



Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Región Xalapa

Doctorado en Psicología

## Sentido de vida, vacío existencial, satisfacción con la vida y sintomatología asociada a la menopausia

Tesis para obtener el grado de Doctora en  
Psicología

Presenta:

**Mariana Sosa Ortega**

Directora de tesis:

Dra. María Luisa Marván Garduño

Mayo de 2022

“Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz”



# Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Región Xalapa

Doctorado en Psicología

*Sentido de vida, vacío existencial, sentido con la vida y  
síntomatología asociada a la menopausia*

Tesis para obtener el grado de Doctora en  
Psicología

Presenta:

Mariana Sosa Ortega

Directora de tesis:

Dra. María Luisa Marván Garduño

Asesores de tesis:

Roberto Lagunes Córdoba

María Dolores Martínez Garduño

## **Dedicatoria**

A mi hijo Jorge

# Índice

Resumen.....	3
Introducción .....	5
Marco Teórico.....	9
Menopausia, Perimenopausia y Posmenopausia.....	9
Factores Psicosociales Asociados a la Etapa de la Menopausia.....	10
Síntomas Asociados a la Menopausia.....	14
Sentido de Vida y Vacío Existencial .....	20
Dimensiones del Sentido de Vida.....	25
El Sentido de Vida y su Influencia en la Salud.....	27
La influencia sobre los trastornos psicológicos .....	27
Medición del sentido de vida.....	29
Satisfacción con la Vida.....	34
Medición de la Satisfacción de Vida .....	36
La Satisfacción con la Vida en Mujeres Maduras .....	38
Justificación y Planteamiento del Problema .....	39
Pregunta de Investigación .....	41
Objetivos.....	41
Objetivo General .....	41
Objetivos Específicos .....	41
Hipótesis .....	42
Método .....	42
Tipo de Estudio .....	42
Fase 1: Validación de la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV).....	43
Escenario de la Investigación .....	43
Participantes.....	43
Procedimiento para Contactar a los Participantes y para Levantar la Información...	43
Análisis de Datos .....	44
Instrumentos .....	45

Fase 2. Sentido de Vida, Vacío Existencial, Satisfacción de Vida y Síntomas Asociados a la Menopausia.....	46
Escenario de la Investigación .....	46
Participantes.....	46
Procedimiento para Contactar a las Participantes y para Levantar la Información ...	46
Análisis de Datos .....	47
Instrumentos .....	48
Variables.....	49
Variables Dependientes .....	49
Variables Independientes.....	49
Consideraciones Éticas para las Dos Fases del Estudio .....	51
Resultados.....	51
Fase 1: Validación de la Escala Dimensional Del Sentido de Vida (EDSV).....	51
Características generales de la muestra .....	51
Análisis Factorial Exploratorio.....	52
Análisis Factorial Confirmatorio .....	53
Fase 2: Sentido de Vida, Vacío Existencial, Satisfacción de Vida Y Síntomas Asociados a la Menopausia.....	56
Características generales de la muestra .....	56
Análisis Inferencial .....	57
Discusión .....	65
Implicaciones del Estudio:.....	70
Limitaciones del Estudio y Sugerencias para Estudios Posteriores.....	71
Referencias .....	72
Apéndice A. Consentimiento Informado.....	87
Apéndice B. Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) .....	89
Apéndice C. Escala Dimensional del Sentido de Vida validada y adaptada por la autora	91
Apéndice D. Escala del Climaterio de Greene (GSC).....	92
Apéndice E. Escala de la Satisfacción con la Vida (SWLS) .....	95

## Resumen

La menopausia es la última menstruación que determina la fase final de la vida reproductiva de la mujer. El periodo de la perimenopausia comienza varios meses antes, desde que los ciclos menstruales empiezan a tornarse irregulares. Se considera que una mujer ya es posmenopáusica cuando ha pasado un año de amenorrea. Se han reportado una serie de signos y síntomas asociados todos al periodo alrededor de la menopausia, los cuales están afectados por diferentes factores psicosociales. El objetivo de esta tesis fue analizar la influencia del sentido de vida y de la satisfacción con la vida en el reporte de los síntomas asociados a la menopausia. El estudio estuvo conformado por dos fases: en la primera se validó la Escala Dimensional del Sentido de Vida en población mexicana, y en la segunda se estudió la relación entre el sentido de vida, vacío existencial, satisfacción con la vida y los síntomas asociados a la menopausia.

En la primera fase participaron 405 personas adultas de 18 a 70 años a quienes se les aplicó la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) diseñada por Martínez et al. (2011) en Colombia. Se realizó un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio. La escala resultante estuvo conformada por diez reactivos distribuidos en dos factores: “Vacío existencial” con seis factores y “Sentido de vida”, con cuatro.

Para la segunda fase, participaron 342 mujeres entre las edades de 45 y 55 años, ya sea en etapa perimenopáusica o postmenopáusica. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala Dimensional del Sentido de Vida adaptada y validada en la primera fase del estudio, la Escala de Satisfacción con la Vida desarrollada por Diener et al. (1985) y la Escala de Climaterio de Greene diseñada por Greene (1998).

Se encontró que los síntomas asociados a la menopausia correlacionaron positivamente con el vacío existencial, mientras que lo hicieron negativamente con la satisfacción con la vida. Las mujeres con un alto nivel de vacío existencial reportaron síntomas menopáusicos psicológicos, somáticos y sexuales más severos que sus pares. Las participantes con un alto nivel de satisfacción con la vida reportaron menos sintomatología psicológica y somática que el resto de las mujeres. No hubo diferencias significativas en la sintomatología sexual al comparar mujeres con alto y bajo nivel de satisfacción con la vida. Las mujeres posmenopáusicas mostraron una mayor pérdida de interés en el sexo que las que estaban en la perimenopausia. El vacío existencial fue un predictor de todos los síntomas asociados a la menopausia, y la satisfacción con la vida sólo predijo síntomas

somáticos. Estos hallazgos resultan útiles para diseñar estrategias que ayuden a las mujeres a encontrar sentido de vida y satisfacción con la vida y, en consecuencia, puedan vivir la experiencia de la menopausia en óptimas condiciones.

**Palabras clave:** perimenopausia; síntomas asociados a la menopausia; sentido de vida; vacío existencial; satisfacción con la vida

## Introducción

La menopausia es la última menstruación y se caracteriza por la pérdida de la función folicular ovárica en las mujeres. Los cambios endocrinológicos que culminan con este cese de la función ovárica empiezan desde antes de que ocurra la menopausia, y ocasionan irregularidades en el ciclo menstrual. A este periodo se le denomina perimenopausia y se caracteriza por cambios biológicos y psicológicos derivados de la irregularidad endocrinológica. El diagnóstico de la menopausia se realiza hasta haberse cumplido doce meses de amenorrea, a partir de este momento comienza la etapa de la posmenopausia (Torres y Torres, 2018).

Durante toda esta fase del ciclo de vida de las mujeres suelen presentarse signos y síntomas que pueden ser resultado de los altibajos hormonales, pero también pueden ser consecuencia de ciertos cambios propios de la etapa madura, y que afectan la percepción cognitivo-emocional de las mujeres (Vargas-Fandiño et al., 2016). De esta manera, los síntomas asociados a la menopausia están influenciados por diversos factores biológicos y psicosociales, siendo estos últimos los estudiados en esta tesis.

La manera en que una mujer vive los años circundantes a la menopausia está fuertemente influida por la cultura. En la cultura occidental, las mujeres maduras suelen tener miedo al envejecimiento debido a que son percibidas con detrimento por los patrones de belleza, así como, por los roles que hoy en día enmarcan el concepto femenino. Y esto contrasta con el significado que se le ha dado a la menopausia en algunas culturas orientales donde el estatus social de la mujer es favorecido cuando desaparece la menstruación (García, 2017).

Estudios recientes han demostrado que varios síntomas que se han asociado con la menopausia están relacionados con variables como el apoyo social y familiar, la relación conyugal, el estilo de vida, las experiencias de vida, el cuidado médico, el estado nutricional, el nivel educativo, el empleo y el estado económico (Namazi, Sadeghi y Behboodi, 2019; Olarinoye et al., 2019; Grochans et al., 2018). Además, se ha encontrado que existe una relación entre los síntomas asociados a la menopausia y algunos procesos psicológicos como las actitudes, la personalidad, la autopercepción, el afrontamiento proactivo, la inteligencia emocional y la resiliencia (Brown et al., 2014; Terauchi et al., 2017; Zhao et al., 2019).

Muchas mujeres cuando enfrentan los cambios propios de la edad, hacen una evaluación de su vida al considerar aspectos como el apoyo familiar, social, su situación de pareja, el crecimiento de los hijos, su actividad laboral, su estado de salud entre otros, y a partir de esto, hacen una



comparación entre la percepción de su realidad y las expectativas que tenían de su vida, lo que da como resultado el grado de satisfacción con su vida (Martínez et al., 2012). Las mujeres al sentirse insatisfechas con su vida requieren plantearse un nuevo sentido para vivir a partir de nuevos valores y propósitos (Darling, Coccia y Senatore, 2012, Fernández-Alonso, Trabalón-Pastor, Vara, Chedraui y Pérez-López, 2012).

El sentido de vida es la percepción cognitivo-afectiva que se tiene de las experiencias vividas, y que da coherencia e identidad personal (Martínez et al., 2011); la falta de significado conduce al vacío existencial, el cual se ha relacionado con trastornos de la personalidad en jóvenes (Velásquez y Martínez, 2015), así como en pacientes con depresión e ideación suicida (Arango, Ariza y Trujillo, 2015).

En el presente estudio se analizó la influencia del sentido de vida, el vacío existencial, la satisfacción con la vida y los síntomas asociados a la menopausia, reportados por mujeres de edad madura. Se incluyeron 21 síntomas, 9 psicológicos, 11 somáticos y el interés en el sexo como síntoma sexual (Greene, 1998). Para ello, en una primera fase se validó un cuestionario de sentido de vida y vacío existencial en población mexicana.

## **Encuadre Epistemológico**

Esta investigación fue sustentada en el paradigma cuantitativo con una perspectiva positivista, la cual establece que el objeto de estudio debe de analizarse bajo una medición controlada. De tal forma que el análisis fue reduccionista, inferencial e hipotético-deductivo. Se utilizaron datos concretos, y se buscó que los resultados obtenidos pudieran ser replicables (Hernández, Fernández y Baptista, 2008). El paradigma cuantitativo se enmarca en el positivismo que inicia entre el siglo XIX y el XX con Auguste Comte, quien planteó que la única realidad existente era la científica, a la que se accesa por medio de la inducción y la experiencia. Bajo este encuadre, el presente estudio inició con una revisión teórica, después se concretaron los conceptos en variables medibles, se utilizaron instrumentos de medición validados, se formularon hipótesis, se establecieron objetivos, y se definió el procedimiento para un análisis de datos estadístico que permitiera generalizar los resultados a una población mayor.

Esta investigación se realizó en el marco de la Psicología de la Salud, que se centra en los conceptos de salud-enfermedad. Su epistemología está sustentada por el encuentro de dos análisis, el de Canguilhem (1995) a través de la formación teórica de lo patológico y lo normal, así como el de la interpretación de Foucault (2003) que propone el método clínico como modelo de práctica dentro de los procesos de intervención en salud, sus aportaciones ayudaron a comprender fenómenos como la medicalización social, definida como la estrategia para cambiar situaciones que pueden ser naturales por cuadros patológicos y utilizar la medicina para resolverlas, es decir, las situaciones que son sociales, psicológicas o de interacción personal son vistas y tratadas como médicas (Barros y Delizoicov, 2008). Ambos autores presentan una visión que encuentra una interacción entre los factores sociales y culturales con los problemas de salud, que es la misma perspectiva bajo la que se realizó este estudio.

Por otra parte, para esta investigación se utilizaron dos modelos teóricos que permitieron entender la relación existente entre las variables estudiadas. La satisfacción de vida, por un lado, que es parte del enfoque de la Psicología Positiva cuyo objeto de estudio es la experiencia subjetiva del ser humano expresada a través de su comportamiento. La Psicología Positiva ha desarrollado instrumentos de medición, protocolos psicoterapéuticos y programas interventivos (Alarcón, 2017).

El otro modelo corresponde a la Logoterapia que fundamenta el concepto del sentido de vida y el vacío existencial; este enfoque se encuentra enmarcado por la Psicología Humanista que centra su

estudio en la persona como ser irreplicable y único, así como en su existencia y en los valores que elige. A principios del siglo XIX, la filosofía existencialista es la que sienta las bases para este modelo, bajo las propuestas teóricas de Buber, Heidegger, Sartre, Husserl y Jaspers. El existencialismo explora las vivencias del ser humano desde su experiencia subjetiva, por lo que se detiene a observarlas con mayor profundidad, utiliza una metodología que cuestiona las relaciones del individuo y su mundo, la del individuo consigo mismo y la del individuo con sus pares (Andrés, 2008).

Es así que, tanto la Psicología Positiva y la Psicología Humanista convergen en entender las vivencias del ser humano desde su experiencia subjetiva.

## **Marco Teórico**

### **Menopausia, Perimenopausia y Posmenopausia**

La menopausia es el cese permanente de sangrado menstrual en la mujer, se origina por la pérdida de la función folicular ovárica, antes que ocurra la amenorrea se presentan irregularidades menstruales, y es hasta después de cumplidos doce meses sin sangrado que se realiza el diagnóstico como menopausia. (Torres y Torres, 2018).

La menopausia se presenta alrededor de los cincuenta años y está determinada por la cantidad de ovocitos en el ovario, si menor es el número de éstos, el último sangrado se presenta a más temprana edad. De acuerdo a la edad en la que ocurre la menopausia cuando no se encuentra dentro del rango promedio en la que generalmente se espera, se clasifica en dos: menopausia prematura o menopausia tardía (Torres y Torres, 2018); la menopausia prematura se presenta aproximadamente en el 1% de las mujeres antes de los 40 años, esto debido a factores genéticos o quirúrgicos. La menopausia quirúrgica se provoca cuando los ovarios son extirpados a través de una histerectomía y la disminución de estrógenos sucede de manera abrupta, por lo que los síntomas se presentan repentinamente, a diferencia de la menopausia natural, en la que ocurre una disminución gradual de la actividad ovárica (Sturdee et al., 2017).

Conforme a la Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA2-2012) se establece la siguiente terminología:

Menopausia natural, al evento que corresponde a la última menstruación de la mujer, y se identifica después de transcurridos doce meses de amenorrea.

Menopausia prematura, cuando la menopausia ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Como criterio general se acepta la edad de 40 años o menos.

Menopausia tardía, cuando la menopausia ocurre a una edad mayor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad mayor de 55 años como criterio práctico

Perimenopausia es el periodo comprendido desde el inicio de las irregularidades menstruales que anteceden a la menopausia, hasta la terminación del primer año después de la misma.

Postmenopausia periodo comprendido a partir de la menopausia hasta que ocurra la muerte.

La perimenopausia es la etapa de transición reproductiva anterior a la última menstruación y se caracteriza por un aumento en la variabilidad de los ciclos menstruales debido a todos los cambios biológicos, endocrinológicos, psicológicos, sexuales alrededor de la menopausia (Society for Menstrual Cycle Research [SMCR], 2012).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA2-2012) la perimenopausia se define como “el periodo comprendido desde el inicio de las irregularidades menstruales que anteceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma. Para fines operacionales se consideran los cinco años previos y el año posterior a la menopausia.

La perimenopausia da inicio con las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas que la mujer reporta. Los cambios endocrinológicos están determinados por la deficiencia de estrógenos (Pellicer, 2014) y se manifiestan cuando los ciclos menstruales se vuelven irregulares, ya sea por los días que transcurren entre cada ciclo o por la duración del sangrado, la cantidad de días en ambos sentidos es algo que varía en cada mujer. Estas irregularidades están relacionadas directamente con los cambios ováricos y del eje hipófisis-hipotálamo-ovario que ocurren antes del último sangrado y que provocan el cese de la función de esta glándula dando paso a la caída de los estrógenos; este último suceso se puede identificar a través de la manifestación de los síntomas vasomotores (sudoraciones nocturnas y bochornos) y cambios vaginales (Pellicer, 2014).

Durante esta fase el nivel de la hormona estradiol se encuentra en niveles muy bajos mientras que las concentraciones de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) incrementan. Estos cambios en los niveles hormonales generan diversos síntomas urogenitales y vasomotores como los bochornos y la resequedad vaginal (Lopera-Valle, et al., 2016).

### **Factores Psicosociales Asociados a la Etapa de la Menopausia**

La menopausia, en un marco histórico, ha sido determinada por la devaluación que de origen la mujer ha tenido socialmente. En una cultura androcentrista justificada por la religión y los valores sociales, la mujer ha sido violentada simbólicamente bajo los patrones de belleza, las

exigencias moralistas sobre su sexualidad y los roles que se le demanda desempeñar (Castillo y Chinchilla, 2015).

La mujer en su naturaleza ha sido juzgada como impura desde los comienzos de la cultura, un ejemplo de esto se observa en el libro Levítico de la Biblia (Reina Valera, 1960, Levítico 15;19-33) que dice: “Cuando la mujer tuviere flujo de sangre, y su flujo fuere en su cuerpo, siete días estará apartada; y cualquiera que la tocare será inmundo hasta la noche. Todo aquello sobre que ella se acostare mientras estuviere separada, será inmundo; también todo aquello sobre que se sentare será inmundo. Y cualquiera que tocare su cama, lavará sus vestidos, y después de lavarse con agua, será inmundo hasta la noche. Si alguno durmiere con ella, y su menstuo fuere sobre él, será inmundo por siete días; y toda cama sobre que durmiere, será inmundada”

Este mismo sentido androcéntrico y su influencia en la psicología, han hecho que en su momento las teorías psicodinámicas también hayan violentado el concepto de la mujer al elegirla como un objeto de estudio para determinar la enfermedad psíquica, utilizando el término histeria para referirse a una psicopatología que etimológicamente tiene su origen en el útero (Freud, 1894).

En el campo médico, los cambios que las mujeres sufren alrededor de la menopausia son vistos desde el concepto de enfermedad (Lock, 1986). Esta perspectiva ha convenido tanto al negocio farmacéutico como a la cultura androcéntrica para controlar la expresión emocional, debido a que patologiza la tristeza y el enojo manifestados por las mujeres en la etapa madura. Con la intervención de las teorías psicodinámicas, esto también se ha ido cristalizando hasta considerar que la menopausia es una etapa donde la mujer no puede dominarse a sí misma debido a la excitación somática que existe en ella (Freud, 1894).

Freud (1914) escribe: “los síntomas de resurgimiento pregenital, por una regresión desde la fase genital de la libido, han dado a los hombres mucho paño para pujas: que las mujeres, después de terminadas sus funciones genitales, a menudo alteran su carácter y se vuelven peleadoras, martirizadoras y querellonas, mezquinas y avaras, o sea, muestran típicos rasgos sádicos y anal eróticos que no poseían en la época de la femineidad,

comediógrafos y satíricos de todos los tiempos han dirigido sus inventivas contra la vieja bruja en que se ha convertido la dulce niña, la esposa amante, la madre tierna”.

Es así que la mujer ha tenido que lidiar con estos juicios bajo los que se le ha querido determinar socialmente, lo que la ha llevado a luchar entre su naturaleza biológica-psíquica, y las exigencias sociales-morales en medio de una perspectiva donde la menopausia es considerada como enfermedad.

En este sentido, la perspectiva social de la menopausia ha marcado los efectos en las expectativas que las mujeres tienen para esperar la llegada de este acontecimiento. Se ha encontrado que las representaciones emocionales y cognitivas de la menopausia han sido más positivas entre las mujeres posmenopáusicas en comparación con las mujeres en la etapa premenopáusica. Es decir, las mujeres que aún no han llegado a su último sangrado y que tienen creencias negativas sobre la menopausia tienen un pronóstico afectivo negativo, y sobreestiman este suceso, mientras que las mujeres que ya han transitado por la perimenopausia se han dado cuenta que no ha sido tan complicada esta etapa (Brown et al., 2014).

La menopausia implica muchos retos sobre todo en las culturas donde existe la sobrevaloración de la juventud debido a que las mujeres se perciben en declive afectadas por los cambios en la apariencia del cuerpo. De tal forma que la menopausia es esperada con temor, y las mujeres se ven en la necesidad de resignificar su identidad femenina, y viven este acontecimiento como un suceso estigmatizador que marca el final en su vida reproductiva. La menopausia entonces se convierte en un referente que suele adjetivar en una connotación negativa a las mujeres, utilizando la palabra “menopaúsica” para nombrarlas despectivamente y usándola como sinónimo de vieja, histérica, frustrada, fracasada, entre otros (Romero, 2010).

Las mujeres se enfrentan al detrimento social, por una parte, y por otra, a los cambios propios de la etapa madura. Las mujeres han identificado como los cambios más desafiantes de la mediana edad a las transiciones en las relaciones familiares y en el trabajo, al hecho de redescubrirse a sí mismas y a tener que asegurar recursos económicos suficientes para sobrellevar esta etapa. En un estudio cualitativo realizado a mujeres estadounidenses en etapa madura se reportaron como factores estresantes la ruptura con la pareja, problemas de salud y la muerte de los padres, y pocas fueron las mujeres que mencionaron la menopausia como un aspecto desafiante de esta etapa (Thomas et al., 2018).

Es así, que la menopausia coincide con la recarga social por el incremento de actividades domésticas, laborales y de cuidados a causa de ser vistas a las mujeres como cuidadoras de los familiares mayores, de sus hijos, y en otros casos de sus propios nietos, además de tener que cumplir con el rol de ser proveedoras del hogar; a esto se le suma la pesada mirada de la menopausia como un proceso patológico, lo que lleva a que la etapa de la edad madura sea vista como un escenario en medio de un caos de factores estresores (García, 2017).

Las perspectivas que plantean que la menopausia es una enfermedad y un conjunto de pérdidas en el terreno personal y social, se conjugan para que las mujeres deseen evitar los cambios propios de esta etapa, orillándolas a utilizar la medicación, de tal forma, se incrementa así el mercado farmacéutico. A su vez, esto confirma la creencia acerca de que todos los síntomas que las mujeres reportan en esta etapa son propiamente generados por los cambios hormonales, así que la menopausia vista como enfermedad por los médicos conlleva a ser atendida únicamente por medio de la terapia de sustitución hormonal y medicamentos psiquiátricos (Charlton, 2003).

Otro planteamiento similar es el que hacen Coria, Freixas y Covas (2005), quienes consideran que la menopausia es utilizada por los médicos para justificar cualquier sintomatología que las mujeres reportan durante esta etapa, y dejan a un lado la posibilidad de realizar un diagnóstico diferencial con otra patología, o bien, no toman en cuenta la influencia de factores psicosociales, lo que causa que no se realice un óptimo diagnóstico y las mujeres no sean atendidas interdisciplinariamente.

Ver la menopausia como una pérdida y con una connotación negativa tiene efectos desfavorables para las mujeres debido a que ellas se viven en medio de un panorama de mayor dificultad. Por ejemplo, en un estudio realizado en Turquía sobre las actitudes de mujeres hacia la menopausia y calidad de vida, se encontró que las mujeres con una actitud negativa hacia esta etapa reportaban mayor presencia de síntomas en comparación con las mujeres con una actitud positiva, lo que afectaba su calidad de vida (Yanikkerem et al., 2012). De igual forma, en un estudio realizado en México se exploraron las creencias y las actitudes hacia la menopausia relacionadas con la presencia de los síntomas propios de esta



etapa, y se encontró que existe una correlación positiva entre las actitudes negativas y el reporte de síntomas perimenopáusicos (Marván, Castillo-López, y Arroyo, 2013).

En otro estudio hecho en la India se reporta que las mujeres que perciben la menopausia como un estado de disminución de la salud son más susceptibles a la enfermedad, mientras que aquéllas que consideran la menopausia y los síntomas relacionados como una parte natural del envejecimiento experimentan mejor estado de salud (Dasgupta y Ray, 2013).

De tal forma que la mirada que cada mujer tenga respecto de la menopausia afectará su transición en la etapa madura. Se ha encontrado que la menopausia es diferente en cada mujer, cada una la vive de manera particular, y crea una definición propia de la experiencia, de tal forma que la perimenopausia y la menopausia son términos no generalizables y hay tantas “menopausias” como mujeres existen. Las generalizaciones que se han realizado a través de la historia de la menopausia es justamente las que estigmatizan y encasillan las posibilidades proactivas con las que las mujeres pueden responder ante este evento (Romero, 2010). Es así, que se ha hallado que mujeres menos propensas a manejar mejor la menopausia reportan mayores síntomas asociados a la menopausia, al observarse una correlación negativa entre el grado de control de la menopausia y los síntomas asociados a la menopausia (Kwak et al., 2014).

### **Síntomas Asociados a la Menopausia**

Las mujeres en esta etapa han reportado diferentes síntomas que se han clasificado en tres tipos: psicológicos, somáticos y sexuales. De acuerdo a lo reportado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013), las manifestaciones clínicas más frecuentes asociadas a la menopausia en mujeres derechohabientes son: los trastornos menstruales, los síntomas vasomotores, las manifestaciones genitourinarias y los trastornos psicológicos. Los síntomas psicológicos comprenden problemas del sueño, sensación de tensión o nerviosismo, alteraciones en el estado del ánimo como depresión y ansiedad, crisis de pánico, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en las cosas, llanto repentino e irritabilidad (Shepherd-Banigan et al., 2017).

La depresión está considerada como un trastorno del estado del ánimo caracterizado por pérdida de interés en las cosas, disminución de la vitalidad, cansancio exacerbado, reducción del nivel de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro,

pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, pérdida de apetito y trastornos del sueño (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Respecto de los síntomas depresivos en las mujeres durante la menopausia, se ha encontrado que existen factores psicosociales asociados a éstos, tales como el estado civil, contar con trabajo remunerado, el número de hijos y sedentarismo (Alam et al., 2020), el divorcio o la ruptura con la pareja, muerte de los padres (Thomas et al., 2018), antecedentes de abuso sexual (Armeni et al., 2019) y las actitudes negativas hacia la menopausia (Marván et al., 2018). Existen datos que sugieren que la depresión está asociada a la menopausia, pero no debido a los cambios hormonales sino a causa de la comorbilidad con otros trastornos psicológicos, o bien por la influencia de determinados factores psicosociales. También se ha encontrado que la presencia de los síntomas vasomotores y sexuales (sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal y dispareunia) influyen en el reporte de síntomas depresivos y/o ansiedad (Llaneza et al., 2012).

Por otra parte, la ansiedad al igual que la depresión se encuentra clasificada dentro de los trastornos del estado anímico. La ansiedad es un estado mental y emocional displacentero provocado por miedo ante una amenaza real o ficticia, en el que ocurren cambios somáticos y psíquicos que preparan para la defensa o la huida; durante un estado de ansiedad se presenta aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. Además, se observan sentimientos de nerviosismo constante, irritabilidad, temblores, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas (APA, 2014). Especialmente se ha encontrado que durante la premenopausia la irritabilidad y el nerviosismo se incrementan (Bromberger, 2003), debido a las expectativas y actitudes negativas previas que la mujer pueda tener hacia la menopausia. Es así que los síntomas de ansiedad incrementan en las mujeres premenopáusicas, y los depresivos son más comunes durante y después de la menopausia. Se ha encontrado que los problemas del sueño se asocian con síntomas de ansiedad, y que una mala salud, bajo nivel educativo, un índice de masa corporal alto, y sudores nocturnos se relacionan con los síntomas depresivos (Tang et al., 2019).

Dentro de los problemas del sueño se identifican el insomnio, que incluye la dificultad para dormir, despertares súbitos, despertar demasiado temprano, o tener un

sueño muy ligero (no reparador). Se ha observado que las mujeres posmenopáusicas generalmente tienen más problemas de insomnio que las premenopáusicas (Tang et al., 2019), debido a la presencia de síntomas vasomotores, especialmente las sudoraciones nocturnas (Alam et al., 2020). Se ha hallado que cuando los síntomas vasomotores se presentan, se incrementan los niveles de ansiedad y síntomas depresivos, y cuando las mujeres con estos síntomas son tratadas con antidepresivos, desafortunadamente reportan un efecto negativo sobre la respuesta sexual, dando origen a síntomas sexuales como la pérdida en el interés en el sexo o anorgasmia (Llaneza et al., 2012).

Por otra parte, los síntomas somáticos que se han reportado son palpitaciones cardíacas rápidas o fuertes, sensación de cansancio, vértigo, presión en la cabeza o en el cuerpo, adormecimiento del cuerpo, dolores de cabeza, migrañas, dolores musculares, de articulaciones u osteoarticulares, osteoporosis, pérdida de sensibilidad en manos y pies, dificultad para respirar, bochornos y sudoraciones nocturnas (Greene, 1998; Blümel et al., 2012).

De los síntomas mencionados, los que corresponden propiamente a alteraciones hormonales son los vasomotores y genitourinarios. Los primeros consisten en bochornos generados por los estrógenos que descienden rápidamente provocando enrojecimiento facial que se extiende al cuello y hombros, acompañados de una sensación de calor debido a la elevación de la temperatura. La frecuencia con la que se presentan varía de mujer en mujer. Algunos bochornos van acompañados de sudoración excesiva, lo que resulta incómodo para que las mujeres realicen sus actividades cotidianas. Cuando los bochornos se presentan durante la noche provocan interrupciones en el sueño, esto genera que en el día tengan falta de concentración e irritabilidad. En algunas mujeres los bochornos los experimentan alrededor de uno a dos años, aunque hay mujeres que reportan sentirlos por más de cinco, aunque sólo el 25% de las mujeres llegan a continuar más de cinco años. (Freedman, 2001).

Por último, los síntomas sexuales que se han identificado son la pérdida de interés en el sexo, insatisfacción sexual, resequeidad vaginal, incontinencia urinaria y dispareunia (Dasgupta y Ray, 2013; Monsalve et al., 2018). La deficiencia de estrógenos produce atrofia en la vejiga y que las paredes vaginales se adelgacen, lo que provoca resequeidad, prurito y dolor en el conducto vaginal (Portman, Bachmann y Simon, 2013). Estos síntomas se presentan debido a que el tejido del tracto urogenital está lleno de receptores de estrógeno y la piel vaginal se va atrofiando

gradualmente junto con el tracto urinario, lo que origina que ésta se reseque y cause dolor y molestia durante el coito. Por esta misma razón se pierde la acidez propia de la vagina, lo que la convierte en receptora de bacterias que provocan infecciones urinarias con síntomas como comezón vaginal y vulvar (Nappi y Kokot-Kierepa, 2012).

De acuerdo a varios autores, el reporte de la sintomatología asociada a la menopausia se relaciona con factores psicosociales más que con los altibajos hormonales. En una revisión intercontinental se encontró que la presencia de los síntomas asociados a la menopausia varía de acuerdo a los países; en mujeres africanas se halló que las mujeres tienen una mayor prevalencia de síntomas, mientras que las mujeres en América del sur se quejan más de problemas sexuales, depresivos y dolores articulares. Las mujeres estadounidenses indican la afección en músculos y articulaciones, mientras que en Australia padecen más de síntomas vasomotores y disfunción sexual. En Asia, las mujeres reportaron trastornos depresivos al igual que las mujeres europeas quienes además referían trastornos del sueño (Makara-Studzińska, Kryś-Noszczyk y Jakiel, 2014).

Otro hallazgo que confirma que la sintomatología asociada a la menopausia varía de acuerdo al grupo social, fue el encontrado en la sociedad holandesa donde los bochornos se presentan en un 80% de la población perimenopáusica, a diferencia de las mujeres mayas que no reportan este síntoma. El autor de esta investigación concluye que la ausencia de sintomatología reportada en las mujeres mayas se puede deber a que, para ellas, dejar el rol reproductivo implica un avance hacia la sabiduría y consejería, con un mayor valor e impacto social (Heredia, 2003).

También se ha visto que, en comunidades campesinas de Colombia, la menopausia es percibida como un evento natural y las mujeres de este contexto no requieren la terapia de reemplazo hormonal porque no presentan los síntomas que se han asociado a la menopausia (Vargas-Fandiño et al., 2016). Esto contrasta con lo encontrado en la mayor parte de las sociedades occidentales, en las que la mujer menopáusica es vista bajo una percepción negativa por iniciar la etapa de la vejez, y en donde se reporta mayor presencia de síntomas (García, 2017).

En un estudio realizado en México se halló que las mujeres que reportan síntomas asociados a la menopausia (sofocaciones, sudoraciones, irritabilidad, nerviosismo,

insomnio y melancolía) también reportan que debido a su sintomatología su calidad de vida en lo cotidiano se ve afectada negativamente (Cruz et al., 2012). En sentido opuesto, se ha encontrado que mujeres que realizan múltiples roles sociales y se encuentran laboralmente activas tienen una mejor aceptación de los cambios que suceden durante la etapa de la menopausia (Strauss, 2011).

Otros factores como la educación superior y el nivel de ingresos económicos se han relacionado con la severidad de los síntomas asociados a la menopausia, quizás porque las mujeres con un mayor ingreso económico tienen posibilidad de acceder a una mejor atención médica, así como aquellas que tienen un mayor nivel educativo cuentan con mayores herramientas para desarrollar estrategias de afrontamiento para manejar los estresores asociados a la menopausia (Pimenta et al., 2012).

Se ha hallado que ciertos eventos de la vida se relacionan con el incremento de los síntomas psicológicos asociados a la menopausia como lo son la irritabilidad, depresión y ansiedad. La depresión de las mujeres en época de la menopausia está influenciada notablemente por su ocupación, su estatus económico y su convivencia armónica de pareja. Por otro lado, las mujeres con personalidad equilibrada, con una buena autoestima, que se sienten satisfechas con su vida y su entorno, suelen experimentar menos síntomas que las que se sienten insatisfechas en estos aspectos (García, 2017).

Existen múltiples factores que han sido asociados a la sintomatología depresiva durante la edad madura, por lo que no se puede concluir que los síntomas depresivos en mujeres maduras se deban a los cambios hormonales propios de esta etapa. Algunos de estos factores son: estado civil, tener trabajo asalariado, número de hijos, sedentarismo, tabaquismo, hipertensión, presencia de una enfermedad crónica, síntomas vasomotores y problemas del sueño o (Alam et al., 2018).

Por otro lado, las mujeres en la etapa madura experimentan cambios corporales que generan que no se sientan satisfechas con su imagen corporal (Ginsberg et al., 2016). Durante la transición de la pre y posmenopausia las mujeres presentan el síndrome metabólico, caracterizado por un incremento en la grasa central abdominal, alteración del perfil lipídico, aumento en los triglicéridos, disminución de lipoproteínas de alta densidad y una mayor incidencia de arterogénesis y resistencia a la insulina, todo esto ocasionado por la falla ovárica y/o la deficiencia estrogénica. Este incremento de grasa corporal pone a las mujeres en la disyuntiva de aceptar este cambio como parte de la transformación propia de su edad, o bien, vivirlo desde el rechazo. Es así

que la identidad corporal que las mujeres asumen ha correlacionado positivamente con la intensidad y la frecuencia de los síntomas psicológicos y somáticos (Sakson-Obada y Wycisk, 2015). A esto se suma que un predictor significativo de la presencia de síntomas perimenopáusicos es el índice de masa corporal; las mujeres con un peso corporal más elevado reportaron síntomas urinarios y adormecimiento en las extremidades (Dennerstein, Alexander y Kotz, 2003).

De igual forma, el sobrepeso y la obesidad se han asociado con la falta de actividad sexual. En un estudio donde se investigó la sexualidad en la etapa de la menopausia se encontró que, entre las mujeres sexualmente activas, las que tenían sobrepeso u obesidad reportaban una función sexual más baja (excitación sexual, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor) y niveles más altos de angustia sexual que aquéllas con peso normal (Faubion et al., 2020). Se ha encontrado también que cuanto mayor es la sensación de atractivo sexual menos es la probabilidad de presentar disfunciones sexuales. El riesgo de la aparición de problemas sexuales incrementa en mujeres posmenopáusicas debido a factores como la edad, situación de la relación de pareja, intensidad de los síntomas menopáusicos, sensación de atractivo sexual y la preocupación por el peso corporal (Naworska y Bak, 2019). Otros factores que se han asociado a la sexualidad durante la etapa cercana a la menopausia son sociodemográficos, biológicos (disfunciones urogenitales cirugía de la vejiga), problemas psicológicos, abuso sexual y depresión (Dombek et al., 2016).

Por otro lado, las mujeres con una actitud positiva hacia la menopausia reportan una vida sexual más placentera que las mujeres con actitudes negativas (Marván et al., 2018). Por su parte, Kısa, Zeyneloğlu y Ozdemir (2012) encontraron que las actitudes negativas hacia la menopausia en mujeres de mediana edad predicen la pérdida de interés sexual.

También el estado civil es un predictor de los síntomas sexuales asociados a la menopausia, se ha observado que las mujeres casadas presentan síntomas sexuales más severos que las solteras (Mishra y Kuh, 2006).

Los estudios mencionados demuestran que los factores psicosociales influyen sobre los síntomas asociados a la menopausia, y no solamente los altibajos hormonales, como el

enfoque biomédico lo percibe. Esto explica que algunas mujeres progresen a través de la menopausia sin reportar sintomatología, y abre la posibilidad a que la menopausia pueda ser vista como un momento oportuno para que las mujeres se enfoquen en su salud y en el estilo de vida que llevan, para así conseguir disminuir la sintomatología en esta etapa (Fantasia y Sutherland, 2014).

## **Sentido de Vida y Vacío Existencial**

El sentido de vida y el vacío existencial se encuentra encuadrado por la Psicología Humanista, la cual percibe al ser humano como único e irrepetible, y capaz de elegir activamente los valores para definir su existencia (Andrés, 2008).

En la Segunda Guerra Mundial, durante el dominio de los nazis, en Viena surgió el término “sentido de vida”. El psiquiatra y neurólogo vienés Víctor Frankl, al estar como prisionero en el campo de concentración, identificó que existían dos tipos de personas, quienes desistían de continuar, y quienes optaban por aferrarse a la vida. Las personas que decidían por la vida sabían que sin importar las circunstancias requerían una actitud positiva para enfrentar cualquier situación, incluso la misma muerte. El resto mantenía una perspectiva negativa y sólo veía lo peor, manteniendo una postura de víctimas ante las vivencias de los campos de concentración (Frankl, 1946).

Frankl atribuye que sobrevivió al holocausto gracias a la relación con su familia que mantuvo en su mente mientras estaba prisionero, a la determinación para escribir su manuscrito que lo motivó a no rendirse y a su fe persistente, es decir, a la actitud con la que enfrentó todas las amargas experiencias en los campos. Al dejar de ser prisionero, su manuscrito se convirtió en el libro “El hombre en busca de sentido” donde describe las etapas psíquicas y físicas de los presos en los campos de concentración y sustenta la teoría del sentido de vida que da pauta a la logoterapia (Frankl, 1985), considerada la tercera escuela de psicoterapia en Europa. La logoterapia proviene del vocablo griego que quiere decir “sentido”, “propósito” o “significado”, por lo tanto, su objeto de estudio es la búsqueda de sentido que el ser humano realiza en relación a la vida (Frankl, 1991).

El autor define que en el ser humano se encuentra una dimensión, que la llama “específicamente humana”, donde se encuentran las facultades espirituales y filosóficas que motivan a las personas a buscar intencionalmente valores y sentidos. De este punto Frankl parte para establecer que la motivación principal es la voluntad de sentido.

De esta forma la logoterapia se enfoca en el sufrimiento que nace por perder el sentido. Para Frankl, un individuo siempre tiene el poder y la libertad de decidir qué actitud tomar ante las circunstancias y responder ante ellas, es decir, una persona no sólo tiene impulsos psicológicos sino también responde con las cualidades que tiene y que dan valor y sentido a la vida (Frankl, 1985).

La decisión y responsabilidad que ejerce un individuo para definir los valores que lo distinguen como la persona que quiere y busca ser, es lo que lo lleva al cumplimiento de su sentido en la vida (Martínez y Shulenberg, 2013).

Frankl (1994), define el sentido de vida como la acción que lleva a la persona a encontrar un para qué, la razón y la motivación para alcanzar algo o ser de una manera determinada. El sentido de vida es único debido a que está centrado en el significado concreto que cada persona decide dar a su propia vida, de modo que el ser humano requiere de responsabilidad para definir este sentido. La responsabilidad es entendida como la capacidad de respuesta que la persona da ante las circunstancias inevitables de la vida, y en esa respuesta es donde se define el sentido de vida de cada quien. Mientras el ser humano no defina su sentido y propósito en la vida permanecerá angustiado. De tal forma que el sentido es algo que se encuentra o detecta a través de las experiencias que la vida presenta y tiene la característica de ser único de acuerdo a cada individuo.

En la búsqueda del sentido de vida, el ser humano debe tener la voluntad para encontrar este sentido. El autor define la voluntad de sentido como la tensión entre el ser y los valores, es decir, lo que se quiere hacer contra lo que se quiere ser, de tal forma que los valores atraen al ser humano, pero no lo determinan, gracias a que todo el tiempo la persona está en la libertad de decidir, y de esta manera, elige los valores y los dirige hacia el sentido que quiere dar a cada experiencia.

Para Frankl (1985), la búsqueda de sentido a la vida es una fuerza primaria y ejecutiva, en la que el ser humano se cuestiona por la verdad acerca de su propia existencia en este mundo. La voluntad de sentido puede dirigirse en tres direcciones: el sentido del ser humano, el sentido de la existencia en sí misma y el sentido de la existencia personal. Cuando las personas bajo esta voluntad de sentido no identifican el sentido de sí mismos en la vida, aparece el vacío existencial.



El concepto sentido de vida es dicotómico, existe sentido a la vida o en su ausencia se encuentra el vacío. Es así que en un polo se ubica la presencia de sentido y en el opuesto el vacío existencial, definido como la ausencia de éste.

El vacío existencial implica únicamente la ausencia de sentido, es decir, no es un concepto desarrollado por sí solo, ya que en todo momento depende de la presencia del sentido de vida. Por lo tanto, el vacío existencial es ausencia, es la nada del sentido de vida. Una analogía que ayuda a comprender como se percibe el vacío existencial es lo que explica Dethlefsen y Dahlke (1983) cuando exponen la diferencia entre la luz y la oscuridad, el sentido de vida sería la luz y el vacío existencial, la oscuridad, “La luz existe, la oscuridad no. La oscuridad nada puede contra la luz. La luz, por el contrario, inmediatamente convierte la oscuridad en luz... Vamos a suponer que tenemos una habitación llena de luz y que en el exterior reina la oscuridad. Por más que se abran las puertas y ventanas para que entre la oscuridad, ésta no oscurecerá la habitación, sino que la luz de la habitación la convertirá en luz. Si abrimos las puertas y ventanas, también esta vez la luz transmutará la oscuridad e inundará la habitación” (p. 69).

Sin embargo, hay que puntualizar que las personas cuando se encuentran en el vacío existencial manifiestan conductas observables que pueden indicar la ausencia de sentido de vida. Längle y Görtz (1993), distinguen dos de ellas: a) el actuar con una desaprobación interna y b) la falta de diálogo interno y/o diálogo con el mundo. Ambas conductas conducen a desórdenes de ansiedad, depresivos, histriónicos y dependencias.

Längle (2000), establece que para que una persona pueda lograr una vida con sentido y alejarse del vacío existencial debe cumplir las siguientes condiciones a las que denominó Motivaciones Fundamentales de la Existencia: a) el “poder ser en el mundo”, b) el “desear vivir”, c) el “ser uno mismo” y d) el “devenir activo orientado hacia el futuro”. A partir de estas motivaciones, el autor establece cuatro indicadores para ubicar cuándo una persona tiene sentido en su vida o está instalada en el vacío de su existencia: 1) la confianza fundamental, 2) el valor fundamental, 3) la autoestima y 4) el sentido de vida “Tabla 1”.

La confianza fundamental es la capacidad para poder abandonarse a la vida teniendo la certeza del propio poder para responder ante cualquier circunstancia, es decir, tener el suficiente coraje para hacer frente a la adversidad. El valor fundamental consiste en el valor que se le da a la vida, el gusto por vivir y al establecimiento de las relaciones con los otros y el mundo. A partir

del valor se establece el vínculo con la vida, esta profunda relación que se crea es la base de todos los valores, por ello, cuando las personas no tienen esta relación aparece la depresión. En cuanto a la autoestima, el autor la define como la libertad para realizar una acción congruentemente a los valores personales que permita que la persona se identifique como un ser único, auténtico, valorado y autónomo. Al tomar en cuenta estas motivaciones fundamentales, finalmente, Längle (2000) define sentido de vida como la capacidad para trascender una experiencia a través de la realización de una tarea específica, es decir, la persona experimenta la vivencia afectiva de descubrir un propósito en su vida que lo lleve a trascender y a autorrealizarse en su vida.

Längle (2009), considera que las personas que se encuentran instaladas en el vacío existencial no sienten que su vida tenga un valioso propósito y significado, y pueden llegar a sentirse perdidos en la vida y angustiados debido a que no se encuentran satisfechos con lo que hacen y viven, esto desencadena que se sientan ansiosos, nerviosos y tristes.

En la Tabla 1 se muestra las motivaciones fundamentales de la existencia.

**Tabla 1***Motivaciones Fundamentales de la Existencia según Längle (2009)*

	Hecho	Afecto	Actividad	Carencia	Alerta psíquica	Reacciones	Psicopatología
<b>Confianza fundamental</b>	<b>Poder ser en el mundo en facticidad y potencialidad</b>	<b>Protección interna y externa Tener espacio propio</b>	<b>Soportar y aceptar las condiciones impuestas por la vida</b>	<b>Inseguridad</b>	<b>Intranquilidad Miedo</b>	<b>Huida Lucha Odio Parálisis</b>	<b>Trastornos de ansiedad Psicosis</b>
<b>Valor fundamental</b>	<b>Poder gustar de la vida en su red de relaciones y sentimientos</b>	<b>Tener relación con los demás Capacidad para sentir cercanía</b>	<b>Dedicación y duelo por lo perdido</b>	<b>Pesadumbre</b>	<b>Pérdida vital Opresión Estancamiento</b>	<b>Retirada Rabia Resignación</b>	<b>Depresión</b>
<b>Autoestima</b>	<b>Poder ser uno mismo como persona única, autónoma y diferenciada del resto.</b>	<b>Tenerse consideración a sí mismo Proporcionarse justicia-equidad y autoaprecio Tener libertad para permitirse actuar con congruencia con lo que se quiere.</b>	<b>Captar lo propio para un encuentro consigo mismo Darse y proporcionar arrepentimiento y perdón</b>	<b>Vacío interior</b>	<b>Soledad Sentimiento de ofensa Enojo Orgullo Asco</b>	<b>Tomar distancia Sobreactuación Disociación</b>	<b>Histeria Trastornos de la personalidad</b>
<b>Sentido de vida</b>	<b>Poder abrirse hacia el futuro a un contexto más amplio de valores para que a través de actividades propias se pueda experimentar valiosa la propia vida</b>	<b>Orientación al futuro con un sentido personal</b>	<b>Congruencia con la acción para descubrir un sentido personal</b>	<b>Vacío y tedio</b>	<b>Angustia ante la dificultad para descubrir sentido</b>	<b>Idealización Fanatismo Vandalismo Apatía Fatalismo</b>	<b>Vacío existencial Suicidio</b>

Lukas (2004), encontró que cuando el sentido de vida disminuye aparecen los síntomas de frustración, surgen las tendencias neuróticas y depresiones, y empeora la psicohigiene general. Es decir, las personas en el vacío existencial buscan desesperadamente establecer metas que las alejan del bienestar propio. Un ejemplo para ilustrar esto es el siguiente: una mujer se ha establecido como meta ser madre debido a que aprendió que en la sociedad se le atribuye mayor valor al serlo, entonces ella enfoca sus decisiones a cumplir con el rol de ser “buena madre” mientras renuncia a dedicarse tiempo a sí misma y a desarrollar otras áreas de su vida. Esta meta podría ser bien vista socialmente, sin embargo, a lo largo del tiempo para esta mujer implicaría un costo alto en cuanto a su satisfacción personal, sobre todo, cuando las tareas maternas disminuyan a causa del crecimiento de sus hijos, probablemente esta mujer llegaría a este momento de su vida con un vacío existencial al ver el tiempo transcurrido como algo perdido. Esta mujer se centró en cumplir con el deber ser que le marcaba la sociedad y dejó de lado atender lo que ella sentía y quería.

Martínez et al. (2011), define al sentido de vida como la percepción afectivo-cognitiva de valores que lleva al ser humano a responder ante una situación particular de la vida, lo que le proporciona coherencia e identidad personal. Si se continua con el ejemplo anterior, una mujer siente agrado ante la vocación de ser madre debido a que para ella cumplir con el rol materno le da satisfacción, sin embargo este no es el único valor en su vida, ser madre no lo percibe como una totalidad que la defina sino sólo es una parte que conforma el significado de quien ella ha decidido ser, así que se da a la tarea de desarrollar de manera conjunta otras áreas de su vida que la definan como una mujer satisfecha ante su existencia, es decir busca un sentido a la diversidad de experiencias que la vida le presenta al encontrar una definición de ella misma.

### **Dimensiones del Sentido de Vida**

Desde la perspectiva de Frankl (1991), el ser humano en su dimensión espiritual cuenta con tres principios: la libertad de voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de vida. El primero, la libertad de la voluntad, se define como la capacidad de decidir en todo momento y dar respuesta ante los hechos inevitables de la vida. Se opone a la concepción de ver a la persona como víctima de sus circunstancias, y percibe al ser humano siempre

con la posibilidad de elegir la actitud para encarar la triada trágica: el sufrimiento, la muerte y/o la culpa.

El segundo principio es la voluntad de sentido, que se entiende como la fuerza motivacional del ser humano para buscar la verdad ante la insatisfacción que le deja las experiencias de la vida por medio de preguntarse por el sentido de la vida en sí y de su propia existencia. En esta búsqueda la persona al encontrar su sentido de vida llegará a la realización personal, de lo contrario experimentará el vacío existencial.

Existen tres características en la voluntad del sentido (Frankl, 1994): la unidad, dirección y orientación. La unidad se refiere al compromiso que la persona adquiere para alcanzar el sentido de su vida, la dirección es la motivación que permite asumir sacrificios para no rendirse en esta búsqueda y, la orientación es la meta hacia donde se dirigen todas las decisiones que se toman.

Finalmente, el tercer principio es el sentido de vida, en el que el ser humano descubre y define a partir de las experiencias y los valores que ha decidido tener. Este descubrimiento se da de una manera activa, es decir, la persona lo busca a través de sus vivencias. En la búsqueda de sentido, Längle (2008) enfatiza que primero hay que definir una postura ante la vida para después extraerle un significado, por lo tanto, la vida como existencia la considera para tres cosas: a) para vivenciar lo que tiene valor por sí mismo, lo bello o enriquecedor, b) para orientar y modificar en cualquier punto hacia algo mejor en sí mismo y para el bienestar propio y c) para no aceptar pasivamente las circunstancias cuando éstas no puedan cambiarse, y a pesar de cualquier sufrimiento modificarse a sí mismo en pleno desarrollo de lo humanamente posible.

Frankl (1994) plantea que el ser humano puede encontrar el sentido de su vida por medio de tres vías a las que llama valores: 1) el valor de vivencia que consiste en tomar un momento de la vida para disfrutarlo; 2) el valor creativo que se adquiere al realizar una actividad que implique una aportación para el mundo y, 3) el valor de actitud que se expresa por medio de la forma en que la persona decide responder ante el sufrimiento de las circunstancias.

De no utilizar estas vías las personas no harían uso de su libertad de decidir, y emplearían lo que Längle (2008) denominó maniobras evasivas, como lo son la actitud conformista y totalitaria, la desorientación, acciones caprichosas que conducen inevitablemente al vacío existencial. Sin embargo, el autor cita lo siguiente: “el vacío existencial es el estado donde aparentemente las cosas no son posibles, donde se ha perdido la capacidad de trabajar y disfrutar,

a pesar de la iniquidad, se abre la puerta a través de la actitud a extraerle a la vida el sentido más personal” (p. 49). Esto plantea que el vacío existencial es la pauta para moverse hacia el sentido, es decir, puede llegar a ser necesario experimentar el vacío existencial en algún momento de la vida para poder autodistanciarse y contemplarse en su totalidad, de tal forma que se pueda identificar a través del tiempo, las motivaciones y las respuestas que llevaron a perder el sentido, y esto permita a su vez, aprender y redefinir una identidad personal más integrada y con un nuevo sentido de vida.

### **El Sentido de Vida y su Influencia en la Salud**

El sentido de vida se ha estudiado de tres formas: 1) la influencia que tiene sobre los trastornos psicológicos, 2) la definición del constructo propiamente a través de la validación de los instrumentos diseñados para su medición, y 3) la validación de las intervenciones psicoterapéuticas a partir de los indicadores del concepto (Martínez y Schulenberg, 2013).

#### ***La influencia sobre los trastornos psicológicos***

Para el estudio en el área de los trastornos psicológicos se han seguido dos líneas de investigación: 1) el vacío existencial como favorecedor de los trastornos, y 2) el vacío existencial como facilitador del mantenimiento de tales trastornos. En la primera línea de investigación se ha estudiado el vacío existencial relacionado a trastornos psicológicos como la depresión, el trastorno límite de la personalidad, la ansiedad, los trastornos alimenticios, la ideación suicida, la personalidad antisocial, la agresividad y las adicciones (Martínez y Schulenberg, 2013). Un ejemplo es la investigación de Sherman et al. (2010) donde se halló una relación entre el tener un propósito de vida y la salud mental, debido a que los predictores de la salud mental estaban influenciados por el sentido de vida.

En un estudio realizado con pacientes con trastorno depresivo mayor se encontró que existía una relación significativa entre el vacío existencial con la presencia de depresión y la ideación suicida, debido a que las personas no contaban con la capacidad para autodistanciarse, es decir, la posibilidad de establecer una distancia de sí mismas y poder ver los recursos personales con los que contaban para afrontar las situaciones (Arango, Ariza y Trujillo, 2015).

De igual forma se encontró que un predictor de aspectos clínicos como la depresión, desesperanza y riesgos suicidas es el sentido de vida (García-Alandete, Marco y Pérez z, 2014). Por ejemplo, en mujeres depresivas y con intentos de suicidio se halló que éstas no contaban con un sentido y satisfacción de vida debido a que no habían desarrollado estrategias para afrontar experiencias adversas y sobreponerse a ellas (Błażek, Kaźmierczak, y Besta, 2015).

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, también la ansiedad ha correlacionado negativamente con la presencia del sentido de vida. Las personas con altos niveles de sentido presentan bajo o nulo nivel de ansiedad y aquéllas con bajos niveles presentan mayores niveles de este padecimiento (Yek et al., 2017).

Con respecto a los trastornos de personalidad, existe una relación entre vacío existencial y el trastorno antisocial con comportamiento agresivo y criminal caracterizado por la búsqueda de control, placer y poder (Greene et al., 2000). En estudios anteriores se demostró que el nivel de sentido de vida tiene una correlación negativa con altos niveles de agresión, neurosis ansiosa y extroversión (Addad, 1987; Addad y Benezech, 1986). Esto explica los resultados obtenidos en un estudio de jóvenes delincuentes con conductas agresivas y antisociales que presentaron una correlación negativa entre el nivel de apatía y el establecimiento de objetivos en la vida (Newberry y Duncan, 2001).

En cambio, se ha encontrado que el sentido de vida se ha relacionado con variables como los valores, el sentido de pertenencia, la coherencia, la equidad, la satisfacción con la vida, la calidad de vida y el orden (Brandstätter et al., 2012). Según los autores citados, algunas personas conciben al sentido de vida como un significado y otras, como una meta en la vida.

Bajo la mirada logoterapéutica, la personalidad es considerada como el conjunto de los diferentes tipos de respuestas que las personas dan ante las circunstancias de la vida, es así que el sentido de vida se ha relacionado con aspectos como la extraversión, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental, existe una correlación positiva entre estas variables y las personas que identifican un sentido de la vida (Lavigne et al., 2013). En esta misma línea el bienestar y la compasión están significativamente relacionadas con la presencia de sentido de vida, se confirma de esta manera que quienes tienen un sentido en su vida tienden a sentirse con mayor satisfacción y bienestar (Itzick, Kagan y Ben-Ezra, 2018).

El sentido de vida cambia durante el ciclo vital, dado que las personas ajustan los valores con los que deciden vivir de acuerdo a la experiencia que adquieren con el tiempo. El sentido de vida aumenta conforme se avanza en las diferentes etapas de la vida, sin embargo, la búsqueda de sentido disminuye. Un ejemplo de esto es una investigación realizada con estudiantes universitarios donde se encontró que el sentido de vida en esta edad está centrado en definir y lograr las metas a futuro mientras cuentan con el apoyo de los amigos y del amor familiar (Cadavid-Claussen y Díaz-Soto, 2015). De igual forma, los resultados de otra investigación mostraron que entre mayor sea el nivel de autoaceptación, autoestima, dominio ambiental y bienestar psicológico en adolescentes y jóvenes, mayor será la posibilidad para encontrar el sentido de su vida (García-Alandete et al., 2018).

El sentido de vida incrementa de acuerdo a las diferentes etapas de la vida. Los adultos y las personas de tercera edad perciben mayor presencia de sentido cuando son comparados con los jóvenes y se encuentran menos en la búsqueda de éste (Avellar De Aquino et al., 2017). Sin embargo, en un estudio realizado en Irán sobre la calidad de vida en mujeres menopáusicas, se encontró que existe una relación entre la calidad de vida y el sentido de vida junto con la autoeficacia, la satisfacción del área corporal y la salud, los autores explican este resultado debido a que las mujeres mayores en este país son más vulnerables al concepto de la imagen corporal causado por los estándares aceptados en su cultura (Jafary et al., 2011).

### ***Medición del sentido de vida***

Para su estudio, el constructo de sentido de vida enmarcado en la logoterapia se ha relacionado bajo otras epistemologías como el existencialismo puro, el humanismo, el cognitivismo y el constructivismo (Martínez y Schulenberg, 2013). En una revisión sistemática realizada sobre los instrumentos para evaluar el sentido de vida, se encontró que el concepto ha variado desde su creación por Frankl, y ha sido entendido como una percepción individual, una creencia o una comprensión acerca de la vida. Estas diferentes concepciones han variado según el autor, la investigación y el contexto de aplicación (Brandstätter et al., 2012). En la Tabla 2 se muestran los instrumentos más usados y las diferentes versiones del concepto de sentido de vida que se han estudiado a partir de lo que Frankl planteó originalmente.



**Tabla 2***Instrumentos que se han utilizado para evaluar el sentido de vida*

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Autor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Factores</b>
Purpose In Life Test (PIL)	Medir las experiencias individuales de «vacío existencial», de «significado» y de «objetivo en la vida	Crumbaugh y Maholick (1964)	20 reactivos en escala Likert de 7 puntos	4 factores: Percepción de sentido Significado de la vida Satisfacción por la propia vida Libertad y control de la propia vida
Seeking of Noetic Goals Test (SONG)	Detectar la presencia del aspecto motivacional en la búsqueda de sentido	Crumbaugh (1977)	20 reactivos en escala Likert de 7 puntos	1 factor
Life Purpose Questionnaire (LPQ)	Medir en la persona el nivel de propósito en la vida	Hutzel (1982)	25 reactivos (5 completar y 20 preguntas existenciales)	1 factor
Belfast Test (BT)	Medir la dificultad que las personas encuentran en hallar un significado en sus vidas, en particular frente a las situaciones de mayor sufrimiento y límite, experimentando la sensación de «vacío existencial» y de incapacidad ante los ‘deberes’ incluyendo los laborales y psicológicos, de la vida	Giorgi (1982)	20 reactivos en una escala Likert de cinco niveles	2 factores La incapacidad de mantener o descubrir un significado en situaciones difíciles Sentido de impotencia para modificar la realidad social

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Autor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Factores</b>
Logotest (LT)	Evaluar la realización interior del sentido de la vida y de la frustración existencial	Lukas (1987)	9 reactivos de respuesta cerrada Si/No 7 reactivos Likert de 3 puntos 1 reactivo abierto para describir la propia vida en términos de deseos y aspiraciones, objetivos realmente alcanzados y actitudes frente a éstos	1 factor
Psychological Well-Being Scales (PWBS)	Medir el bienestar psicológico incluido el propósito en la vida	Ryff (1989)	Cuatro diferentes versiones de 20, 19, 9 y 3 reactivos	6 factores
Self and Life test (SELE) de	Determinar el significado personal de la vida que la persona	Dittmann-Kholi y Westerhof (1997)	28 frases para completar	5 factores: Sí mismo Actividades personales Relaciones sociales Valoraciones y perspectivas temporales
Existence Scale (ES)	Estima el grado de plenitud existencial	Längle, Orgler y Kundi (2000)	46 reactivos (8	4 factores: Autodistanciamiento Autotrascendencia Libertad Responsabilidad

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Autor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Factores</b>
Personal Meaning Profile (PMP)	Indagar la actitud que los individuos asumen, en términos de nivel de búsqueda de significado, frente a situaciones de vida significativas o marcadas por notables niveles de sufrimiento.	Wong (1998)	57 reactivos	7 factores: Relaciones Intimidad Autoaceptación Percepción de justicia y respeto Auto-realización Auto-trascendencia Religión
Self-Transcendence Scale (STS)	Medir la autotrascendencia	Reed (1991)	15 reactivos en escala de cuatro puntos	1 factor
Life Attitude Profile - Revised (LAP-R)	Medir las actitudes personales respecto a la vida y, en particular, al significado existencial	Reker (1992)	48 reactivos	6 factores: Objetivo Coherencia Elección-responsabilidad Aceptación de la muerte Vacío existencial Percepción de la muerte
Constructed Meaning Scale (CMS)	Autoevaluar el impacto de la enfermedad terminal sobre el sentido individual de la identidad personal	Fife (1995)	8 reactivos en una escala Likert de cuatro puntos	1 factor
Sentido de vida en los adolescentes (SVA)	Estudiar y confirmar experimentalmente la correlación entre el constructo búsqueda de sentido y el de	Gambini y Ronco (1999)	70 reactivos en escala Likert de cinco niveles	5 factores: Sentido y plenitud de la vida Determinación y sacrificio Reflexividad contra los impulsos Sinceridad

	construcción de la identidad, relación que aparece particularmente significativa en la edad adolescencia			Grado de malestar
Cuestionario de autotranscendencia/autodistanciamiento (QAA)	Cuantificar el nivel de las dos capacidades humanas que representan el núcleo central del pensamiento de Frankl: el autodistanciamiento y la autotranscendencia	Ronco y Grammatico (2000)	55 reactivos en una escala Likert de cinco niveles	7 factores: Relación con los otros Autocentramiento reflejo Independencia-libertad interior Hermetismo hacia el otro Autorreflexión Autotranscendencia Autodeterminación
Questionnaire of Life Meaning Sources (QLFS)	Identificar los valores que son fuente de sentido de vida	Halama (2000)	20 reactivos en escala Likert de cinco puntos	4 factores: Autopreocupación Apoyo social y búsqueda de las relaciones Autorrealización Autotranscendencia
Existential Loneliness Questionnaire (ELQ)	Medir el constructo de soledad existencial en personas con VIH	Mayers, Khoo y Svartberg (2002)	22 reactivos en escala Likert de seis niveles	1 factor
Meaning in Life Questionnaire (MLQ)	Medir el sentido de vida en un ámbito clínico	Steger, Frazier, Oishi, y Kaler, (2006)	10 reactivos en escala Likert de siete puntos	2 factores Presencia Búsqueda
Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)	Medir el sentido de vida	Martínez et al. (2011)	18 reactivos	2 factores Percepción propósito vital Coherencia existencial

*Nota.* Cabe mencionar que no existe un cuestionario que mida sentido de vida y vacío existencial que haya sido adaptado y validado en México.

## **Satisfacción con la Vida**

La satisfacción con la vida está considerada como uno de los factores relacionados con el bienestar subjetivo. Dentro del marco de la Psicología Positiva se establece que, para alcanzar un total bienestar, la satisfacción con la vida tiene que ir acompañada de un afecto positivo y de felicidad (Diener et al., 2003).

La Psicología Positiva da inicio en 1998 con Martín Seligman de la Universidad de Pennsylvania, al centrarse en los factores más positivos del ser humano; entre estos aspectos se identifican aquéllos que ayudan a las personas a superar las adversidades de la vida como son la satisfacción de la vida, el optimismo y las emociones positivas (Seligman, 1999).

Seligman (2003) realiza la siguiente declaración que da el giro a la psicología bajo una nueva postura positiva: “La Psicología no sólo es el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es sólo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros” (p. 1).

La Psicología Positiva se centra en conocer las virtudes, fortalezas y competencias que permiten al ser humano desarrollar y alcanzar la felicidad (Sheldon y Kasser, 2001). Bajo esta mirada, la felicidad es entendida como el resultado del bienestar psicológico y subjetivo (Diener, 1984).

Para la Psicología Positiva la vida es digna de ser vivida en las mejores condiciones, por ello se orienta hacia buscar que el ser humano se desarrolle y prospere (Gable y Haidt, 2005). Diener (1984), para definir el nivel de felicidad desde la perspectiva positiva, propone que una persona debe saber que tan satisfecha está con su vida, así como también debe conocer en qué grado ha experimentado estados afectivos, tanto positivos como negativos, durante un periodo determinado y así darse cuenta que tan feliz es.

La satisfacción con la vida se define como el resultado de la comparación entre las expectativas propias de lo que se espera y la realidad que se ha obtenido en la vida (Diener et al., 1985). La evaluación que las personas realizan de su vida integra dos componentes, un factor cognitivo que corresponde a los juicios que se hacen sobre el cumplimiento de las expectativas ante la realidad, y el factor afectivo que implica el agrado o desagrado que el individuo vive ante esta experiencia. La satisfacción de vida es totalmente subjetiva y única, depende de las expectativas que cada quien haya creado y de las evaluaciones que cada persona realiza a partir de sus propios criterios y de la realidad que tiene (Shin y Johnson, 1987).

La satisfacción con la vida ha sido estudiada ampliamente debido a que es un factor que influye y se relaciona con las personas felices, y que no sólo impacta al individuo sino a su entorno (Diener, Oishi y Lucas, 2003). Múltiples estudios muestran que la satisfacción con la vida está relacionada con diferentes variables como son: la edad, el género, estado civil, el estatus socioeconómico y el nivel de escolaridad. También se ha relacionado con factores clínicos como lo son: la personalidad extrovertida e introvertida, depresión, suicidio y enfermedad. Así como con factores sociales como la religión, la cultura, la salud y el desempleo (Diener, Inglehart y Tay, 2013). Es decir, existen tantos factores determinantes para la satisfacción con la vida como expectativas tenga la persona acerca de lo que quiere, y a su vez las personas pueden sentirse felices tanto como se sientan satisfechas con sus vidas.

El estudio de la satisfacción de vida en el área clínica ha contribuido a entender cómo este factor puede determinar algunos trastornos emocionales como es el caso de la depresión. En una investigación con población adolescente con este padecimiento se observó que, a menor satisfacción con la vida, mayor el nivel de depresión (Álvarez et al., 2018). En esta misma dirección, se ha encontrado que mujeres sometidas a una mastectomía y con una percepción negativa de su imagen corporal, se sienten insatisfechas con su vida y a su vez, esto les genera depresión (Fonseca, Lencastre y Guerra, 2014).

En relación a la personalidad, se ha encontrado que la satisfacción de vida está determinada por características como la amabilidad, la apertura, la responsabilidad y la extroversión (Schoeps, González y Montoya, 2016). Otro predictor importante, también relacionado con la personalidad, ha sido la autoestima; las personas con mejor actitud hacia sí mismas muestran mayor pasión y perseverancia para alcanzar los objetivos que se plantean a largo plazo, esto les permite mejorar la evaluación que puedan hacer de su vida, y sentirse satisfechas con ella (Li et al., 2018). Por otra parte, personas que deciden llevar a cabo actividades satisfactorias en su tiempo de ocio también reportan un alto nivel de satisfacción con la vida (Argan, 2018). En este mismo sentido, se ha encontrado que quienes establecen metas personales se encuentran mayormente satisfechos con su vida, y quienes para alcanzar estas metas se sienten apoyados por la familia, alcanzan un mayor aún nivel de satisfacción (Díaz y Sánchez-López, 2001).

En México, se han estudiado los factores que determinan la satisfacción con la vida en población indígena, y se encontró el estado de pobreza, la inseguridad alimentaria, el maltrato por sexo, la edad y la clase social, la discriminación, la salud y la relación con amigos y familiares son predictores de la satisfacción vital (Vera Noriega, Bautista Hernández y Tánori, 2017). Mientras que en población urbana se halló que son el miedo al delito y la percepción de inseguridad lo que afecta la evaluación que se hace de la satisfacción con la vida (Vera, Martínez-Ferrer, Ávila y Tánori, 2017).

En cuanto a las expectativas que las personas suelen tener, la predicción afectiva resulta ser un factor determinante para la satisfacción con la vida; mujeres inmigrantes que se encontraban separadas de sus hijos a causa de los aislamientos migratorios y que habían imaginado totalmente emotivo el reencuentro con ellos, a pesar de la distancia se sentían esperanzadas y mostraron un alto nivel de satisfacción con la vida, contrariamente al momento en el que realmente se reencontraron con sus hijos, quienes habían reportado un nivel alto de satisfacción ahora indicaban un bajo nivel en este aspecto debido que la realidad no coincidía con lo que habían imaginado (Martínez-Taboada et al., 2017). Esto confirma que la evaluación que las personas hagan de su vida es totalmente subjetiva y depende de las expectativas que ellas tengan de sí mismas y de sus circunstancias.

La satisfacción con la vida es dinámica de acuerdo al ciclo vital y cambia conforme a la ausencia o presencia de condiciones en el contexto, tales como son el desarrollo personal, la familia de origen, la pareja o la presencia de los hijos (Vera et al., 2016).

### **Medición de la Satisfacción de Vida**

De acuerdo a la revisión de la literatura hecha para este estudio se encontró que en México existen dos instrumentos que miden el nivel de satisfacción con la vida, y toman en cuenta los factores afectivo y cognitivo que por definición la componen, dichos instrumentos se describen en la Tabla 3.

**Tabla 3.***Instrumentos que evalúan la satisfacción de vida en México*

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Autor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Factores</b>
Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo (EMMBSAR)	Medir el bienestar subjetivo	Anguas y Reyes (1997).	50 reactivos en escala Likert de 7 puntos	2 factores: Experiencia emocional Evaluación Afectivo-Cognitiva de la vida
Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS)	Medir la satisfacción con la vida	Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) Adaptada a población mexicana por Padrós (2015)	5 reactivos en escala Likert de 5 puntos	1 factor



## **La Satisfacción con la Vida en Mujeres Maduras**

La satisfacción con la vida en mujeres maduras está determinada por diversos factores biológicos y psicosociales. En un estudio en población de mujeres en esta etapa del desarrollo, se encontró que factores como el sobrepeso y la insatisfacción corporal afectaban la evaluación que las mujeres hacían de su vida (Gonçalves, Silva, y Gomes, 2015). En mujeres maduras la satisfacción con la vida se ve afectada negativamente por la presencia de estrés, problemas de salud, la calidad del sueño, angustia emocional y problemas en la economía familiar (Darling, Coccia, y Senatore, 2012).

Otros factores que afectan la satisfacción con la vida en las mujeres en esta etapa son los problemas de pareja, los económicos y de salud (Fernández-Alonso et al., 2012). Debido a esto, las mujeres llegan a experimentar frustración ante las expectativas que ven no cumplidas en su vida (Darling, Coccia y Senatore, 2012). En un estudio realizado para evaluar los factores que afectaban a hombres y mujeres, se encontró que las mujeres que reportaban mayores niveles de neuroticismo, menor cohesión familiar y mayor satisfacción con la vida tenían efectos negativos a nivel intra e interpersonal. Además, las variables personales y familiares predijeron la satisfacción con la vida en las mujeres y no en los hombres (Schoeps, González-Barrón, y Montoya-Castilla, 2016). En el mismo sentido, se encontró que la motivación es un predictor en la autoestima y a su vez, ésta es predictora de la satisfacción con la vida de las mujeres en esta etapa (Borges-Silva et al., 2017).

En el ámbito laboral, las mujeres que reportan un alto nivel de satisfacción con el equilibrio ocupacional (el tiempo en su trabajo y los tiempos de ocio), un alto significado y valor a su trabajo indican que se encuentran mayormente satisfechas con su vida (Ha'kansson, Björkelund y Eklund, 2011). Y a su vez, el hecho de que las mujeres se sientan satisfechas con la vida que tienen, predice que sean mayormente resilientes para afrontar las situaciones adversas correspondientes a esta etapa (Zayas et al., 2018).

Otro factor que se identifica en la etapa madura, debido al cambio metabólico, es el sobrepeso, mujeres con un comportamiento desordenado en la alimentación presentan mayor insatisfacción corporal y menor satisfacción con su vida. La satisfacción corporal, el malestar psicosocial y síntomas sexuales predicen la satisfacción con la vida en mujeres maduras (Goncalves, Silva y Gomes, 2015).

En cuanto a la menopausia, en Polonia se estudió el comportamiento de la satisfacción con la vida como predictor y como variable afectada. Se ha encontrado que síntomas como

los sofocos, la irritabilidad, la concentración, la coordinación reducida, los trastornos del sueño y el aumento de la sudoración afectan la satisfacción con la vida en las mujeres (Nowakowska, Rasińska y Głowacka, 2015). De la misma forma en un estudio hecho en España, cuando las mujeres en esta etapa experimentan una función sexual disminuida, problemas económicos o síntomas asociados a la menopausia, se observó que éstos afectaban de manera negativa su satisfacción ante la vida (Ornat et al., 2013). En dirección opuesta se ha hallado que las mujeres que hacen una evaluación más satisfactoria de su vida reportaron menos síntomas menopáusicos (Pimenta et al., 2012).

En un estudio realizado en mujeres mexicanas se encontró que un 77.7 % experimentaron altos niveles de satisfacción con la vida en la etapa de la perimenopausia y posmenopausia. Se demostró que la autoestima, la percepción del apoyo familiar y la dimensión expresivo-afectiva positiva de autoconcepto predicen la satisfacción con la vida (Martínez et al., 2012).

De tal forma que las mujeres en la etapa madura que enfrentan toda la oleada de factores psicosociales, biológicos y demográficos asociados a la menopausia se encuentran mayormente vulnerables a sentirse insatisfechas con su vida, al identificar que lo que tienen como realidad probablemente no era lo que esperaban.

## **Justificación y Planteamiento del Problema**

La menopausia, definida como el último sangrado menstrual, es un evento que socialmente se ha asociado con el inicio del envejecimiento en la mujer. En la cultura occidental, las mujeres maduras suelen presentar miedo al envejecimiento debido a que son percibidas con detrimento de acuerdo a los patrones de belleza y de los roles que hoy en día enmarcan el concepto femenino, a diferencia del significado que se le ha dado a la menopausia en algunas culturas orientales, donde el estatus social de la mujer es favorecido cuando desaparece la menstruación (García, 2017).

Existen numerosos síntomas asociados con la menopausia, que se pueden presentar desde que las mujeres comienzan a tener irregularidades menstruales (perimenopausia), hasta la posmenopausia. Sin embargo, muchos de estos síntomas se han confundido con alteraciones propias de la edad, y no son en realidad resultado

de los altibajos hormonales, como sí se ha demostrado que son los síntomas vasomotores y la resequedad vaginal.

Tal es el caso de la atención médica mexicana, la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Instituto Mexicano del Seguro Social son quienes crean y dan seguimiento a las guías de atención clínica, en lo que respecta a las mujeres en transición menopáusica, únicamente contemplan dos opciones para tratamiento: la terapia hormonal de remplazo (THR) y la terapia no hormonal (fitoterapia), no se incluye ningún aspecto psicológico que pudiera ofrecer un tratamiento integral (Secretaría de Salud, 2018; IMSS, 2013). Aun cuando las mujeres en transición menopáusica han indicado tener síntomas psicológicos, éstos son tratados con fármacos, sin tomar en cuenta la influencia que los factores psicosociales pudieran tener. Además, en estas guías de atención clínica se advierte de las consecuencias adversas que genera el THR, lo que también coincide con estudios donde se ha encontrado que la THR está asociada al cáncer de mama, a los accidentes cardiovasculares y a la trombosis (Herrera-Pastrana et al., 2020; Secretaría de Salud, 2018; IMSS, 2013). En México, las principales enfermedades y causas de muerte en las mujeres en etapa madura son justamente, el cáncer de mama y las enfermedades cardiovasculares (Secretaría de Salud, 2017), entonces las mujeres que reciben el THR tienden a desarrollar dichas enfermedades comprometiendo su salud. El sector médico en el país deja de lado la atención multidisciplinaria y no toma en cuenta la influencia de los factores psicosociales sobre la sintomatología, a pesar de haber encontrado varios factores psicosociales que afectan la percepción cognitivo-emocional de las mujeres y que a su vez repercuten en el reporte de su sintomatología asociada a la menopausia (Vargas-Fandiño et al., 2016).

El sector salud mexicano deja de lado que muchas mujeres, al enfrentar los cambios propios de la edad y al hacer una evaluación de su vida acerca de aspectos como el apoyo familiar y social, la situación de pareja, el crecimiento de los hijos, el nido vacío, la actividad laboral y los cambios físicos; suelen obtener como resultado el sentirse insatisfechas y terminan por encontrar que su sentido de vida ha cambiado, por lo que estas mujeres no sólo se encuentran en la transición de la menopausia, sino también están en el proceso de reajustar su vida y plantearse un nuevo sentido para vivir a partir de nuevos valores y propósitos (Darling, Coccia, y Senatore, 2012; Fernández-Alonso et al., 2012).

Por lo tanto, este trabajo buscó aportar una perspectiva que tome en cuenta a los factores psicosociales, el sentido de vida, el vacío existencial y la satisfacción con la vida, como predictores de la sintomatología asociada a la menopausia. Los resultados de esta investigación pretenden ser parte de la pauta en la inclusión de la psicología como parte de la atención a las mujeres en transición menopáusica, y que esto resuelva al menos una arista de la problemática que hoy existe en el sector salud donde únicamente se utiliza la THR como tratamiento.

Por esto, en este estudio se planteó la posible existencia de una relación entre la falta de sentido de vida (vacío existencial), la insatisfacción con la vida y el reporte de síntomas relacionados con la menopausia, lo que llevó a hacer la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de Investigación**

¿Qué relación existe entre el sentido de vida, el vacío existencial, la satisfacción con la vida y los síntomas asociados a la menopausia?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la influencia del sentido de vida, el vacío existencial y la satisfacción con la vida en el reporte de los síntomas asociados a la menopausia.

### **Objetivos Específicos**

- Validar el cuestionario para medir el sentido de vida y el vacío existencial en población mexicana
- Estudiar la relación entre la satisfacción con la vida y los síntomas asociados a la menopausia, tanto físicos como psicológicos.
- Estudiar la relación entre el sentido de vida y el vacío existencial y los síntomas asociados a la menopausia, tanto físicos como psicológicos.

- Analizar la relación entre el sentido de vida, la satisfacción con la vida y el vacío existencial como predictores de los síntomas asociados a la menopausia.

## Hipótesis

H1: A mayor nivel de satisfacción con la vida menor es el nivel de síntomas psicológicos asociados a la menopausia.

H2: A mayor nivel de sentido de vida menor es el nivel de síntomas psicológicos asociados a la menopausia.

H3: A mayor nivel de vacío existencial mayor es el nivel de síntomas psicológicos asociados a la menopausia.

H4: La satisfacción con la vida, el sentido de vida y el vacío existencial predicen de manera conjunta el reporte de la sintomatología asociada a la menopausia.

## Método

### Tipo de Estudio

Se realizó un estudio predictivo, con un diseño no experimental transversal prospectivo. Es predictivo debido a que las variables del estudio fueron clasificadas como independientes (predictivas) y dependientes (resultados) (Sousa et al., 2007). El diseño fue no experimental porque no se utilizó sin ningún tipo de experimentación debido a que se realizó una medición de las variables de estudio mediante la aplicación de instrumentos de medición, y fue transversal porque sólo se tomó una medición por cada variable (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El estudio se realizó en dos fases:

- Fase 1: “**Validación de la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)**”. En esta fase se validó el instrumento para medir sentido de vida en población mexicana adulta.

- Fase 2. “**Sentido de vida, Vacío Existencial, Satisfacción con la vida y Síntomas Asociados a la Menopausia**”. En esta fase se estudió el comportamiento de estas variables, se consideró como la variable dependiente a los síntomas asociados a la menopausia.

## **Fase 1: Validación de la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)**

### **Escenario de la Investigación**

El reclutamiento se realizó en lugares públicos como parques, gimnasios, plazas comerciales de las ciudades de Xalapa y Puebla.

### **Participantes**

La muestra se compuso de 405 adultos de 18 a 70 años, hombres y mujeres residentes de las ciudades de Xalapa y Puebla. El muestreo se llevó a cabo por conveniencia bajo los siguientes criterios:

#### ***Criterios de Inclusión:***

- Ser mayor de edad
- Escolaridad mínima de primaria

#### ***Criterios de Eliminación:***

- No contestar el cuestionario completo
- Dar una doble respuesta en un mismo reactivo

### **Procedimiento para Contactar a los Participantes y para Levantar la Información**

Se eligieron los lugares que pudieran tener mayor afluencia de público en general, se les abordó para invitarlas a participar en una investigación sobre el sentido de vida, y se aclaró que en el cuestionario no era necesario escribir el nombre, debido a que todos los datos se manejarían de forma anónima. Para verificar si sabían leer y escribir se les preguntó su grado de estudios.

Con quienes decidieron participar, se leyó el consentimiento informado de manera conjunta, se atendieron las dudas que surgieron de la lectura, se enfatizó en aclarar que si así lo deseaban podían abandonar la aplicación del cuestionario antes de terminarlo, finalmente se les pidió que de estar de acuerdo firmaran el consentimiento.

Se les invitó a pasar al lugar de la aplicación, donde se asignó a cada participante un asiento, una tabla y un lápiz junto con el respectivo cuestionario, ahí se explicó brevemente el objetivo del instrumento, así como las instrucciones para su llenado. Se informó que ante cualquier duda habría una persona presente para atenderles. Se llevó a cabo la aplicación y al concluir se revisó que todos los reactivos hubieran sido contestados. Finalmente, se agradeció amablemente a la persona por su valiosa participación.

## **Análisis de Datos**

Los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS versión 25. Se analizó la distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, y se encontró una distribución no normal. Debido a esto, el análisis factorial exploratorio se llevó a cabo mediante el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados para minimizar la suma de los cuadrados de las diferencias entre las matrices de correlación observada y la reproducida. Se ejecutó una rotación Oblimin con la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer, para obtener las columnas de la matriz de los factores que integran la escala de acuerdo a la correlación que existe entre ellos (Aiken, 2003). Este procedimiento se repitió tantas veces como fue necesario para obtener una estructura factorial estable. Se eliminaron los reactivos que tuvieron una carga factorial menor a 0.40 o que no estaban relacionados teóricamente con el factor.

Se construyó un modelo de los factores y reactivos de acuerdo a la estructura obtenida en el análisis factorial exploratorio, para esto, se utilizó el programa Amos para el modelado de ecuaciones estructurales. Para confirmar el modelo se realizó un análisis factorial confirmatorio con el método robusto de Satorra-Bentler debido a que la muestra tuvo una distribución no normal. De acuerdo a las últimas evaluaciones psicométricas (Muiños, 2021) se consideraron los siguientes criterios para saber si los datos obtenidos se ajustaban al modelo creado; para las covarianzas se tomó en cuenta la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) con el intervalo de confianza asociado de 90% que permitiera verificar si el ajuste era aceptable; para comparar la mejora en el ajuste del modelo creado contra un modelo nulo se observó (CFI) que el índice de ajuste comparativo fuera  $>.95$ . Se

utilizó el estadístico de Hoelter con un punto mínimo de corte de 200, el cual indica que el tamaño de la muestra fue el adecuado para el modelo. Finalmente, se probó la consistencia interna con el coeficiente de alfa de Cronbach.

## Instrumentos

Se eligió la Escala Dimensional de Sentido de vida (EDSV) diseñada por Martínez et al. (2011) en Colombia para medir el sentido de vida y el vacío existencial. Se decidió utilizar este instrumento por ser una escala que se apega al marco teórico que encuadra esta investigación, además de estar diseñada para población también latinoamericana. Esta escala está conformada por 18 reactivos tipo Likert de cuatro puntos con puntuaciones que oscilan desde “Totalmente en desacuerdo” (0) a “Totalmente de acuerdo” (3); con calificaciones que van de un mínimo de 0 y un máximo de 54 puntos. El cuestionario original está conformado por dos factores que son: percepción del propósito vital (confiabilidad con el alfa de Cronbach .95) y coherencia existencial (alfa de Cronbach .75) En la Tabla 4 se enlistan los reactivos que pertenecen a cada factor del instrumento original.

**Tabla 4.**

*Reactivos de la EDSV desarrollada en Colombia*

<b>Reactivo</b>	<b>Percepción Propósito Vital</b>	<b>Coherencia Existencial</b>
Normalmente me siento pleno con lo que estoy haciendo en mi vida	*	
La vida me parece llena de razones por las cuales vivir	*	
Las metas que tengo en mi vida hablan de quién soy en este momento	*	
He descubierto metas claras en mi vida	*	
Mi existencia personal es sin sentido y propósitos	*	
Si pudiera elegir nunca habría nacido	*	
Me siento coherente con las acciones que realizo para lograr mi proyecto de vida	*	
A pesar de mis metas, he considerado seriamente el suicidio como una salida a mi situación	*	
Mi vida es vacía y llena de desesperación	*	
Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido un completo fracaso	*	
Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida	*	
En el logro de mis metas vitales no he conseguido ningún progreso	*	
El enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye una experiencia aburrida	*	
Con frecuencia no logro entender porque actúo de cierta manera		*
Frecuentemente me desconozco a mí mismo en mi forma de actuar		*
Aun teniendo claro mis deberes, generalmente sólo hago lo que quiero		*



## **Fase 2. Sentido de Vida, Vacío Existencial, Satisfacción de Vida y Síntomas Asociados a la Menopausia**

### **Escenario de la Investigación**

Se tuvo acceso a la población con ayuda de la Asociación Civil Mujeres Transformando Caminos A.C., quien se dedica a la creación de programas de apoyo para mujeres en general. Se encuestó a mujeres en etapa madura que asistieron a talleres organizados por dicha asociación, los cuales se realizaron en escuelas secundarias y preparatorias de las ciudades de Xalapa y Puebla.

### **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 342 mujeres perimenopáusicas o postmenopáusicas de Xalapa y Puebla, en un rango de edad entre los 45 y 55 años. La muestra se eligió por conveniencia de acuerdo a los siguientes criterios:

#### ***Criterios de Inclusión:***

- Escolaridad mínima de primaria
- Que reportaran ciclos menstruales irregulares, o que hubiera pasado más de un año de su última menstruación

#### ***Criterios de Exclusión:***

- Tener una enfermedad ovárica
- Estar bajo tratamiento hormonal
- Haber presentado la menopausia, ya sea natural o quirúrgica, antes de los 45 años

#### ***Criterios de Eliminación:***

- No contestar todos los cuestionarios completos
- Dar una doble respuesta

### **Procedimiento para Contactar a las Participantes y para Levantar la Información**

En coordinación con la asociación civil Mujeres Transformando Caminos A.C., se identificaron los planteles de secundaria y bachiller donde se podía acceder. Se contactaron

a las autoridades de las escuelas y se les presentó el proyecto. Se solicitó la autorización para tener acceso a las madres de familia por medio de la impartición de talleres acordados por los directivos de los planteles de acuerdo a las necesidades de la institución.

Los talleres se llevaron a cabo en dos escuelas secundarias y dos bachilleres de la ciudad de Puebla, así como en una secundaria y una preparatoria de la ciudad de Xalapa. En todos los planteles se llevaron a cabo en el auditorio. Los talleres fueron impartidos por la autora de la tesis y por una representante de la asociación civil, y versaron sobre la responsabilidad parental y el establecimiento de límites.

Antes de dar por iniciado cada taller se realizó la aplicación de los cuestionarios de la siguiente manera: Se pidió la participación voluntaria para una investigación sobre sentido de vida, satisfacción con la vida y menopausia, se aclaró que el cuestionario sería anónimo. Se solicitó el consentimiento informado a quienes aceptaron participar (la tasa de aceptación fue del 96%), y se aclaró que podían abandonar su participación antes de terminar de contestar los cuestionarios si así lo deseaban. Se leyó de manera conjunta las instrucciones de los instrumentos, se aclaró que ante cualquier duda se estará presente para atenderlas. Se realizó la aplicación. Al concluir se revisó que todos los reactivos estuvieran contestados y se agradeció amablemente a las personas por su valiosa participación

### **Análisis de Datos**

Para conocer la distribución de las variables del estudio se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se encontró una distribución no normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

Para conocer la relación entre satisfacción con la vida, el sentido de vida, el vacío existencial y los síntomas asociados a la menopausia, se realizaron análisis de correlaciones con coeficiente de Rho Spearman, debido a que las variables fueron ordinales y la muestra obtenida fue mayor de 30. Para comparar los grupos de síntomas psicológicos, somáticos y sexual de acuerdo al nivel de satisfacción con la vida y el nivel de vacío existencial se utilizó la prueba de U de Mann Whitney, se dicotomizaron los datos de estas variables y se estableció un punto de corte en el límite inferior del tercer tercil, y de esta forma, las participantes se dividieron en mujeres con niveles bajos o altos de satisfacción con la vida y de vacío existencial. De la misma forma, para comparar los mismos grupos de síntomas con el nivel de escolaridad (básica, media y superior) y el tipo de ocupación (comercio informal, negocio

formal, oficina y hogar) se usó la prueba de Kruskal Wallis, se usó este análisis porque las variables se dividieron en más de dos niveles. Y finalmente, debido a la distribución no normal de la muestra se utilizaron regresiones logísticas para probar la predicción de probabilidad de ocurrencia que permitiera crear un modelo para explicar la relación entre las variables independientes (el sentido de vida, el vacío existencial y la satisfacción con la vida) y los síntomas asociados a la menopausia que fue la variable dependiente. Para realizar las regresiones se dicotomizaron los resultados de los síntomas relacionados a la menopausia estableciendo un punto de corte en el límite inferior del tercer tercil, y se dividió a las participantes en las que presentaban “menos síntomas” o “más síntomas”.

## **Instrumentos**

1. Los síntomas asociados a la menopausia se evaluaron con la Escala de Climaterio de Greene (GCS) creada por Greene (1998), la cual fue validada en México por Chávez (2001). Consta de 21 síntomas en una escala Likert de cuatro puntos (de 0-ninguno a 3-severos). El alfa de Cronbach obtenida en población mexicana fue de .90.

Los síntomas se dividen en:

-Somáticos (11 síntomas): Palpitaciones cardíacas rápidas o fuertes, sensación de cansancio o falta de energía, sensación de vértigo o desvanecimiento, presión o tensión en la cabeza o el cuerpo. adormecimiento del cuerpo, dolores de cabeza, dolores de músculos o articulaciones, pérdida de sensibilidad en manos y pies, dificultad para respirar, bochornos y sudoraciones nocturnas.

- Psicológicos (9 síntomas): sensación de tensión o nerviosismo, crisis de pánico, dificultad para concentrarse, dificultad para dormir, excitabilidad, pérdida de interés en la mayoría de las cosas, sensación de infelicidad o depresión, accesos de llanto, irritabilidad.

- Sexual (1 síntoma): pérdida de interés en el sexo.

La puntuación para los síntomas psicológicos osciló de 0 a 33 como máximo, para los síntomas somáticos de 0 a 27 y para el síntoma sexual de 0 a 3.

2. Para medir el sentido de vida y el vacío existencial se utilizó la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) creada por Martínez y Schulenberg (2013), adaptada y validada en México por la autora de la tesis en la primera fase de este estudio. Como resultado, quedó conformado por 10 reactivos con dos factores, uno de cuatro reactivos que mide el sentido

de vida, y el otro de seis reactivos que mide el vacío existencial. Es un instrumento Likert de 4 puntos (de 0-muy en desacuerdo a 3-muy de acuerdo). La puntuación para el sentido de vida fue de 0 a 12 como máximo y para el vacío existencial de 0 a 18.

3. La satisfacción con la vida se evaluó mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) creada por Diener et al. (1985), validada y adaptada en México por Padrós, Gutiérrez y Medina (2015). Es un instrumento tipo Likert de 5 reactivos y 5 puntos (de 1-totalmente en desacuerdo a 5-totalmente de acuerdo). Las puntuaciones van de 5 a 25 donde cuanto más alta es la puntuación, más el nivel de satisfacción con la vida. La confiabilidad obtenida por Padrós, Gutiérrez y Medina (2015) para población mexicana fue de alfa de Cronbach de .832.

## **Variables**

### **Variables Dependientes**

#### ***Síntomas Asociados a la Menopausia.***

Definición conceptual: manifestaciones clínicas reportadas por las mujeres que se encuentran en la perimenopausia o que ya alcanzaron la postmenopausia (IMSS, 2013).

Definición operacional: respuestas a las preguntas de la Escala de Green (1998), las que se dividieron en tres dimensiones: síntomas psicológicos, somáticos y sexuales.

### **Variables Independientes**

#### ***Escolaridad.***

Definición conceptual: último grado de estudios completado.

Definición operacional: la muestra se dividió en tres grupos de acuerdo al último grado de estudios: 1) educación básica (primaria), 2) educación media (secundaria o bachillerato) y 3) educación superior (licenciatura o posgrado).

#### ***Ocupación.***

Definición conceptual: actividad laboral del participante

Definición operacional: la muestra se dividió en cuatro grupos de acuerdo a la actividad realizada: 1) hogar, 2) oficina (trabajo asalariado), 3) negocio (actividad comercial formal) y 4) otro (actividad comercial informal)

***Estatus Menopáusico:***

***Estatus Perimenopáusico.***

Definición conceptual: periodo comprendido desde el inicio de las irregularidades menstruales que anteceden a la menopausia, hasta que transcurra un año de amenorrea (NOM-035-SSA2-2012)

Definición operacional: respuesta a la fecha de la última menstruación y/o a la respuesta de la presencia de ciclos irregulares.

***Estatus Posmenopáusico.***

Definición conceptual: periodo comprendido que inicia a partir de que haya transcurrido un año de amenorrea (NOM-035-SSA2-2012)

Definición operacional: respuesta a la fecha de la última menstruación (más de un año)

***Sentido de Vida***

Definición conceptual: percepción afectivo-cognitiva de valores que llevan al ser humano a responder ante una situación particular de la vida, proporcionándole coherencia e identidad personal (Martínez et al., 2011).

Definición operacional: respuestas a las preguntas que conforman el factor sentido de vida de la EDSV, en su versión validada a población mexicana en la primera fase de este estudio.

Se dividieron los puntajes en dos grupos: nivel alto y nivel bajo de sentido de vida.

***Vacío Existencial***

Definición conceptual: la ausencia de sentido de vida (Längle y Görtz, 1993)

Definición operacional: respuestas a las preguntas que conforman el factor vacío existencial de la EDSV en su versión validada a población mexicana en la primera fase de este estudio. Se dividieron los puntajes en dos grupos: nivel alto y nivel bajo de vacío existencial.

***Satisfacción con la Vida***

Definición conceptual: resultado de la comparación entre las expectativas propias de lo que se espera y la realidad que se ha obtenido en la vida (Diener et al., 1985).

Definición operacional: respuestas a las preguntas de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS). Se dividieron los puntajes en dos grupos: nivel alto y nivel bajo de satisfacción de vida.

## **Consideraciones Éticas para las Dos Fases del Estudio**

Se trató de una investigación con riesgo mínimo por ser un estudio prospectivo donde únicamente se aplicaron los cuestionarios a las participantes, y no se hizo ningún tipo de intervención.

En el caso de que alguna participante presentara una reacción de sensibilidad psicológica a partir de las preguntas de los cuestionarios administrados, se proporcionaría la asistencia psicológica necesaria durante la aplicación. Además, de ser preciso, al finalizar la aplicación se canalizaría a algún servicio de apoyo psicológico para que se le brindara el seguimiento pertinente de manera gratuita. Estas medidas precautorias estaban previstas antes de empezar el estudio, pero no fue necesario aplicarlas.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, indicando que los aspectos éticos de esta investigación cumplen con la normativa nacional e internacional correspondientes.

## **Resultados**

### **Fase 1: Validación de la Escala Dimensional Del Sentido de Vida (EDSV)**

#### **Características generales de la muestra**

Participaron 405 personas de entre 18 a 72 años. En la Tabla 5 se muestran las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 5**

*Características sociodemográficas de los participantes*

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sexo		
Hombre	127	35.8%
Mujer	228	64.2%

Estado civil		
Soltera (o)	188	53.0%
Casada/unión libre	129	36.3%
Divorciada(o)/separada(o)	38	10.7%
Trabajo		
Con empleo	262	73.8%
Sin empleo	93	26.2%
Escolaridad		
Básica	2	.6%
Media	6	1.7%
Superior	347	97.7%

---

### **Análisis Factorial Exploratorio**

Se llevaron a cabo siete rondas de análisis factorial exploratorio con el método de extracción de cuadrados mínimos no ponderados con una rotación Oblimin con Kaiser. Se eliminó un reactivo por cada ronda bajo una comunalidad menor a 0.20 y se siguió el criterio de una carga factorial inferior a 0.40. En total se eliminaron seis reactivos que dejaron tentativamente un instrumento de 12 reactivos con tres factores. Con esta estructura, el cuestionario tuvo un índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.90 y los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett fueron ( $x^2=1698.04$ ;  $gl=66$ ;  $p<0.000$ ).

El primer factor quedó constituido por seis reactivos, el segundo por cinco, y el tercero por dos. Sin embargo, los dos reactivos de este último factor no representaban adecuadamente el constructo, por lo que se decidió eliminarlos y que el instrumento quedara con dos factores.

Se realizó nuevamente el análisis factorial, y resultó finalmente un instrumento con una estructura de 10 reactivos con un KMO=0.90, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue  $x^2=1698.04$ ;  $gl=66$ ;  $p<0.000$ .

Con la finalidad de obtener congruencia teórica entre los factores del cuestionario y la definición del sentido de vida y vacío existencial como opuestos, se decidió nombrar al primer factor Vacío existencial y al segundo Sentido de vida. El factor 1 “Vacío existencial” quedó conformado por seis reactivos y el segundo “Sentido de vida” por cuatro reactivos. La estructura factorial se presenta en la Tabla 6.

**Tabla 6.***Estructura factorial de la Escala Dimensional del Sentido de Vida*

Reactivo	Vacío existencial	Sentido de vida
Si pudiera elegir nunca hubiera nacido	.787	
Mi existencia no tiene sentido ni propósitos	.766	
Mi vida es vacía y llena de desesperación	.727	
Si muriera hoy pensaría que mi vida ha sido un completo fracaso	.624	
Considero que no tengo capacidad para encontrar un propósito en la vida	.592	
Aunque tengo metas en la vida he pensado en el suicidio	.538	
He descubierto metas claras en mi vida		.794
Las metas que tengo en mi vida reflejan quien soy		.517
Las acciones que realizo son coherentes con mi proyecto de vida		.428
Normalmente me siento a gusto con lo que estoy haciendo de mi vida		.426

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

**Análisis Factorial Confirmatorio**

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para ratificar la estructura factorial que se obtuvo en el análisis exploratorio. Para ello se utilizó el método de ecuaciones estructurales bajo el método robusto de Satorra-Bentler, dada la no normalidad de la muestra.

Primero, para evaluar si el tamaño de la muestra era adecuado, se utilizó el estadístico de Hoelter, cuyo valor óptimo es de  $> 200$  (referencia), obteniendo un índice de 306 ( $\alpha = 0.01$ ). Los índices esperados y obtenidos para este análisis confirmatorio se muestran en la Tabla 7.



**Tabla 7**

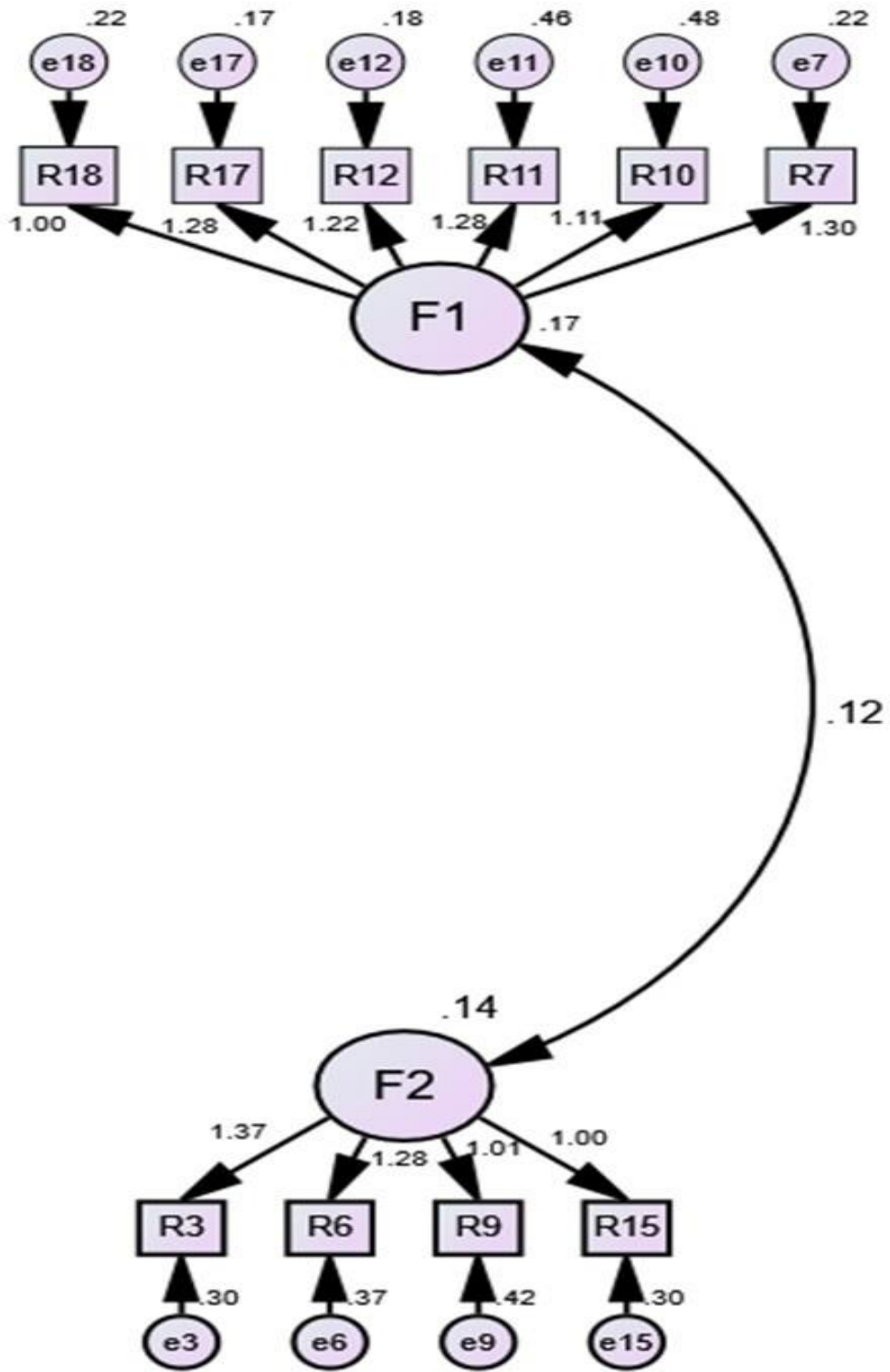
*Índices de ajuste esperados para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos en el análisis factorial confirmatorio*

<b>Índice de ajuste</b>	<b>Esperado</b>	<b>Obtenido</b>
Discrepancia entre $\chi^2$ y grados de libertad CMIN/DF	<3	2.18
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90-1	.966
Raíz media del error estándar (RMSEA)	<0.05/0.08	.054
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90-1	.969
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90-1	.945
Índice no normalizado de ajuste (TLI)	0.90-1	.960

Posteriormente, se elaboró un diagrama del modelo con dos factores, con las cargas factoriales estandarizadas de cada reactivo de la escala y los valores de correlación. En la Figura 1 se puede observar el diagrama donde los círculos representan los factores y los términos de error, los rectángulos representan las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada reactivo, las flechas unidireccionales simbolizan las relaciones directas entre las variables, mientras que las bidireccionales representan las correlaciones entre variables, siendo los números cercanos los coeficientes de correlación.

Finalmente, se calculó el índice de confiabilidad de los dos factores y del cuestionario general, se obtuvieron los siguientes resultados: la confiabilidad global  $\alpha = 0.83$ , para el factor 1 fue  $\alpha = 0.849$  y para el factor 2  $\alpha = 0.687$ .

Figura 1 Modelo del análisis factorial confirmatorio



## Fase 2: Sentido de Vida, Vacío Existencial, Satisfacción de Vida Y Síntomas Asociados a la Menopausia

### Características generales de la muestra

Participaron 405 mujeres de las cuales se eliminaron 63 debido a que contestaron las mismas respuestas para todos los reactivos, lo cual sugirió un sesgo de aquiescencia (o negatividad) que hizo dudar de los resultados obtenidos. La muestra final fue de 342 mujeres de entre 45 y 55 de edad. En la Tabla 8 se muestran sus características sociodemográficas.

**Tabla 8**

*Características sociodemográficas de las participantes*

<i>Características sociodemográficas</i>	Frecuencia	Porcentaje
Residencia		
Xalapa	187	54.7%
Puebla	155	45.3%
Estatus		
Perimenopáusica	252	73.7%
Posmenopáusica	90	26.3%
Estado civil		
Soltera	69	20.2%
Casada/unión libre	170	49.8%
Divorciada/separada	103	30.0%
Ocupación		
Comercio informal	119	34.8%
Negocio formal	54	15.8%
Empleada	78	22.8%
Hogar	91	26.6%
Escolaridad		
Básica	40	11.7%
Media	114	33.3%
Superior	188	55.0%

## Análisis Inferencial

Antes de proceder a realizar los análisis inferenciales, se llevó a cabo el análisis factorial de la Escala Dimensional del Sentido de Vida debido a que en la Fase 1 de esta investigación se validó para la población adulta general, y en esta Fase 2 solamente se aplicó a mujeres maduras. Al utilizar el mismo procedimiento que en la Fase 1, se obtuvo una estructura de dos factores, tal como se encontró anteriormente. Sin embargo, para la muestra de mujeres maduras se eliminaron dos reactivos que originalmente pertenecían al factor 2 “Sentido de Vida” por tener una carga factorial menor a .4. De esta manera sólo quedaron dos reactivos en dicho factor. Posteriormente se calculó la confiabilidad de los dos factores resultantes, y se observó que el factor 1 tuvo un  $\alpha$  de 0.861 y el factor 2 de 0.506. Debido a la baja confiabilidad del factor 2 se decidió excluirlo del análisis y se dejó sólo el factor “Vacío Existencial”.

Con respecto a la Escala de Climaterio de Greene, únicamente se calculó la confiabilidad debido a que desde su diseño original está dirigida a mujeres climatéricas. Se obtuvo una confiabilidad global de  $\alpha = 0.908$ . El alfa de Cronbach para los síntomas somáticos fue de .82 y para los psicológicos .87. Debido a que sólo existe un síntoma sexual, únicamente se calculó la confiabilidad para los síntomas somáticos y psicológicos.

c) La Escala de Satisfacción con la Vida tuvo una confiabilidad global de 0.874.

Se realizaron análisis comparativos (U de Mann Whitney) para conocer si había diferencias significativas en los síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al estatus menopáusico. Se encontró una diferencia significativa únicamente en el síntoma sexual, las mujeres posmenopáusicas reportaron mayor pérdida del interés en el sexo en comparación con las perimenopáusicas, como se muestra en la Tabla 9.

**Tabla 9**

*Síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al estatus menopáusico.*

	Estatus menopáusico		Significancia
	Perimenopáusico	Posmenopáusico	
	Rango	Rango	
Síntomas psicológicos	170.76	173.56	.552
Síntomas somáticos	169.51	176.81	.818
Síntomas sexuales	162.47	196.78	.003*

\*<0.050

Para conocer la relación entre los síntomas asociados a la menopausia, el vacío existencial y la satisfacción con la vida, se realizaron correlaciones Rho de Spearman. Estas correlaciones se hicieron de manera independiente para las mujeres perimenopáusicas y para las posmenopáusicas.

En ambos grupos de participantes (peri y posmenopáusicas) se encontró que los síntomas psicológicos correlacionaron significativamente con el vacío existencial y con la satisfacción con la vida. Con el vacío existencial se observó una correlación positiva, es decir, cuando el nivel de vacío existencial aumenta también los síntomas psicológicos se incrementan. En cambio, en cuanto a satisfacción con la vida se observó una correlación negativa, cuando el nivel de satisfacción con la vida aumenta, los síntomas psicológicos son menores “Tabla 10”.

**Tabla 10**

*Correlaciones entre los síntomas psicológicos asociados a la menopausia, vacío existencial y satisfacción de vida.*

	<b>Vacío existencial</b>	<b>Satisfacción de vida</b>
Mujeres perimenopáusicas	.545**	-.468**
Mujeres posmenopáusicas	.583**	-.500**

\*\*< .01

Por otro lado, en ambos grupos de participantes se encontraron correlaciones moderadas, pero estadísticamente significativas de los síntomas somáticos con el vacío existencial, así como con la satisfacción con la vida. La correlación fue positiva con el vacío existencial, es decir, a mayor nivel de vacío existencial los síntomas somáticos incrementan. Y con la satisfacción con la vida la correlación fue negativa, a menor nivel de satisfacción con la vida, mayores son los síntomas somáticos “Tabla 11”.

**Tabla 11.**

*Correlaciones entre los síntomas somáticos asociados a la menopausia, vacío existencial y satisfacción de vida.*

	<b>Vacío existencial</b>	<b>Satisfacción de vida</b>
Mujeres perimenopáusicas	.260**	-.247**
Mujeres posmenopáusicas	.406**	-.264*

\*\*<. 0.01, \*<0.05

En cuanto al síntoma sexual (pérdida de interés en el sexo) hubo diferencias de acuerdo al estatus menopáusico. En mujeres perimenopáusicas, este síntoma también tiene una correlación moderada pero significativa con el vacío existencial y con la satisfacción con la vida. La correlación con el vacío existencial fue positiva, mientras que con la satisfacción con la vida fue negativa. En cambio, en mujeres posmenopáusicas sólo se encontró una correlación positiva con el vacío existencial “Tabla 12”.

**Tabla 12**

*Correlaciones entre el síntoma sexual asociado a la menopausia, vacío existencial y satisfacción de vida.*

	<b>Vacío existencial</b>	<b>Satisfacción de vida</b>
Mujeres perimenopáusicas	.192**	-.130*
Mujeres posmenopáusicas	.281**	-.167

\*\*<. 0.01, \*<0.05

Para comparar los síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al nivel de satisfacción con la vida, se dicotomizaron los datos de la satisfacción con la vida de la siguiente manera: se estableció un punto de corte en el límite inferior del tercer tercil, y de esta forma, las participantes se dividieron en mujeres con niveles bajos o altos de satisfacción con la vida. Al realizar esta dicotomización, 156 mujeres perimenopáusicas y 56 posmenopáusicas quedaron en el grupo de nivel bajo de satisfacción con la vida, mientras que 96 perimenopáusicas y 34 posmenopáusicas en el grupo de nivel alto.

Nuevamente, los análisis se hicieron de manera independiente para las mujeres perimenopáusicas y para las posmenopáusicas. En las mujeres perimenopáusicas, los resultados de la U de Mann-Whitney mostraron que hubo diferencias significativas entre las participantes con niveles altos y bajos de satisfacción con la vida tanto en los síntomas psicológicos como somáticos. En ambos casos se encontró que las mujeres con niveles bajos de satisfacción con la vida reportaron más síntomas asociados a la menopausia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas cuando se comparó el síntoma sexual. Al analizar los resultados de las mujeres posmenopáusicas se observó que las participantes con niveles bajos de satisfacción con la vida tuvieron significativamente más síntomas psicológicos, pero no hubo diferencias al comparar los síntomas psicológicos y el síntoma sexual “Tabla 13”.

**Tabla 13**

*Síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al nivel de satisfacción de vida.*

	<b>Satisfacción de vida</b>		<b>P</b>
	<b>Nivel bajo</b>	<b>Nivel alto</b>	
	<b>Rango</b>	<b>Rango</b>	
Mujeres perimenopáusicas:			
Síntomas psicológicos	143.67	98.60	.000
Síntomas somáticos	135.29	112.21	.014
Síntomas sexuales	129.62	121.44	.368
Mujeres posmenopáusicas:			
Síntomas psicológicos	50.48	37.29	.020
Síntomas somáticos	48.11	41.21	.223
Síntomas sexuales	47.30	42.53	.384

Para hacer comparaciones de los síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al nivel de vacío existencial, también se dicotomizaron los datos de esta última variable, se estableció un punto de corte en el límite inferior del tercer tercil, y de esta forma, las participantes se dividieron en mujeres con niveles bajos o altos de vacío existencial. De esta manera, hubo 138 mujeres perimenopáusicas y 59 posmenopáusicas en el grupo de nivel bajo de vacío existencial, y 114 perimenopáusicas y 31 posmenopáusicas en el grupo de nivel alto.

En las mujeres perimenopáusicas, los resultados de la U de Mann-Whitney mostraron diferencias significativas entre las participantes con niveles altos y bajos de vacío existencial tanto en los síntomas psicológicos como somáticos. En ambos casos se encontró que las

mujeres con niveles altos de vacío existencial reportaron más síntomas, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas cuando se comparó el síntoma sexual. Al analizar los resultados de las mujeres posmenopáusicas, se observó que las mujeres con niveles altos de vacío existencial tuvieron significativamente más síntomas físicos, psicológicos y sexual “Tabla 14”.

**Tabla 14**

*Síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al nivel de vacío existencial*

	Vacío existencial		p
	Nivel bajo	Nivel alto	
	Rango	Rango	
Mujeres perimenopáusicas:			
Síntomas psicológicos	104.06	153.67	.000
Síntomas somáticos	114.18	141.42	.003
Síntomas sexuales	119.86	134.54	.098
Mujeres posmenopáusicas:			
Síntomas psicológicos	35.17	65.16	.000
Síntomas somáticos	38.62	58.60	.001
Síntomas sexuales	40.94	54.18	.018

Por otro lado, se realizaron comparaciones de los síntomas asociados a la menopausia entre los grupos de escolaridad básica, media y superior (Kruskal-Wallis). Se encontraron diferencias significativas en los síntomas psicológicos y somáticos “Tabla 15”.

Para observar las comparaciones entre parejas se realizó un análisis *post hoc con la prueba Dunn* (Goss-Sampson, 2020) y se encontró lo siguiente: Las mujeres con educación superior reportaron menos síntomas psicológicos que las mujeres con educación básica ( $p = .031$ ) y con educación media ( $p = .030$ ). De manera similar, las mujeres con educación superior reportaron menos síntomas somáticos que las participantes con educación básica ( $p=.001$ ) y con educación media ( $p=.030$ ), y las mujeres con educación media reportaron menos síntomas somáticos que las de educación básica ( $p=.021$ ).



**Tabla 15***Síntomas asociados a la menopausia de acuerdo al nivel de escolaridad*

	<b>Escolaridad</b>			<b>Significancia</b>
	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Superior</b>	
	<b>Rango</b>	<b>Rango</b>	<b>Rango</b>	
Síntomas psicológicos	195.69	184.17	158.68	.000*
Síntomas somáticos	222.55	180.60	155.12	.024*
Síntomas sexuales	165.00	175.35	170.55	.823

\*&lt;0.050

Con el mismo procedimiento se indagaron las diferencias en los síntomas asociados a la menopausia relacionados con la ocupación de las participantes, y se encontró que hubo diferencias significativas en los síntomas psicológicos y somáticos “Tabla 16”.

Se realizó un análisis *post hoc* al observar las comparaciones entre parejas y se encontró lo siguiente para los síntomas psicológicos, las mujeres que trabajan en el hogar reportaron mayor sintomatología con respecto a los demás grupos de mujeres que trabajaban fuera del hogar. Esto mismo ocurrió para los síntomas somáticos, las mujeres que reportaron mayor sintomatología fueron las que trabajaban en el hogar.

**Tabla 16***Síntomas asociados a la menopausia de acuerdo a la ocupación de las participantes*

	<b>Ocupación</b>				<b>Significancia</b>
	<b>Comercio informal</b>	<b>Negocio formal</b>	<b>Oficina</b>	<b>Hogar</b>	
	<b>Rango</b>	<b>Rango</b>	<b>Rango</b>	<b>Rango</b>	
Síntomas psicológicos	166.04	169.17	144.21	203.42	.001*
Síntomas somáticos	158.45	168.59	154.97	204.47	.002*
Síntomas sexuales	160.24	182.80	164.78	185.28	.195

\*&lt;0.050

Finalmente se hicieron una serie de análisis predictivos utilizando modelos de regresión logística, donde las variables dependientes se dicotomizaron en “muchos síntomas” y “pocos síntomas”, y se indagó la probabilidad de ocurrencia al variar la escolaridad, el estatus menopáusico, la ocupación, la satisfacción con la vida y el vacío existencial.

### **Síntomas psicológicos como variable dependiente.**

Debido a que la escolaridad no fue un predictor significativo de los síntomas psicológicos, se calculó una nueva regresión y se excluyó esta variable, dejando el estatus menopáusico, la ocupación, la satisfacción con la vida y el vacío existencial.

Se observó que el modelo se mantuvo con el resto de las variables significativas.

En este modelo se encontró que de acuerdo al bloque 1 hay un 71.9 % de probabilidad de acierto en el resultado predictivo sobre los síntomas psicológicos. Se obtuvo una puntuación de ROA  $\chi^2:57.939$ ;  $gl:4$ ;  $p<.001$  que indica que hay una mejora significativa en la predicción de la probabilidad de ocurrencia para los síntomas psicológicos cuando se conoce el estatus menopáusico, la ocupación, la satisfacción con la vida y el vacío existencial. De acuerdo al valor de  $R^2$  de Nagelkerke se explica el 21.4% de la varianza de los síntomas psicológicos para el modelo propuesto. Y conforme a la puntuación de Wald se observó que estos resultados pueden generalizarse a la población. De las variables independientes introducidas al modelo, fue la satisfacción con la vida la que tuvo mayor poder de predicción sobre los síntomas psicológicos “Tabla 17”.

**Tabla 17**

*Variables predictoras de los síntomas psicológicos asociados a la menopausia*

	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>OR**</b>	<b>95% C.I.</b>
Estatus menopáusico	.280	4.427	1	.035*	.555	.321-960
Ocupación	.272	6.102	1	.014*	.511	.300-871
Satisfacción con la vida	.269	13.968	1	.000*	2.736	1.514-4.639
Vacío existencial	.252	27.115	1	.000*	.270	.165-.442

\* $<.05$  \*\* odds ratio

### **Síntomas somáticos como variable dependiente.**

Se realizó el análisis con la escolaridad, el estatus menopáusico, la ocupación, la satisfacción con la vida y el vacío existencial. En este modelo las únicas variables independientes que resultaron significativas fueron la escolaridad y el vacío existencial, por lo que se calculó una nueva regresión únicamente con estas variables. Se observó que no mejoró la varianza explicada con respecto a la regresión inicial, y resultó un valor de R<sup>2</sup> de Nagelkerke del 6.2%.

De acuerdo al bloque 1 hay un 61.4 % de probabilidad de acierto en el resultado predictivo sobre los síntomas somáticos. Se obtuvo una puntuación de ROA de  $\chi^2:16.07$ ;  $gl:2$ ;  $p<.001$ , que indica que hay una mejora significativa en la predicción de la probabilidad de ocurrencia para los síntomas somáticos cuando se conoce la escolaridad y el vacío existencial. Los resultados se pueden generalizar a la población conforme a la puntuación de Wald

Aunque ambas variables independientes fueron significativas, la escolaridad resultó tener más poder predictivo que el vacío existencial sobre los síntomas somáticos “Tabla 18”.

**Tabla 18**

*Variables predictoras de los síntomas somáticos asociados a la menopausia*

	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>OR**</b>	<b>95% C.I.</b>
Escolaridad	.229	6.268	1	.012*	1.773	1.132-2776
Vacío existencial	.229	8.237	1	.004*	.518	.330-.812

\*< .05 \*\* odds ratio

### **Síntoma sexual como variable dependiente.**

Se realizó el análisis con las variables independientes de escolaridad, el estatus menopáusico, la ocupación, la satisfacción con la vida y el vacío existencial. Se encontró que únicamente fueron predictores significativos el estatus menopáusico y el vacío existencial. Nuevamente se realizó otra regresión y se excluyeron las variables que resultaron no

significativas, se encontró que, aun así, no mejoró la varianza explicada, resultando un valor de R<sup>2</sup> de Nagelkerke del 5 %.

Para el bloque 1 hay un 61.7 % de probabilidad de acierto en el resultado predictivo sobre el síntoma sexual. Se obtuvo una puntuación de ROA de  $\chi^2:12.816$ ;  $gl:2$ ;  $p=.002$ , que indica que no hay una mejora significativa en la predicción de la probabilidad de ocurrencia para el síntoma sexual. La puntuación de Wald resultante permite generalizar los resultados obtenidos a la población. Se observó que ambas variables independientes tuvieron el mismo poder predictivo sobre el síntoma sexual “Tabla 19”.

**Tabla 19**

*Variables predictoras del síntoma sexual asociados a la menopausia*

	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>OR**</b>	<b>95% C.I.</b>
Estatus menopáusico	.253	7.025	1	.008*	.512	.312-.840
Vacío existencial	.227	7.033	1	.008*	.547	.351-.854

\* < .05 \*\* odds ratio

## **Discusión**

El objetivo de este estudio fue analizar la influencia del sentido de vida y de la satisfacción con la vida en el reporte de los síntomas asociados a la menopausia. Para conseguir tal objetivo, el estudio se dividió en dos fases: la primera llamada **Validación de la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)** que se centró en validar el instrumento de sentido de vida en población mexicana. La segunda fase llamada **Sentido de vida, Vacío existencial, Satisfacción con la vida y Síntomas Asociados a la Menopausia** que se enfocó en identificar la relación entre las variables, y comparar las variables en diferentes grupos como la escolaridad, la ocupación y el estatus menopáusico. Finalmente se creó un modelo para determinar los predictores de los síntomas asociados a la menopausia.

En la primera fase, se obtuvo un instrumento válido y confiable para medir sentido de vida y vacío existencial en población adulta mexicana. Con base en los resultados del análisis factorial del instrumento y la congruencia entre los factores resultantes con el marco conceptual que enmarca al sentido de vida y el vacío existencial propuestos por Víctor Frankl

(1990) y Alfred Längle (2000), la escala final quedó compuesta por diez reactivos, de los cuales seis quedaron en el primer factor denominado “Vacío existencial”, y cuatro en el segundo llamado “Sentido de vida”. Esta estructura difiere del instrumento original (Martínez et al., 2011) que contiene 18 reactivos. En el instrumento colombiano, los dos factores tienen el objetivo de medir sentido de vida en las dimensiones que los autores definieron como “Percepción del Propósito Vital” y “Coherencia Existencial”. Sin embargo, al analizar la congruencia teórica de cada reactivo en el instrumento de esta investigación, se encontró que aquellos redactados de manera negativa conformaban el factor vacío existencial, mientras que los escritos en forma positiva estuvieron en el factor de sentido de vida, lo que llevó a determinar la bidimensionalidad de la escala.

Aun cuando la escala resultante en este estudio posee una estructura más pequeña que la original, el hecho de que los dos factores estén nominados dentro de la polaridad del sentido de vida y el vacío existencial, permite que este último pueda ser más fácilmente interpretable de acuerdo a los enfoques teóricos manejados en este estudio. Independientemente de su utilidad en la presente investigación, gracias a su validación en nuestro país puede ser usado con otros fines tanto clínicos como de investigación. Por ejemplo, en el área clínica, se puede utilizar para identificar a quiénes pudieran tener un nivel alto de vacío existencial y ser atendidos bajo un proceso psicoterapéutico, o para descartar que el vacío existencial pudiera ser un factor relacionado con la presencia de un trastorno psicológico; en el área de investigación, para continuar con el estudio de la relación entre el vacío existencial junto con otros factores psicosociales, conductas o fenómenos sociales.

Cabe mencionar que al aplicar el instrumento en la segunda fase de la investigación exclusivamente a mujeres peri o posmenopáusicas, la confiabilidad del factor “Sentido de vida” fue muy baja por lo que se tuvo que descartar. Esto pudo ocurrir porque la muestra de la primera fase fue en población general y en la segunda exclusivamente con mujeres en transición menopáusica.

Se destacaron varios resultados importantes de la segunda fase del estudio. En primer lugar, se encontró que cuando las mujeres tuvieron niveles altos de vacío existencial reportaron mayores síntomas asociados a la menopausia psicológicos, somáticos y sexual. Más aún, el vacío existencial resultó tener poder predictivo sobre la sintomatología mencionada. Se esperaba este hallazgo ya que el vacío existencial, en estudios anteriores, se

había asociado con otras variables como la desesperanza (Pérez et al., 2017), la depresión (Dezutter, Casalin y Luyckx, 2013) y bajos niveles de bienestar psicológico (García-Alandete, Salvador y Rodríguez, 2014) que suelen ser manifestaciones frecuentes de la transición a la menopausia (Alam et al., 2020). Además, esto coincide con investigaciones en las que se ha encontrado que la ausencia de sentido de vida en las personas se relaciona con la presencia de trastornos psicológicos (Velásquez y Martínez, 2015). Así también, desde hace décadas se ha hallado que la depresión y las ideaciones suicidas se han asociado a la falta de sentido de vida (Courtney, 2000; Garner et al., 2007; Arango, Ariza y Trujillo, 2015).

En esta misma dirección se ha relacionado el vacío existencial con sintomatología relacionada con ansiedad, somatizaciones, paranoia, hostilidad, agresividad y pensamientos obsesivo-compulsivos (Guerrieri y Paola, 2007). Estos hallazgos confirman teóricamente lo que planteaba Frankl (1990) acerca del vacío existencial, visto no como una enfermedad, pero si como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades y desórdenes emocionales, es decir, la ausencia del sentido de vida se convierte en el escenario propicio para la gestación de trastornos físicos, psíquicos y sociales.

Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes que tienen un sentido en la vida afrontan mejor las dificultades relacionadas con su salud (Xia et al., 2018). Esto se observó en un estudio donde se realizó una revisión sistemática de la literatura para explorar el impacto de las intervenciones dirigidas a encontrar el sentido de la vida en personas con enfermedades terminales, y se encontró que, gracias a las intervenciones, los pacientes reportaron tener un sentido de vida que les permitió aliviar el sufrimiento ante las vivencias de angustia, desesperanza, ansiedad, depresión y deseo de acelerar la muerte (Guerrero-Torrelles et al., 2017). Si bien, la muestra de este estudio, no se encuentra en condiciones de una enfermedad terminal, resulta interesante que, en esta situación extrema, las intervenciones dirigidas a encontrar un sentido de vida permiten aliviar el sufrimiento ante los escenarios adversos, con mayor razón se puede esperar que las mujeres de mediana edad que presentan bajos niveles de vacío existencial puedan afrontar adecuadamente los cambios característicos de la menopausia cuando encuentran sentido a su vida.

Por otra parte, las mujeres con un nivel alto de vacío existencial, es decir que no experimentan sus vidas como significativas, mostraron menos interés en el sexo que sus pares. Adicionalmente, también se encontró que en el grupo de mujeres que indicaron mayor

pérdida de interés en el sexo tenían diferencias de acuerdo al estatus menopáusico, reportando mayor presencia de este síntoma las mujeres que se encontraban en la posmenopausia. De igual forma, se observó que el estatus menopáusico tiene poder predictivo en la pérdida del interés sexual. Estos hallazgos son consistentes con estudios anteriores en los que se encontró que las mujeres posmenopáusicas eran más propensas a reportar problemas sexuales que las premenopáusicas (Marván et al., 2018; Bahri et al., 2016). Sin embargo, según algunos autores, el nuevo significado que adquiere la sexualidad durante la menopausia no puede atribuirse sólo a cambios endocrinológicos, sino también a circunstancias específicas de la edad (Vargas-Fandiño et al., 2016). Es así que en mujeres posmenopáusicas se ha encontrado que la disfunción sexual está asociada a múltiples factores tales como: sociodemográficos, biológicos (disfunciones urogenitales, cirugía de la vejiga), psicológicos y abuso sexual (Dombek et al., 2016). Las mujeres que van envejeciendo se perciben menos atractivas y esto incrementa el riesgo de presentar disfunciones sexuales (Naworska y Bak, 2019), debido a la connotación que culturas occidentales suelen darle a la mujer madura y que propicia su detrimento como ser sexual, dado que se exalta a la juventud femenina como icono de la sexualidad y la belleza.

Al continuar con las comparaciones del estatus menopáusico, se encontró que éste también es un predictor de la sintomatología psicológica asociada a la menopausia, lo que coincide con otros estudios donde se encontró que los niveles de síntomas depresivos varían de acuerdo al estatus menopáusico (Alam et al, 2020). También es importante destacar que tanto los síntomas de depresión y de ansiedad que se presentan en la posmenopausia están influidos por otros factores que incrementan con la edad, tales como: enfermedades crónicas, aumento del índice de masa corporal y salud deficiente (Tang et al., 2019).

Otro hallazgo de esta fase de la investigación fue que mujeres con un alto nivel de satisfacción con la vida reportaron menos síntomas psicológicos y somáticos. Esto coincide con otras investigaciones en las que bajos niveles de satisfacción con la vida se relacionan con el neuroticismo (Shoeps, González y Montoya, 2016), la depresión (Cuadra-Peralta et al., 2011) y la autoestima (Borges-Silva et al., 2017). En investigaciones que han estudiado la satisfacción de vida y la sintomatología asociada a la menopausia se ha encontrado que una pobre satisfacción con la vida se relaciona con sentimientos de soledad y otros síntomas psicológicos (Fernández-Alonso et al., 2012). Además, se ha encontrado que algunos de los

factores que pueden contribuir a la satisfacción con la vida también influyen en los síntomas relacionados con la menopausia (Kling et al, 2019; Sakson-Obada y Wycisk, 2015). Entre las mujeres de mediana edad, los cambios de vida estresantes son uno de los factores que afectan la satisfacción con la vida (Darling, Coccia y Senatore, 2012), lo que, a su vez, afecta los síntomas relacionados con la menopausia. Existe evidencia de que la satisfacción con la vida no tiene relación con el estado menopáusico o los niveles hormonales (Dennerstein et al., 2000), y no necesariamente mejora o empeora con la edad, sino que hay mujeres que se adaptan mejor o peor a nuevas circunstancias como es la etapa de la menopausia (Martínez, López-Fuentes y van Barneveld, 2012). Sin embargo, es importante enfatizar que, en la mayoría de los estudios encontrados, la satisfacción con la vida se ha estudiado como una variable dependiente de los factores psicológicos, contrariamente a lo realizado en esta investigación donde se analizó de manera inversa.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas al comparar el síntoma sexual entre las participantes con niveles altos y bajos de satisfacción con la vida. Esto puede explicarse porque la Escala de Greene utilizada en este estudio sólo mide la pérdida de interés en el sexo, en lugar de la función sexual en su conjunto. De hecho, se han reportado varios problemas sexuales específicos durante el climaterio (Burri et al., 2015), influenciados por algunas variables psicológicas (Marván et al, 2018; Yazdanpanahi et al., 2015), y relacionados con la satisfacción con la vida. En este sentido, Ornat et al. (2013) encontraron que, en las mujeres de mediana edad, la satisfacción con la vida se relaciona positivamente con una mejor función sexual. Estos autores evaluaron comportamientos y/o problemas relacionados con el deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo, en lugar de medir sólo el deseo sexual como en este estudio.

Con respecto al nivel de educación, se observó que hubo diferencias en los síntomas asociados a la menopausia de acuerdo a la escolaridad: Se reportaron más síntomas psicológicos y somáticos en el grupo de mujeres con escolaridad básica. De hecho, la escolaridad tuvo poder predictivo sobre los síntomas somáticos. Esto coincide con otras investigaciones donde se ha encontrado que un nivel educativo más bajo predice una mayor prevalencia y gravedad de los síntomas (Progetto Menopausa Italia Study Group, 2005; González et al., 2009). Esto puede estar relacionado con lo encontrado en estudios previos que reportan que factores como tener una red social de apoyo, acceso a información, tener



educación formal, contar con actitudes positivas hacia el envejecimiento y la menopausia, influyen en el bienestar psicológico y físico de las mujeres, y contribuye de esta forma al reporte de menos síntomas (Brown, Bryant y Judd, 2014). Aunque cabe aclarar que los autores citados no sólo hablan del nivel educativo, sino también mencionan otros factores que influyen en la sintomatología asociada a la menopausia.

Otro resultado de esta investigación fue que las mujeres que trabajan en el hogar reportan más síntomas psicológicos y somáticos asociados a la menopausia, lo que coincide con otros estudios donde se observa que las mujeres con un trabajo remunerado, el cual les permite salir de casa, las posibilita para ampliar su red de apoyo social, y esto contribuye a que ellas reporten menos síntomas psicológicos como la depresión (Alam et al., 2020). Es así que, mujeres que realizan múltiples roles sociales y son laboralmente activas tienen una mejor aceptación de los cambios que suceden durante la perimenopausia (Strauss, 2011). El hecho de tener un trabajo estable también ayuda a enfrentar los desafíos emocionales y sociales que se presentan en la transición de la menopausia, esto se explica con lo que se observó en un estudio de mujeres con trabajos ocasionales que reportan altos niveles de ansiedad debido a las preocupaciones económicas y de salud (Yoeli, Macnaughton y McLusky, 2021).

### **Implicaciones del Estudio:**

Los resultados observados en esta investigación pueden ser utilizados para ayudar a las mujeres con un alto nivel de vacío existencial y baja satisfacción con la vida, y que por esta causa estén presentando mayor cantidad de síntomas asociados a la menopausia. Con esta finalidad se hacen las siguientes propuestas: a) implementar programas psicoeducativos para el personal de salud, enfocados a la concientización de la importancia de atender factores como el vacío existencial y la insatisfacción con la vida cuando las mujeres reporten sintomatología asociada a la menopausia; b) diseñar programas preventivos que contemplen el desarrollo y fortalecimiento de capacidades y habilidades que permitan a las mujeres anticiparse a los cambios de la edad madura; c) diseñar talleres que permitan que las mujeres en transición menopáusica puedan desarrollar estrategias de afrontamiento que les ayude a procesar los cambios que estén sufriendo en esta etapa; y d) diseñar estrategias de intervención psicoterapéutica que permitan que las mujeres maduras encuentren sentido a su vida.

## **Limitaciones del Estudio y Sugerencias para Estudios Posteriores**

El estudio al no haber sido experimental y longitudinal tiene la limitación de no poder establecer causa y efecto.

Con respecto a la EDSV validada en la primera fase de este estudio podría haberse realizado en una muestra más grande para que los resultados pudieran ser mayormente generalizables a otros grupos de edades. Se sugiere para estudios posteriores hacer una validación de la EDSV únicamente con una muestra de mujeres mexicanas en edad madura.

Otra limitación fue que el factor que corresponde al sentido de la vida resultó con un índice de confiabilidad tan bajo que lo hizo descartable, lo que hace importante que en un próximo estudio se pudiera crear otros reactivos para robustecer este factor con la finalidad de obtener mayor confiabilidad y en consecuencia un instrumento de medición que incluya tanto sentido de vida como vacío existencial.

En lo que respecta a la segunda fase de este estudio, otra limitante fue haber estudiado un único síntoma sexual como lo establece el cuestionario utilizado para medir la sintomatología asociada a la menopausia. Por ello, se sugiere que en investigaciones futuras se estudie la función sexual completa, en lugar de estudiar sólo la pérdida de interés en el sexo. Esto podría permitir identificar con mayor puntualidad los aspectos afectados que estuvieran influyendo en la vida sexual de las mujeres en esta etapa.

En relación a la sintomatología psicológica, otra limitación es no conocer en qué medida los síntomas reportados son consecuencia de algún trastorno psicológico con el que pudiera haber comorbilidad en la etapa de la menopausia. Por lo tanto, sería importante incluir en otro estudio la evaluación de algunos trastornos del estado anímico y trastornos de la personalidad junto con el sentido de vida, vacío existencial y los síntomas asociados a la menopausia.

Pese a estas limitaciones, los resultados presentados pueden ser utilizado por investigadores y clínicos para diseñar estrategias que ayuden a que las mujeres de mediana edad tengan sentido de vida y transiten de la mejor manera posible por la etapa de la menopausia.

## Referencias

- Addad, M. (1987). Psychogenic neuroticism and noogenic self-strengthening. *International Forum for Logotherapy*, 10(1), 52-59.
- Addad, M., y Benezech, M. (1986). Névrosisme, signification existentielle et autorenforcement du moi. Enquête comparative entre délinquents et non-délinquants. *Annales Médico-Psychologiques*, 144(8), 777-789.
- Aiken, L R. (2003) *Tests psicológicos y evaluación*. Pearson Educación.
- Alam, M. M., Ahmed, S., Dipti, R. K., Siddiquee, R.E.J., y Hawlader, M. D. H. (2020). The prevalence and associated factors of depression during pre-, peri-, and post-menopausal period among the middle-aged women of Dhaka city. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 302-312. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102312>
- Alarcón, R. (2017). En torno a los fundamentos filosóficos de la psicología positiva. *Persona* 20, 11. <https://doi.org/10.26439/persona2017.n20.1737>
- Álvarez, C. A., Briceño, A. M., Álvarez, K., Abufhele, M., y Delgado, I. (2018). Estudio de adaptación y validación transcultural de una escala de satisfacción con la vida para adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(1), 51-58. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000100051>
- Andrés, Y. (2008). *Filosofía existencial para terapeutas y uno que otro curioso*. Colección Sentido.
- Arango, A. M., Ariza, S., y Trujillo, Á. (2015). Sentido de vida y recursos psicológicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 211-221.
- Argan, M. (2018). Examining Relationships Among Well-being, Leisure Satisfaction, Life Satisfaction, and Happiness. *International Journal of Medical Research y Health Sciences*, 7(4), 49-59
- Armeni, A., Sánchez-Zarza, S., Pérez-López, F., Gavilanes, A., y Chedraui, P. (2019). Prevalence of menopausal symptoms and factors affecting severity in mid-aged women from Paraguay as measured with the 10-item Cervantes scale. *Maturitas*, 124, 132. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.073>

- Avellar, T. A., Veloso, V., Salvino, E., y Melo, L. B. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana* 35(2), 375-386. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3728>
- Bahri, N., Yoshany, N., Morowatisharifabad, M. A., Noghabi, A. D., y Sajjadi, M. (2016). The effects of menopausal health training for spouses on women's quality of life during menopause transitional period. *Menopause*, 23(2), 183-188. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000588>
- Bartrés-Faz, D., Cattaneo, G., Solana, J., Tormos, J. M., y Pascual-Leone, A. (2018). Meaning in life: resilience beyond reserve. *Alzheimer's Research y Therapy*, 10(1), 47.
- Barros da Silva, W. y Delizoicov, D. (2008). Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la salud. *Rev Hum Med.* 8, 2-3
- Bazanova, O. M., Kholodina, N. V., Nikolenko, E. D., y Payet, J. (2017). Training of support afferentation in postmenopausal women. *International Journal of Psychophysiology*, 122, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.05.002>
- Błażek, M., Kaźmierczak, M., y Besta, T. (2015). Sense of Purpose in Life and Escape from Self as the Predictors of Quality of Life in Clinical Samples. *Journal of Religion and Health*, 54(2), 517-523. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9833-3>
- Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M. T., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., ... for the Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). (2012). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: A detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*, 15(6), 542-551. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.658462>
- Borges-Silva, F., Ruiz-González, L., Salar, C. y Moreno-Murcia, J. A. (2017). Motivation, self-esteem and life satisfaction in women practicing fitness classes. *Cultura\_ciencia\_deporte*, 12(34), 47-53. <https://doi.org/10.12800/ccd.v12i34.831>

- Boyraz, G., Horne, S. G., y Waits, J. B. (2015). Accepting Death as Part of Life: Meaning in Life as a Means for Dealing With Loss Among Bereaved Individuals. *Death Studies*, 39(1), 1-11.
- Brandstätter, M., Baumann, U., Borasio, G. D., y Fegg, M. J. (2012). Systematic review of meaning in life assessment instruments: Systematic review of meaning in life instruments. *Psycho-Oncology*, 21(10), 1034-1052. <https://doi.org/10.1002/pon.2113>
- Bromberger, J. T. (2003). Persistent Mood Symptoms in a Multiethnic Community Cohort of Pre- and Perimenopausal Women. *American Journal of Epidemiology*, 158(4), 347-356. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg155>
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V. M., Bei, B., y Judd, F. K. (2014). Self-compassion weakens the association between hot flushes and night sweats and daily life functioning and depression. *Maturitas*, 78(4), 298-303. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.012>
- Burri, A., Hilpert, P., y Spector, T. (2015). Longitudinal Evaluation of Sexual Function in a Cohort of Pre- and Postmenopausal Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1427-1435. <https://doi.org/10.1111/jsm.12893>
- Castillo, A., y Chinchilla, I. (2015). Sentidos de vida de los universitarios. Wímb lu, *Revista electrónica de estudiantes Esc. de psicología* 10 (1): 9-27
- Cadavid-Claussen, M. V., y Chinchilla, V. I. (2015). Menopausia y violencia simbólica: un cuestionamiento al saber médico. *Educación y Educadores*, 18(3), 371-390. <https://doi.org/10.5294/edu.2015.18.3.1>
- Canguilhem G. (1995). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- Castro, Á. D. J. M., Caicedo, Á. P., y Pérez, I. R. (2011). La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. *Iatreia*, 24(2), 136-145.
- Cernas, D. A., Mercado, P., y León, F. (2017). La varianza del método común en la relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida. *Estudios Gerenciales*, 33(145), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2017.11.004>
- Chávez R. (2001). *Correlatos psicosociales del climaterio*. Tesis de maestría en Psicología Social. UNAM, 29: 25-31.

- Charlton, L. D. (2003). Climaterio y Menopausia, una mirada de género, *Revista Ciencias Sociales*, 3(101) - 4(102), 107-112.
- Coria, C., Freixas, A y Covas, S (2005). *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Barcelona: Paidós.
- Courtney, L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 403-413.
- Cruz, M. E., Cruz A. V., Martínez T. J., y Boo, V. D. (2012). Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55 (4), 10-15.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., y Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 644-652. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400003>
- Darling, C. A., Coccia, C., y Senatore, N. (2012). Women in Midlife: Stress, Health and Life Satisfaction: Women in Midlife. *Stress and Health*, 28(1), 31-40.  
<https://doi.org/10.1002/smi.1398>
- Dasgupta, D., y Ray, S. (2013). Attitude Toward Menopause and Aging: A Study on Postmenopausal Women of West Bengal. *Journal of Women y Aging*, 25(1), 66-79.  
<https://doi.org/10.1080/08952841.2012.720203>
- Dennerstein, L., Dudley, E., Guthrie, J., y Barrett-Connor, E. (2000). Life satisfaction, symptoms, and the menopausal transition. *Medscape Women's Health*, 5(4), E4.
- Dennerstein, L., Alexander J.L. y Kotz K. (2003). The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res.*14, 64-82.
- Dethlefsen, T. y Dahlke R. (1983). *La enfermedad como camino: un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*. Random House Mondadori.
- Dezutter, J., Casalin, S. y Luyckx, K. (2013). Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically 111 patients?. *Rehabilitation Psychology*, 58 (4) 334-341

- Díaz, J. F. y Sánchez-López, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de psicología*, 17 (2), 151-158.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener E, Emmons R.A, Larsen R.J. y Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Inglehart, R., y Tay, L. (2013). Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0076-y>
- Dombek, K., Capistrano, E. J. M., Costa, A. C. C. y Marinheiro, L. P. F. (2016). Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women. *International Journal of Impotence Research*, 28(2), 62-67. <https://doi.org/10.1038/ijir.2016.4>
- Fantasia, H. C., y Sutherland, M. A. (2014). Hormone Therapy for the Management of Menopause Symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic y Neonatal Nursing*, 43(2), 226-235. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12282>
- Faubion, S. S., Fairbanks, F., Kuhle, C. L., Sood, R., Kling, J. M., Vencill, J. A., Mara, K. C., y Kapoor, E. (2020). Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(10), 1971-1980. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.004>
- Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., Chedraui, P., y Pérez-López, F. R. (2012). Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife. *Maturitas*, 72(1), 88-92. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.02.001>
- Fonseca, S., Lencastre, L. y Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with breast cancer. *Paidéia* 24(59), 295-303. doi 10.1590/1982-4327245920140
- Foucault M. (2003) *O nascimento da clínica*. Forense Universitária.

- Frankl, V. E. (1990). *Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia* (6a ed). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1985). *Psicoterapia y existencialismo: escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia* (1a ed). Buenos Aires: San Pablo.
- Freedman, R. R. (2001). Physiology of hot flashes. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 453-464. <https://doi.org/10.1002/ajhb.1077>
- Freud, S (1894) *Estudio sobre la histeria. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S (1914) *Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Gable, S.L. y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- García, E. M. (2017). Las menopausias. Simbologías y sintomatologías culturales. *Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 2(2), 223. <https://doi.org/10.20318/femeris.2017.3768>
- García-Alandete, J., Marco, J. H., y Pérez, S. (2014). Predicting Role of the Meaning in Life on Depression, Hopelessness, and Suicide Risk among Borderline Personality Disorder Patients. *Universitas Psychologica*, (4), 1545-1555. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.primi>
- García-Alandete, J., Rosa Martínez, E., Sellés Nohales, P., y Soucase Lozano, B. (2018). Sentido de la vida y bienestar psicológico en adultos emergentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 196-216. <https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.1.9>
- Garner, C., Bhatia, I., Dean, M., y Byars, A. (2007). Relationship between measures of meaning, well-being and depression in an elderly sample. *The International Forum for Logotherapy*, 30(2), 73-78
- Ginsberg, R. L., Tinker, L., Liu, J., Gray, J., Sangi-Haghpeykar, H., Manson, J. E., y Margolis, K. L. (2016). Prevalence and correlates of body image dissatisfaction in postmenopausal women. *Women & Health*, 56(1), 23-47. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1074636>



- Gonçalves, S. F., Silva, E., y Gomes, A. R. (2015). The Influence of BMI and Predictors of Disordered Eating and Life Satisfaction on Postmenopausal Women. *Journal of Women y Aging*, 27(2), 140-156. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.928496>
- González, L., Pons-Estel, G., Zhang, J., McGwin, G., Roseman, J., Reveille, J., Vilá, L., Alarcón, G., y Study Group, L. (2009). Effect of age, menopause and cyclophosphamide use on damage accrual in systemic lupus erythematosus patients from LUMINA, a multiethnic US cohort (LUMINA LXIII). *Lupus*, 18(2), 184-186. <https://doi.org/10.1177/0961203308098988>
- Goss-Sampson, M. A. (2020). *Statistical analysis in Jasp. A guide for students*. CC BY 4.0.
- Grochans, E., Szkup, M., Kotwas, A., Kopeć, J., Karakiewicz, B., y Jurczak, A. (2018). Analysis of Sociodemographic, Psychological, and Genetic Factors Contributing to Depressive symptoms in Pre-, Peri- and Postmenopausal Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 712. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040712>
- Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Rodríguez-Prat, A., Porta-Sales, J., y Balaguer, A. (2017). Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. *Palliative Medicine*, 31(9), 798-813. <https://doi.org/10.1177/0269216316685235>
- Guerrieri, G., y Paola, R. (2007). Ricerca di senso e disagio psicopatologico in adolescenza. En E. Fizzotti (Ed.), *Adolescenti in ricerca. Itinerari di sviluppo tra dubbi e certezze*. LAS.
- Greene, J. G. (1998) Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 29:25–31.
- Greene, K., Krcmar, M., Walters, L. H., Rubin, D. L. y Hale, J. L. (2000). Targeting adolescent risk-taking behaviors: The contribution of egocentrism and sensation-seeking, *Journal of Adolescence*, 23(4), 439-46
- Håkansson, C., Björkelund, C. y Eklund, M. (2011). Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control: Women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(6), 397-404. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00976.x>

- Heredia, M.V. (2003). La menopausia vista a través de distintas culturas, *Revista ROL Enfermería*, 26(1), 46.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4a ed.). McGraw- Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la perimenopausia postmenopausia*. México.
- Itzick, M., Kagan, M., y Ben-Ezra, M. (2018). Social worker characteristics associated with perceived meaning in life. *Journal of Social Work*, 18(3), 326-347. <https://doi.org/10.1177/1468017316654345>
- Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., y Delavar, A. (2011). Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging y Mental Health*, 15(5), 630-637. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548056>
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., y Ozdemir, N. (2012). Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey: Menopause and attitudes. *Nursing y Health Sciences*, 14(2), 148-155. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00671.x>
- Kling, J. M., Kelly, M., Rullo, J., Kapoor, E., Kuhle, C. L., Vegunta, S., Mara, K. C. y Faubion, S. S. (2019). Association between menopausal symptoms and relationship distress. *Maturitas*, 130, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.006>
- Kwak, E. K., Park, H. S., y Kang, N. M. (2014). Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women. *Journal of Menopausal Medicine*, 20(3), 118. <https://doi.org/10.6118/jmm.2014.20.3.118>
- Längle A. y Görtz (1993). *Aplicación para el reconocimiento del análisis existencial como un curso de formación de método específico para la psicoterapia*. Ministerio Federal de Salud.
- Längle, A. (2000) *Práctica del análisis existencial personal*. Facultas.
- Längle, A. (2008). *Vivir con sentido: Aplicación práctica de la logoterapia*. Lumen
- Längle, A. (2009). Las Motivaciones Personales Fundamentales. Piedras angulares de la Existencia. *Revista de Psicología*. UCA, 5 (10), 7-24.
- Lavigne, K. M., Hofman, S., Ring, A. J., Ryder, A. G., y Woodward, T. S. (2013). The personality of meaning in life: Associations between dimensions of life meaning

- and the Big Five. *The Journal of Positive Psychology*, 8(1), 34-43.  
<https://doi.org/10.1080/17439760.2012.736527>
- Li, J., Fang, M., Wang, W., Sun, G., y Cheng, Z. (2018). The Influence of Grit on Life Satisfaction: Self-Esteem as a Mediator. *Psychologica Belgica*, 58(1).  
<https://doi.org/10.5334/pb.400>
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., y Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71(2), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.017>
- Lock, M. A. (1986). Ambiguities of ageing: Japanese experience and perceptions of menopause, *Journal Cultur Medic Psychiatry*, 10, 23-46.
- Lopera-Valle, J. S., Parada-Pérez, A. M., Martínez, L. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., y Rojas-Jiménez, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016; 32(3)
- Lukas, E. (2004). *Psicología espiritual: manantiales de vida plena de sentido*. San Pablo.
- Makara-Studzińska, M. T., Kryś-Noszczyk, K. M., y Jakiel, G. (2014). Epidemiology of the symptoms of menopause – an intercontinental review. *Menopausal Review*, 3, 203-211. <https://doi.org/10.5114/pm.2014.43827>
- Martínez, M. D., González-Arratia, N. I., López-Fuentes, N., Van Barneveld, H., y Domínguez, A. C. (2012). Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia. *Salud Mental*, 35 (2), 91-98.
- Martínez, E., Trujillo, Á. M., Castillo, J. P. y Osma, J. J. (2011). Desarrollo Y Estructura De La Escala Dimensional Del Sentido De Vida. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 113-119.
- Martínez O., E., y Schulenberg, S. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. Recuperado de <http://site.ebrary.com/id/10914704>
- Martínez-Taboada, C., Albeza, A., Amutio, A., y Nicolae, G. (2017). La predicción afectiva positiva como factor de protección socio-emocional en madres transnacionales antes y después de la reagrupación familiar: relación con la satisfacción con la vida, regulación emocional, soledad social, resiliencia y estrés. *Terapia Psicológica*, 35(2), 173-184. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000200173>

- Marván, M. L. (2005) Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media. *Psicología y Salud*, 15 (1), 69-76.
- Marván, M. L., Castillo-López, R. L., y Arroyo, L. (2013). Mexican beliefs and attitudes toward menopause and menopausal-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 34(1), 39-45. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.761194>
- Marván, M. L. (2017). La Experiencia del Climaterio desde una Perspectiva Psicosocial. *Salud y Administración* 4 (1), 22-34.
- Marván, M. L., Espinosa-Hernández, G., Martínez-Garduño, M. D., y Jasso, K. (2018). Attitudes toward menopause, sexual function and depressive symptoms in Mexican women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 39(2), 121-127. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1308350>
- Matud, M. P., Correa, M. C., y García, L. (2017). Relevancia de la menopausia y del apoyo social en las diferencias en salud entre mujeres y hombres. *Universitas Psychologica*, 16(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.rmas>
- Mishra, G., y Kuh, D. (2006). Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Science y Medicine*, 62(1), 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.015>
- Monsalve, C., Reyes, V., Parra, J., y Chea, R. (2018). Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(1), 43-50. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2057>
- Muiños, F. M. J. (2021). Valor de corte de los índices de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *PSOCIAL*, 7(1). Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/123/1232225009/index.html>
- Namazi, M., Sadeghi, R., y Behboodi Moghadam, Z. (2019). Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *International Journal of Women's Health, Volume 11*, 637-647. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S228594>
- Nappi, R. E. y Kokot-Kierepa, M. (2012). Vaginal Health: Insights, Views y Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*, 15(1), 36-44. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.647840>

- Newberry, A. L. y Duncan, R. D. (2001). Roles of boredom and life goals in juvenile delinquency. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(3), 527-541
- Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA2-2012). *Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica*. 7 de enero de 2013. DOF: 07/01/2013
- Nowakowska, I., Rasińska, R., y Głowacka, M. (2015). Analysis of relationships between perimenopausal symptoms and professional functioning and life satisfaction – Subjective perception of the dependence in women aged 40+. *Medycyna Pracy*, 66(3), 351-358. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00243>
- Naworska, B., y Bak-Sosnowska, M. (2019). Risk factors of sexual dysfunctions in postmenopausal women. *Ginekologia Polska*, 90(11), 7.
- Olarinoye J.K., Olagbaye B. A., Olarinoye A.O y Makanjuola A.B. (2019). Psychosocial Correlates of Menopausal Symptoms among Women in Ilorin, Nigeria. *Medical Journal of Zambia*, 46(4), 335 – 342. doi:10.17533/udea.iee.v35n1a11
- Ornat, L., Martínez-Dearth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M., y Pérez-López, F. R. (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, 75(3), 261-269. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.007>
- Padrós, F. F., Gutiérrez, C. Y. y Medina, M. A. (2015). Propiedades Psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232. <https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>
- Park, S. M., Kim, H.C., Park, S.G., Jang, H.S., Choi, G., y Leem, J.H. (2018). Satisfaction with life and the risk of occupational injury. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 30(1). <https://doi.org/10.1186/s40557-018-0260-x>
- Pellicer, A. (2014). *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Panamericana.
- Pérez, S., Marco S. José, H. y García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29.3, 323-328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>

- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J. y Ramos, C. (2012). Menopausal symptoms. do life events predict severity of symptoms in peri- and post-menopause? *Maturitas*, 72, 324-331. doi:10.1016/j.maturitas.2012.04.006.
- Portman, D. J., Bachmann, G. A., y Simon, J. A. (2013). Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy. *Menopause*, 20(6), 623-630. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318279ba64>
- Progetto Menopausa Italia Study Group (2005). Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 52(3-4), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.01.008>
- Rojas J, S., Lopera V, J. S., Cardona V, J., Vargas G, N., y Hormaza A, M. P. (2014). Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(2), 121-128. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000200010>
- Romero E. y Sánchez G (2010). El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, 68 (31), 39-55.
- Sakson-Obada, O. y Wycisk, J. (2015). The body self and the frequency, intensity and acceptance of menopausal symptoms. *Menopausal Review*, 2, 82-89. <https://doi.org/10.5114/pm.2015.52150>
- Shepherd-Banigan, M., Goldstein, K. M., Coeytaux, R. R., McDuffie, J. R., Goode, A. P., Kosinski, A. S., Van Noord, M. G., Befus, D., Adam, S., Masilamani, V., Nagi, A., y Williams, J. W. (2017). Improving vasomotor symptoms; psychological symptoms; and health-related quality of life in peri- or post-menopausal women through yoga: An umbrella systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 34, 156-164. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.011>
- Schoeps, K., González, R., y Montoya-Castilla, I. (2016). Personalidad, relaciones familiares y satisfacción con la vida en parejas casadas. *Revista Mexicana de Psicología* 33(2), 89-100. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/60994>
- Seligman, M.E.P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-532
- Seligman, M. (2003). *Positive psychology: Fundamental assumptions*. *American Psychologist*, 126-127.

- Sherman, E. N., Michel, R. Rybak, C. Randall, G. K y Davidson, J. (2011). Meaning in Life and Volunteerism in Older Adults. *Adultspan Journal Fall* 10 (2), 78-90.
- Shin, C., y Johnson, M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 475-492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>
- Sheldon, K.M. y Kasser, T. (2001). Goals, congruence and positive well-being. New empirical support for humanistic theories. *Journal of humanistic psychology*, 41, 30-50.
- Society for Menstrual Cycle Research (9 de Diciembre de 2020). *Society for Menstrual Cycle Research*. <https://menstruationresearch.org/wp-content/uploads/2012/04/SMCR-Position-statement-Perimenopause-and-Menopause-reviewed-final.pdf>
- Sousa, V. D., Driessnack, M., y Mendes, I. A. C. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502-507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Strauss, J. R. (2011). Contextual influences on women's health concerns and attitudes toward menopause. *Health y Social Work*, 36(2), 121-127.
- Sturdee, D. W., Hunter, M. S., Maki, P. M., Gupta, P., Sassarini, J., Stevenson, J. C., y Lumsden, M. A. (2017). The menopausal hot flush: a review. *Climacteric*, 20(4), 296-305. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1306507>
- Tang, R., Luo, M., Li, J., Peng, Y., Wang, Y., Liu, B., Liu, G., Wang, Y., Lin, S., y Chen, R. (2019). Symptoms of anxiety and depression among Chinese women transitioning through menopause: Findings from a prospective community-based cohort study. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1160-1171. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.005>
- Terauchi, M., Hirose, A., Akiyoshi, M., Kato, K., y Miyasaka, N. (2017). Feelings of unattractiveness in peri- and postmenopausal women are associated with depressed mood, poor memory and unsatisfactory sexual relationships. *Climacteric* 21 (3) 15-20. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1293647>



- Thomas, A. J., Mitchell, E. S., y Woods, N. F. (2018). The challenges of midlife women: Themes from the Seattle midlife Women's health study. *Women's Midlife Health*, 4(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0039-9>
- Torres A.P. y Torres J.M. (2018). Climaterio y Menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(2), 51-58.
- Vargas-Fandiño, Á. J., Leal-Vargas, E. H., Castillo-Zamora, M. F., Restrepo-Castro, O. I., Zambrano-Vera, M. E., y Plazas-Vargas, M. (2016). Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá, Colombia, 2015. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(3), 197. <https://doi.org/10.18597/rcog.767>
- Velásquez, C. y Martínez, E. (2015). Relación entre las creencias centrales en trastornos de la personalidad y el sentido de vida en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 199-210.
- Vera, J. Á., Velasco, F. J., Grubits, H. B., y Salazar, I. G. (2016). Parámetros de inclusión y exclusión en los extremos de la felicidad y satisfacción con la vida en México. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(2), 2395-2403. <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2016.06.002>
- Vera, J. Á., Bautista, G., y Tánori, J. (2017). Condicionantes de la satisfacción con la vida de los pueblos originarios en México. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2783-2792. <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2017.11.007>
- Vera Noriega, J. Á., Bautista Hernández, G. y Tánori Quintana, J. (2017). Condicionantes de la satisfacción con la vida de los pueblos originarios en México. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2783–2792. doi:10.1016/j.aippr.2017.11.007
- Xia, H.-Z., Gao, L., Yue, H., y Shi, B.-X. (2018). Exploring Meaning in the Life of Chinese Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 41(2), 124-130. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000466>
- Yanikkerem, E., Koltan, S. O., Tamay, A. G., y Dikayak, S. (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 15(6), 552-562. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.637651>
- Yazdanpanahi, Z., Nikkholgh, M., Akbarzadeh, M., y Pourahmad, S. (2018). Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran,



2015. *Journal of Family and Community Medicine*, 25(2), 82.  
[https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM\\_117\\_17](https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_117_17)
- Yek, M. H., Olendzki, N., Kekecs, Z., Patterson, V., y Elkins, G. (2017). Presence of Meaning in Life and Search for Meaning in Life and Relationship to Health Anxiety. *Psychological Reports*, 120(3), 383-390.  
<https://doi.org/10.1177/0033294117697084>
- Yoeli, H., Macnaughton, J., y McLusky, S. (2021). Menopausal symptoms and work: A narrative review of women's experiences in casual, informal, or precarious jobs. *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.05.007>
- Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P., y Orozco, E. J. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 127-136.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1233>
- Zhao, D., Liu, C., Feng, X., Hou, F., Xu, X., y Li, P. (2019). Menopausal symptoms in different substages of perimenopause and their relationships with social support and resilience. *Menopause*, 26(3), 233-239.  
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001208>

## **Apéndice A. Consentimiento Informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este documento le informa todos los aspectos relativos a la aplicación de las Escala de Sentido de Vida, Satisfacción de Vida y Síntomas Perimenopáusicos en la que se le está solicitando su valiosa participación. Lo leeremos para que en caso de alguna duda pueda aclararse.

#### **INFORMACIÓN ACERCA DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se llama “Sentido de Vida, Satisfacción de Vida y Sintomatología Perimenopáusica”. No recibirá ninguna compensación económica por su participación, sin embargo, si acepta participar estará colaborando con el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana que a través de este tipo de estudios pretende dar la pauta para la creación de futuros programas de apoyo para mujeres que están alrededor de la menopausia

Responsable de la Investigación: Mtra. Mariana Sosa Ortega  
Doctorado de Psicología  
Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana  
Teléfono de Contacto: 2221822772  
Correo electrónico: [marianita12@hotmail.com](mailto:marianita12@hotmail.com)

Le persona responsable de la investigación, quien tiene formación psicoterapéutica, estará presente durante la aplicación para que si en determinado momento usted requiere algún tipo de asistencia se le pueda proporcionar el apoyo necesario. Al terminar de responder los cuestionarios, si usted así lo requiere, se le puede proporcionar un directorio de instituciones que puedan darle el apoyo y seguimiento a algún aspecto sensible que haya detectado mientras esté contestando las preguntas.

#### **USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente para fines de investigación, y estarán, bajo la custodia de la responsable de este estudio y manejados con estricta confidencialidad. Únicamente se le solicitará su nombre y un medio para comunicarse con usted, tales como correo electrónico o teléfono, para que en el caso que sea necesario se le pueda dar algunas recomendaciones a partir de los resultados obtenidos y hacerle llegar un directorio de instituciones que le puedan brindar orientación y apoyo de forma gratuita.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su participación es voluntaria. Se aclara que de aceptar contestar los cuestionarios en un principio, posteriormente quiere negarse a contestarlos hasta el final, puede retirarse en cualquier momento, y no influirá en absoluto en la relación profesional con la investigadora responsable.

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

He leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido la finalidad y el beneficio de la investigación en la que estoy participando.

Se me ha aclarado que, si durante o al finalizar la aplicación requiero algún tipo de apoyo u orientación, éste me será proporcionado por parte de la responsable de la investigación y de ser necesario se me canalizará con alguna institución de apoyo psicológico que pueda brindarme seguimiento. También he sido informada que se me solicitará mi nombre y algún medio de

comunicación para que si es necesario se me pueda hacer alguna recomendación de acuerdo a los resultados obtenidos y en el caso de requerirlo se me proporcione un directorio de instituciones de orientación y apoyo. Se me ha aclarado que los datos solicitados y los resultados serán manejados con estricta confidencialidad y únicamente para los fines de esta investigación.

Tengo conocimiento que mi participación es voluntaria y conozco los datos de la persona responsable de la investigación para poder solicitarle en cualquier momento mi baja en esta participación. Tengo conocimiento que si en algún momento decido no participar, nada influirá en mi relación profesional con la investigadora responsable. Tengo conocimiento que estoy en libertad de solicitar información adicional relacionada con esta participación en el momento que yo lo desee.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la esta investigación contestando los cuestionarios que me están proporcionando.

En ....., a ..... de ..... de 2019

## Apéndice B. Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)

### INSTRUCCIONES

Por favor, lea con atención cada una de las afirmaciones y marque con una X la opción que describe su forma de pensar. No hay respuestas “buenas” o “malas”.

Es importante que responda todas las afirmaciones

Sus respuestas son confidenciales, **NO ESCRIBA SU NOMBRE NI FIRME EL FORMULARIO.**

Ejemplo:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Me gusta el futbol				X

Sexo: H M Edad: \_\_\_\_\_ años Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos? \_\_\_\_\_ ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_ ¿Tiene nietos? \_\_\_\_\_

Ciudad donde vive \_\_\_\_\_ Ultimo grado de estudios: \_\_\_\_\_

¿En que trabaja? Hogar  Oficina  Negocio  Otro  \_\_\_\_\_

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Es aburrido enfrentarme a mis tareas cotidianas.				
2. La vida me parece llena de razones para vivir.				
3. Normalmente me siento a gusto con lo que estoy haciendo de mi vida.				
4. Frecuentemente me desconozco en mi forma de actuar.				
5. Aun sabiendo lo que debo hacer, termino haciendo lo que quiero.				
6. He descubierto metas claras en mi vida.				
7. Si muriera hoy, pensaría que mi vida ha sido un completo fracaso.				
8. Tal y como veo mi vida, no sé para dónde voy.				
9. Las metas que tengo en mi vida, reflejan quien soy.				
10. Aunque tengo metas en la vida, he pensado en el suicidio.				

11. Considero que no tengo capacidad para encontrar un propósito en la vida.				
12. Mi vida es vacía y llena de desesperación.				
13. Con frecuencia no logro entender mi forma de actuar.				
14. Cuando pienso en mi propia vida, me pregunto por qué existo.				
15. Las acciones que realizo son coherentes con mi proyecto de vida.				
16. No he avanzado en el logro de las metas que me he propuesto en la vida.				
17. Mi existencia no tiene sentido, ni propósitos.				
18. Si pudiera elegir, nunca hubiera nacido.				

**Apéndice C. Escala Dimensional del Sentido de Vida validada y adaptada por la autora**

**INSTRUCCIONES**

Por favor, lea con atención cada una de las afirmaciones y marque con una X la opción que describe su forma de pensar. No hay respuestas “buenas” o “malas”.

Es importante que responda todas las afirmaciones

Sus respuestas son confidenciales, **NO ESCRIBA SU NOMBRE NI FIRME EL FORMULARIO.**

Ejemplo:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Me gusta el futbol				X

Sexo: H M Edad: \_\_\_\_\_ años Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos? \_\_\_\_\_ ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_ ¿Tiene nietos? \_\_\_\_\_

Ciudad donde vive \_\_\_\_\_ Ultimo grado de estudios: \_\_\_\_\_

¿En que trabaja? Hogar  Oficina  Negocio  Otro  \_\_\_\_\_

Fecha de última menstruación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ha tenido enfermedad en los ovarios: SI  NO

Se encuentra bajo tratamiento hormonal: \_\_\_\_\_ Ha presentado ciclos menstruales irregulares:

\_\_\_\_\_

Ha tenido cirugía de la matriz: \_\_\_\_\_

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Es aburrido enfrentarme a mis tareas cotidianas.				
2. La vida me parece llena de razones para vivir.				
3. Frecuentemente me desconozco en mi forma de actuar.				
4. Aun sabiendo lo que debo hacer, termino haciendo lo que quiero.				
5. Tal y como veo mi vida, no sé para dónde voy.				
6. Con frecuencia no logro entender mi forma de actuar.				
7. Cuando pienso en mi propia vida, me pregunto por qué existo.				

8. No he avanzado en el logro de las metas que me he propuesto en la vida.				
--	--	--	--	--

### Apéndice D. Escala del Climaterio de Greene (GSC)

**INSTRUCCIONES:** A continuación, encontrará una serie de manifestaciones que se pueden presentar durante la menopausia. Lea cada frase y califique con una “x” el grado de severidad con que usted cree que las mujeres presentan estas manifestaciones durante la menopausia.

	ausentes	ligeros	moderados	severos
1. Palpitaciones cardíacas rápidas o fuertes				
2. Sensación de tensión o nerviosismo				
3. Dificultad para dormir				
4. Excitabilidad				
5. Crisis de pánico				
6. Dificultad para concentrarse				
7. Sensación de cansancio o falta de energía				
8. Pérdida de interés en la mayoría de las cosas				
9. Sensación de infelicidad o depresión				
10. Accesos de llanto				
11. Irritabilidad				
12. Sensación de vértigo o desvanecimiento				
13. Presión o tensión en la cabeza o el cuerpo				
14. Adormecimiento del cuerpo				
15. Dolores de cabeza				
16. Dolores de músculos o articulaciones				
17. Pérdida de sensibilidad en manos y pies				



	<b>ausentes</b>	<b>ligeros</b>	<b>moderados</b>	<b>severos</b>
18. Dificultad para respirar				
19. Bochornos				
20. Sudoraciones Nocturnas				
21. Pérdida de interés en el sexo				

## **Apéndice E. Escala de la Satisfacción con la Vida (SWLS)**

A continuación, encontrará cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala del 1 a 7, elija la que más se acerque a su realidad, poniendo el número que eligió en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

**7 – Completamente de acuerdo**

**6 – De acuerdo**

**5 – Más bien de acuerdo**

**4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo**

**3 – Más bien en desacuerdo**

**2 – En desacuerdo**

**1 – Completamente en desacuerdo**

\_\_\_\_ 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.

\_\_\_\_ 2. Las condiciones de vida son excelentes.

\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho con mi vida.

\_\_\_\_ 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.

\_\_\_\_ 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.

“Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz”

[www.uv.mx](http://www.uv.mx)

