vez, proporciona una especificidad que no es intercambiable (la individualización).
- La familia como núcleo básico de la socialización primaria: Del mismo modo como la familia nombra y le otorga su primera identidad a la persona, es el lugar donde se desarrollan los afectos, en el cual se le enseña a nombrar las cosas y aprende a conocer al mundo. Es el lugar de las significaciones primarias y es también considerada una comunidad primaria.
- La familia como un sustrato de reproducción: La experiencia de la sexualidad posibilita la constitución de la familia; así como en la constitución de la familia es posible establecer relaciones de parentesco, desde ellas se aprende a vivir como hombre o como mujer, en lo que estos conceptos tienen de propios, como también en su expresión cultural que comprende el aprendizaje de roles, todo lo cual contribuye a configurar la identidad masculina y femenina.
- La familia como unidad económica. La familia contemporánea, aunque por lo general ha dejado de ser una unidad productiva en el plano económico, mantiene su condición de unidad de consumo, a través de la cual es posible el sustento de las

necesidades materiales del núcleo, y prestadora de servicios especialmente vinculados a la formación y desarrollo de la persona (Informe CNF, 1994).

Realidad de las familias chilenas hoy

Hasta la década del treinta, la población chilena era mayoritariamente rural. Prevalcían altas tasas de natalidad y mortalidad, las expectativas de vida apenas superaban los 30 años y las familias eran predominantemente de tipo extenso.

En la década de los noventa, en directa relación con la mayor cobertura y mejoramiento de las condiciones sanitarias, de salud y alimentación, la fecundidad continúa en descenso; baja la desnutrición infantil y aumenta la esperanza de vida al nacer. Todo esto tiene fuerte incidencia en la prolongación del ciclo de la vida familiar. Se calcula que en los años 30, una pareja vivía en común, en promedio, alrededor de 15 años; en los años 90, la duración del ciclo de vida familiar es de aproximadamente 50 años (Informe CNF, 1994).

Nuestro país, al igual que el conjunto de los países latinoamericanos, se encuentra hoy en una fase de transición demográfica, proceso que describe el paso de una población joven, que crece rápidamente a una estructura etaria en la que adquiere cada vez mayor importancia la población adulta.

En el caso de Chile el rasgo distintivo de este proceso es el alto porcentaje de población joven adulta (según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), para 1991 el 42,1% de la población se encuentra entre los 25 y 59 años y particularmente entre los 25 a 35 años). Este grupo coexiste, sin embargo, con una proporción todavía

elevada de población menor de 15 años, aunque la tendencia de ésta tiende a descender (de 36,7 % en 1950 a 30,5% en 1991) (Informe CNF, 1994).

El Censo de 1982 arrojaba un tamaño medio de 4,4 personas por familia; la encuesta CASEN de 1987 señala un promedio de 4,28 en tanto la de 1990 refiere tan solo 4,05 personas por hogar (definido éste como una unidad cuyos miembros enfrentan en común la satisfacción de sus necesidades básicas y comparten una misma unidad de residencia). Esta disminución del tamaño familiar es un rasgo característico prácticamente de todas las regiones del país y en todos los sectores socioeconómicos, aun cuando en las zonas rurales y en los estratos más bajos la reducción es ligeramente menor.

Entre 1970 y 1982 la proporción de familias nucleares aumenta de 30,3% a 53,1% en relación al total nacional. Las formas extendidas y ampliadas, por su parte, experimentan un paulatino descenso, hasta llegar a constituir en 1990 un 23,6% del total de hogares.

Las familias nucleares, presididas por una pareja o por uno de los progenitores, constituyen la realidad más frecuente en nuestro país: 61,3% del total de hogares. Entre los años 1970 y 1982 se registra un 22,8% de incremento de familias nucleares, entre 1982 y 1990 el incremento tiende a ser más moderado (7,9%). En cambio, se produce un aumento de los hogares unipersonales (el hábitat está constituido por una sola persona), hasta llegar a un 7,5 % en 1990 (algo más de la mitad, 53%, están integrados por una mujer).

La mayor parte de las familias, tanto nucleares como extensas, son biparentales (68,4%), es decir en ellas hay una pareja a cargo del hogar. Dentro de ellas, la mayoría

corresponde a familias nucleares con hijos (45%). Cabe destacar, que hay una proporción importante de hogares monoparentales, compuesta por solo uno de los cónyuges. El Censo de 1982 reconoce un 18,1% de familias en esta situación. La encuesta de hogares del INE en 1990 da una cifra de 16,3%.

El Informe de la Comisión Nacional de la Familia refiriéndose al tipo de unión indica que la mayor parte de las personas que viven en pareja están unidas mediante matrimonio. El Censo de 1982 muestra que 6,6% de los hogares con pareja corresponden a uniones de hecho; la Encuesta de Hogares de 1989 consigna un 8,9%. Por otro lado, la Encuesta de la Comisión Nacional de la Familia consigna un 83,5% de personas que viven con un cónyuge legal y un 16,5% de parejas convivientes sin vínculos legales. Este tipo de unión es más frecuente entre los más jóvenes y en los niveles socioeconómicos más altos.

Desde el punto de vista de las etapas del ciclo de vida familiar, la distribución de hogares permite distinguir tres grupos de proporciones relativamente semejantes: un 32% son familias jóvenes, con hijos menores de 12 años; un 36% están en fases intermedias, donde el hijo mayor tiene entre 13 y 24 años. El restante 32% corresponde a familias en las etapas más avanzadas del ciclo, cuyo hijo mayor tiene más de 25 años, o bien parejas adultas sin hijos.

En cuanto a su composición se observa a medida que aumenta el ciclo de vida de las familias nucleares disminuye fuertemente la proporción de hogares biparentales y aumentan los monoparentales. En las fases más avanzadas del ciclo de vida familiar es más probable encontrar hogares monoparentales integrados sólo por la madre e hijos, proporción que empieza a ser más significativa a partir de las edades de los hijos mayores

entre 13 y 18 años.

También a medida que avanza el ciclo de vida familiar aumenta la proporción de hogares extensos, lo que puede significar que se trata de hijos casados o unidos que viven en el hogar de los padres, quienes se declaran jefes por ser seguramente los dueños de la vivienda.

Relaciones Familiares

En la edad madura es sumamente frecuente que se produzcan importantes cambios en la vida de la mujer en relación con las distintas configuraciones familiares a las que pertenece. Con referencia a la familia de procreación los cambios más relevantes que suele atravesar la mujer en la "edad crítica" están relacionados con los vínculos con la pareja y con sus hijos. La situación más frecuente en esta etapa es la de las mujeres con una pareja estable de muchos años y con hijos ya crecidos (N. López, 1991).

1. Vida conyugal

En todas las parejas, antiguas o recientes, sin hijos o con hijos, las tensiones o conflictos entre unión e individuación siempre presentes en el vínculo de pareja, pueden acentuarse al llegar a la edad media y llevar a nuevos pactos, negociaciones o separaciones.

En el caso de las mujeres sin pareja estable (solteras, separadas o viudas), las dificultades en esta edad aparecen ligadas a las posibilidades personales y sociales, internas y externas, de establecer nuevos vínculos o de asumirse como personas solas (López, N., 1991).

Existe un alto grado de acuerdo en que la buena comunicación entre los cónyuges es lo esencial para el éxito de las relaciones de pareja. Lo indica el 82,7% de las personas. Otros factores que cobran importancia son: sentirse mutuamente apoyados (36,8%), compartir intereses (33,6%), compartir la forma de educar a los hijos (25,4%), una buena situación económica (25,2%), buenas relaciones sexuales (25,1%), ser compañeros y amigos (21,5%). La fidelidad sexual es destacada sólo por el 12,6%. Las mujeres valoran más que los hombres, sentirse apoyadas, compartir la forma de educación de los hijos y ser compañeros y amigos. Los varones en cambio dan más importancia a la buena situación económica y a las buenas relaciones sexuales. A medida que se desciende en el nivel socioeconómico, adquieren mayor importancia la buena situación económica, compartir la forma de educar a los hijos y la fidelidad sexual. En relación a las etapas del ciclo familiar, el apoyo mutuo, el compartir intereses y una buena situación económica de la pareja cobra mayor relevancia a medida que transcurre la vida en común. Por el contrario, las buenas relaciones sexuales, la fidelidad, el ser compañeros y amigos, y una buena formación religiosa de ambos son factores de mayor importancia al inicio de la vida conyugal.

El apoyo mutuo y el ser compañeros y amigos son más importantes para los varones al comenzar la vida conyugal, pero lo es también para las mujeres en la etapa de hijos adolescentes y para la pareja en edad media y mayor, sin hijos en el hogar. Lo contrario ocurre con las buenas relaciones sexuales, las cuales en el inicio son privilegiadas por las mujeres y más tarde por los varones. En los más pobres, los hijos, la religión y el "acostumbramiento" se consideran relevantes para mantener la unión conyugal (Informe CNF, 1994).

Con respecto a los roles familiares una proporción importante cree que el trabajo fuera del hogar y la mantención económica de la familia le corresponde sólo al padre (50,1% y 45,2% respectivamente) y los quehaceres del hogar sólo a la madre (38,5%) (Informe CNF, 1994).

2. Parentalidad

Según Wood, Traupman y Hay (1984) la relación madre-hijo es tal vez el vínculo más permanente y durable en la experiencia humana y su importancia no cesa cuando el hijo alcanza la adultez. Con el aumento de la expectativa de vida se alarga el período en el cual las madres se relacionan con sus hijos como adultos y como son las mujeres las que sobreviven a sus esposos son principalmente las madres y los hijos los que envejecen juntos (López, N., 1991).

En el proceso de crecimiento de los hijos, especialmente a partir de la adolescencia, la mujer no dispone en la relación con ellos, de los apoyos, guías o definiciones de comportamiento que tenía cuando ejercía una maternidad activa de hijos pequeños. Esto produce impactos de diferente calidad y grado sobre cada uno de los progenitores que llevan a producir reacomodaciones en la pareja parental, en las relaciones intergeneracionales y en la estructura familiar. La mujer en la fases de lanzamiento y postparental debe aprender a aceptar al hecho de que su tarea está terminada y no es más agente responsable de la vida de sus hijos (López, N., 1991).

Muchos autores han teorizado sobre el "síndrome del nido vacío". Con este nombre designan la respuesta de las mujeres a la pérdida del ejercicio del rol materno cuando los hijos dejan el hogar. Rose Oliver (1981) critica el énfasis en lo patológico que

se pone al hablar de “síndrome” y pone el acento en otro aspecto conflictivo para la mujer que es el de definir y delimitar la nueva relación con sus jóvenes hijos. El desafío para ella está en poder transformar la relación con los hijos adultos en una relación entre iguales donde se acepte y respete la mutua autonomía (López, N., 1991).

Los datos de la Encuesta de la CNF establecen que los hijos son más importantes para las madres que para los padres, cobran mayor importancia a medida que se desciende en el nivel socioeconómico. Representan el área más importante de la vida del 23,7% de las madres y del 9,5% de los padres. Al mismo tiempo, la relación con los hijos es la más valorada en la familia por un 44,6% de las madres y un 26,4% de los padres. Los padres asignan mayor importancia al trabajo y a la pareja que a los hijos. En las madres, la pareja y los hijos son igualmente relevantes.

En general, la mayoría de las personas encuestadas califican muy bien las relaciones de los hijos con los padres (84,2% le pone nota 6 y 7). Esto es especialmente marcado entre las personas que pertenecen al sector socioeconómico medio (Informe CNF, 1994).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

- **Etapas del ciclo reproductor**

Preclimaterio: Etapa del ciclo reproductor en el cual se presentan ciclos menstruales normales y sin sintomatología climática.

Climaterio: Etapa del ciclo reproductor de transición entre la capacidad reproductora y el cese de ésta, con sintomatología climática.

Postclimaterio: Etapa del ciclo reproductor que comienza luego de más de dos años del cese definitivo de la menstruación.

- **Roles de género:** Papel conformado a partir del conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino y femenino (Lamas, 1998).
- **Salud mental:** Ausencia de desórdenes afectivo normalmente caracterizados por capacidad para divertirse, concentrarse y en general por reacciones emocionales normales.
- **Satisfacción con la vida actual:** Grado de conformidad de la persona con su vida presente asociada a una mayor satisfacción con la forma en que organiza y estructura el tiempo y las actividades diarias del hogar o el trabajo como de sus relaciones familiares y sociales.
- **Ocupación actual:** Actividad que desempeña regularmente una persona.
- **Presencia de hijos:** Mujer que posee o no hijos.
- **Presencia de pareja estable:** Mujer que posee o no pareja.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son las categorías de Salud Mental, de Satisfacción con la vida actual y los roles de género que poseen los diferentes grupos de mujeres que conforman la muestra?

¿Qué comparaciones se pueden establecer entre Salud Mental, Satisfacción con la vida y

los Roles de género en las mujeres de la muestra, según la etapa del ciclo reproductor?

Justificación de la Investigación

El climaterio es una de las etapas problemáticas en el ciclo de vida de la mujer. Sin embargo, ha sido en las últimas décadas cuando el conocimiento del climaterio ha adquirido mayor relevancia, esto debido al aumento de la esperanza de vida de tal forma que la tercera parte de la vida transcurre en dicho período.

Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud mental, pese a loécuál la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades y especificidades propias de la mujer. La morbilidad psicológica encubierta no resuelta, constituye una de las causales del frecuente fenómeno de las policonsultas de mujeres a los servicios primarios.

Las necesidades de la mujer postmenopáusica no habían sido incorporadas hasta ahora, en parte a una ausencia de percepción de la población femenina sobre sus necesidades en esta etapa. La transición demográfica y epidemiológica que experimenta el país, en términos de morbilidad y mortalidad, requieren de nuevas orientaciones por parte del sector salud.

El Programa de Salud de la Mujer desea incorporar en forma gradual y progresiva las distintas dimensiones a considerar en la satisfacción global de las necesidades de la mujer a través del ciclo vital, la magnitud de la tarea hace imprescindible contar con el concurso de otros sectores sociales y, con la presencia activa de las mujeres y los grupos organizados de la comunidad (Castro, 1998).

El período climatérico en la vida de la mujer debe ser asumido como un problema

de salud pública, por cuanto reúne los requisitos habitualmente utilizados en esta concepción:

- **Magnitud:** el cambio en el perfil demográfico (franco envejecimiento de la población) y epidemiológico (predominio de las enfermedades crónicas como causas de morbi-mortalidad) obliga a anticipar la provisión de servicios adecuados a este segmento de la población, que seguirá expandiéndose en los próximos años.
- **Trascendencia:** las diferentes patologías crónicas (cardiovasculares, cánceres, osteoporosis) afectan significativamente la calidad de vida de las personas y representan un alto costo asistencial y de rehabilitación para el sector salud.
- **Vulnerabilidad:** en la actualidad se dispone de estrategias promocionales y preventivas (THR) que muestran una alta relación costo beneficio. La decisión de usar, o no, THR con fines preventivos debe balancear los riesgos y beneficios conocidos con las preferencias personales de la mujer (Castro, 1998).

Es importante considerar para este estudio, los roles de género que presentan las mujeres en las diferentes etapas de la vida adulta, ya que se ha observado que los roles de género sufren modificaciones con el paso de los años, permitiendo una mayor flexibilidad en el comportamiento y un mayor ajuste psicológico a las situaciones que les toca vivir.

Mucho se ha dicho en los diversos estudios que una fuerte tipificación femenina dificultaría la adaptación de las mujeres a los cambios propios de ciclo vital familiar, ya que no tendría la capacidad de trascender su rol de género de madre y cuidadora de la familia, hacia un rol de mujer independiente y con objetivos personales, que posibiliten el cambio en sus relaciones con su pareja e hijos, y le permita abrirse a otras personas y

actividades.

Por esta razón nos pareció interesante observar los roles de género que puedan presentarse en las diferentes etapas del ciclo reproductor, en mujeres con y sin parejas, con o sin hijos y según su ocupación.

Por otro lado, tomando en consideración la visión actual del Ministerio de Salud sobre el Climaterio como un problema de salud pública, consideramos de gran importancia el estudio de la salud mental, la satisfacción con la vida actual y los roles de género en este grupo etario, ya que este estudio beneficiaría a un segmento de la población cuya problemática no ha sido abordada, obteniendo información fidedigna de este grupo acerca de su experiencia actual y la diferencia con las etapas reproductivas anteriores y posteriores.

Por la contemporaneidad del problema, los estudios al respecto han sido pocos y se ha hecho imprescindible abordarlo desde una perspectiva que vaya más allá de una visión médica, sobre todo tomando en consideración que se desconoce el significado sociocultural que el climaterio tiene en diversas culturas, así como la experiencia de vida de este proceso. De esta forma, la investigación en este campo es muy deseable teniendo en cuenta que mientras no se cuente con información sobre los aspectos biológicos, psicológicos y culturales no se podrá abordar el problema de una forma óptima.

Como producto de este estudio se pretende conocer cuál es la salud mental, la satisfacción con la vida y los roles de género que presentan los grupos de la muestra del Consultorio Dr. Marco Maldonado de atención primaria de la comuna de Viña del Mar, teniendo en consideración las variables: etapa del ciclo reproductor, ocupación, presencia

de hijos y de pareja. Por esta razón consideramos que esta investigación contribuirá en gran medida a llenar el vacío que existe con respecto al conocimiento del climaterio femenino, ya que el estudio pretende obtener información de los cambios producidos en un grupo amplio de edades de mujeres (30-60 años) de manera de contrastarlo con la información obtenida en las mujeres climatéricas. Esta investigación también servirá para futuras intervenciones en el ámbito de la salud y el bienestar durante esta etapa de la vida de la mujer.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

Objetivos generales

- Conocer cuáles son las categorías de Salud Mental, de Satisfacción con la vida actual y de Rol de género que presentan los diferentes grupos de la muestra de mujeres del Consultorio Marco Maldonado de la Comuna de Viña del Mar.
- Establecer comparaciones entre Salud Mental, Satisfacción con la vida actual y los Roles de género que presentan las mujeres según la etapa del ciclo reproductor.

Objetivos específicos

- 1.- Describir y comparar las categorías de salud mental presentes en los grupos de la muestra.
- 2.- Describir y comparar las categorías de satisfacción con la vida actual presentadas por las mujeres de la muestra.
- 3.- Describir y comparar las categorías de rol de género que presentan los grupos de la muestra.

- 4.- Determinar las diferencias en las categorías de salud mental, de satisfacción con la vida actual y de rol de género que presentan las mujeres de las tres etapas del ciclo reproductor.
- 5.- Determinar las diferencias en las categorías de salud mental, de satisfacción con la vida actual y de rol de género entre las mujeres con hijos y sin hijos de la muestra.
- 6.- Establecer las diferencias en las categorías de salud mental, de satisfacción con la vida actual y de rol de género entre mujeres con pareja y sin pareja de la muestra.
- 7.- Establecer diferencias en las categorías de salud mental, de satisfacción con la vida actual y de rol de género presentado entre mujeres dueñas de casa y mujeres con trabajo remunerado de la muestra.

Tipo de estudio

Este estudio es del tipo descriptivo comparativo debido a que se describe una o más variables de un mismo fenómeno y se comparan los resultados entre diferentes grupos. Para fines de este estudio se midieron las variables salud mental, satisfacción con la vida, roles de género; para así describir como estas variables se comportan en los grupos de la muestra (etapa del ciclo reproductor, presencia de hijos, presencia de pareja y ocupación). Su diseño es del tipo no experimental transeccional descriptivo ya que no existió manipulación de las variables y se observaría el fenómeno tal como se da en su contexto natural, es decir a través del autoreporte de las mujeres, se obtuvo información directa sobre las variables del estudio para luego proporcionar su descripción y comparación.

Muestra

La muestra es del tipo no probabilística, por conveniencia, estratificada, de sujetos tipos considerando que la muestra fue escogida según la conveniencia de los contactos de las tesis en el Consultorio Marco Maldonado de la Comuna de Viña del Mar.

Estratificada y de sujetos tipos ya que las personas que conforman esta muestra deben cumplir con ciertas características.

Sujetos

La muestra se conforma de 90 mujeres, que asistan al Consultorio Marco Maldonado de Viña del Mar al programa de la mujer, y que cumplan con las siguientes características:

- 30 mujeres que participen del programa de atención de la mujer climatérica en dicho Consultorio.
- 30 mujeres que declaren encontrarse en edad reproductiva fértil (preclimatéricas) y que son atendidas en el programa de planificación familiar del Consultorio.
- 30 mujeres que declaren encontrarse en su edad no reproductiva (postclimatéricas) y que son atendidas en el programa de la mujer climatérica del Consultorio.
- De estas mujeres se formaran los siguientes grupos: mujeres dueñas de casa o con trabajo remunerado; mujeres con hijos y sin hijos; mujeres con pareja y sin pareja estable.

Operacionalización de variables

Etapa del ciclo reproductor:

Clasificación de las mujeres de la muestra según sintomatología y ciclo menstrual en preclimáticas, climáticas y postclimáticas.

Roles de género:

Categoría de rol de género en la que se ubica a los sujetos de acuerdo a la puntuación obtenida al responder el Bem Sex Role Inventory (BSRI). Los roles son: masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados.

Salud mental:

Nivel de salud mental evaluado a través de General Health Questionnaire de Goldberg (GHQ-12), en las categorías de bajo riesgo, riesgo probable y alto riesgo de salud mental.

Satisfacción con la vida actual:

Grado de conformidad de la persona con su vida presente evaluado en cuestionario de satisfacción con la vida actual en las categorías: alta, mediana y baja satisfacción con la vida actual.

Ocupación:

Se determinará por autclasificación en encuesta sociodemográfica en, dueñas de casa o trabajo remunerado.

Presencia de hijos:

Autclasificación en encuesta sociodemográfica en, mujeres con hijos o sin hijos.

Presencia de pareja estable:

Autoclasificación en encuesta sociodemográfica en, mujeres con o sin pareja estable.

Técnica de recolección de datos

La recolección de los datos se llevó a cabo a través de la medición de los siguientes instrumentos:

1.- General Health Questionnaire (G.H.Q –12)

El GHQ es una medida de autoinforme elaborada por Goldberg (1972,1978) para detectar la probabilidad de trastornos psiquiátricos no psicóticos.

Este instrumento no clasifica a las personas como enfermas ya que los contenidos de los ítems hacen referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas "sanas", considerando dimensiones tales como felicidad, satisfacción actual, afecto positivo, experiencia de satisfacción, afecto negativo, experiencia de tensión, autoestima negativa, ansiedad y estado de ánimo deprimido.

Para la obtención de las puntuaciones de este cuestionario, se dispone de dos métodos: el "método GHQ"; con puntuaciones de cero para las dos primeras modalidades de respuesta y uno para las dos últimas, y el "método Likert" con puntuaciones de 0, 1, 2 y 3 respectivamente para cada una de las cuatro posibles respuestas que se ofrecen para cada ítem. Este último método es el que se utilizará en este estudio. Las correlaciones entre

ambos métodos oscilan entre 0,92 y 0,94.

Inicialmente el GHQ estaba compuesto por 60 ítems. Con posterioridad se han diseñado versiones con un número inferior de ítems, seleccionando de la versión original aquellos con un mejor funcionamiento. De tal forma tenemos versiones de 30, 28, 20 y 12 ítems. Esta última, constituye una de las escalas de bienestar psicológico que más se utiliza en estudios ocupacionales debido al reducido tiempo de aplicación que conlleva y por su buen funcionamiento (ver Banks y Jackson, 1982; Stafford y col., 1980; Donovan y Oddy, 1982; Warr, 1983).

Esta versión es el resultado del análisis de la estructura factorial del cuestionario original, del que se obtiene un factor principal detectable en todas las versiones del GHQ (Banks y col; 1980).

La justificación del uso de una puntuación única viene dada por la alta homogeneidad y consistencia interna que se han obtenido en diversos estudios sobre el GHQ-12. El coeficiente alfa (Cronbach, 1951; Mckennell, 1968) oscila entre 0,82 (Banks y Jackson, 1982) y 0,90 (Banks y cols., 1980).

Con respecto a la validez del GHQ-12, esta se ha demostrado por la asociación establecida entre este instrumento y otras medidas de tipo clínico en el estudio de síntomas de deterioro psicológico (Banks y otros, 1980), así como por su especificidad y sensibilidad (Banks, 1980, 1983). El método likert de puntuación es levemente superior al método GHQ en los aspectos antes mencionados (Goldberg, 1978).

Las correlaciones entre las distintas versiones del GHQ, son todas elevadas. Así, Banks (1983) obtiene correlaciones entre el GHQ-12 y el GHQ-30 que varían,

dependiendo del método de puntuación, entre 0.91 y 0.97. Las correlaciones entre el GHQ-28 y las dos versiones anteriores varían de 0.82 a 0.94.

Con respecto a las instrucciones se le pide al sujeto que diga como se ha sentido en las últimas semanas, comparando sus sentimientos actuales con los que habitualmente ha tenido en los últimos años (Rodríguez, 1991/1993). Los doce ítems están formuladas en escala likert, cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que de costumbre" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de costumbre", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems.

El GHQ-12 es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8).

También ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud mental con algunos elementos psicosociales tales como los problemas psicosociales en la mujer y la familia, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones

sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales (García,1999).

2.- Cuestionario de satisfacción con la vida actual

Descripción del instrumento

Se creó con el fin de recolectar información sobre la satisfacción con la vida actual de las mujeres de la muestra. Se establecieron para este propósito seis dimensiones de la vida de la mujer para la construcción de los ítemes de las preguntas, las cuales son: satisfacción con el trabajo (trabajo remunerado y trabajo en casa), satisfacción con la sexualidad, satisfacción con la salud física, satisfacción con las relaciones familiares (con la vida familiar, con los hijos y con la pareja), satisfacción con las relaciones sociales y satisfacción con la situación económica.

El cuestionario se compone de un total de 20 preguntas estructuradas, de las cuales 11 son del tipo likert y corresponden a las seis dimensiones elegidas para medir la satisfacción con la vida actual, el resto corresponden a preguntas descriptivas ya que sus respuestas no se incluirán para establecer las diferentes dimensiones de la satisfacción.

En las preguntas de tipo likert cada respuesta se describe de la siguiente manera: 4 satisfacción total, 3 satisfacción alta, 2 satisfacción mediana, 1 satisfacción baja y 0 satisfacción nula. De esta forma a mayor puntaje total en cada pregunta se manifestará satisfacción, y a la inversa, un menor puntaje indicará insatisfacción.

Se describen a continuación las dimensiones de la satisfacción con la vida actual, las preguntas correspondientes, el nº de ítemes y los puntajes mínimos y máximos:

Dimensión	N° Pregunta	Ítems	Puntajes
Trabajo remunerado	4	10	0-40
Trabajo en casa	5	8	0-32
Trabajo	4,5	18	0-72
Sexualidad	7	14	0-56
	9	11	0-33
Salud física	14	19	0-76
Vida familiar	15	13	0-52
Hijos	16	13	0-52
Pareja	17	13	0-52
	18	4	0-16
Relaciones familiares	15,16,17,18	43	0-172
Relaciones sociales	19	20	0-80
Situación económica	20	10	0-40
Satisfacción con la vida actual	4, 5, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	135	0-529

Procedimiento de Categorización

Se determinó que las categorías de la satisfacción con la vida serían: satisfacción baja, mediana y alta, para lo cual se realizaron los siguientes pasos:

1. Elegir los puntajes que se desean clasificar en las categorías de satisfacción: Puntajes pregunta n°4, n°5, n°7, n°9, n°14, n°15, n°16, n°17, n°18, n°19, n°20.
2. Calcular el promedio de los puntajes de interés:

$$\bar{x} = \sum_{i=1}^n x_i$$

3. Calcular la desviación estándar de los datos de la variable de interés:

$$\sigma = \sqrt{\left(\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 / n - 1 \right)}$$

4. Sumar y restar a los diferentes promedios la mitad de la desviación estándar obtenida.

5. Se deben clasificar los datos de la siguiente forma:

Satisfacción	Clasificación de los puntajes
Baja	$X < X - \sigma/2$
Mediana	$X - \sigma/2 \leq X \leq X + \sigma/2$
Alta	$X > X + \sigma/2$

Luego de aplicado el instrumento a la muestra de mujeres se realizó el procedimiento recién explicado a los puntajes obtenidos, y se obtuvieron los siguientes rangos de clasificación:

Dimensión	Satisfacción baja	Satisfacción mediana	Satisfacción alta
Trabajo remunerado	$X < 25$	$25 \leq X \leq 31$	$X > 31$
Trabajo en casa	$X < 20$	$20 \leq X \leq 26$	$X > 26$
Trabajo en mujeres con trabajo	$X < 45$	$45 \leq X \leq 55$	$X > 55$
Trabajo en mujeres sin trabajo	$X < 20$	$20 \leq X \leq 26$	$X > 26$
Sexualidad	$X < 56$	$56 \leq X \leq 72$	$X > 72$
Salud física	$X < 31$	$31 \leq X \leq 39$	$X > 39$
Vida familiar	$X < 35$	$35 \leq X \leq 45$	$X > 45$
Hijos	$X < 39$	$39 \leq X \leq 47$	$X > 47$
Pareja	$X < 40$	$40 \leq X \leq 58$	$X > 58$
Relaciones familiares	$X < 122$	$122 \leq X \leq 148$	$X > 148$
Relaciones sociales	$X < 46$	$46 \leq X \leq 62$	$X > 62$
Situación económica	$X < 16$	$16 \leq X \leq 22$	$X > 22$
Satisfacción en mujeres con trabajo y con hijos	$X < 322$	$322 \leq X \leq 386$	$X > 386$
Satisfacción en mujeres sin trabajo y con hijos	$X < 300$	$300 \leq X \leq 356$	$X > 356$

Procedimiento de construcción del instrumento

En su construcción inicial se contemplaron 26 preguntas con un formato de respuesta de acuerdo a la frecuencia (siempre, a veces, nunca), además de medirse para cada ítem la conformidad (sí, no) de las proposiciones.

Luego de esto, se le proporcionó el instrumento en su forma inicial a dos jueces (dos psicólogas) para otorgarle validez de contenido, y para esto se les solicitó que dieran sugerencias en los siguientes puntos: si las dimensiones del cuestionario son las necesarias para medir el fenómeno a estudiar, si los indicadores propuestos para las dimensiones son los necesarios y suficientes para el abordaje del tema, si los ítems efectivamente miden los indicadores establecidos, sugerir ítems que agregarían y los que ellos considerarían innecesarios.

El juez número uno indica un exceso de preguntas e ítems en la dimensión sexualidad, preguntas muy íntimas y con mucho énfasis en la genitalidad, que para este estudio no es tan necesario ya que el objetivo del cuestionario es la medición de la satisfacción con la vida y no la conducta sexual propiamente tal. Debido a este mismo problema habría un desequilibrio en el número de preguntas y de ítems para cada dimensión lo que impediría una eficaz comparación de los resultados. Se sugirió una pregunta abierta sobre la vivencia de la menstruación para las mujeres al tener directa relación con la vivencia de la menopausia. Con respecto a las dimensiones propuestas para medir la satisfacción con la vida actual, consideró que eran las adecuadas sin sugerir otras.

El juez número dos mencionaría también un exceso de preguntas acerca de la sexualidad y la relación de pareja, preguntas que a su juicio serían difíciles de ser

respondidas por las mujeres de la muestra. El formato de respuesta a su juicio necesitaría ser modificado debido a que no sería fácil de comprender su mecanismo de respuesta. Algunos ítemes no medían los indicadores propuestos y otros serían innecesarios ya que se evaluaban en otros ítemes. Se sugirió además que algunas preguntas serían difíciles de puntuar ya que esta puntuación sería muy subjetiva. En la dimensión salud se sugiere como indicadores la condición física y salud física. En general las dimensiones serían las adecuadas para abordar la satisfacción con la vida actual.

De acuerdo a las anteriores sugerencias se realizaron los siguientes cambios:

- El número total de preguntas se redujo a 20.
- El formato de respuesta de la mayoría de las preguntas cambió de frecuencia a grados de satisfacción (total, alta, mediana, baja y nula) en las diferentes dimensiones. En otras preguntas su formato de respuesta está diseñado de manera de medir certeza o falsedad de las afirmaciones, lo que permite realizar inferencias sobre satisfacción. Se conservó una sola pregunta con formato de frecuencia y otras con valoración de la importancia de las afirmaciones, éstas últimas no serán puntuadas debido a la dificultad para puntuar los ítemes y sólo se describirán las respuestas.
- En la dimensión trabajo de los doce ítemes en trabajo remunerado quedan diez. En la pregunta sobre el trabajo en casa de las seis preguntas se agregan dos. En la pregunta sobre razones para no trabajar fuera de casa de once razones se eliminan siete, esta pregunta no se puntúa.
- En la dimensión sexualidad, se eliminaron completamente tres preguntas debido a que no medían directamente satisfacción con la sexualidad sino que comportamiento

posterior al acto sexual, preferencias sexuales y motivo para no tener relaciones sexuales. Cuatro preguntas fueron agrupadas en una que mediría frecuencia de conducta sexual, siendo éstas más generales y menos íntimas. Con respecto a la pregunta que mide satisfacción propiamente tal de 20 ítemes sólo quedan 14. Una pregunta que no se puntúa es la de los motivos por los cuales las parejas tienen relaciones sexuales, de los 8 motivos quedan 6.

- En salud de 9 ítemes se agregan once, cambia el formato a certeza-falsedad.
- Relaciones familiares, en la pregunta vida familiar de 16 ítemes se eliminan 3. En relaciones con los hijos de los 17 ítemes se eliminan 4. En relación de pareja de 22 se eliminan 9. La eliminación de ítemes se basó en la repetición y la innecesariedad de éstos. En la pregunta de atributos personales de la pareja de 48 adjetivos quedan 32 (16 positivos y 16 negativos mezclados). En el planteamiento de la pregunta se solicita 4 atributos y luego la los grados de satisfacción para cada uno de éstos.
- Relaciones sociales, de 12 ítemes se elimina uno y se crean 9 ítemes nuevos.
- Situación económica, de los 7 ítemes iniciales se elimina uno y se agregan cuatro.

A continuación se presenta una tabla con el resumen de los cambios hechos al cuestionario inicial, además de los porcentajes de aceptación por dimensión y del total del instrumento:

Dimensión	N° de ítemes Cuestionario inicial	N° de ítemes Cuestionario final	% de Aceptación
Trabajo remunerado	12	10	83.3
Trabajo en casa	6	8	100
Trabajo	18	18	100
Sexualidad	77	25	32.5
Salud física	9	20	100
Vida familiar	16	13	81.3

Relación con hijos	17	13	76.4
Relación con pareja	22	13	59.1
Atributos pareja	48	32	66.7
Relación pareja total	70	45	64.3
Relaciones familiares	103	71	68.9
Relaciones sociales	12	20	100
Situación económica	7	10	100
Satisfacción con la vida actual	226	164	72.6

Según la validación del instrumento por los jueces el porcentaje de aceptación de éste es del 72.6%.

Confiabilidad del instrumento

Se dice que un instrumento de medición es confiable en la medida en que la repetición de la medición produce resultados coherentes para el individuo, es decir, que su puntaje o resultado permanece sustancialmente el mismo cuando se repite la aplicación o que su posición dentro del grupo indica poca variación. La confiabilidad se refiere entonces, a la precisión de la medición, lo que se espera que el test dé resultados iguales o poco variables en medidas repetidas. La confiabilidad se expresa mediante un coeficiente de confiabilidad.

Para el caso del cuestionario de satisfacción con la vida se realizó análisis de confiabilidad para 10 instrumentos por separado, debido a que cada instrumento (cada pregunta) tiene diferentes cantidades de ítems dentro de sí. Se realizaron análisis de confiabilidad con el método de división por mitades, en primer lugar para cada pregunta y luego para el cuestionario completo.

La confiabilidad para cada pregunta es:

Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 7	Pregunta 9	Pregunta 14
Rt= 0.71	rt= 0.56	rt= 0.88	rt= 0.69	rt= 0.85
Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 17	Pregunta 19	Pregunta 10
Rt= 0.85	rt= 0.81	rt= 0.89	rt= 0.96	rt= 0.63

La formula utilizada para el cuestionario completo es la siguiente:

$$R = \frac{n r t}{1 + (n-1) r t}$$

rt= coeficiente de confiabilidad de cada pregunta

n= número de preguntas

La confiabilidad para el cuestionario completo en cada pregunta es la siguiente:

Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 7	Pregunta 9	Pregunta 14
R= 0.96	R= 0.91	R= 0.99	R= 0.96	R= 0.99
Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 17	Pregunta 19	Pregunta 10
R= 0.99	R= 0.98	R= 0.99	R= 0.98	R= 0.94

Nota: Para la pregunta 18 y las demás preguntas faltantes, resulto imposible calcular el coeficiente de confiabilidad, debido a que no existe forma en que el grado de confiabilidad de ellas se aleje de 1.

Error estándar de medición

El puntaje que una persona obtiene en un test nunca debe tomarse como un punto exacto pues todos los instrumentos contienen errores en su medición. Los errores de medición hacen que los puntajes se alejen de la media en ambas direcciones e introducen una zona de inseguridad alrededor de los puntajes obtenidos por las personas, por lo cual es necesario saber cuál es el error que contiene en sí cada una de las preguntas de satisfacción en el cuestionario para poder estimar los puntajes verdaderos de las personas.

La fórmula para el error estándar de medición es la siguiente:

$$SE = St \times \sqrt{1-Rtt}$$

SE= error estándar de medición
 St= desviación estándar de los datos
 Rtt= confiabilidad del instrumento

El error estándar de medición para cada pregunta es el siguiente:

Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 7	Pregunta 9	Pregunta 14
2.17	2.94	2.73	1.72	4.01
Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 17	Pregunta 19	Pregunta 10
1.85	2.06	1.48	2.24	3.09

Para la estimación de los puntajes verdaderos se utiliza el siguiente intervalo de confianza: $t_j + 2se$; $t_j - 2se$. De esta forma, si una mujer obtenía 22 puntos en la pregunta 4 su puntaje verdadero estaría entre 20 y 24 puntos.

3. - **Inventario de Roles sexuales de Bem (BSRI):**

Este cuestionario mide las respuestas dadas por las personas en función de la auto percepción de la posesión de ciertos atributos expresivos e instrumentales positivos y que se consideraran socialmente deseables para mujeres y hombres, respectivamente (Vergara y Páez, 1993).

Este instrumento cuenta con dos escalas, una de femineidad y otra de masculinidad. Cada una de estas escalas posee una serie de enunciados que se relacionan con atributos socialmente asociados al género. De esta forma, existen en esta escala ciertos ítemes que se podrían denominar como "femeninos" y otros, que se podrían denominar "masculinos". Esto significa que lo que está midiendo este test es la deseabilidad social respecto a la

masculinidad- femineidad, es decir, de acuerdo a lo que se considera adecuado dependiendo si se es hombre o mujer. Se obtiene una medida de la tipificación sexual de la persona. (Jayme y Sau, 1996).

El BSRI está conformado por 60 ítems, adjetivos o enunciados cortos. Veinte de ellos se refieren a características consideradas como masculinas, veinte se refieren a características consideradas femeninas, y los veinte restantes se refieren a características neutras o distractoras atribuibles a ambos sexos por igual, diez de las cuales son positivas y diez son negativas, y que sirven como escala de evaluación de la deseabilidad social. Estas últimas, son consideradas de relleno, razón por la cual no se puntúan (Meléndez y cols. , 1996).

Cada ítem puede ser abordado en una escala Likert de 1 (nunca o casi nunca) a 7 (siempre a casi siempre), dependiendo de la frecuencia con que la persona se atribuya una característica en particular. El protocolo de ítems masculinos, femeninos y neutros está basado en una traducción al castellano (Meléndez y cols. 1996).

El BSRI fue elaborado por Sandra Bem, para lo cual necesitó formular una lista de atributos que se consideraran culturalmente deseables para hombres y mujeres. Para seleccionar estos ítems, elaboró una lista de 200 características de personalidad que se considerarían estereotípicamente masculinas y femeninas. Además generó una lista de 200 atributos neutros (ni femeninos, ni masculinos) de los cuales el 50% eran considerados negativos y, el otro 50 % eran considerados positivos.

Estos 400 atributos fueron presentados a dos muestras de estudiantes universitarios de ambos sexos en los años 1972 y 1973. En cada muestra, la mitad de los

sujetos evaluó cada rasgo de personalidad en términos de su deseabilidad social para los hombres y, la otra mitad para las mujeres (las preguntas eran del tipo, ¿en la sociedad estadounidense, en qué medida es deseable para un hombre ser asertivo?). Los atributos que resultaron ser, significativamente, más deseables para las mujeres que para los hombres constituyeron la escala de femineidad, y, los más deseables para los hombres que para las mujeres, la de masculinidad. De las características que cumplieron ese criterio, se seleccionaron 20 para cada escala, siendo similar la medida de deseabilidad en cada escala, según Bem. De los atributos que no eran específicamente ni masculinos, ni femeninos, y que no se diferenciaron estadísticamente en su deseabilidad social para uno u otro sexo, se seleccionaron 10 atributos positivos y 10 negativos, para la construcción de la escala de deseabilidad social (Vergara y Páez, 1993).

De esta manera, en 1974 fue publicado el inventario de Roles sexuales de Bem como el primer instrumento orientado a medir la instrumentalidad-masculinidad y expresividad-femineidad como dimensiones independientes, en vez de considerarlas como los extremos opuestos de una misma escala (modelo unidimensional bipolar). Asimismo, afirma que ambas dimensiones son bidimensionales y ortogonales, entendido esto como la no-correlación o baja correlación entre masculinidad y femineidad. De esta forma, una misma persona puede presentar rasgos femeninos y masculinos (Hyde, 1991). Bem (1974) confirmó esta propiedad en su inventario, y, estudios posteriores hechos tanto desde una perspectiva factorial (Gaudreau, 1977; Puglisi, 1980) como correlacional (Feather, 1978 ; Bohannon y Mills, 1979), corroboraron este supuesto.

En un inicio Bem clasificó a los sujetos en masculinos, femeninos y andróginos,

(independientemente de su dimorfismo sexual), según sus puntuaciones en el BSRI, utilizando una razón t de Student como un procedimiento que permitiese averiguar si las escalas de masculinidad y feminidad se diferenciaban significativamente la una de la otra. Así, si una persona puntúa significativamente más alto en la escala de masculinidad que en la de feminidad tenía un esquema de género masculino y si su puntuación era significativamente más alta en la escala de feminidad que en la de masculinidad su esquema de género resulta ser femenino. En contraste, si ambas escalas tenían una puntuación semejante esa persona resultaba ser andrógina. De acuerdo a esta operacionalización, la androginia estaría definida por el equilibrio de masculinidad y feminidad, y un individuo andrógino sería quién obtuviera altas como bajas puntuaciones en ambas escalas (Carmona y Saénz, 1997).

En estudios posteriores llevados a cabo por Janet Spence et al. (1975) se demostró que aquellos sujetos que obtienen altas puntuaciones en las escalas de masculinidad y feminidad difieren significativamente de los que puntúan bajo en ambas escalas, en varios aspectos comportamentales y psicológicos siendo los primeros quienes poseen mayor autoestima e independencia que los segundos. De acuerdo a estos resultados Janet Spence propone una nueva clasificación denominada Modelo Aditivo, que está basado en los puntajes obtenidos por sobre o por debajo de la mediana del grupo en las escalas de feminidad y masculinidad, y según la cual hombres y mujeres pueden ser clasificados según una cuádruple tipología: masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados.

Bem y sus colaboradores confirmaron los resultados de las investigaciones de Spence aceptando que la androginia no sólo estaría definida como el equilibrio de

masculinidad y feminidad, sino como “ la posesión , en alto grado, de ambas características”; conformando los sujetos andróginos una categoría distinta de los sujetos indiferenciados, quienes poseen en bajo grado características masculinas y femeninas. Bem en 1977 revisó su propio sistema y reconoció la conveniencia de utilizar el Modelo Aditivo y el método de la mediana propuesto por Spence debido a la simpleza conceptual de su cuádruple tipología (Carmona y Sáenz, 1997).

Según la metodología de trabajo de Sandra Bem, se puede clasificar a los individuos en 4 tipificaciones o categorías de esquema de género. Para poder asignar una categoría de género a cada persona es necesario tener la mediana de la escala de femeneidad y otra de la de masculinidad. Según la autora del test, estas medianas se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada escala y ubicando el puntaje que divide a la muestra en dos (mediana).

Cada categoría de género se conceptualiza de la siguiente forma :

1. Tipificación Femenina : serán tipificados femeninos aquellos sujetos que en el inventario obtengan un puntaje mayor que la mediana en los ítems femeninos y un puntaje menor a la mediana en los ítems masculinos.
2. Tipificación Masculina : serán tipificados masculinos aquellos sujetos que en el inventario obtengan un puntaje mayor que la mediana en los ítems masculinos y un puntaje menor a la mediana en los ítems femeninos.
3. Tipificación Androginia: serán tipificados androgínos aquellos sujetos que en el inventario obtengan un puntaje mayor que la mediana en los ítems masculinos y femeninos.

4. Tipificación Indiferenciado : serán tipificados como indiferenciado aquellos sujetos que en el inventario obtengan puntajes menores que la mediana en los ítems femeninos y masculinos (Meléndez y cols., 1996).

Los trabajos de comparación de los datos a través de los dos métodos dieron casi siempre como ventajoso el método por la división de la mediana, pues respeta el carácter bidimensional así como también la independencia entre masculinidad y feminidad. De esta forma, el Modelo Aditivo de Spence es el que en la actualidad goza de más amplia aceptación en la comunidad científica como procedimiento para la obtención de las cuatro categorías de género (Carmona y Sáenz, 1997).

Confiabilidad y Validez del BSRI:

El BSRI es probablemente el inventario más ampliamente utilizado para medir masculinidad-femineidad de manera ortogonal y bipolar (Bohannon y Mills, 1979 ; Witley, 1983). Bem (1974,1975) reportó independencia entre las escalas masculina- femenina (r promedio es igual a 0,03), una alta consistencia interna (alfa promedio es igual a 0,86) y confiabilidad de test-retest mayor a 0,80. Varios estudios transculturales (Lenney, 1991; Acuña, Bruner y Ávila, 1994) han sido consistentes con los hallazgos de Bem, confirmando que las dos escalas son independientes y que no están confundidas en factores comunes.

Páez et al. (1989), en la aplicación de la traducción al castellano del BSRI en la población española, da lugar a valores de confiabilidad similares; una confiabilidad más alta para masculinidad (0,82) que para femineidad(0, 78) y ambas alrededor de un coeficiente alfa de 0,80. Por otro lado, en una muestra transcultural realizada en Bélgica, México y

país Vasco (Vergara, 1993) los coeficientes fueron de 0,80 para masculinidad, 0,73 para femineidad y 0,62 para deseabilidad social (Vergara y Páez, 1993).

Los estudios de Páez y cols. (1989) y Lenney (1991) otorgan valores para la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de consistencia interna, similares entre sí, encontrándose la escala de masculinidad entre 0,80 y 0,85 y la de femineidad entre 0,73 y 0,78. En la confiabilidad mediante el método test-retest se encontraron correlaciones significativas. Alrededor de un 0,80 para la femineidad y 0,90 para la masculinidad. De acuerdo a otras investigaciones (Bem, 1974; Berzins et al., 1978; Helmreich et al. 1981; Beere, 1983) el BSRI posee una consistencia interna de 0,86 para la masculinidad, de 0,82 para la femineidad, de 0,86 para andrógina y de 0,75 para la escala de deseabilidad social. Asimismo, estos autores señalan que los índices de confiabilidad test-retest de un intervalo de 4 meses, arrojan para la masculinidad y femineidad coeficientes de 0,90, para andrógina 0,93 y para deseabilidad social 0,89 (Carmona y Saénz, 1997).

En Chile no existe evidencia empírica acerca de la validación de este instrumento, sin embargo, considerando los datos favorables acerca de la validez y confiabilidad en países de habla hispana (España y México), su amplia aplicación en la población juvenil, junto con el hecho de ser el inventario más utilizado para medir el esquema de género, es que el BSRI constituye el instrumento más idóneo para los fines de esta investigación.

4.- Encuesta de Identificación

Se creó una encuesta para recolectar datos sociodemográficos y para clasificar a las mujeres de la muestra según la etapa de su ciclo reproductor; entre los que se encuentran edad, número de hijos, edades de hijos, número de personas grupo familiar, estado civil, ocupación, con quien vive, ingreso mensual familiar, previsión, situación habitacional y datos médicos entre los que se encuentran, control ginecológico periódico, diagnóstico climaterio, tratamiento hormonal (fecha inicio), operación de histerectomía, año inicio alteraciones menstruales, año última menstruación y tabla con 26 síntomas asociados al climaterio.

Procedimiento

Se asistió a los controles de planificación y climaterio del Consultorio Marco Maldonado de Viña del Mar con el fin de aplicar los tres instrumentos. Se les solicitó a las mujeres que asisten a estos controles que voluntariamente acepten contestar los cuestionarios en una oficina cedida para estos fines. Cada una de las encuestadoras se encargaba de una mujer a la vez en una oficina diferente. Se le explicaba a cada mujer la importancia de su colaboración y se le aseguraba su anonimato, luego de esto la encuestadora procedía a explicar y leer cada uno de los instrumentos de medición, la duración fue de 45 minutos aproximadamente, durante un mes y medio (Septiembre y Octubre del presente año).

Plan de análisis

En este estudio se pretende dar una descripción de la salud mental, satisfacción con la vida actual y los roles de género para cada uno de los grupos de la muestra. Luego de esto se compararán los grupos según las variables a estudiar. A continuación se describirán los pasos de nuestro plan de análisis:

Salud Mental

Las categorías de salud mental se obtuvieron a través de la normalización de los resultados de la muestra utilizando una desviación estándar que divide al grupo en bajo riesgo de salud mental, riesgo probable de salud mental y alto riesgo de salud mental.

- Descripción y comparación de las categorías de salud mental según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan las mujeres (preclimática, climática y postclimática), ocupación actual (dueñas de casa y trabajo remunerado), presencia de pareja e hijos.

Roles de Género

Se describirán las categorías de roles de género según la clasificación propuesta por Sandra Bem, en la cual se utiliza la mediana de las escalas de masculinidad y de feminidad para la clasificación de la muestra en: masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados.

- Descripción y comparación de las categorías de rol de género según la etapa del ciclo reproductor, ocupación y presencia de hijos y pareja estable.
- Descripción y comparación de las categorías de rol de género y salud mental

según la etapa del ciclo reproductor.

Satisfacción con la vida actual

Las categorías de satisfacción con la vida actual se obtuvieron a través de la normalización de los puntajes con la utilización de media desviación estándar que divide a la muestra en baja, mediana y alta satisfacción.

- Descripción y comparación de las categorías de satisfacción con la vida actual según la ocupación de las mujeres (dueñas de casa y con trabajo remunerado), presencia de hijos (con hijos y sin hijos), presencia de pareja (con y sin pareja) y según la etapa del ciclo reproductor (preclimatéricas, climatéricas y postclimatéricas).

- Descripción y comparación de las categorías de satisfacción con la vida actual con las categorías de rol de género y salud mental según la etapa del ciclo reproductor.

Dimensiones de la satisfacción con la vida

- Descripción y comparación de las diferentes dimensiones de la satisfacción con la vida con las categorías de rol de género y las de salud mental según la etapa del ciclo reproductor.
- Descripción de la satisfacción con el trabajo según la ocupación.
- Descripción de la satisfacción con la pareja según la presencia de pareja.

Tabla resumen de variables

VARIABLE	INSTRUMENTO	CATEGORÍAS
Salud Mental	GHQ-12	Bajo riesgo Riesgo Probable Alto riesgo
Roles de Género	BSRI	Masculino Femenino Andrógino Indiferenciado
Satisfacción con la Vida	Cuestionario de Satisfacción	Sexualidad Trabajo Salud Relaciones Familiares Relaciones Sociales Economía
Etapas del Ciclo Reproductor	Encuesta Sociodemográfica	Preclimatérica Climatérica Postclimatérica
Ocupación actual	Encuesta Sociodemográfica	Dueña de Casa Con Trabajo Remunerado
Presencia de pareja estable	Encuesta Sociodemográfica	Con Pareja Sin Pareja
Presencia de hijos	Encuesta Sociodemográfica	Con Hijos Sin Hijos

CAPITULO 3

RESULTADOS

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD

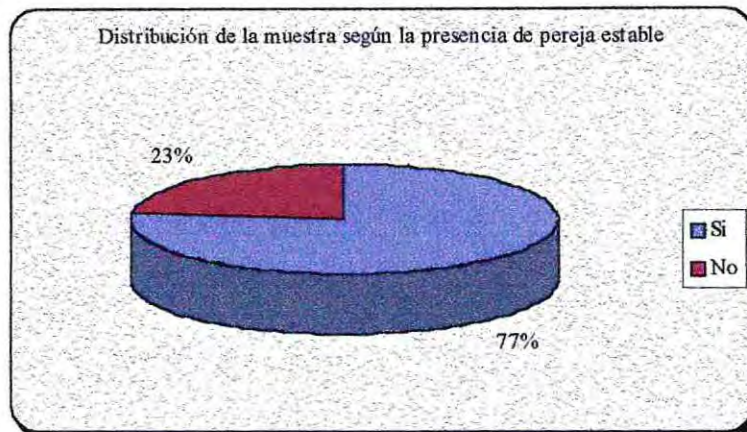
Tabla N°1: Distribución de mujeres en estudio según edad.

Intervalo edad (en años)	Total	%
[30 – 36]	16	17.7
[37 – 42]	11	12.2
[43 – 48]	15	16.6
[49 – 54]	22	24.4
[55 – 60]	26	28.8
Total	90	100

PRESENCIA DE PAREJA ESTABLE

Tabla N°2: Distribución de mujeres en estudio según presencia de pareja estable.

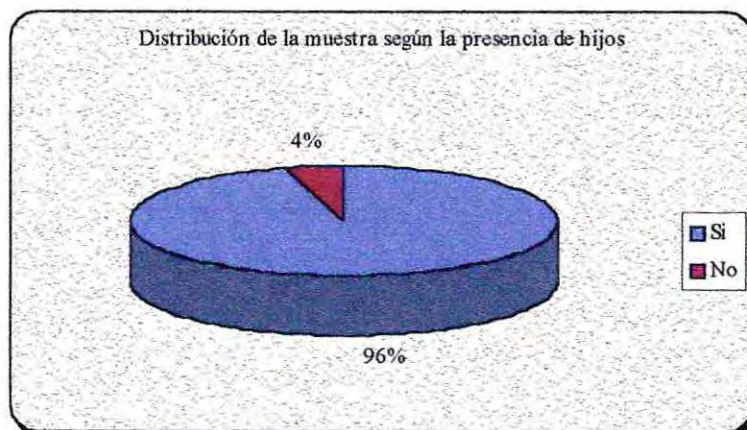
Pareja estable	Total	%
Si	69	77
No	21	23
Total	90	100



PRESENCIA DE HIJOS

Tabla N° 3: Distribución de mujeres en estudio según presencia de hijos.

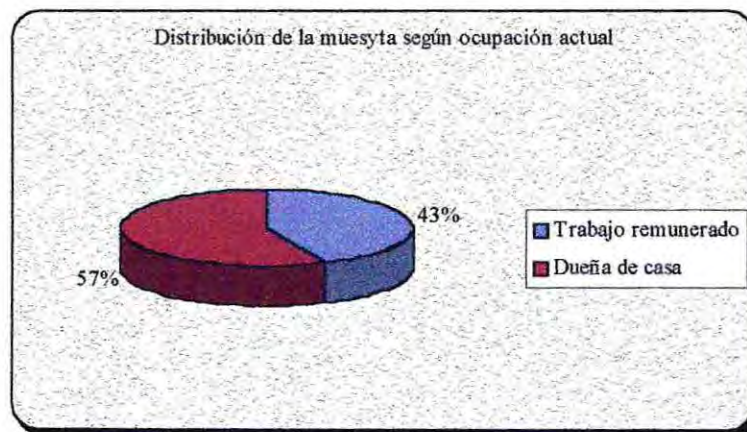
Hijos	Total	%
Si	86	96
No	4	4
Total	90	100



OCUPACIÓN

Tabla N° 4: Distribución de las mujeres en estudio según ocupación actual.

Ocupación	Total	%
Trabajo remunerado	39	43
Dueña de casa	51	57
Total	90	100



Dentro de las 51 mujeres dueñas de casa, existen 5 de ellas que se encuentran cesantes, y 4 que trabajaron en los últimos cinco años, por lo tanto 42 mujeres siempre se han dedicado a las labores del hogar.

2. SALUD MENTAL

Tabla N°5: Distribución de las mujeres en estudio según las categorías de Salud Mental (GHQ-12).

Categorías Salud mental	Total	%
Bajo riesgo ($x < 6$)	11	12.2
Riesgo Probable ($6 \leq x \leq 22$)	66	73.3
Alto riesgo ($x > 22$)	13	14.4
Total	90	100

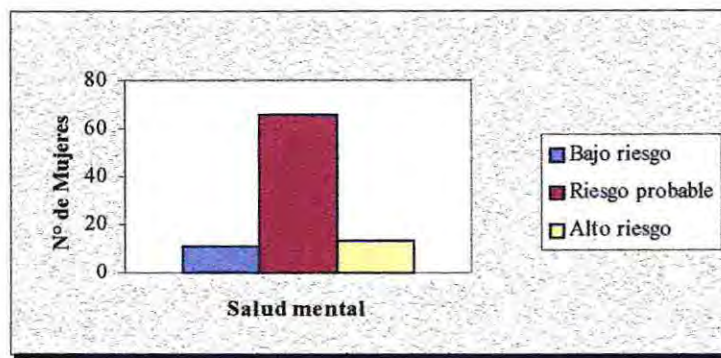


Tabla N° 6: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan.

Salud mental	Etapa del ciclo reproductor			Total
	Pre-Climatérica	Climatérica	Post-Climatérica	
Bajo riesgo ($x < 6$)	6	2	3	11
Riesgo Probable ($6 \leq x \leq 22$)	20	23	23	66
Alto riesgo ($x > 22$)	4	5	4	13
Total	30	30	30	90

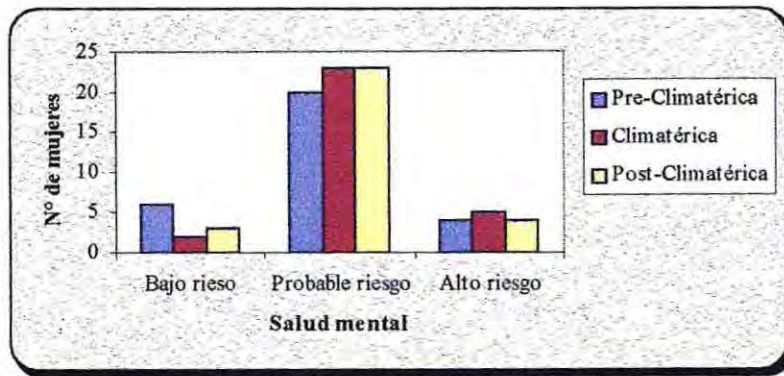


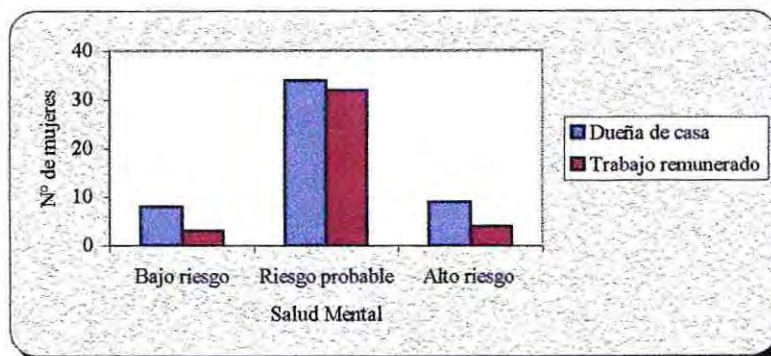
Tabla N° 7: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan. Valores en porcentaje.

Salud mental	Etapa del ciclo reproductor			Total
	Pre-Climatérica	Climatérica	Post-Climatérica	
Bajo riesgo ($x < 6$)	54.5	18.2	27.3	100
Riesgo Probable ($6 \leq x \leq 22$)	30.4	34.8	34.8	100
Alto riesgo ($x > 22$)	30.8	38.4	30.8	100

Se puede observar que el mayor porcentaje en bajo riesgo de salud mental son las Preclimatéricas y el menor porcentaje las Climatéricas. En riesgo probable los porcentajes son bastante similares. En alto riesgo las Climatéricas tienen un porcentaje ligeramente superior al resto.

Tabla N°8: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según la ocupación actual que presentan.

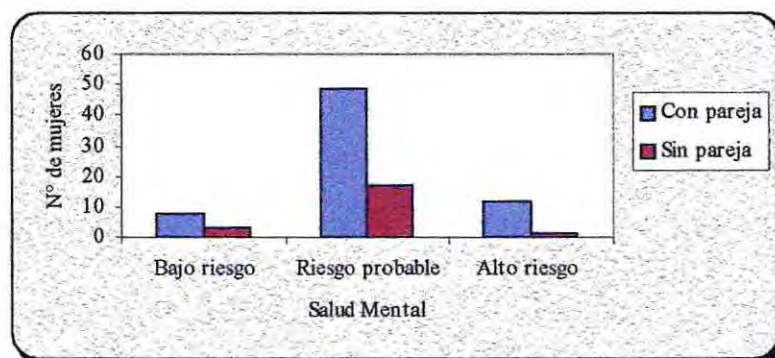
Salud Mental	Dueña de Casa		Trabajo Remunerado	
	Nº	%	Nº	%
Bajo riesgo ($x < 6$)	8	15.7	3	7.7
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	34	66.7	32	82.1
Alto riesgo ($x > 22$)	9	17.6	4	10.2
Total	51	100	39	100



El mayor porcentaje en dueñas de casa y en trabajo remunerado se encuentra en riesgo probable, mientras que los porcentajes que le siguen a ambos están en alto riesgo de salud mental.

Tabla N°9: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según presencia de pareja estable que presentan.

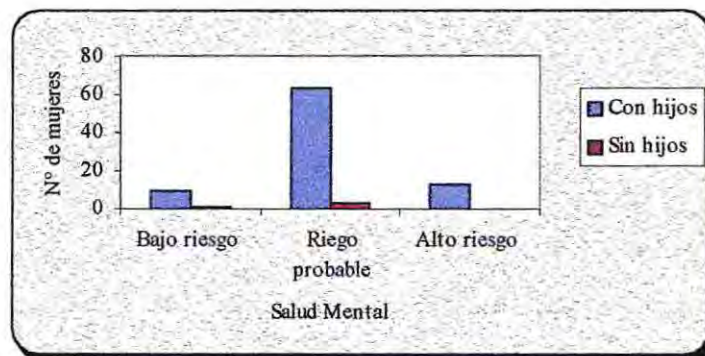
Salud Mental	Con pareja		Sin pareja	
	N°	%	N°	%
Bajo riesgo ($x < 6$)	8	11.6	3	14.3
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	49	71	17	80.9
Alto riesgo ($x > 22$)	12	17.4	1	4.8
Total	69	100	21	100



En ambos grupos, el mayor porcentaje se concentra en la segunda categoría de salud mental. Las mujeres con pareja presentan una tendencia de riesgo probable y alto riesgo (88.4%) de salud mental. En las mujeres sin pareja se da este hecho en forma inversa con un 95.2%.

Tabla N°10: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental según presencia de hijos que presentan.

Salud Mental	Con hijos		Sin hijos	
	N°	%	N°	%
Bajo riesgo ($x < 6$)	10	11.6	1	25
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	63	73.3	3	75
Alto riesgo ($x > 22$)	13	15.1	0	0
Total	86	100	4	100



En ambos grupos los mayores porcentajes superan el 70% y se ubican en riesgo probable. En el grupo de mujeres con hijos el segundo porcentaje más alto se concentra en alto riesgo, mientras en las mujeres sin hijos el segundo porcentaje se ubica en bajo riesgo.

3. ROLES DE GÉNERO

Tabla N°11: Distribución de las mujeres en estudio según las categorías de rol de género a partir de sus puntajes en el BSRI.

Roles de Género	Total	%
Masculino	17	18.9
Femenino	7	7.8
Andrógino	53	58.9
Indiferenciado	13	14.4
Total	90	100

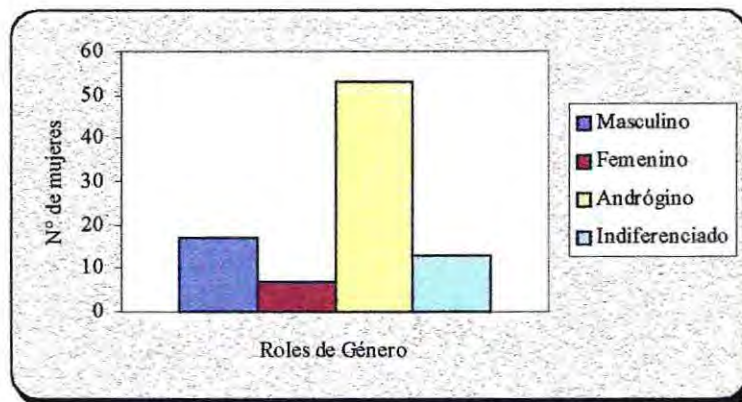
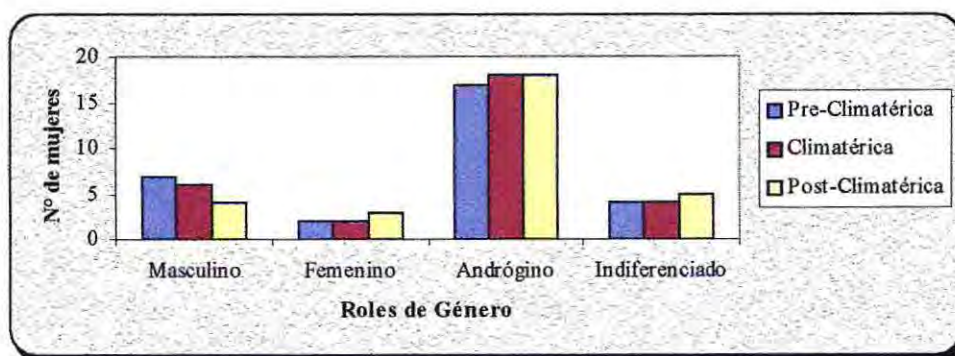


Tabla N°12: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan.

Roles de Género	Etapa del ciclo reproductor			Total
	Pre-Climatérica	Climatérica	Post-Climatérica	
Masculino	7	6	4	17
Femenino	2	2	3	7
Andrógino	17	18	18	53
Indiferenciado	4	4	5	13
Total	30	30	30	90



Considerando los porcentajes en función de la etapa del ciclo, se pueden hacer las siguientes observaciones: el mayor porcentaje de mujeres se concentra en las Andróginas con un 60% en las Climatóricas al igual que las Postclimatóricas, seguidas por las Preclimatóricas con un 56.7%. El tercer porcentaje más alto lo poseen las Masculinas Preclimatóricas con un 23.3%, seguida por las Climatóricas con este mismo rol de género con un 20%. Un 16.7% de las Postclimatóricas son Indiferenciadas, mientras un 13.3% de las Preclimatóricas y un 13.3% de las Climatóricas poseen este rol de género. El 10% de las Postclimatóricas son Femeninas, mientras que los menores porcentajes se encuentran en las mujeres con rol Femenino Preclimatóricas y Climatóricas con un 6.7% cada una.

Tabla N°13: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según la etapa del ciclo reproductor a la que pertenezcan. Valores en porcentaje.

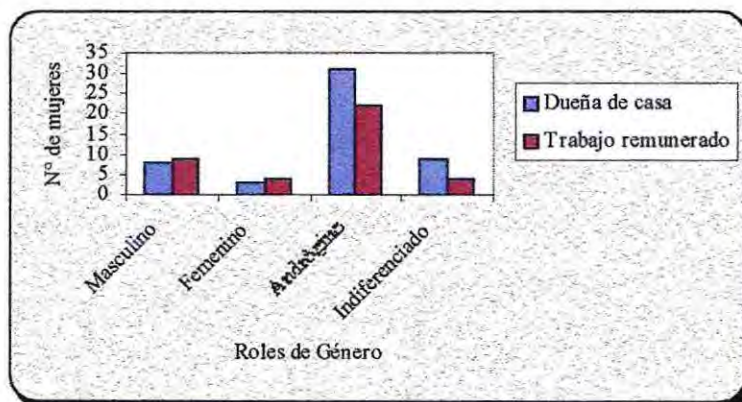
Roles de Género	Etapa del ciclo reproductor			Total
	Pre-Climatórica	Climatórica	Post-Climatórica	
Masculino	41.2	35.3	23.5	100
Femenino	28.6	28.6	42.8	100
Andrógino	32	34	34	100
Indiferenciado	30.8	30.8	38.4	100

Se destaca que el mayor porcentaje de las mujeres Masculinas son Preclimatóricas, que el mayor porcentaje de mujeres Femeninas son Postclimatóricas al igual que las

Indiferenciadas. En las mujeres Andróginas, el 68% se ubica entre Climatéricas y Postclimatéricas.

Tabla N°14: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según la ocupación actual que posean.

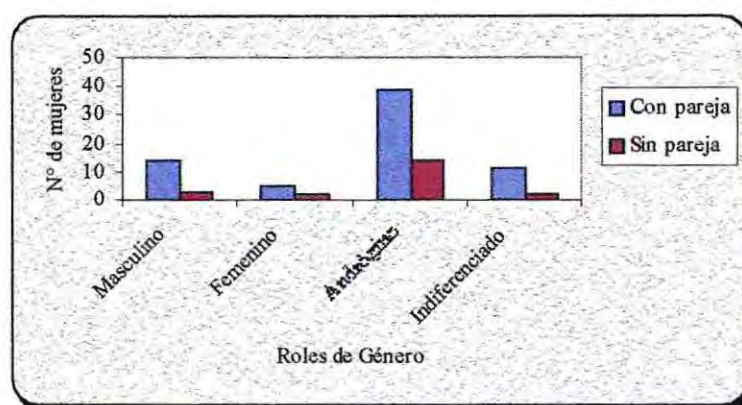
Roles de Género	Dueña de Casa		Trabajo Remunerado	
	N°	%	N°	%
Masculino	8	15.7	9	23.1
Femenino	3	5.9	4	10.25
Andrógino	31	60.8	22	56.4
Indiferenciado	9	17.6	4	10.25
Total	51	100	39	100



Se puede observar que mientras las Masculinas y las Femeninas tienden a concentrarse en trabajo remunerado, Andróginas e Indiferenciadas se concentran en dueñas de casa.

Tabla N°15: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según presencia de pareja estable.

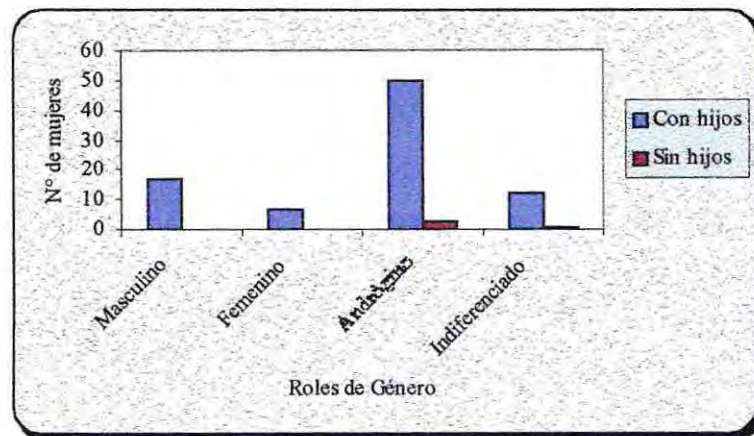
Roles de Género	Con pareja		Sin pareja	
	N°	%	N°	%
Masculino	14	20.3	3	14.3
Femenino	5	7.2	2	9.5
Andrógino	39	56.5	14	66.7
Indiferenciado	11	16	2	9.5
Total	69	100	21	100



Mientras las Andróginas tienden a prevalecer entre las sin pareja, en las mujeres con pareja prevalecen proporcionalmente las Indiferenciadas y las Masculinas.

Tabla N°16: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género según presencia de hijos.

Roles de Género	Con hijos		Sin hijos	
	N°	%	N°	%
Masculino	17	19.8	0	0
Femenino	7	8.1	0	0
Andrógino	50	58.1	3	75
Indiferenciado	12	14	1	25
Total	86	100	4	100

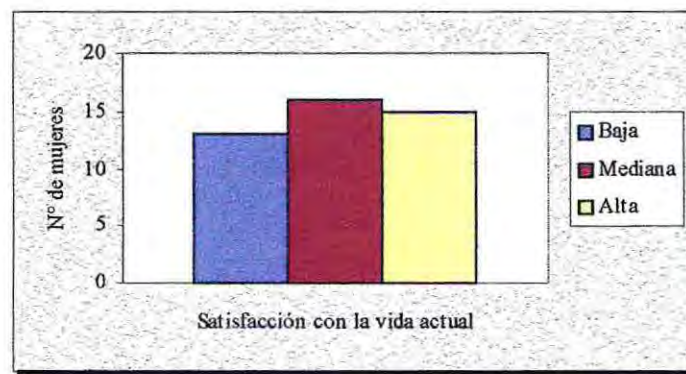


En el grupo de las mujeres con hijos, el 58.1% son Andrógina seguido por un 19.8% de mujeres con rol Masculino. En mujeres sin hijos, el 75% son Andrógina, lo que indica que la presencia de hijos no influye en la adscripción de roles de género.

4. SATISFACCIÓN CON LA VIDA ACTUAL

Tabla N°17: Distribución de las mujeres en estudio con trabajo remunerado y con hijos según las categorías de satisfacción con la vida actual.

Satisfacción con la vida	Total	%
Baja ($x < 322$)	13	29.5
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	16	36.4
Alto ($x > 386$)	15	34.1
Total	44	100

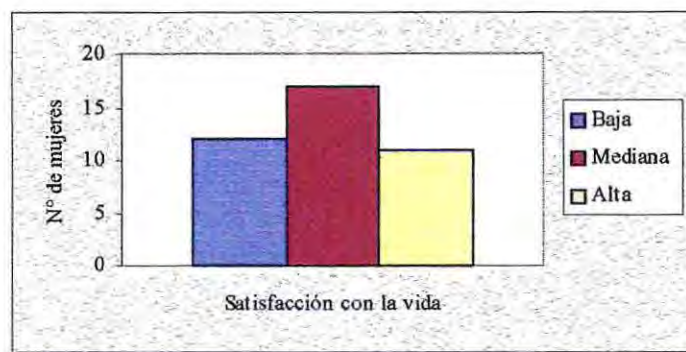


Nota :Las mujeres con trabajo remunerado suman en total 48, pero 4 de ellas no poseen hijos, por lo cual, para nuestro estudio no es significativo establecer su satisfacción con la vida actual, por lo reducido de su número.

Los porcentajes muestran una tendencia ligera hacia mediana-alta satisfacción con la vida actual.

Tabla N°18: Distribución de mujeres en estudio sin trabajo remunerado y con hijos según las categorías de satisfacción con la vida actual.

Satisfacción con la vida	Total	%
Baja ($x < 300$)	12	30
Mediana ($300 \leq x \leq 356$)	17	42.5
Alta ($x > 356$)	11	27.5
Total	40	100



Nota: Las mujeres sin trabajo remunerado suman 42, pero existen 2 mujeres que no tienen hijos, por lo cual, para fines de nuestro estudio no significativo establecer su satisfacción con la vida actual, debido a su reducido número.

En mujeres sin trabajo y con hijos, se puede observar que un poco más del 40% se ubica en mediana satisfacción seguido por baja y alta satisfacción con la vida actual.

Tabla N°19: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan.

Satisfacción con la vida	Preclimática	Climática	Postclimática	Total
Bajo ($x < 322$)	5	5	3	13
Mediano ($322 \leq x \leq 386$)	2	7	7	16
Alto ($x > 386$)	5	5	5	15
Total	12	17	15	44

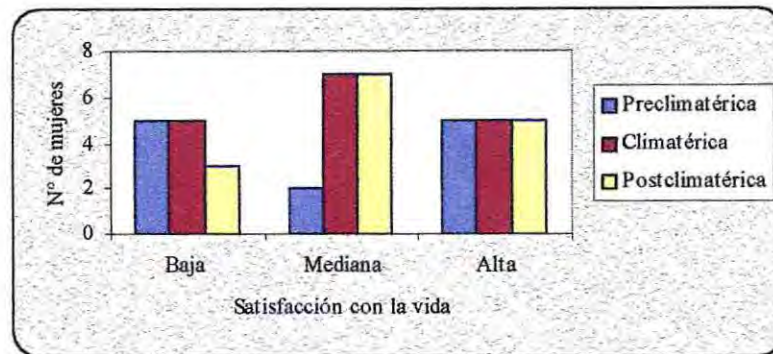


Tabla N°20: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan. Valores en porcentaje.

Satisfacción Con la vida	Etapa del ciclo reproductor			%
	Preclimática	Climática	Postclimática	
Baja ($x < 322$)	38.4	38.4	23.2	100
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	12.4	43.8	43.8	100
Alta ($x > 386$)	33.3	33.3	33.3	100

El 76.8% de la baja satisfacción con la vida se distribuye entre las mujeres Preclimáticas y Climáticas. Mientras el 87.6% de mediana satisfacción con la vida se distribuye entre Climáticas y Postclimáticas. Por último, la alta satisfacción con la vida se distribuye homogéneamente en las tres etapas del ciclo reproductor.

Tabla N°21: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan.

Satisfacción Con la vida	Preclimática	Climática	Postclimática	Total
Bajo ($x < 300$)	3	5	4	12
Mediano ($300 \leq x \leq 356$)	7	4	6	17
Alto ($x > 356$)	6	2	3	11
Total	16	11	13	40

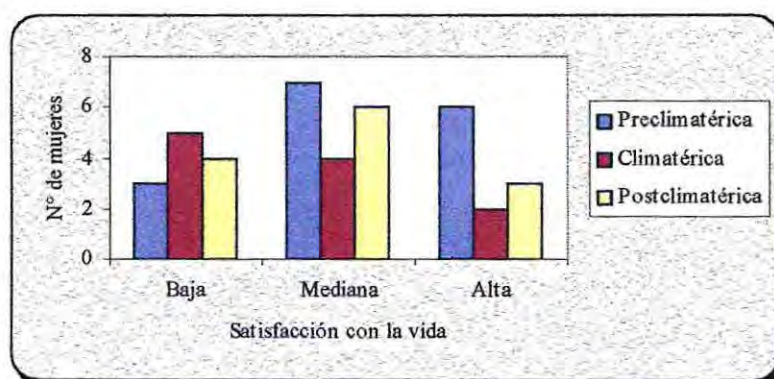


Tabla N°22: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la etapa del ciclo reproductor al que pertenezcan. Valores en porcentaje.

Satisfacción con la vida	Etapa del ciclo reproductor			%
	Preclimática	Climática	Postclimática	
Baja ($x < 300$)	25	41.7	33.3	100
Mediana ($300 \leq x \leq 356$)	41.2	23.5	35.3	100
Alta ($x > 356$)	54.4	18.2	27.3	100

Las mujeres Preclimáticas se concentran en mediana y alta satisfacción con la vida, mientras que las Climáticas y Postclimáticas presentan una baja y mediana satisfacción.

Tabla N°23: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la ocupación que posean.

Satisfacción con la vida actual	Dueña de Casa		Trabajo Remunerado	
	N°	%	N°	%
Baja ($x < 322$)	1	16.7	12	31.6
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	1	16.7	15	39.5
Alta ($x > 386$)	4	66.6	11	28.9
Total	6	100	38	100

En las mujeres dueñas de casa muestran un alto porcentaje en alta satisfacción con la vida actual. En cambio en las mujeres con trabajo remunerado, su mayor porcentaje se encuentra en mediana seguido por baja satisfacción con la vida actual.

Tabla N°24: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la ocupación que posean.

Satisfacción con la vida actual	Dueña de Casa	
	N°	%
Baja ($x < 300$)	12	30
Mediana ($300 \leq x \leq 356$)	17	42.5
Alta ($x > 356$)	11	27.5
Total	40	100

En esta distribución no se encontraron mujeres con trabajo remunerado y se analizará la distribución de las mujeres dueñas de casa que nunca han realizado un trabajo remunerado. Su mayor porcentaje se concentra en mediana satisfacción con la vida actual, seguida de baja y alta.

Tabla N°25: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de pareja estables que poseen.

Satisfacción con la vida actual	Con pareja		Sin pareja	
	N°	%	N°	%
Baja ($x < 322$)	8	28.6	5	31.25
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	10	35,7	6	37.5
Alta ($x > 386$)	10	35.7	5	31.25
Total	28	100	16	100

El 71.4% de las mujeres con pareja, se distribuye entre mediana y alta satisfacción con la vida actual. Mientras en las mujeres sin pareja el mayor porcentaje se ubica en mediana satisfacción, repartiéndose por igual en baja y alta.

Tabla N°26: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado y con hijos en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de pareja estable.

Satisfacción con la vida actual	Con pareja		Sin pareja	
	N°	%	N°	%
Baja ($x < 300$)	12	34.3	0	0
Mediana ($300 \leq x \leq 356$)	13	37.1	4	80
Alta ($x > 356$)	10	28.6	1	20
Total	35	100	5	100

En tabla se puede observar que el mayor porcentaje en las mujeres con pareja está entre satisfacción baja y mediana.

Tabla N°27: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de hijos que posean.

Satisfacción con la vida actual	Con hijos		Sin hijos	
	Nº	%	Nº	%
Baja ($x < 322$)	13	29.5	1	25
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	16	36.4	3	75
Alta ($x > 386$)	15	34.1	0	0
Total	44	100	4	100

En mujeres con hijos el mayor porcentaje se ubica en mediana y alta satisfacción con la vida actual. En mujeres sin hijos la satisfacción mediana triplica a la baja satisfacción, no encontrándose mujeres en alta satisfacción.

Tabla N°28: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual según la presencia de hijos que posean.

Satisfacción con la vida actual	Con hijos		Sin hijos	
	Nº	%	Nº	%
Baja ($x < 300$)	12	30	2	100
Mediana ($300 \leq x \leq 356$)	17	42.5	0	0
Alta ($x > 356$)	11	27.5	0	0
Total	40	100	2	100

En las mujeres sin hijos su 100% se encuentra en baja satisfacción con la vida actual. Mientras el mayor porcentaje presentado por las mujeres con hijos se concentra en mediana satisfacción, seguido por baja satisfacción con la vida actual.

Tabla N° 29: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de salud mental. Valores en porcentaje.

Satisfacción con la vida	Salud mental			Total %	Frecuencia total
	Bajo riesgo	Riesgo probable	Alto riesgo		
Baja ($x < 322$)	0	69.2	30.8	100	13
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	12.5	87.5	0	100	16
Alta ($x > 386$)	20	80	0	100	15

La presente tabla, indica una distribución de las mujeres con trabajo remunerado, en la que se observa que una baja satisfacción con la vida implicaría un riesgo probable y alto riesgo de salud mental, ya que el 100% de una baja satisfacción con la vida se encuentran en estas dos categorías. Este hecho es observado en las mujeres Preclimatéricas, Climatéricas y Postclimatéricas con trabajo remunerado.

Con respecto a la presencia de una baja satisfacción y un alto riesgo de salud mental, el 20% de las Preclimatéricas, el 40% de las climatéricas y el 33.3% de las Postclimatéricas, se encuentran en esta situación.

Tabla N° 30: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de salud mental. Valores en porcentaje.

Satisfacción con la vida	Salud mental			Total %	Frecuencia total
	Bajo riesgo	Riesgo probable	Alto riesgo		
Baja ($x < 322$)	0	58.3	41.7	100	12
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	11.8	64.7	23.5	100	17
Alta ($x > 386$)	27.3	72.7	0	100	11

Al igual que la tabla anterior, una baja satisfacción con la vida implicaría la distribución de su 100% entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental, por el

contrario, una alta satisfacción con la vida implicaría la distribución de su 100% entre bajo riesgo y riesgo probable de salud mental.

El 66,7% de las mujeres Preclimatéricas con baja satisfacción con la vida presentan un alto riesgo de salud mental.

Las mujeres Climatéricas se reparten entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental, no encontrándose mujeres en bajo riesgo de salud mental.

Tabla N°31: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de rol de género. Valores en porcentaje.

Satisfacción con la vida	Roles de género				Total %	Frecuencia total
	Masculino	Femenino	Andrógino	Indiferenciado		
Baja ($x < 322$)	38.5	15.4	30.7	15.4	100	13
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	18.8	0	68.7	12.5	100	16
Alta ($x > 386$)	6.7	13.3	80	0	100	15

En la tabla se puede observar, que el mayor porcentaje de las mujeres con alta satisfacción con la vida son andróginas, mientras que el mayor porcentaje de mujeres con baja satisfacción con la vida son masculinas. Las Indiferenciadas se distribuyen en baja y mediana satisfacción con la vida, no encontrándose para este grupo mujeres con alta satisfacción.

Las mujeres Preclimatéricas y climatéricas que poseen un rol de género femenino solo se ubican en una baja satisfacción con la vida, no encontrándose mujeres femeninas en mediana y alta satisfacción.

En las Climatéricas el 100% de las mujeres con alta satisfacción con la vida poseen un rol de género andrógino, no distribuyéndose en los demás roles de género.

Tabla N°32: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con la vida actual y las categorías de rol de género. Valores en porcentaje.

Satisfacción con la vida	Roles de género				Total %	Frecuencia total
	Masculino	Femenino	Andrógino	Indiferenciado		
Baja ($x < 322$)	33.3	16.7	33.3	16.7	100	12
Mediana ($322 \leq x \leq 386$)	11.8	5.9	52.9	29.4	100	17
Alta ($x > 386$)	18.2	0	72.7	9.1	100	11

Se puede observar, que el mayor porcentaje de las mujeres con alta satisfacción con la vida presentan un rol de género andrógino, no se encuentran mujeres con rol de género femenino en esta categoría de satisfacción con la vida. Por otro lado en baja satisfacción los mayores porcentajes se reparten en masculinas y andróginas.

Haciendo el análisis de las mujeres según las etapas del ciclo reproductor, en las mujeres Preclimáticas, las femeninas se ubican solamente en baja satisfacción con la vida, mientras en alta satisfacción el mayor porcentaje (66.7%) lo constituyen las andróginas.

Por otro lado el 100% de las mujeres con alta satisfacción de las Climáticas son Andróginas, mientras que 40% de las mujeres con baja satisfacción con la vida actual, posee el rol de género Masculino.

En las mujeres Postclimáticas también se observa que las mujeres femeninas y masculinas no presentan una alta satisfacción con la vida. El 75% de las mujeres con alta satisfacción son Andróginas.

5. ROL DE GÉNERO / SALUD MENTAL

Tabla N°33: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y las categorías de salud mental.

Roles de Género	Salud mental					
	Bajo riesgo		Riesgo probable		Alto riesgo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	9.1	12	18.2	4	30.8
Femenino	0	0	6	9.1	1	7.6
Andrógino	10	90.9	39	59.1	4	30.8
Indiferenciado	0	0	9	13.6	4	30.8
Total	11	100	66	100	13	100

En tabla se puede observar que las Andróginas se ubican entre bajo riesgo y riesgo probable, mientras que Masculinas, Femeninas e Indiferenciadas su tendencia es entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental.

En las mujeres Preclimatéricas el 100% en bajo riesgo se ubican en el rol de género andrógino. En riesgo probable el mayor porcentaje(55%) lo poseen las mujeres Andróginas seguidas por las Masculinas (30%). En alto riesgo de salud mental el 50% son mujeres Indiferenciadas, repartiéndose el resto en partes iguales entre Masculinas y Femeninas. Las mujeres Climatéricas en bajo riesgo se reparten en partes iguales entre Masculinas y Andróginas. El 65.2% en riesgo probable lo constituyen las Andróginas. En alto riesgo el 60% lo poseen las Masculinas.

En bajo riesgo no se observó mujeres Masculinas, Femeninas e Indiferenciadas Postclimatéricas. En riesgo probable el 56.5% de las mujeres lo constituyen las mujeres Andróginas, seguidas por un 17.4% de mujeres Masculinas. En alto riesgo la muestra se distribuye entre Andróginas e Indiferenciadas, 50% cada una.

6. ROL DE GÉNERO / DIMENSIONES SATISFACCIÓN CON LA VIDA

ACTUAL

Tabla N°34: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de rol de género y la satisfacción con el trabajo. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con el trabajo			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	55.6	22.2	22.2	100	9
Femenino	50	0	50	100	4
Andrógino	29	38.7	32.3	100	31
Indiferenciado	25	25	50	100	4

El mayor número de mujeres se clasifica en el rol Andrógino, en el cual el mayor porcentaje se ubica en mediana satisfacción. El mayor porcentaje de las mujeres con rol Masculino esta en baja satisfacción con el trabajo y el 50% de las Femeninas en baja satisfacción. El 50% de las Indiferenciadas se ubica en una alta satisfacción con el trabajo.

El 100% de las Femeninas Preclimatéricas poseen una baja satisfacción con el trabajo, mientras que las Masculinas tienen un alto porcentaje en baja satisfacción (66.7). Indiferenciadas y Femeninas no presentan alta satisfacción con el trabajo.

Las Climatéricas Masculinas y Femeninas, no presentan alta satisfacción con el trabajo, sus mayores porcentajes están en baja satisfacción, destacándose el 100% de las Femeninas en esta categoría de salud mental. El 100% de las Indiferenciadas se ubica en una alta satisfacción con el trabajo.

El 100% de las Femeninas Postclimatéricas poseen una alta satisfacción con el trabajo. Los mayores porcentajes de las Andróginas se reparten en mediana y alta

satisfacción. Las mujeres Masculinas y Femeninas no presentan baja satisfacción con la vida.

Tabla N°35: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de rol de género y la satisfacción con el trabajo. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con el trabajo			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	71.4	14.3	14.3	100	7
Femenino	66.7	33.3	0	100	3
Andrógino	16.7	58.3	25	100	24
Indiferenciado	25	50	25	100	8

El mayor número de mujeres posee un rol de género Andrógino, presentando su mayor porcentaje en mediana satisfacción, seguido por alta. Las Masculinas presentan su mayor porcentaje en baja satisfacción con el trabajo. Las Femeninas también presentan su mayor porcentaje en baja satisfacción, no encontrándose mujeres con este rol en alta satisfacción con el trabajo.

El 100% de las Femeninas y el 66% de las Masculinas Preclimatéricas se encuentran en baja satisfacción. Por otro lado, el 100% de las Indiferenciadas se encuentran en alta satisfacción con el trabajo.

El 100% de las Masculinas y el 100% de las Femeninas Climatéricas se ubican en baja satisfacción con el trabajo, mientras que las Andróginas se reparten por igual en las tres categorías de satisfacción con el trabajo (33.3%).

En las Postclimatéricas, las mujeres Masculinas, Femeninas e Indiferenciadas no presentan una alta satisfacción con el trabajo. Las mujeres con rol de género Masculino

presentan su 100% entre baja y mediana satisfacción en partes iguales, mientras las mujeres con rol Andrógino presentan su 71.4% en mediana satisfacción.

Tabla N°36: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y la satisfacción con la sexualidad. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con sexualidad			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	52.9	35.3	11.8	100	17
Femenino	71.4	0	28.6	100	7
Andrógino	18.9	45.3	35.8	100	53
Indiferenciado	23.1	61.5	15.4	100	13

En la tabla se puede observar, que el mayor número de mujeres se ubica en el rol Andrógino. Las Femeninas tienen su mayor porcentaje en baja satisfacción con la sexualidad, al igual que las Masculinas. Andróginas presentan entre mediana y alta satisfacción.

El 100% de las Femeninas Preclimatéricas se encuentran en baja satisfacción, mientras las Indiferenciadas se reparten en mediana (75%) y alta satisfacción con la sexualidad (25%). En las Climatéricas, las mujeres con rol de género Femenino tienen su 100% en baja satisfacción. Masculinas e Indiferenciadas presentan cada una su 100% distribuido entre baja y mediana. Las andróginas su mayor porcentaje (44.4) lo presentan en alta satisfacción con la sexualidad. No se encontraron en alta satisfacción mujeres Masculinas, Femeninas e Indiferenciadas.

Postclimatéricas, el 100% de las Masculinas se ubica en una baja satisfacción con la sexualidad. Las Femeninas presentan el mayor porcentaje en alta satisfacción (75%),

mientras Andróginas e Indiferenciadas presentan su mayor porcentaje en mediana satisfacción, 38.8% y 60% respectivamente.

Tabla N°37: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y la satisfacción con la salud física. Valores en porcentaje

Roles de Género	Satisfacción con la salud física			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	35.3	41.2	23.5	100	17
Femenino	42.8	42.8	14.3	100	7
Andrógino	26.4	35.8	37.7	100	53
Indiferenciado	61.5	23.1	15.4	100	13

En las Femeninas el 85.6% se distribuye en partes iguales entre baja y mediana satisfacción. Las Andróginas presentan su mayor porcentaje en alta satisfacción, seguido por mediana satisfacción con la salud, mientras más del 60% de las Indiferenciadas posee una baja satisfacción.

El 100% de las Femeninas y el 50% de las Indiferenciadas Preclimatéricas se ubican en una baja satisfacción con la salud física, mientras el 64.7% de las Andróginas se ubican en una alta satisfacción con la salud.

En las mujeres Climatéricas el 100% de las Indiferenciadas presentan una baja satisfacción con la salud. El 50% de las masculinas presenta una baja satisfacción. Las Femeninas no presentan alta satisfacción con la salud física y las Andróginas se ubican en mediana satisfacción con un 44.4%.

En Postclimatéricas, el 50% de las mujeres con rol de género Masculino se encuentran en baja satisfacción, mientras las Femeninas no poseen baja satisfacción con la salud física. El 80% de las Indiferenciadas esta entre baja y mediana satisfacción con la

salud física.

Tabla N°38: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de rol de género y la satisfacción con los hijos. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con los hijos			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	35.3	47.1	17.6	100	17
Femenino	14.3	42.8	42.8	100	7
Andrógino	16.7	37.5	45.8	100	48
Indiferenciado	16.7	50	33.3	100	12

Nota: Figuran 84 mujeres debido a que 6 mujeres no responden esta dimensión, dos de ellas por tener hijos menores de 1 año y cuatro por no tener hijos, de estas mujeres dos son Climatóricas y dos Postclimatóricas.

En Masculinas e Indiferenciadas el mayor porcentaje se ubica en mediana satisfacción. En las Femeninas el menor porcentaje esta en baja satisfacción y el 85.6% se reparte en partes iguales entre mediana y alta. En Andróginas el mayor porcentaje lo poseen las mujeres con alta satisfacción con los hijos.

En las mujeres Preclimatóricas el menor porcentaje de las Masculinas (14.3%) esta en alta satisfacción. Las Femeninas no presentan alta satisfacción y se reparten por igual en baja y mediana satisfacción. Las Andróginas presentan un 46.7% en mediana satisfacción, seguidos por alta satisfacción con un 40%. El 50% de las Indiferenciadas se ubica en alta satisfacción. En las Climatóricas el 50% de las mujeres con rol masculino tiene baja satisfacción con los hijos, las Femeninas por su parte no presentan baja satisfacción. El mayor porcentaje de las andróginas (56.25%) poseen una alta satisfacción con los hijos. Por último las Indiferenciadas poseen un 50% en mediana satisfacción. Las Postclimatóricas con rol Femenino tiene un 66.7% en alta satisfacción, mientras el 82.4 de

las Andróginas se reparten por igual entre mediana y alta satisfacción con los hijos. No se observaron mujeres con rol Indiferenciado con baja satisfacción.

Tabla N°39: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y satisfacción con la pareja. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con la pareja			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	41.2	29.4	29.4	100	17
Femenino	42.8	14.3	42.8	100	7
Andrógino	20.8	37.7	41.5	100	53
Indiferenciado	38.5	30.7	30.7	100	13

Se observa que las mujeres con rol Masculino e Indiferenciado tienen su mayor porcentaje en baja satisfacción con la pareja, mientras que las Andróginas tienen su mayor porcentaje en alta satisfacción seguido por mediana.

Las Preclimáticas con rol Masculino tienen un 57.2% repartidos en partes iguales entre baja y mediana satisfacción. Las Femeninas no presentan alta satisfacción con la pareja. Las Andróginas presentan un 52.9% en alta satisfacción y las indiferenciadas un 50% en esta misma categoría. Las Climáticas con rol Masculino presentan su mayor porcentaje 66.6% en baja satisfacción, las Andróginas un 38.9% en mediana y las Indiferenciadas un 50% en baja satisfacción con la pareja. En las Postclimáticas, las Femeninas tienen un 66.7% en alta satisfacción, las Andróginas tienen un 77.8% entre mediana y alta satisfacción y el 80% de las Indiferenciadas se distribuye en partes iguales entre baja y mediana satisfacción con la pareja.

Tabla N°40: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de rol de género y satisfacción con las relaciones familiares. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con las relaciones familiares			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	23.5	17.6	58.8	100	17
Femenino	0	14.3	85.7	100	7
Andrógino	6.25	12.5	81.25	100	48
Indiferenciado	0	16.7	83.3	100	12

Nota: Figuran 84 mujeres debido a que 6 mujeres no responden satisfacción con los hijos, lo que influyen en la satisfacción con las relaciones familiares.

El mayor porcentaje en las Masculinas, Femeninas, Andróginas e Indiferenciadas se encuentra en alta satisfacción. Las Femeninas e Indiferenciadas no presentan mujeres con baja satisfacción.

En las Preclimatéricas el 71.4% de las Masculinas, el 93.3% de las Andróginas y el 100% de las Indiferenciadas se encuentran en alta satisfacción, mientras en las Femeninas se reparte su 100% en partes iguales entre mediana y alta satisfacción. En las Climatéricas las mujeres con rol Masculino se reparten por igual (33.3%), el 100% de las Femeninas y el 81.25% de las Andróginas se ubican en alta satisfacción con las relaciones familiares. Las Indiferenciadas no presentan baja satisfacción. En alta satisfacción con las relaciones familiares las Postclimatéricas con rol Masculino tienen un 75%, un 100% las Femeninas e Indiferenciadas y un 70.6 las Andróginas. Por otro lado, en baja satisfacción con las relaciones familiares no se observaron mujeres con rol de género Masculino, Femenino e Indiferenciado.

Tabla N°41: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y satisfacción con las relaciones sociales. Valores en porcentaje.

Roles de Género	Satisfacción con las relaciones sociales			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	47.1	29.4	23.5	100	17
Femenino	42.8	28.6	28.6	100	7
Andrógino	15.1	35.8	49.1	100	53
Indiferenciado	46.1	46.1	7.7	100	13

En las mujeres con rol Masculino y Femenino el mayor porcentaje se concentra en baja satisfacción, por el contrario en las Andróginas el mayor porcentaje se ubica en alta satisfacción con las relaciones sociales, siendo el menor porcentaje en baja satisfacción. El 92.2 % de las mujeres Indiferenciadas se distribuye entre baja y mediana satisfacción con las relaciones sociales.

En mujeres Preclimatéricas, el 100% de las mujeres del rol de género femenino posee baja satisfacción con las relaciones sociales. El 52.9% de las mujeres Andróginas poseen alta satisfacción. Las mujeres con rol de género Indiferenciado, distribuyen su 100% en partes iguales entre baja y mediana satisfacción con las relaciones sociales. Las mujeres Climatéricas que poseen el rol de género Masculino su 50% se concentra en baja satisfacción. Por su parte las Femeninas, su 50% posee baja satisfacción con las relaciones sociales y no se observan mujeres con alta satisfacción en esta categoría. En el rol de género Andrógino, el 11.1% posee una baja satisfacción, mientras que el 61.1% posee alta satisfacción con las relaciones sociales. En las Indiferenciadas, el 75% posee una baja satisfacción. En Postclimatéricas, el 75% de las mujeres Masculinas posee una

baja satisfacción, mientras que las Femeninas, el 66.7% tiene una alta satisfacción con las relaciones sociales.

Tabla N°42: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de rol de género y satisfacción con la situación económica.

Roles de Género	Satisfacción con la situación económica			Total	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Masculino	41.2	35.3	23.5	100	17
Femenino	14.3	42.8	42.8	100	7
Andrógino	35.8	32.1	32.1	100	53
Indiferenciado	38.4	23.1	38.4	100	13

En tabla se observa que un poco más del 40% de las mujeres con rol de género Masculino tiene una baja satisfacción con la situación económica. En las Femeninas el 85.6%, se distribuye en partes iguales entre mediana y alta satisfacción.

En las mujeres Preclimatéricas, las Masculinas presentan un 42.8% en baja satisfacción con la situación económica. Para el caso de las Femeninas no se observó mujeres en alta satisfacción, distribuyéndose su 100% en partes iguales entre baja y mediana satisfacción. Las mujeres con rol Andrógino presentan un 41.2% en alta satisfacción. Para las Climatéricas, el 50% de las Masculinas posee una baja satisfacción con la situación económica, mientras que las Femeninas se distribuyen entre baja y mediana satisfacción, en partes iguales. Las mujeres Indiferenciadas tienen su 50% en baja satisfacción. En Postclimatéricas, las mujeres con rol de género Femenino, su 66.7% se ubica en alta satisfacción, las Andróginas en esta misma categoría de satisfacción posee un 38.9%. El 80% de las Indiferenciadas se ubican entre baja y mediana satisfacción con la situación económica.

7. SALUD MENTAL / DIMENSIONES SATISFACCIÓN CON LA VIDA ACTUAL

Tabla N°43: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de salud mental y la satisfacción con trabajo remunerado. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con el trabajo remunerado			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	16.7	50	33.3	100	6
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	21	50	29	100	38
Alto riesgo ($x > 22$)	50	50	0	100	4

El mayor número de mujeres está en riesgo probable de salud mental. En bajo riesgo de salud mental, el menor porcentaje lo constituyen las mujeres con baja satisfacción con el trabajo remunerado. En alto riesgo, no se encuentran mujeres con alta satisfacción con el trabajo remunerado.

En las mujeres Preclimáticas, en bajo riesgo de salud mental no se encuentran mujeres con alta satisfacción, repartándose en partes iguales en baja y mediana satisfacción con el trabajo remunerado.

En climáticas el 100% de las mujeres con alto riesgo de salud mental se encuentran en baja satisfacción con el trabajo remunerado.

Por último, en las mujeres Postclimáticas se observó que el 100% de las mujeres en bajo riesgo tienen una alta satisfacción con el trabajo remunerado.

Tabla N°44: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y la satisfacción con el trabajo en casa. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con el trabajo en casa			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	18.1	45.5	36.4	100	11
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	28.8	48.5	22.7	100	66
Alto riesgo ($x > 22$)	61.5	30.8	7.7	100	13

El mayor número de mujeres se encuentra en riesgo probable de salud mental. En alto riesgo el mayor porcentaje se ubica en baja satisfacción con el trabajo en casa, mientras el menor porcentaje lo poseen las mujeres con alta satisfacción con el trabajo en casa. En bajo riesgo de salud mental, el menor porcentaje lo poseen las mujeres con baja satisfacción con el trabajo remunerado.

En Preclimatéricas el 75% de las mujeres en alto riesgo poseen una baja satisfacción con el trabajo en casa. En Climatéricas, en bajo riesgo de salud mental no se encuentran mujeres con baja satisfacción, por otro lado en alto riesgo el 80% lo constituyen mujeres con baja satisfacción con el trabajo, no encontrándose mujeres con alta satisfacción. Las mujeres Postclimatéricas presentan en bajo riesgo un 66.7% de mujeres con alta satisfacción con el trabajo en casa, mientras en alto riesgo no se observan mujeres con alta satisfacción.

Tabla N°45: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de salud mental y de satisfacción con el trabajo. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con el trabajo			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	16.7	33.3	50	100	6
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	34.2	36.8	29	100	38
Alto riesgo ($x > 22$)	100	0	0	100	4

En bajo riesgo de salud mental, el mayor porcentaje de mujeres tiene una alta satisfacción con el trabajo, y por el contrario en alto riesgo la totalidad de las mujeres se ubican en baja satisfacción.

En Preclimatéricas el 45.5% de las mujeres en riesgo probable se ubica en baja satisfacción con el trabajo. En Climatéricas, el 100% en bajo riesgo se distribuye en partes iguales en mediana y alta satisfacción, mientras que en alto riesgo de salud mental el 100% de las mujeres poseen una baja satisfacción con el trabajo. Las mujeres Postclimatéricas, la distribución se comporta de igual manera que la anterior.

Tabla N°46: Distribución de las mujeres sin trabajo remunerado en las categorías de salud mental y de satisfacción con el trabajo. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con el trabajo			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	0	60	40	100	5
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	28.6	50	21.4	100	28
Alto riesgo ($x > 22$)	55.6	33.3	11.1	100	9

En tabla se puede ver que, en bajo riesgo de salud mental no se encuentran mujeres con baja satisfacción con el trabajo, repartiéndose las mujeres en mediana y alta

satisfacción, por el contrario en alto riesgo de salud mental el mayor porcentaje lo poseen las mujeres con baja satisfacción con el trabajo y su menor porcentaje en esta categoría lo tienen las mujeres con alta satisfacción.

En bajo riesgo en las mujeres Preclimatéricas no hay mujeres con baja satisfacción repartiéndose entre mediana (60%) y alta (40%). En alto riesgo por el contrario el 66.7% posee una baja satisfacción con el trabajo. Las mujeres climatéricas sin trabajo remunerado en bajo riesgo no se observaron en ninguna categoría de la satisfacción con el trabajo. Mientras que el 100% de mujeres en alto riesgo poseen una baja satisfacción con el trabajo. Las mujeres Postclimatéricas sólo se distribuyen entre riesgo probable y alto riesgo.

Tabla N°47: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y de satisfacción con la sexualidad. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con la sexualidad			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	18.1	27.3	54.6	100	11
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	27.7	47	25.7	100	66
Alto riesgo ($x > 22$)	53.8	30.8	15.4	100	13

En la tabla es posible observar que el mayor porcentaje de mujeres en bajo riesgo se ubica en alta satisfacción con la sexualidad y por el contrario el mayor porcentaje en alto riesgo lo constituyen las mujeres en baja satisfacción con la sexualidad.

Las mujeres Preclimatéricas en bajo riesgo de salud mental no se distribuyen en baja satisfacción con la sexualidad, repartiéndose por igual en mediana y alta satisfacción. En alto riesgo de salud mental, el 50% de las mujeres se ubica en baja satisfacción con la

sexualidad. En las Climatéricas en alto riesgo el 60% de las mujeres se ubica en baja satisfacción con la sexualidad. En las mujeres Postclimatéricas el 66.7% en bajo riesgo de salud mental posee una alta satisfacción con la sexualidad, mientras que en alto riesgo no hay mujeres con alta satisfacción.

Tabla N°48: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y de satisfacción con la salud física. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con la salud física			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	0	18.1	81.9	100	11
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	31.8	42.4	25.7	100	66
Alto riesgo ($x > 22$)	76.9	15.4	7.7	100	13

Se puede observar en la tabla que en bajo riesgo no existen mujeres con baja satisfacción con la salud y que más del 80% se ubica en alta satisfacción. Al contrario, en alto riesgo más del 75% de las mujeres tiene una baja satisfacción con la salud.

En las mujeres Preclimatéricas, el 100% en bajo riesgo tiene alta satisfacción, mientras que en alto riesgo de salud mental el 50% tiene baja satisfacción con la salud física. Las climatéricas, en bajo riesgo tienen su 100% en alta satisfacción con la salud física, mientras en alto riesgo el 80% tiene baja satisfacción. En las Postclimatéricas en bajo riesgo de salud mental no existen mujeres con baja satisfacción, en cambio en alto riesgo el 100% se ubica en baja satisfacción con la salud física.

Tabla N°49: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de salud mental y de satisfacción con los hijos.

Salud Mental	Satisfacción con los hijos			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	0	40	60	100	10
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	19.7	42.6	37.7	100	61
Alto riesgo ($x > 22$)	38.5	38.5	23	100	13

Nota: De las mujeres de la muestra hay cuatro mujeres que no tienen hijos, de las cuales, dos climatéricas y dos Postclimatéricas. Además hay dos mujeres Preclimatéricas que tienen hijos menores de un año lo que les dificulta responder la pregunta sobre los hijos y por ende se hace difícil determinar su satisfacción.

En tabla se observa que no se encuentran mujeres en bajo riesgo que tengan una baja satisfacción con los hijos, siendo su mayor porcentaje en alta satisfacción en esta misma categoría de salud mental. En alto riesgo el 77% se distribuye en partes iguales entre baja y mediana satisfacción con los hijos.

En las Preclimatéricas, no se observó mujeres en bajo riesgo que tengan una baja satisfacción con los hijos. En Climatéricas, no se encuentran mujeres en bajo riesgo con baja satisfacción con los hijos, el 100% se divide en partes iguales en mediana y alta satisfacción con los hijos. Por otro lado, en alto riesgo el 60% de las mujeres poseen baja satisfacción con los hijos, no encontrándose mujeres en alta satisfacción. En las Postclimatéricas, en bajo riesgo el 66.7% de las mujeres tienen alta satisfacción con los hijos.

Tabla N°50: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y de satisfacción con la pareja. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con la pareja			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	18.2	18.2	63.6	100	11
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	24.2	37.9	37.9	100	66
Alto riesgo ($x > 22$)	61.5	23	15.4	100	13

En la categoría de salud mental, bajo riesgo, el mayor porcentaje se concentra en mujeres que poseen alta satisfacción con la pareja. En alto riesgo por el contrario, el mayor porcentaje se ubica en baja satisfacción.

En las mujeres Preclimáticas con bajo riesgo de salud mental, el 83.3% de las mujeres tiene alta satisfacción con la pareja, mientras que en alto riesgo el 75% tiene baja satisfacción con la pareja. En Climáticas con alto riesgo, el 60% se concentra en baja satisfacción con la pareja, mientras que en las Postclimáticas con alto riesgo, presentan el 50% en baja satisfacción.

Tabla N°51: Distribución de las mujeres con hijos en las categorías de salud mental y satisfacción con las relaciones familiares. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con las relaciones familiares			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	10	20	70	100	10
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	32.8	27.9	39.4	100	61
Alto riesgo ($x > 22$)	61.5	30.8	7.7	100	13

Nota: De las mujeres de la muestra hay dos Preclimáticas que tienen niños de menos de un año de edad y cuatro mujeres que no poseen hijos (dos Climáticas y dos Postclimáticas), por lo tanto no responden la pregunta sobre satisfacción con los hijos. Debido al reducido número de mujeres en estos casos no resulta de interés determinar su satisfacción con las relaciones familiares.

Se puede observar en la tabla que en bajo riesgo el mayor porcentaje se ubica en alta satisfacción con las relaciones familiares, mientras que en alto riesgo de salud mental el mayor porcentaje se encuentra en baja satisfacción.

En las mujeres Preclimatéricas con bajo riesgo el 80% de éstas tienen alta satisfacción con las relaciones familiares, mientras en alto riesgo el 75% esta ubicada en baja satisfacción con las relaciones familiares. En las climatéricas en bajo riesgo de salud mental el 100% se distribuye en partes iguales entre mediana y alta satisfacción, mientras que en alto riesgo de salud mental el 80% posee una baja satisfacción con las relaciones familiares y no se observó mujeres en esta categoría de salud mental con una alta satisfacción. En Postclimatéricas con bajo riesgo el 66.7% posee alta satisfacción con las relaciones familiares.

Tabla N°52: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y satisfacción con las relaciones sociales. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con las relaciones sociales			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	18.1	45.5	36.4	100	11
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	25.7	33.3	41	100	66
Alto riesgo ($x > 22$)	46.1	38.5	15.4	100	13

En bajo riesgo de salud mental, el menor porcentaje de mujeres está en baja satisfacción con las relaciones sociales y por el contrario en alto riesgo el mayor porcentaje lo presentan las mujeres con baja satisfacción con las relaciones sociales.

En las mujeres Preclimatéricas, con alto riesgo de salud mental el 75% tiene baja satisfacción con las relaciones sociales. En las Climatéricas no se observaron mujeres en

bajo riesgo y baja satisfacción, sin embargo en alto riesgo el 50% de las mujeres se ubica en baja satisfacción. Las Postclimatéricas, en bajo riesgo de salud mental se reparten en partes iguales (33.3%) en las tres categorías de satisfacción. En alto riesgo no hay mujeres con baja satisfacción y se reparte el resto entre mediana (75%) y alta (25%) satisfacción con las relaciones sociales.

Tabla N°53: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de salud mental y satisfacción con la situación económica. Valores en porcentajes.

Salud Mental	Satisfacción con la situación económica			Total %	Frecuencia total
	Baja	Mediana	Alta		
Bajo riesgo ($x < 6$)	18.1	27.3	54.6	100	11
Riesgo probable ($6 \leq x \leq 22$)	31.8	36.4	31.8	100	66
Alto riesgo ($x > 22$)	69.2	15.4	15.4	100	13

En bajo riesgo de salud mental casi el 55% de las mujeres se encuentra en alta satisfacción con la situación económica y más del 65% en alto riesgo posee una baja satisfacción con la situación económica.

En las Preclimatéricas con bajo riesgo de salud mental el 66.6% de las mujeres tiene alta satisfacción y por el contrario en alto riesgo el 50% tiene baja satisfacción con la situación económica. Las Climatéricas con alto riesgo de salud mental poseen un 80% en baja satisfacción con la situación económica. Las Postclimatéricas con bajo riesgo el 66.7% posee una alta satisfacción con la situación económica, mientras que las mujeres con alto riesgo tiene su 75% en baja satisfacción con la situación económica.

8.SATISFACCIÓN PAREJA / PRESENCIA DE PAREJA

Tabla N°54: Distribución de las mujeres de la muestra en las categorías de satisfacción con la pareja según presencia de pareja. Valores en porcentajes.

Satisfacción con la pareja	Presencia de pareja			
	Con pareja		Sin pareja	
	N°	%	N°	%
Baja ($x < 40$)	16	23.2	10	47.6
Mediana ($40 \leq x \leq 58$)	24	34.8	6	28.6
Alta ($x > 58$)	29	42	5	23.8
Total	69	100	21	100

En la distribución se puede observar que las mujeres con pareja presentan su mayor porcentaje en alta satisfacción con la pareja, mientras que las mujeres sin pareja lo tienen en baja satisfacción. Según la etapa del ciclo reproductor se observó esta misma situación.

9.SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO / OCUPACIÓN

Tabla N°55: Distribución de las mujeres con trabajo remunerado en las categorías de satisfacción con el trabajo remunerado según la ocupación.

Satisfacción con el trabajo	Ocupación			
	Dueña de casa		Trabajo remunerado	
	N°	%	N°	%
Baja ($x < 45$)	3	33.3	15	38.5
Mediana ($45 \leq x \leq 55$)	3	33.3	13	33.3
Alta ($x > 55$)	3	33.3	11	28.2
Total	9	100	39	100

Nota: Las mujeres con trabajo remunerado actual son 39, pero hay 9 dueñas de casa que se dividen en 5 cesantes y 4 que han trabajado alguna vez por lo que contestan los ítems de satisfacción con el trabajo remunerado.

En las dueñas de casa los porcentajes se reparten por igual en las tres categorías de satisfacción con el trabajo. El mayor porcentaje de mujeres con trabajo remunerado poseen baja satisfacción con el trabajo. En Preclimatéricas, las dueñas de casa no tienen alta satisfacción con el trabajo y se reparten por igual en mediana y baja satisfacción con el trabajo. Por su parte el 50% de las mujeres con trabajo remunerado presenta baja satisfacción con el trabajo. Las Climatéricas dueñas de casa su mayor porcentaje (66.7%) se concentra en alta satisfacción con el trabajo y las mujeres con trabajo remunerado tienen el 43.7% de sus mujeres en baja satisfacción con el trabajo. Las Postclimatéricas dueñas de casa tienen su 50% en baja satisfacción, mientras que las mujeres con trabajo remunerado tienen su 45.4% en alta satisfacción con el trabajo.

10. SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA

Tabla N°56: Síntomas actuales mencionados por las 30 mujeres Climatéricas de la muestra.

Síntomas	N° de mujeres que mencionan el síntoma	%
Bochornos-sofocos	20	22.2
Falta de ánimo	12	13.4
Dolor de cabeza	12	13.4
Irritabilidad	10	11.1
Sudores nocturnos	8	8.9
Cansancio	7	7.8
Falta de deseo sexual	5	5.6
Osteoporosis	4	4.4
Nerviosismo	3	3.3
Cambios en estado de ánimo	2	2.2
Zona genital más delicada	1	1.1
Dolor de cuello	1	1.1
Dolor de senos	1	1.1
Adormecimiento de la piel	1	1.1
Mareos	1	1.1
Falta de lubricación vaginal	1	1.1
Otros	1	1.1
Total	90	100

Nota: Cada mujer menciona tres síntomas.

11. EMPEORAMIENTO VIDA SEXUAL CLIMATÉRICA

Tabla N°57: Distribución de las mujeres climatéricas en estudio según el empeoramiento de su vida sexual. Valores en porcentaje.

Su vida sexual ha empeorado	Cantidad de mujeres climatérica	%
Si	19	63.3
No	11	36.7
Total	30	100

Tabla N°58: Distribución de las mujeres climatéricas en estudio según los grados de importancia de motivos en el empeoramiento de su vida sexual. Valores en porcentajes.

Motivos en el empeoramiento de la vida sexual	Grado de influencia del motivo			Total
	Mucha	Regular	Poca	
Sobrepeso	31.6	15.8	52.6	100
Edad	21	15.8	63.1	100
Enfermedades	63.1	10.5	26.3	100
Molestias en zona genital	31.6	10.5	57.9	100
No le dan ganas	57.9	21	21	100
No se lleva bien con pareja	36.8	10.5	52.6	100
Malos tratos que le da pareja	31.6	5.3	63.1	100
Problemas económicos	63.1	10.5	26.3	100

Nota: Esta información fue obtenida a través de las respuestas de las mujeres, respondiendo en función del grado de influencia de cada uno de los motivos señalados en el empeoramiento de su vida sexual.

En la tabla se puede observar que en los motivos sobrepeso, edad, molestias en la zona genital, no se lleva bien con la pareja y malos tratos que le da su pareja los mayores porcentajes se ubican en poca importancia. Por el contrario, enfermedades, no le dan ganas y problemas económicos tienen sus mayores porcentajes en mucha importancia. De la información obtenida se puede concluir que el empeoramiento en la vida sexual de las mujeres Climatéricas tiene poco que ver con componentes fisiológicos relacionados al climaterio, y en cambio tiene más relación con motivos de enfermedades físicas y los problemas económicos distintos a los del climaterio.

Síntesis de resultados

La muestra estudiada constó en total de 90 mujeres, separadas según la etapa del ciclo reproductor en 30 Preclimatéricas, 30 Climatéricas y 30 Postclimatéricas. Otra variable que se consideró fue la ocupación actual de las mujeres encuestadas, encontrándose 51 dueñas de casa y 39 mujeres con trabajo remunerado, siendo la mayoría de estas asesoras del hogar. Luego se consideró la variable presencia de pareja estable distribuyéndose en 69 mujeres con pareja estable y 21 sin pareja estable y por último la variable presencia de hijos con 86 mujeres con hijos y 4 sin ellos.

La aplicación del GHQ-12 (Salud Mental), BSRI (Rol de Género) y el cuestionario de satisfacción con la vida actual fue sobre la totalidad de la muestra, sin embargo para este último instrumento, el indicador general fue obtenido excluyéndose a 6 mujeres de la muestra (4 sin hijos y 2 con hijos menores de 1 año), debido a que su reducido número impedía comparaciones significativas. De acuerdo a las dimensiones de satisfacción con la vida actual, en trabajo remunerado contestan 48 mujeres, 39 de las cuales tienen trabajo, 5 cesantes y 4 que son actualmente dueñas de casa, pero que han trabajado alguna vez. Se eliminaron 4 de las 48 mujeres que no tenían hijos, ya que su número dificultaba realizar comparaciones por grupo. En satisfacción con el trabajo en casa contestan las 90 mujeres. Para el cálculo de la satisfacción con el trabajo (agrupación de trabajo remunerado y trabajo en casa) se divide el grupo entre mujeres con trabajo remunerado y con hijos, que suman 44, y mujeres sin trabajo y con hijos (40 de éstas). Para la satisfacción con la sexualidad, salud física, relaciones sociales y situación económica, se toman en cuenta la totalidad de la muestra. En la satisfacción con la vida familiar contestan 89 mujeres, habiendo un caso en que la mujer vive sola. En

satisfacción con los hijos contestan sólo 84 mujeres; en satisfacción con la pareja contestan las 90 mujeres y para el cálculo de la satisfacción con las relaciones familiares se consideran 84 mujeres.

En resumen, los resultados más destacados según las variables que se estudiaron son las siguientes:

Salud Mental

- Un mayor porcentaje de mujeres en riesgo probable en todos los grupos de la muestra.
- Dueñas de casa y mujeres con trabajo remunerado ubicadas entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental.
- Mujeres con pareja ubicadas entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental y mujeres sin pareja concentradas en bajo riesgo y riesgo probable.
- Mujeres con hijos con una tendencia entre riesgo probable y alto riesgo y las sin hijos entre bajo riesgo y riesgo probable de salud mental.

Rol de Género

- Mayor porcentaje de Andróginas en todos los grupos de la muestra.
- En la combinación Rol de género/Salud mental las Andróginas se ubican entre bajo riesgo y riesgo probable, mientras los demás roles entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental.

Satisfacción con la vida actual

- Las mujeres con trabajo y con hijos tienen una tendencia entre mediana y alta satisfacción, mientras que las mujeres sin trabajo y con hijos se ubican entre mediana y baja.
- En mujeres con trabajo y con hijos las Preclimatéricas y Climatéricas presentan mayores porcentajes en baja satisfacción en comparación a las Postclimatéricas, en mujeres sin trabajo y con hijos las Preclimatéricas presentan una tendencia mediana-alta satisfacción, mientras que Climatéricas y Postclimatéricas mediana-baja.
- En mujeres con trabajo remunerado y con hijos, las dueñas de casa (cesantes y mujeres que han trabajado alguna vez) se muestran más satisfechas que las que tienen un trabajo remunerado.
- Las mujeres con trabajo con hijos y con pareja presentan una mediana-alta satisfacción en cambio mujeres sin trabajo con hijos y pareja presentan una mediana-baja satisfacción.
- Mujeres con trabajo y con hijos presentan una mediana-alta satisfacción, mientras mujeres sin trabajo y con hijos mediana-baja satisfacción.
- La combinación Satisfacción con la vida/Salud mental, muestra la asociación de baja satisfacción con la vida con riesgo probable y alto riesgo, por el contrario una alta satisfacción se asocia a riesgo probable y bajo riesgo de salud mental.
- La combinación Satisfacción con la vida/Rol de género muestra que las mujeres con trabajo y sin trabajo las Andróginas presentan alta satisfacción, mientras que en baja satisfacción en mujeres con trabajo remunerado predominan las Masculinas y en las mujeres sin trabajo predominan Masculinas y Femeninas.

Dimensiones de la Satisfacción con la vida actual con Roles de Género

- Las Andróginas presentan una tendencia a la alta satisfacción en las diferentes dimensiones excepto en situación económica.
- Masculinas destacan su tendencia a baja satisfacción en las diferentes dimensiones exceptuando relaciones familiares, donde presentan un porcentaje inferior en comparación a los otros roles en alta satisfacción.
- Femeninas presentan baja satisfacción en las diferentes dimensiones excepto en satisfacción con los hijos, con las relaciones familiares y con la situación económica en donde presenta una tendencia a la alta satisfacción.

Dimensiones de la Satisfacción con la vida actual/Salud Mental

- En satisfacción con trabajo remunerado en mujeres con trabajo el bajo riesgo de salud mental se asocia a mediana y alta satisfacción, mientras que alto riesgo a mediana y baja satisfacción.
- En satisfacción con el trabajo en casa el alto riesgo se asocia a baja satisfacción y el bajo riesgo a mediana y alta satisfacción.
- En las dimensiones sexualidad, salud física, pareja, relaciones familiares y situación económica se encontró que las mujeres con bajo riesgo de salud mental tenían alta satisfacción con estas dimensiones y por el contrario en las mujeres con alto riesgo se asociaba con baja satisfacción en estas dimensiones.
- En satisfacción con los hijos la tendencia es: bajo riesgo asociado a alta satisfacción y alto riesgo asociada a mediana y baja satisfacción.
- En relaciones sociales bajo riesgo de salud mental asociado a mediana y alta satisfacción, mientras que alto riesgo se asocia a baja satisfacción.

Mujeres Climatéricas

- Presenta el mayor porcentaje en alto riesgo de salud mental.
- En satisfacción con la vida actual presentan una baja satisfacción independiente de poseer o no trabajo.
- En satisfacción con la vida actual/salud mental presentan alto riesgo de salud mental asociado a baja satisfacción.
- En dimensiones/salud mental destacan en alto riesgo asociado a baja satisfacción en las dimensiones: trabajo remunerado, trabajo en casa, sexualidad, pareja, relaciones familiares, relaciones sociales y situación económica.

Dimensiones de Satisfacción con la vida/Grupos de la muestra

- En la satisfacción con la pareja las mujeres con pareja presentan alta satisfacción, mientras las sin pareja baja satisfacción.
- En la satisfacción con el trabajo las mujeres con trabajo remunerado presentan una baja satisfacción, mientras que las dueñas de casa se reparten por igual en las categorías de satisfacción

CAPITULO 4

DISCUSIÓN

Nuestro análisis comenzará con la discusión de los resultados obtenidos en salud mental, rol de género y satisfacción con la vida actual en los diferentes grupos de la muestra.

En la muestra total el 73.3% de las mujeres presenta un riesgo probable de salud mental, esta alta concentración es debida a que este instrumento utiliza la normalización de los resultados y el uso de una desviación estándar en la división de las mujeres en las categorías de salud mental, lo que siempre concentra los puntajes en los rangos medios sobretodo en muestras pequeñas.

Considerando a la muestra según la etapa del ciclo reproductor, se encontró que en bajo riesgo destacan las mujeres Preclimatéricas (54,4%) y en alto riesgo las mujeres Preclimatéricas y Postclimatéricas se mantienen estables (30.8% cada una), mientras las Climatéricas muestran una pequeña alza (38.4%), lo que sugeriría un cierto aumento de mujeres en alto riesgo de salud mental en el climaterio. Lo que confirma que en la prevalencia de deterioro en la salud mental, el grupo de mujeres que más vulnerable se encuentra son aquellas que realizan labores de casa y las que transitan por la llamada “edad intermedia de la vida” (Cochrane,1992), que es justamente la que coincide con el climaterio.

En salud mental considerando la ocupación de las mujeres, se observó que en ambos grupos (dueñas de casa y trabajo remunerado), las mujeres tenían una tendencia al riesgo probable y alto riesgo de salud mental, lo que contradice la literatura que habla de los efectos beneficiosos del trabajo en la salud mental, al respecto Alvaro pone de manifiesto los efectos psicológicos negativos de algunas formas de empleo precarios, incluyéndose dentro de esta categoría todos aquellos empleos de carácter no estable como el empleo de tiempo parcial, el empleo en las economías domésticas y los puestos de trabajo en la economía sumergida son algunos ejemplos de precariedad en el empleo (Álvaro, 1992), que para el caso de las mujeres con trabajo remunerado se da esta situación, ya que la mayoría de ellas son asesoras del hogar, dependientes de negocios y vendedoras ambulantes.

Considerando la presencia de pareja en la salud mental, se constató que las mujeres con pareja presentan una tendencia de riesgo probable y alto riesgo (88.4%) de salud mental, mientras las mujeres sin pareja presentan una tendencia contraria, riesgo probable y bajo riesgo (95.2%), lo que no es concordante con las estimaciones estadísticas, que muestran una mejor salud mental en las personas casadas por sobre las solteras, separadas y viudas.

Según la presencia de hijos, en la salud mental de las mujeres con hijos se aprecia una tendencia de riesgo probable y alto riesgo (88.4%) y en las mujeres sin hijos se ubican entre riesgo probable y bajo riesgo (100%), debido a su pequeño número, es difícil inferir alguna conclusión al respecto. Concuerda con la literatura al respecto que indica que el hecho de tener hijos es un importante factor predictor del aumento del riesgo de

sufrir depresión en las mujeres, ya que provoca un cambio considerable en el estilo de vida de las mujeres por las responsabilidades que tiene que asumir (Cochrane, 1992).

La distribución general de rol de género, indica un alto porcentaje del rol Andrógino con un 58,9% en la muestra total, este hecho es también observado según las etapas del ciclo reproductor, la ocupación, presencia de pareja e hijos. Esto nos indicaría que estas variables no influyen en la adscripción a los roles de género, ya que no hay una variación al respecto. Esto podría indicarnos, que en cuanto a los roles de género se estaría produciendo un cambio significativo en la forma de “ser mujeres”, en cuanto a las características que definen a hombres y a mujeres, ya que se observaría una flexibilización de las conductas más adaptativas al mundo moderno, que requiere que hombres y mujeres posean características del sexo opuesto.

En las mujeres sin pareja, este alto porcentaje de las Andróginas podría significar que debido a su situación, ellas se ven en la necesidad de flexibilizar su rol y asumir características del otro sexo, volviéndose más Andróginas.

En la satisfacción con la vida actual, se divide a la muestra en mujeres con trabajo y con hijos y mujeres sin trabajo y con hijos para obtener la satisfacción con la vida actual.

En el grupo de las mujeres con trabajo y con hijos, se observó una tendencia de mediana y alta satisfacción (70.5%), mientras que en las mujeres sin trabajo y con hijos su tendencia sería de mediana y baja satisfacción (72.5%). La mayoría de los estudios reportan que la mujer casada que trabaja es más feliz, se siente más satisfecha con su vida, es más sana mentalmente y es menos depresiva que la mujer dueña de casa (Dávila, 1997), quienes en un estudio Londinense, reportan que las razones más comunes para su

insatisfacción son la monotonía, la soledad, la falta de estructura y la cantidad de horas empleadas en casa (Hyde, 1991).

Según la etapa del ciclo, en la satisfacción de las mujeres con trabajo y con hijos, lo más destacable son las mujeres Postclimáticas que presentan el menor porcentaje en baja satisfacción (23.2%), además de poseer un 43.8% al igual que las Climáticas en mediana satisfacción. En mujeres sin trabajo con hijos, las Preclimáticas se destacan por presentar una satisfacción mediana y alta, mientras que Climáticas y Postclimáticas poseen una tendencia media-baja. En este grupo se puede inferir que la aparición del Climaterio trae consigo una disminución de la satisfacción con la vida que se mantiene en el Postclimaterio. Comparando ambos grupos, aparece como factor importante en la satisfacción con la vida, el trabajo remunerado en Climáticas y Postclimáticas.

En la satisfacción con la vida actual de acuerdo a la ocupación actual, en las mujeres con trabajo y con hijos se pudo ver que las mujeres dueñas de casa (cesantes y mujeres que han tenido experiencia laboral) se encuentran más satisfechas (66.6%) que las mujeres con trabajo remunerado (mediana-baja satisfacción 71,1%). En el caso de las dueñas de casa, esta alta satisfacción podría significar que el no tener trabajo no influye en su satisfacción en otras áreas de su vida, por lo que su satisfacción general tiende a ser alta. Para las mujeres que poseen trabajo remunerado, parece influir esta condición en su satisfacción general, por la sobrecarga de trabajo, las condiciones de éste y el aumento de las responsabilidades. Para las mujeres sin trabajo y con hijos, la mayor concentración está en mediana satisfacción con la vida, lo que podría indicar una actitud de resignación ante su condición.

Se observó que en las mujeres con trabajo con hijos y con pareja estable su satisfacción con la vida actual tenía una tendencia mediana-alta de satisfacción a diferencia de las mujeres sin trabajo con hijos y pareja en donde es mediana-baja. Estos resultados muestran una gran influencia del trabajo en la percepción de la satisfacción con la vida actual, la que para el caso de las mujeres sin trabajo con hijos y pareja podría deberse a la dependencia económica que tienen y a la falta de autonomía y control de su propia vida.

A continuación se comentarán los resultados de la satisfacción con la vida actual en combinación con salud mental y rol de género; luego la combinación de rol de género con salud mental y por último las dimensiones de la satisfacción con la vida en combinación primero con rol y luego con salud mental.

En la satisfacción con la vida actual con salud mental en las mujeres con trabajo y las sin trabajo remunerado se puede observar el mismo efecto: baja satisfacción asociado a riesgo probable y alto riesgo de salud mental y por el contrario alta satisfacción asociado con riesgo probable y bajo riesgo. Lo que nos podría indicar que cuando hay una baja satisfacción con la vida hay una mayor tendencia a tener un mayor riesgo de salud mental y por lo contrario cuando hay una alta satisfacción con la vida existe menor riesgo de salud mental, sin existir influencia del trabajo en esta oportunidad. Hay que destacar que según la etapa del ciclo reproductor las Climatéricas tienen su 40% de baja satisfacción en alto riesgo, lo que se da en las mujeres con trabajo y sin trabajo, lo que muestra la fuerte influencia de la satisfacción de la vida en la salud mental en el período Climatérico. Este hecho sugiere que en esta etapa de cambios importantes en la vida de

las mujeres (biológicos como sociales), habría una percepción general de insatisfacción con la vida lo que posiblemente podría influir en su salud mental.

En las mujeres con trabajo y sin trabajo las Andróginas presentan los mayores porcentajes en alta satisfacción, mientras que en baja satisfacción en las mujeres con trabajo predominan las Masculinas y en las mujeres sin trabajo las Masculinas y Femeninas. En general estos resultados podrían confirmar la hipótesis de Bem, que los sujetos Andróginos presentan un mejor ajuste Psicológico que los tipificados, lo que puede inferirse como una mayor satisfacción con la vida actual de las Andróginas.

Los roles de género en combinación con la salud mental, muestra que las sujetas Andróginas se encuentran entre bajo riesgo y riesgo probable de salud mental, mientras que las mujeres Masculinas, Femeninas e Indiferenciadas se encuentran entre riesgo probable y alto riesgo de salud mental. Según la etapa del ciclo, las Andróginas poseen los mayores porcentajes en bajo riesgo de salud mental en las tres etapas. Por lo tanto en salud mental, las Andróginas son las que mejor se encuentran, sin tener influencia la etapa del ciclo reproductor.

Los roles de género en combinación con las dimensiones muestran que las Andróginas presentan una tendencia a la alta satisfacción en las diferentes dimensiones excepto en situación económica, mientras que las Masculinas presentan una tendencia a la baja satisfacción en las dimensiones exceptuando en relaciones familiares. Las Femeninas por su lado presentan una tendencia a la baja satisfacción en las diferentes dimensiones excepto en la satisfacción con los hijos, en relaciones familiares y situación económica, en las cuales su tendencia es a la alta satisfacción.

Su alta satisfacción con el trabajo en las Andróginas tiene que ver con su flexibilidad conductual que le permite compatibilizar las labores del hogar con las del trabajo externo, esto mismo les permita tener una mejor valoración de su sexualidad, mostrándose así más satisfecha con ésta. Tienen una mejor valoración de sus relaciones con sus hijos, pareja y los otros, teniendo de esta manera un mejor apoyo social que la favorece en momentos de crisis.

La baja satisfacción de las mujeres Masculinas con trabajo tendría que ver con la sensación de una falta de éxito y el sentimiento de ser discriminadas y poco valoradas en el mundo laboral, mientras que las labores del hogar tampoco le resultan satisfactorias. En las mujeres sin trabajo su baja satisfacción se relaciona con las pocas posibilidades de tener trabajo externo y no poder ejercer su autonomía económica al depender de su pareja.

Las mujeres tipificadas muestran una desvalorización de su sexualidad, salud física y de su pareja, lo cual tiene que ver con su forma de percibir el mundo, muy diferente a la de las Andróginas.

En la mayoría de las mujeres la relación con los hijos es muy valorada, mientras en las Masculinas es baja porque quizás su satisfacción estaría dada en otros ámbitos.

En la satisfacción con las relaciones familiares todas las categorías de rol de género presentan sus mayores porcentajes en alta satisfacción, sin embargo las mujeres Masculinas a diferencia de las demás presentan mujeres en baja satisfacción con las relaciones familiares. A pesar de que la satisfacción con la pareja en las mujeres tiene una tendencia mediana-baja la alta satisfacción con las relaciones familiares estaría en función con la satisfacción con los hijos.

Los roles de género tipificados tienen una tendencia median-baja de satisfacción con las relaciones sociales. Para las mujeres Femeninas la explicación podría ser la desvalorización de las relaciones sociales debido a la falta de tiempo o malas experiencias anteriores, privilegiando las relaciones familiares

Comparando la salud mental con las dimensiones de satisfacción con la vida actual, podemos mencionar que en la satisfacción con el trabajo remunerado en las mujeres con trabajo los bajos riesgos de salud mental se asocian a mediana-alta satisfacción y alto riesgo de salud mental se asocia a mediana-baja satisfacción, lo que se destaca en las mujeres Climatéricas en donde su 100% en alto riesgo presenta baja satisfacción con el trabajo. Concordando con el hecho de que se ha visto que las mujeres que trabajan y que presentaban baja satisfacción con su trabajo tenían más síntomas de depresión que las que se sentían satisfechas con su trabajo remunerado (Cochrane, 1992).

En la salud mental y la satisfacción con el trabajo en casa el alto riesgo de salud mental esta asociado con baja satisfacción con el trabajo en casa y bajo riesgo asociado a mediana y alta satisfacción. Es posible que en las mujeres que realizan un trabajo remunerado como en las dueñas de casa y además se encuentren con un alto riesgo de salud mental, la falta de colaboración familiar en las labores del hogar acompañada de la poca valoración de su trabajo en casa, además de otros factores se relacionarían con la insatisfacción con el trabajo en casa. Según la etapa del ciclo, se da la misma tendencia, destacándose que no hay mujeres en bajo riesgo en ninguna de las categorías de satisfacción en Climatéricas y en Postclimatéricas no hay mujeres en alto riesgo con baja y alta satisfacción con el trabajo en casa. Según la etapa del ciclo, las mujeres

Climatéricas presentan un mediano y alto riesgo de salud mental que influiría en su satisfacción con las labores del hogar.

En la satisfacción con el trabajo en mujeres con trabajo remunerado, se observa que en bajo riesgo de salud mental se asocia a una alta satisfacción con el trabajo (trabajo remunerado y trabajo en casa), mientras que las mujeres con alto riesgo presentan una tendencia de baja satisfacción (su 100%). Por otro lado las mujeres sin trabajo presentan un bajo riesgo con alta- mediana satisfacción y alto riesgo con mediana- baja satisfacción con el trabajo. En conclusión se puede decir la satisfacción con el trabajo es ciertamente uno de los factores que influiría en la salud mental de aquellas mujeres que se encuentran entre riesgo probable y alto riesgo y dándose lo contrario en mujeres con bajo riesgo de salud mental las que tenderían a una alta satisfacción con el trabajo.

La salud mental en combinación con las dimensiones: sexualidad, salud física, pareja, relaciones familiares y situación económica presentan la misma tendencia, es decir, en las mujeres con bajo riesgo de salud mental los mayores porcentajes se ubican en alta satisfacción, mientras que en alto riesgo se asocia a baja satisfacción.

Se puede observar que en las mujeres con bajo riesgo de salud mental hay una mejor valoración de estas dimensiones y que por el contrario las mujeres que tienen alto riesgo de salud mental tienden a tener percepción negativa en varios ámbitos de su vida, como son por ejemplo estas dimensiones. Según la etapa del ciclo reproductor en la satisfacción con la sexualidad se destaca que en las mujeres Climatéricas con alto riesgo de salud mental, más que las mujeres de los otros grupos, tienen una baja satisfacción con ésta, lo que tiene que ver con los cambios fisiológicos y psicológicos que aparecen en esta etapa y que influyen en su forma de percibir su sexualidad, que está supeditada a la

valoración negativa del climaterio por parte de muchas mujeres y de su entorno. En salud física en las tres etapas del ciclo reproductor se dan las mismas tendencias antes expuestas, lo que indicaría que no hay diferencia según la edad en la valoración de la salud física. En la satisfacción con la pareja, se observa que las Preclimatéricas que poseen bajo riesgo de salud mental se encuentran satisfechas con su pareja, mientras que en las Climatéricas y Postclimatéricas es más destacado que las mujeres con alto riesgo presentan baja satisfacción, lo que induciría a pensar que la edad y una propensión a alto riesgo de salud mental tendrían que ver con la insatisfacción con la pareja. Se encontró que en las relaciones familiares las mujeres Preclimatéricas y Postclimatéricas se muestran con porcentajes significativos en bajo riesgo de salud mental asociado a alta satisfacción con las relaciones familiares, mientras que en las Climatéricas su tendencia es contraria. Lo que concuerda con Haallstrom (1973), quien en un estudio de Gothenburg, apreció una relación significativa entre la aparición de problemas psicológicos en el climaterio, y circunstancias como la disrupción marital, problemas con los hijos, insatisfacción con el trabajo y una serie de otros acontecimientos estresantes (Salvatierra, 1993). Además, en la edad madura es sumamente frecuente que se produzcan importantes cambios en la vida de la mujer en relación con las distintas configuraciones familiares a las que pertenece. Con referencia a la familia de procreación los cambios más relevantes que suele atravesar la mujer en la "edad crítica" están relacionados con los vínculos con la pareja y con sus hijos (N. López, 1991).

La satisfacción con la situación económica, las mujeres Climatéricas con alto riesgo de salud mental presentan una fuerte tendencia a la baja satisfacción con la situación económica, lo que podría tener que ver con que en esta etapa las mujeres

realizan una evaluación crítica de sus logros y frustraciones pasan por aspectos personales y materiales.

En la satisfacción con los hijos, las mujeres con bajo riesgo de salud mental presentan una alta satisfacción con los hijos, mientras que aquellas con alto riesgo la tendencia es mediana-baja satisfacción. En las mujeres Preclimatéricas con bajo riesgo su mayor tendencia es mediana-alta, por el contrario las Climatéricas con alto riesgo se encuentran entre baja (60%) y mediana satisfacción con los hijos (40%). En las mujeres Preclimatéricas esta mayor satisfacción en mujeres con bajo riesgo de salud mental, tendría que ver con que en general poseen hijos en edad preescolar, escolar y adolescente, los que por su edad requieren mayores atenciones y cuidados, ejerciendo a plenitud su rol materno a diferencia de las Climatéricas quienes tienen hijos mayores, adultos jóvenes que comienzan a hacer su propia vida, dejando a sus madres con mayor espacio para sí mismas y su pareja, el hecho que estas mujeres se sientan menos satisfechas podría tener relación con la toma de conciencia en algunas mujeres de que ya nadie las necesita como antes, lo que puede ser especialmente dolorosa para aquellas que se habían concentrado exclusivamente en el cuidado de sus hijos (F. López, 1998).

En la satisfacción con las relaciones sociales, en bajo riesgo de salud mental los porcentajes se ubican en mediana y alta satisfacción, mientras que las mujeres con alto riesgo de salud mental, presentan baja satisfacción con las relaciones sociales. Se ha visto que las mujeres Preclimatéricas y Climatéricas con alto riesgo de salud mental presentan una tendencia a la baja satisfacción con las relaciones sociales sobretodo las primeras. En estas dos etapas las tareas domésticas abarcan gran parte de las actividades de las mujeres sobretodo las que tienen hijos pequeños, no quedándoles tiempo para compartir con otras

personas, lo que obviamente influye en su negativa percepción de las relaciones sociales. La literatura destaca los aspectos positivos de las relaciones sociales y como influyen en la salud mental de las personas, ya que la posibilidad de comunicarnos con otros y la apertura emocional que se dispone en una estable relación de amistad, tendría efectos terapéuticos en la vida de las mujeres.

Finalmente nos interesó indagar en la relación satisfacción con la pareja y la presencia de ésta y por otro lado la satisfacción con el trabajo y la ocupación. En la primera encontramos que las mujeres con alta satisfacción son aquellas que poseen pareja estable, mientras que el mayor porcentaje en baja satisfacción lo tienen aquellas sin pareja estable, que contestaron con relación a su experiencia anterior. Estos resultados dan cuenta de la influencia de la sociedad en la valoración de tener pareja estable, es decir, del estatus social que les da el tener una pareja, independiente de la calidad de esta relación, ya que en la influencia de la salud mental y la satisfacción con la pareja, los resultados dan cuenta de una baja satisfacción.

En la satisfacción del trabajo según la ocupación se puede observar, que las dueñas de casa se reparten por igual en las categorías de satisfacción, mientras que las mujeres con trabajo remunerado, presentan una tendencia a la baja satisfacción. Las mujeres con trabajo remunerado, más bien no se sienten satisfechas ni con el trabajo en casa ni con el trabajo remunerado, lo primero por la rutina de las tareas y la poca valoración de éstas y la segunda debido a las condiciones de sus trabajos y su sobrecarga (doble jornada).

Conclusiones y sugerencias

En esta sección destacaremos los aspectos principales de las variables en estudio, haciendo énfasis en los resultados de las mujeres climatéricas.

En salud mental, como se expuso, las mujeres Climatéricas son las que muestran una situación más delicada, ya que se ubican dentro de alto riesgo. Lo que se repite cuando estudiamos la relación entre salud mental y la satisfacción con la vida, en que las Climatéricas son las representativas en alto riesgo de salud mental y una baja satisfacción. Por otro lado, en la salud mental y las dimensiones de la satisfacción con la vida, destaca el hecho que estas mujeres presenten alto riesgo asociado a baja satisfacción en trabajo remunerado, trabajo en casa, sexualidad, satisfacción con la pareja, relaciones familiares, relaciones sociales y situación económica. Toda esta información indica que el grupo de mujeres Climatéricas con alto riesgo de salud mental muestra dificultades y por lo tanto insatisfacción en diferentes esfera de su vida, lo que tiene mucho que ver con los cambios que debe atravesar la mujer en esta etapa, como los fisiológicos y psicológicos propios del climaterio, cambios en los roles y por lo tanto en la relaciones con hijos y pareja, la liberación de las responsabilidades de la crianza y además una predisposición a las depresiones, generándose una reestructuración de la identidad femenina (antes centrada en la maternidad) (Carreño, 1987), que a menudo está acompañada de estrés e inestabilidad, y que requiere de guía en la dirección, en las actitudes y en la reestructuración de la relación con los hijos y la pareja, así como nuevos ajustes emocionales, intelectuales y conductuales (N.López, 1991).

En la satisfacción con la vida actual en las mujeres de la muestra, el factor más

importante en la satisfacción de estas mujeres fue la presencia de trabajo remunerado, ya que las mujeres sin trabajo se mostraron más insatisfechas que las con trabajo remunerado, independientemente de la etapa del ciclo y la presencia de pareja e hijos, lo que tiene que ver con la precariedad económica en que se encuentran muchas de ellas y su urgente necesidad de la búsqueda de soluciones a través de la adquisición de un trabajo y de sentirse útiles a su familia.

Se ha visto que las mujeres con rol Andrógino se destacan por sobre las tipificadas, presentando un bajo riesgo y riesgo probable de salud mental, en satisfacción con la vida actual se ubican en alta satisfacción, lo que ocurre igualmente en todas las dimensiones de satisfacción con la vida actual excepto en la situación económica. Las tipificadas, Masculinas y Femeninas, en salud mental presentan riesgo probable y alto riesgo de salud mental, baja satisfacción con la vida y sus dimensiones. Lo que concuerda con los planteamientos de Bem, respecto a que las personas Andróginas percibirían y se comportarían de una forma más flexible y presentarían un mejor ajuste psicológico, por lo cual se sentirían más satisfechas en los diferentes ámbitos de su vida. El gran número de Andróginas en una muestra de mujeres populares, confirmaría lo que concluye Hochschild acerca de que nos encontraríamos en un período de transición en que han cambiado los roles asignados a hombres y mujeres, pero no así la estructura social que perpetúa las desigualdades de los géneros, ya que la incorporación de la mujer al mundo laboral no ha sido seguida por una división equitativa del trabajo doméstico.

A partir de este estudio podemos destacar la importancia de la inclusión de la variable trabajo estable y de la percepción de las condiciones de éste, para medir los efectos del trabajo en la salud mental y en la satisfacción con la vida.

Nos parece que en rol de género, sería necesario hacer una revisión de los atributos que componen las escalas de masculinidad y feminidad del BSRI, ya que para nuestra época, éstos han variado notablemente suavizándose los límites entre los géneros.

Sería importante estudiar la relación que existe entre salud mental y la satisfacción con la vida y sus dimensiones de forma de establecer la existencia de relación causal entre ellas, debido a que con nuestro estudio sólo pudimos describir lo que sucede entre estas dos variable sin poder generalizar los resultados obtenidos.

Con respecto a la utilidad del cuestionario de satisfacción con la vida, fue acertada la elección de las dimensiones para ésta. Se hace complicado para su análisis la subdivisión de la satisfacción con la vida actual en mujeres con trabajo y con hijos, mujeres con trabajo y sin hijos, mujeres sin trabajo y con hijos y finalmente mujeres sin trabajo y sin hijos, obteniéndose rangos diferentes de puntajes para cada uno de éstos grupos, lo que sin embargo permite comparaciones entre los grupos.

Un punto importante que faltó en este estudio fue incluir la variable edades de los hijos para clasificar a las mujeres, ya que con esta información se podría establecer fielmente la etapa del ciclo vital familiar en la cual se encuentran las mujeres y relacionarla con la salud mental y la satisfacción con la vida. En este estudio no fue posible realizar comparaciones fidedignas respecto a la salud mental, la satisfacción con la vida y sus dimensiones entre mujeres sin hijos y con hijos lo cual nos parece que es importante de tomarse en cuenta en futuros estudios, en nuestro caso aunque estaba presente en nuestros objetivos en la práctica no se logro por el pequeño número de las mujeres sin hijos.

Este estudio nos confirma que las mujeres en la mediana edad, que coincide por lo

general con el climaterio, pasan por un período de estrés e inestabilidad debido a los diferentes cambios que deben superar y que hacen necesario una mayor atención hacia estas mujeres en la prevención y promoción del autocuidado, por lo tanto requiere de una intervención interdisciplinaria, que apoye de forma más completa las necesidades de estas mujeres.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Aguayo, V., Vega, D., Zamora, K. (1998). Género en los adolescentes de hoy: Estudio de las representaciones sociales en una población de adolescentes secundarios de establecimientos educacionales de Valparaíso y Viña del Mar. Tesis para optar al título de Psicólogo. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A.,(1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.

Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A.,(1992). La salud mental como fenómeno psicosocial. En Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A. (Cords). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.

Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A.,(1992). Estructura social y salud mental. En Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A. (Cords). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.

Alvaro, J., Paez, D. (1996). Psicología Social de la Salud Mental. En Alvaro, J., Garrido, A., Torregrosa, J. (Cords). Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. Madrid.

Antonejevic, Natja., Mena Isidora. (1991). La trampa del rol : La creatividad como alternativa de escape. Revista EPAS. Vº 8. Nº 2.

Artiles, Manzano y Navarro (1998) Impacto de los procesos sociales en el climaterio. En González, C., Arteaga, E., Contreras, P. Menopausia y longevidad. Ediciones Sociedad Chilena del Climaterio. Santiago.

Ausin, J. (1993) Definición y epidemiología de la menopausia. En Palacios, S.(Cord) Climaterio y Menopausia. Fascículo 2. Editorial Mirpal. Madrid.

Beauvoir, Simone (1987). El segundo sexo. Vol 2. La experiencia vivida. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires

Blanch, J. (1996). Psicología Social del Trabajo. En Alvaro, J., Garrido, A., Torregrosa, J. (Cords). Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. Madrid.

Blümel Juan , Roncagliolo María, Grametna Gloria, Tacla Ximena, Sepúlveda Héctor, Brandt Arturo (1997). Prevalencia de síntomas psíquicos y vasomotores en diferentes periodos del climaterio. Revista chilena Obstetricia-Ginecología. Vol 62. N6.

Bonilla, Amparo. (1998). Los roles de género. En Fernández, Juan. Género y Sociedad. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.

- Bonino, Camus, Florenzano, Horwitzs, Jara, Maddaleno, Marchandón, Opinás.(1991)Temas de salud mental y atención primaria de salud. Editorial CPU. Santiago.
- Burin, Mabel (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujer y salud mental. Grupo Editor de América Latina. Buenos Aires.
- Burin, Mabel., Meler, Irene.(1998). Género y Familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Editorial Paidós. Madrid.
- Bustos, Olga (1994). La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación. En Antología de la Sexualidad Humana. Ciudad de Mexico.
- Carmona, A., Sáenz, D. (1997). Estudio exploratorio del BSRI: Esquema de género y comparación con el endogrupo y exogrupo. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Valparaíso.
- Carreño, D. (1987). Una crisis vital en la mujer: Edad madura. En Burin, M. (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujer y salud mental. Grupo Editor de América Latina. Buenos Aires.
- Castro, R. (1998). El climaterio como problema de salud pública. En González, O., Ortega, E., Contreras, P. Menopausia y patologías asociadas : Prevención y tratamiento. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago.
- Centro de Estudios de la Mujer (CEM). (1998). Síntesis Mundo de Mujer. Continuidad y cambio. Santiago.
- Clemente, Antonio. (1996). Psicología del desarrollo adulto. Narcea S.A Ediciones. Barcelona.
- Cochrane, R. (1992). Incidencia de la depresión en hombres y mujeres. En Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A. (Cords). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.
- Consejo Nacional de la Población (CONAPO). (1994). Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I, II y III. Ciudad de Mexico.
- Contreras, P. (1998). Aspectos históricos de la menopausia en Chile. En González, O., Ortega, E., Contreras, P. Menopausia y patologías asociadas : Prevención y tratamiento. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago.
- Cuevas, G., Dávila, O., Oyarzún, A., Rojas, T. (1990). Algunos rasgos del perfil de la

mujer urbano-popular de Achupallas. Resultados preliminares. Editorial Colectivo de Mujer Peulla. Valparaíso.

Daskal, A.M. (1994). Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En SERNAM Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental.

Dávila, Valenzuela, Waceols.(1997). La Mujer en el Espacio Público Remunerado. Dinámica Familiar y Esquema de Género. Tesis para optar al título de Psicólogo. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Feijoó, M del C.(comp) (1991) Mujer y sociedad en America Latina. Consejo Latinoamericano de Cs. Sociales (CLACSO). Buenos Aires.

Fernández, Juan. (1998). Género y Sociedad. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.

Fernández, Juan (coord.). (1998). Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género. Editorial Piramide. Madrid

Flisfisch, A. (1994). Líneas de acción para modernizar la gestión pública. En políticas de igualdad de oportunidades. Encuentro Internacional. Santiago.SERNAM.

García, C.(1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación Cubana. Revista Cubana Medicina General Integral. V 15. N°1. 88-97.

González, O., Arteaga, E., Contreras, P.(1998) Menopausia y patologías asociadas : Prevención y tratamiento. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago.

González, O., Arteaga, E., Contreras, P.(1998). Menopausia y longevidad. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago

Gramegna, G., Blümel, J., Roncagliolo, M., Aracena, B. y Tacla, X.(1998). Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. Revista Médica de Chile. V 126. N° 2. 129-238.

Gysling, Jaqueline., Benavente, María Cristina. (1992) Trabajo, sexualidad y poder. Flasco editores. Chile.

Gurucharri, C. (1998). Visión del climaterio desde la ginecología antropológica. En González, O., Ortega, E., Contreras, P. Menopausia y patologías asociadas : Prevención y tratamiento. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago.

Hyde, J. (1991). Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. Editorial Morata. Madrid

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México.

Jayne, M., Sau, V. (1996). Psicología diferencial del sexo y el género. Editorial Icaria. Barcelona.

Kaplan, Helen & cols. (1984). El sentido del sexo. Un libro actual y documentado para los jóvenes. Colección Relaciones humanas y Sexología. Ediciones Grijalbo S.A. 3º Edición. Buenos Aires.

Lagarde, Marcela. Cautiverio de las mujeres : Madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. Editorial Universidad nacional autónoma de México. Colección postgrado. Ciudad de Mexico.

Lagarde, Marcela (1994). Género e Identidades. Metodología de trabajo con mujeres. Fundación para el Desarrollo Educativo y Tecnológico Comunitario (FUNDETEC) y UNICEF Oficina Regional para América Latina. Programa Regional de Capacitación de la Mujer para el Desarrollo. Ecuador.

Lagarde, Marcela. (1996). Género y Democracia. Desarrollo Humano y Democracia. Editorial Horas y Horas. Madrid.

Lagarde, Marcela. (1992). Identidad de género. Curso ofrecido al Centro juvenil "Olaf Palme", con el apoyo de OCSD, OIT, OPS, AOS. Managua. Nicaragua.

Lamas, Marta (Comp.) (1996). El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Editorial Miguel Angel Porrúa. Mexico

Lamas, Marta (1996). La antropología feminista y la categoría "género". En Lamas, Marta (Comp.). El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Editorial Miguel Angel Porrúa. Mexico

Lara, María. (1994). Masculinidad y feminidad. En Antología de la Sexualidad Humana. Ciudad de Mexico.

Lerer, María Luisa. (1995). Sexualidad femenina: Mitos y realidades. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Leroy, Margaret. (1996). El placer femenino. Que piensan las mujeres sobre sexo. Editorial Paidós Contextos. 1º Edición. Buenos Aires.

Londoño, Argelia. (1989). Sexualidad y envejecimiento femenino. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol7. N 2. Medellín.

López, F. (1995). Prevención de los abusos sexuales y educación sexual. Amarú Ediciones. Salamanca.

López, F. (1998). Identidad sexual y de género en la vida adulta y vejez. En Fernández,

- Juan (coord.). Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género. Editorial Piramide. Madrid
- López, N. (1991). La familia, el trabajo y el propio cuerpo en la "edad crítica". En Feijóo, M del C. Mujer y sociedad en America Latina. Consejo Latinoamericano de Cs. Sociales (CLACSO). Buenos Aires.
- Masters, William., Johnson, Virginia., Kolodny, Roberto. (1996). Eros: Los mundos de la sexualidad. Editorial Grijalbo. Barcelona
- Meléndez, J., Valdovinoitt, M., Gacitúa, A. (1996). Proyecto preliminar de la adaptación del BSRI en estudiantes universitarios. Proyecto DIUV Universidad de Valparaíso.
- Montecino, S., Rebolledo, L. (1996). Conceptos de género y desarrollo. Editorial Programa interdisciplinario de estudios de género de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Ocaña, Ana María. (1991). Envejecimiento y sexualidad. Revista de la red de salud. ISIS internacional.
- Páez, D., Adrián, J., Basabe, N. (1992). Balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emociones: Una aproximación sociopsicológica a la salud mental. En Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A. (Cords). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.
- Palacios, Santiago. (1993). Climaterio y Menopausia. Fascículo 2. Editorial Mirpal. Madrid.
- Pearson, J., Turner, L., Todd-Mancillas, W. (1993). Comunicación y género. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Raguz, María. (1995). Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, femneidad, masculinidad y genero en diversos grupos poblacionales. Editorial Pontificia Universidad del Perú.
- Reinish, Jung M., Beasley, Ruth. (1992). Nuevo informe Kinsey sobre sexo. Todo lo que usted debe saber sobre sexualidad. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Rodó, Andrea. Rivera, Diana. (1994). Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos. Cap. La mujer y su cuerpo. Disociación y conflicto. Flacso Editores. Santiago.
- Rodó, Andrea. Sharim, Daniela. (1992) Sexo, amor y seducción : Preguntas y respuestas para la mujer chilena. Ediciones Sur. Santiago de Chile.

Rodó, A., Sharim, D., Silva, U. (1993). Los nuevos roles y la construcción de identidad femenina. Informe de investigación. SUR Centro de Estudios Sociedad y Educación. Documento de Trabajo N° 144.

Rodó, Andrea. (1987). El cuerpo ausente. Ediciones SUR. Santiago de Chile.

Rodríguez, J., García, J. (1996). Psicología Social de la Salud. En Alvaro, J., Garrido, A., Torregrosa, J. (Cords). Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. Madrid.

Rodríguez, I., Hontangas, P., Bravo, M., Grau, R. y Ramos, J. (1993). Bienestar Psicológico. En Resumen II Conferencia Internacional sobre Intervención Psicológica y Desarrollo Humano. Valencia 11-14 Julio 1993.

Rubio, Eusebio. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En Antología de la Sexualidad Humana. Ciudad de Mexico.

Salvatierra, V. (1993). Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. En Palacios, S. (Cord). Climaterio y Menopausia. Fascículo 2. Editorial Mirpal. Madrid.

Sebastián, J. (1998). Androginia y flexibilidad de roles. En Fernández, Juan (coord.). Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género. Editorial Piramide. Madrid

Sebastián, J., Aguiñiga, C. (1998). La androginia psicológica: Un acercamiento definicional. En Fernández, J. Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.

SERNAM & UNICEF (1992). Perfil de la Mujer. Argumentos para un cambio. Fondo de naciones Unidas para la Infancia.

SERNAM (1992). Perfil de mortalidad y epidemiológico de la mujer. Documento de trabajo N°24. Departamento de Planificación y Estudios.

SERNAM. (1994). Informe Comisión Nacional de la Familia (CNF). Servicio Nacional de la Mujer.

SERNAM (1994). Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental.

Valdés, T., Gomáriz, E.(coords.). (1992) Sistematización de antecedentes estadísticos de la mujer a nivel regional. Documento de trabajo. FLACSO. Programa Chile. Santiago.

Valdés, T., Gomáriz, E. (Coords.). (1995). Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Tomo comparativo. Madrid: Instituto de la Mujer de Madrid y Facultad Latinoamericana de Ciencias. Sede Chile.

Vergara, A., Páez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. Revista de Psicología Social. V 8. N°2. 133-152.

Weeks, Jeffrey (1998). El Malestar de la sexualidad: significados, mitos y sexualidades modernas. Revista Médica de Chile. V 126. N° 2.

Zene de Luque, Ana María.(1991). Sexualidad de la mujer postmenopáusica. Revista de sanidad de la defensa nacional. V8. N°1.

APÉNDICES

APENDICE A
ENCUESTA DE IDENTIFICACIÓN

ENCUESTA

DATOS PERSONALES

Edad: _____ F. de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltera Casada Separada Viuda Conviviente

Ocupación: Dueña de casa Trabajo remunerado Cesante

DATOS FAMILIARES

Con pareja estable: SI NO Tiempo de relación: _____

Nº hijos: _____ Edades de hijos: _____

Nº hijos que viven con usted: _____ Nº personas grupo familiar: _____

Reside actualmente: Sola Con esposo o compañero Con esposo e hijos

Compañero e hijos Sola con hijos Con familia de origen

Con otros(especifique) _____

Ingreso mensual familiar: _____

Previsión: INP AFP CAPREDENA No tiene

Salud: Fonasa Isapre CAPREDENA No tiene

Situación habitacional: Vivienda propia Vivienda arrendada

Vivienda en pago Vive de allegada

DATOS MÉDICOS

Control ginecológico periódico: SI NO

Diagnóstico de climaterio: SI NO

En tratamiento hormonal: SI NO Desde cuando: _____

Operaciones(Especificar): _____

Año inicio alteraciones menstruales: _____ Año última menstruación: _____

Marque con una cruz los síntomas que presenta actualmente y con un círculo los tres que usted considere más importante:

	Bochornos-Sofocos		Sobrepeso
	Sudores Nocturnos		Vello en el Rostro
	Cansancio		Zona Genital más delicada
	Mareos		Vaginal Falta de Lubricación
	Palpitaciones		Falta de Ánimo
	Dolor de Cabeza		Disminución de Actividades
	Dolor de Cuello		Dificultad de Concentración
	Dolor de Senos		Nerviosismo
	Alteraciones Urinarias		Irritabilidad
	Infecciones Urinarias		Cambios en su Estado de Ánimo
	Adormecimiento de la Piel		Dificultades para dormir
	Osteoporosis		Falta de Deseo Sexual
	Adelgazamiento y Caída del Cabello		Otros

APÉNDICE B
GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE DE GOLDBERG

GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE DE GOLDBERG

Lea cuidadosamente:

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos, y como ha estado de salud en las ultimas semanas. Por favor conteste a todas las preguntas, marque con una cruz sobre las respuestas que a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido usted.

Recuerde que queremos conocer los problemas actuales, no los que ha tenido en el pasado.

Es importante que trate de responder a todas las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual.	Igual que lo habitual.	Menos útil que lo habitual.	Mucho menos útil que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual.	Igual que lo habitual.	Menos que lo habitual.	Mucho menos capaz que lo habitual.
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha sentido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual.	Igual que lo habitual.	Menos que lo habitual.	Mucho menos que lo habitual.
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más que lo habitual.	Igual que lo habitual.	Menos capaz que lo habitual.	Mucho más capaz que lo habitual.
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
10. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual.	Aproximadamente lo mismo que lo habitual.	Menos feliz que lo habitual.	Mucho menos que lo habitual.

APÉNDICE C
BEM SEX ROLE INVENTORY

INVENTARIO DE ROLES SEXUALES DE BEM

A continuación se presenta una lista de adjetivos. En cada uno de ellos rodee con un círculo el adjetivo que más le acomode.

EJEMPLO

	Nunca	Siempre
Impaciente	1 2 3 4 5 6 7	

Una persona que se considere muy impaciente marcaría el nº 7.

Una persona que se considere nada impaciente marcaría el nº 1.

Una persona que considere que esta característica le es indiferente marcaría el nº 4.

Los restantes números (2,3,5,6) se marcarán según se aproxime la opinión a un extremo o al otro.

	NUNCA	SIEMPRE		NUNCA	SIEMPRE
1. Confiada en sí misma	1	2 3 4 5 6 7	31. Toma decisiones fácilmente	1	2 3 4 5 6 7
2. Complaciente	1	2 3 4 5 6 7	32. Compasiva	1	2 3 4 5 6 7
3. Servicial	1	2 3 4 5 6 7	33. Sincera	1	2 3 4 5 6 7
4. Defensora de las propias ideas	1	2 3 4 5 6 7	34. Autosuficiente	1	2 3 4 5 6 7
5. Alegre	1	2 3 4 5 6 7	35. Humanitaria	1	2 3 4 5 6 7
6. Temperamental, de humor variable	1	2 3 4 5 6 7	36. Engreída, presumida	1	2 3 4 5 6 7
7. Independiente	1	2 3 4 5 6 7	37. Dominante	1	2 3 4 5 6 7
8. Tímida	1	2 3 4 5 6 7	38. De hablar suave	1	2 3 4 5 6 7
9. Reflexiva consciente	1	2 3 4 5 6 7	39. Agradable, amable	1	2 3 4 5 6 7
10. Atlético	1	2 3 4 5 6 7	40. Masculina	1	2 3 4 5 6 7
11. Afectuosa	1	2 3 4 5 6 7	41. Cálida, acogedora	1	2 3 4 5 6 7
12. Teatrera	1	2 3 4 5 6 7	42. Ceremoniosa, solemne, formal	1	2 3 4 5 6 7
13. Asertiva	1	2 3 4 5 6 7	43. Dispuesta a tomar partido	1	2 3 4 5 6 7
14. Se deja adular	1	2 3 4 5 6 7	44. Tierna	1	2 3 4 5 6 7
15. Feliz	1	2 3 4 5 6 7	45. Amable	1	2 3 4 5 6 7
16. De una personalidad fuerte	1	2 3 4 5 6 7	46. Agresiva	1	2 3 4 5 6 7
17. Fiel, leal	1	2 3 4 5 6 7	47. Crédula	1	2 3 4 5 6 7
18. Impredecible, imprevisible	1	2 3 4 5 6 7	48. Ineficaz, incapaz	1	2 3 4 5 6 7
19. Enérgica, vigorosa	1	2 3 4 5 6 7	49. Actúa como líder	1	2 3 4 5 6 7
20. Femenina	1	2 3 4 5 6 7	50. Infantil, pueril	1	2 3 4 5 6 7
21. Confiable, digna de confianza	1	2 3 4 5 6 7	51. Adaptable	1	2 3 4 5 6 7
22. Analítica	1	2 3 4 5 6 7	52. Individualista	1	2 3 4 5 6 7
23. Simpática	1	2 3 4 5 6 7	53. No utiliza palabrotas	1	2 3 4 5 6 7
24. Celosa	1	2 3 4 5 6 7	54. Poco sistemática	1	2 3 4 5 6 7
25. Con capacidad de liderazgo	1	2 3 4 5 6 7	55. Competitiva	1	2 3 4 5 6 7
26. Sensible a las necesidades de los otros	1	2 3 4 5 6 7	56. Amante de los niños	1	2 3 4 5 6 7
27. Veraz	1	2 3 4 5 6 7	57. Discreta, con tacto	1	2 3 4 5 6 7
28. Audaz, arriesgada	1	2 3 4 5 6 7	58. Ambiciosa	1	2 3 4 5 6 7
29. Comprensiva	1	2 3 4 5 6 7	59. Gentil, cortés	1	2 3 4 5 6 7
30. Reservada	1	2 3 4 5 6 7	60. Convencional, tradicional	1	2 3 4 5 6 7

APÉNDICE D

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA ACTUAL

CUESTIONARIO

Le pido a usted que responda a las siguientes preguntas con absoluta confianza, dado que no persiguen otro fin que conocer la realidad que vivimos.

Usted debe saber que este cuestionario va sin nombre, es anónima, y la información personal es absolutamente confidencial. En el caso de no tener usted pareja estable actualmente, conteste en base a su última relación estable.

Marque con una cruz la alternativa que usted considere acorde con su vida actual:

1. **Con respecto a su vida laboral**, qué preferiría:

Trabajar No trabajar

2. **¿Usted realiza un trabajo remunerado?**

SI NO (pase a la pregunta n° 5)

3. **Si usted realiza un trabajo remunerado**, indique los motivos para realizarlo.

Lo hace por el dinero Lo hace porque le gusta

Lo hace porque desea superarse como persona.

4. **En relación con su trabajo**, se siente satisfecha con respecto a las siguientes situaciones (marque con una cruz lo que se acerque más a su situación actual).

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. Las tareas que desempeña en su trabajo.					
2. El nivel de sueldo que recibe.					
3. La extensión del horario de trabajo.					
4. El clima humano entre sus compañeros de trabajo.					
5. La utilidad que tiene su trabajo para la sociedad.					
6. La calidad de su relación con sus jefes.					
7. La jerarquía del cargo que usted desempeña.					

8. La dedicación que puede entregarle a su familia después de trabajar.					
9. Los esfuerzos que realiza para desempeñar un trabajo remunerado y además el de la casa.					
10. Las oportunidades que ha tenido para encontrar trabajo.					
11. Su capacidad para desempeñar su trabajo remunerado.					

5. **En relación al trabajo que realiza en casa**, qué grado de satisfacción siente con respecto a : (marque con una cruz lo que más se acerque a su situación).

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. La forma en que su familia valora su trabajo.					
2. El tipo de tareas que usted hace en casa.					
3. No tener un trabajo remunerado.					
4. Lo interesante que son las actividades del hogar.					
5. La forma en que su familia aprecia los cuidados que usted les brinda.					
6. La ayuda que recibe de los miembros de la familia.					
7. El tiempo libre del que dispone luego de realizar las tareas del hogar					
8. La habilidad que posee para los quehaceres del hogar.					

6. **¿Cuál es la razón fundamental por la cual usted no trabaja fuera de casa?** (sólo para mujeres que no tienen trabajo remunerado). Marque con una cruz:

- Mi pareja no me deja Lo he intentado pero no lo he conseguido
- No tengo con quien dejar a mis hijos Estoy impedida físicamente

7. Acerca de su sexualidad, indique los grados de satisfacción que usted siente con respecto a:

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. El deseo sexual que siente su pareja por usted.					
2. La expresión de amor que se da en sus relaciones sexuales con su pareja.					
3. La necesidad de satisfacer sexualmente a su pareja.					
4. Su capacidad para satisfacer sexualmente a su pareja.					
5. Su habilidad para tomar la iniciativa sexual.					
6. Lo que su religión le dice en materia sexual.					
7. La calidad de su vida sexual.					
8. Su libertad para hablar de sexualidad.					
9. La espontaneidad de su expresión de placer sexual.					
10. La habilidad que tiene su pareja para satisfacerla.					
11. Hacer el amor con su pareja aún si no tiene orgasmos.					
12. La frecuencia actual de sus relaciones sexuales con su pareja.					
13. Los cambios que ha experimentado su sexualidad con los años.					
14. La forma en que mantiene relaciones sexuales con su pareja.					

8. Los motivos por los que usted tiene relaciones sexuales con su pareja son los siguientes. Ponga notas de 1 a 7, dependiendo de lo importante que sea para usted.

- Expresarse amor
 Vivir un momento placentero
 Satisfacer la necesidad del otro
 Para retener a mi pareja
 Porque mi pareja me obliga
 No existen motivos

9. Sobre su sexualidad, indique la frecuencia de las siguientes situaciones:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Conversan acerca de sus fantasías sexuales.			
2. Realizan siempre lo mismo.			
3. Le es difícil obtener placer sexual.			
4. Quiere que este momento pase rápido.			
5. Espero que mi pareja haga todo.			
6. Siente dolor.			
7. Hace cosas que no desea.			
8. Su pareja es cariñosa con usted.			
9. Su pareja es rápida en el acto.			
10. Su pareja es violenta.			
11. Obtiene placer al hacer el amor con su pareja.			

10. Con respecto a la vida sexual de la mujer a veces se torna menos satisfactoria, ¿a qué cree que se debe? (marque con una cruz de acuerdo al grado de importancia que usted le atribuye).

	MUCHA IMPORTANCIA	MEDIANA IMPORTANCIA	POCA IMPORTANCIA
1. Problemas económicos.			
2. Problemas de comunicación con la pareja.			
3. Enfermedades..			
4. Poca habilidad de su pareja en el plano sexual.			
5. Poca intimidad.			
6. Infidelidad de su pareja.			
7. Rutina del hogar.			
8. Dolor en la relación sexual.			
9. Malos tratos de su pareja.			
10. Por la edad.			

11. Para las mujeres que se encuentran en su etapa climática, ¿ le parece que su vida sexual ha empeorado desde el comienzo de esta etapa?:

SI NO

12. Si usted contestó sí a la pregunta anterior, marque con una cruz a las afirmaciones que se refieren a los **motivos que a usted le parecen importantes en el empeoramiento de su vida sexual:**

	MUCHA IMPORTANCIA	REGULAR IMPORTANCIA	POCA IMPORTANCIA
1. El sobrepeso.			
2. Ya no estoy en edad.			
3. Las enfermedades.			
4. Molestias en la zona genital.			
5. No me dan ganas.			
6. Problemas económicos.			
7. No me llevo bien con mi pareja.			
8. Los malos tratos que me da mi pareja.			

13. ¿Cómo cree que está su salud física actual?

Buena Regular Mala

14. Con respecto a su salud, diría usted que es cierto qué: (marque con una cruz)

	MUY CIERTO	CIERTO	DUDOSO	FALSO	MUY FALSO
1. Se cansa fácilmente al realizar las actividades diarias.					
2. Hace mucha menos actividad física que hace algunos años.					
3. Cuida seriamente de su salud.					
4. Realiza alguna actividad física semanal.					
5. Considera que su salud física ha empeorado en estos últimos años.					
6. Últimamente siente miedo a tener alguna enfermedad grave.					
7. Ha tenido malestares que le preocupan porque cree que puede ser una enfermedad grave.					
8. Se ha sentido decaída últimamente.					
9. Siente que su salud no ha sufrido variaciones importantes.					
10. Camina poco diariamente.					
11. Camina mucho menos que en años anteriores.					
12. Se preocupa demasiado por las					

enfermedades de los miembros de su familia.					
13. Se despierta descansada y fresca casi todas las mañanas.					
14. Mi salud no ha interferido en mi trabajo diario.					
15. Tengo problemas al dormir.					
16. Me conservo bien para mi edad.					
17. He tenido problemas últimamente con mi peso.					
18. Sufro de pocos dolores corporales.					
19. En ocasiones me siento muy débil.					

15. **Acerca de su vida familiar**, indique los grados de satisfacción que siente con:

(marque con una cruz cada una de las afirmaciones).

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. El modo en que se toman las decisiones en la familia.					
2. Las discusiones que se forman cuando se reúne la familia.					
3. La forma en que el grupo familiar comparte sus tiempos libres.					
4. La distribución de las tareas del hogar.					
5. La cercanía que sienten entre sí los miembros de la familia.					
6. El respeto de las opiniones entre los miembros de la familia.					
7. La importancia del papel que usted juega dentro de la familia.					
8. La retribución de cariño que su familia le expresa.					
9. El modo en que su familia respeta su tiempo libre.					
10. De que su familia la quiera tal como usted es.					
11. El nivel de exigencia que recibe de su familia.					
12. El respeto que le expresan los demás miembros de su familia.					
13. Las conversaciones que se dan cuando la familia está reunida.					

16. **Sobre su relación con sus hijos**, indique el grado de satisfacción que siente con respecto a: (marque con una cruz cada alternativa según se asemeje a su vida familiar).

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. La confianza que sus hijos sienten por usted.					
2. La comunicación que sus hijos tienen con usted.					
3. Que sus hijos acudan primero a usted.					
4. El respeto que le expresan sus hijos.					
5. La obediencia que sus hijos le expresan.					
6. El desarrollo personal que sus hijos han logrado.					
7. La frecuencia con que sus hijos le discuten.					
8. El nivel de confianza que le expresan sus hijos a usted.					
9. La alegría que muestran sus hijos en la vida familiar.					
10. El nivel de independencia que muestran al actuar sus hijos					
11. La forma en que ha logrado criar a sus hijos.					
12. La dedicación que ha logrado entregarle a sus hijos.					
13. El respeto que le da a las opiniones de sus hijos.					

17. **Acercas de su pareja**, indique los grados de satisfacción que siente con respecto a: (marque con una cruz cada alternativa según se asemeje a vida en pareja).

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. El trato que recibe de su pareja					
2. La profundidad en que conversan temas personales con su pareja.					
3. La posibilidad de llegar a acuerdos con su pareja.					
4. La confianza que usted tiene en su					

pareja.					
5. El respeto que su pareja tiene por su tiempo libre.					
6. Poder discutir con su pareja sin pelear.					
7. La responsabilidad que su pareja demuestra por su familia.					
8. La cercanía que su pareja mantiene con usted.					
9. El modo en que se resuelven los conflictos con su pareja.					
10. La ayuda de su pareja en la crianza de los hijos.					
11. El respeto que recibe de su pareja.					
12. El esfuerzo que su pareja realiza para hacerla feliz.					
13. La cantidad de tiempo que comparte a solas con su pareja.					

18. Marque con una cruz **las 4 características personales que definan mejor a su pareja**, indique el grado de satisfacción de cada una de las características señaladas:

		SATISFACCIÓN										
		T	A	M	B	N		T	A	M	B	N
Buen padre							Audaz					
Inseguro							Conversador					
Simpático							Infiel					
Agresivo							Sociable					
Generoso							Infantil					
Parrandero							Tierno					
Cooperador							Apostador					
Insolente							Comprensivo					
Cariñoso							Porfiado					
Drogadicto							Respetuoso					
Chistoso							Frío					
Idiota							Leal					
Inteligente							Alcohólico					
Celoso							Trabajador					
Responsable							Peleador					
Grosero							Preocupado por la familia					

19. Señale el grado de satisfacción que siente con respecto a:(marque con una cruz).

SATISFACCIÓN					
	TOTAL	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
1. La frecuencia con que visita a amigos o amigas.					
2. Las actividades en común que realiza con grupo de amigos (as).					
3. Las visitas que recibe de amigos o amigas.					
4. El contacto que mantiene con viejos amigos(as).					
5. El tiempo que dispone para estar sola.					
6. Las fiestas y actividades sociales que organiza en su casa.					
7. La facilidad que tiene para hacer amistades.					
8. Las invitaciones que recibe para compartir con otras personas.					
9. El tipo de actividades sociales que desarrolla.					
10. La confianza que depositan en usted sus amigos(as).					
11. Contar con amistades para compartir sus problemas personales.					
12. La cantidad de amistades que posee.					
13. El aprecio que le tienen sus amistades.					
14. La importancia que usted tiene para sus amistades.					
15. El tiempo que tiene para compartir con sus amistades.					
16. Su habilidad para integrarse a nuevos grupos de personas.					
17. Con la calidad de las amistades que posee.					
18. El grado de compromiso que sus amistades tienen con usted.					
19. Lo entretenido que se le hace compartir con sus amistades.					
20. Su capacidad para mantener lazos de amistad duraderos.					

20. **En cuanto a su situación económica**, indique si para su caso son ciertos o falsos los contenidos de las siguientes afirmaciones: (marque con una cruz)

	MUY CIERTO	CIERTO	DUDOSO	FALSO	MUY FALSO
1. Siente que su situación económica le ha impedido realizar sus sueños.					
2. Le parece que su situación económica afecta su felicidad.					
3. Debido a problemas económicos ha tenido problemas en su relación de pareja.					
4. Ha tenido problemas con sus hijos al no poder darles lo que necesitan.					
5. Le parece que su pareja no aporta lo suficiente para el hogar.					
6. Le parece que su propio aporte es insuficiente para el hogar.					
7. Debido a su situación económica no ha logrado mejorar su situación habitacional.					
8. Le parece que su situación económica le ha impedido optar por mejores artefactos domésticos.					
9. Le gustaría tener mejor vestuario del que dispone.					
10. La alimentación que actualmente tiene no es la adecuada.					