

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



TESIS

**Ansiedad estado rasgo y estrategias de afrontamiento en pacientes mujeres en la etapa
de menopausia**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Bachiller: Fiorella Sthefany Valladolid Marcos

Asesor Dr. Juan Sandoval Vílchez

Lima - Perú

2017

Dedicatoria

A Dios por cuidarme y guiarme en mi camino.
A mi papá Agustín por todo el amor y cariño que me dio, y sé que desde el cielo me protege y guía.

A mi mamá Rudy por darme amor, por enseñarme a ser yo misma, por sus consejos y por el apoyo constante para lograr mí sueño.

A mi tía Santos, que en el cielo está, gracias por el amor y las palabras que siempre me dio.
Gracias Dios mío.

Agradecimiento

A todas las pacientes que conforman el Club de Menopausia del Hospital Arzobispo Loayza que participaron en el trabajo de investigación.

A todos mis profesores que contribuyeron en la formación académica durante mi formación del pre grado.

A mi asesor Dr. Juan Sandoval Vílchez, que gracias a su tiempo, asesoría y dedicación logré culminar mi trabajo de investigación.

Índice
Pág.

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas	viii
Índice de Figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xiii
Introducción	xv
Capítulo I: Planteamiento del problema	18
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	18
1.2 Formulación del problema de investigación	21
1.2.1 Problema general.	21
1.2.2 Problemas Específicos.	21
1.3 Objetivos de la investigación	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos.	21
1.4 Justificación de la Investigación	22
1.5 Limitación de la investigación.....	23
Capitulo II: Marco Teórico	24
2.1 Antecedentes de estudios sobre el tema de Investigación.....	24
2.1.1 Tesis internacionales.....	24
2.1.2 Tesis Nacionales.	29
2.2 Bases Teóricas.....	37
2.2.1 Ansiedad.....	37

2.2.1.1	<i>Enfoque de la Personalidad: Primeras teorías Rasgo-Estado.</i>	37
2.2.1.2	<i>Enfoque de la personalidad.</i>	39
2.2.1.3	<i>Teoría Rasgo-Estado de Spielberger.</i>	39
2.2.1.4	<i>Enfoque experimental motivacional.</i>	43
2.2.1.5	<i>Línea psicométrico factorial.</i>	43
2.2.1.6	<i>Línea cognitiva conductual.</i>	45
2.2.2	<i>Afrontamiento.</i>	46
2.2.2.1	<i>Definición de Afrontamiento.</i>	46
2.2.2.2	<i>Estrategias de Afrontamiento.</i>	47
2.2.2.3	<i>Estilos de Afrontamiento.</i>	50
2.2.2.4	<i>Recursos o impedimentos externos.</i>	51
2.2.3	<i>Menopausia.</i>	51
2.2.3.1	<i>Fases de la menopausia.</i>	51
2.2.3.2	<i>Edad de la menopausia.</i>	53
2.2.3.3	<i>Descripción clínica.</i>	53
2.2.3.4	<i>Influencia y Variabilidad de la sintomatología.</i>	57
2.2.3.5	<i>Impactos y Consecuencias en la salud física.</i>	58
2.2.3.6	<i>Manifestaciones Psicológicas en la menopausia.</i>	60
2.3	<i>Formulación de Hipótesis.</i>	68
2.3.1	<i>Hipótesis General.</i>	68
2.3.2	<i>Hipótesis Específicas.</i>	68
2.4	<i>Definiciones conceptuales.</i>	69
Capitulo III: Metodología		72
3.1	<i>Tipo de Investigación.</i>	72
3.2	<i>Diseño de Investigación.</i>	72

3.3. Población y Muestra	73
3.4. Variables de estudio.....	73
3.5. Técnicas de recolección de datos	74
3.5.1 Inventario de Estrategias de Afrontamiento.	74
3.5.2. Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo.	85
3.6. Procedimiento de Recolección de datos	88
3.7. Técnicas estadísticas de análisis de datos	88
3.8. Aspectos éticos.....	89
Capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados	90
4.1 Resultados del instrumento aplicado	90
4.1.1 Niveles de ansiedad estado.	90
4.1.2 Niveles de ansiedad rasgo.	91
4.1.3 Niveles de estrategias de afrontamiento.....	92
4.1.4 Niveles de resolución de problemas.....	93
4.1.5 Niveles de autocrítica.....	94
4.1.6 Niveles de expresión emocional.	95
4.1.7 Niveles de pensamiento desiderativo.	96
4.1.8 Niveles de apoyo social.....	97
4.1.9 Niveles de reestructuración cognitiva.	98
4.1.10 Niveles evitación de problemas.	99
4.1.11 Niveles de retirada social.	100
4.2 Contrastación de hipótesis.....	100
4.2.1 Comprobación de hipótesis general.	101
4.2.2. Comprobación de hipótesis específicas.	102
4.3 Discusión y análisis de los resultados.....	109

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	114
5.1. Conclusiones.....	114
5.2 Recomendaciones.....	116
Referencias bibliográficas.....	118
ANEXOS	121

Índice de tablas

Tabla 1. Áreas de afrontamiento	74
Tabla 2. Resolución de problemas.....	75
Tabla 3. Factores primarios en ambos estudios.....	75
Tabla 4. Comparación de alfa de Crombach	76
Tabla 5. Matriz de intercorrelaciones entre estrategias de afrontamiento y utilización de estrategias de afrontamiento	76
Tabla 6. Inventario de estrategias de afrontamiento.....	77
Tabla 7. Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	90
Tabla 8. Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	91
Tabla 9. Niveles de estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	92
Tabla 10. Niveles de la dimensión de resolución de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	93
Tabla 11. Niveles de la dimensión autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	94
Tabla 12. Niveles de la dimensión de expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	95
Tabla 13. Niveles de la dimensión pensamiento desiderativo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	96
Tabla 14. Niveles de la dimensión apoyo social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	97

Tabla 15. Niveles de la dimensión reestructuración cognitiva en un grupo de pacientes en la etapa de menopausia	98
Tabla 16. Niveles de la dimensión evitación de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional	99
Tabla 17. Niveles de la dimensión retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	100
Tabla 18. Relación entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	101
Tabla 19. Relación entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: 1.- resolución de problemas, 2.-Reestructuración cognitiva, 3.-apoyo social, 4.- expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	103
Tabla 20. Relación entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: 5.- evitación de problemas, 6.-pensamiento desiderativo, 7.-retirada social, 8.- autocrítica, en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	105
Tabla 21. Relación entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: 1.- resolución de problemas, 2.-reestructuración cognitiva, 3.-apoyo social, 4.- expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	106
Tabla 22. Relación entre la Ansiedad Estado Rasgo y las estrategias de afrontamiento: 5.-evitación de problemas, 6.-pensamiento desiderativo,7.-retirada social, 8.- autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.....	108

Índice de Figuras

Figura 1. Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	90
Figura 2. Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	91
Figura 3. Niveles estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	92
Figura 4. Niveles de la dimensión de resolución de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	93
Figura 5. Niveles de la dimensión autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	94
Figura 6: Niveles de expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	95
Figura 7: Niveles de la dimensión pensamiento desiderativo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	96
Figura 8: Niveles de la dimensión apoyo social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	97
Figura 9: Niveles de la dimensión reestructuración cognitiva en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	98
Figura 10: Niveles de la dimensión evitación de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	99
Figura 11: Niveles de la dimensión retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.	100

Resumen

El estudio reporta los resultados de los niveles de ansiedad Estado – Rasgo y las estrategias de afrontamiento de pacientes en la etapa de menopausia en un Hospital Nacional de Lima.

El estudio está enmarcado en una investigación de tipo descriptiva y el diseño utilizado fue transversal y correlacional. La muestra es de 100 pacientes mujeres que acuden a la unidad de menopausia a las cuales se les administró. El inventario de ansiedad Estado –Rasgo y el cuestionario de estrategias de afrontamiento. Los datos fueron organizados y sistematizados, mediante un análisis estadístico, aplicándose la prueba de coeficiente de correlación de Spearman con un nivel de significación de 0.05.

Los resultados a nivel general indican que existe una relación significativa entre la Ansiedad Estado Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia.

A nivel de las hipótesis específicas se ha encontrado que existe una relación significativa entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia.

Existe una relación significativa entre la Ansiedad Rasgo y las Estrategias de Afrontamiento: resolución de problemas, pensamiento desiderativo y retirada social. Teniendo una correlación positiva baja en las dimensiones de reestructuración cognitiva, apoyo social,

expresión emocional, evitación de problemas y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia.

Palabras clave: Ansiedad Estado –Ansiedad Rasgo, afrontamiento, menopausia.

Abstract

The study reports the results of the State - Trait Anxiety Levels and the Coping Strategies of Patients in the Menopause Stage at a National Hospital of Lima.

The study is framed in a research of descriptive type and the design used was transversal and correlational. The sample is 100 female patients who go to the menopause unit to which they were given. The Inventory of State-Risk anxiety and the coping strategies questionnaire. The data were organized and systematized, using a statistical analysis, applying the Spearman correlation coefficient test with a significance level of 0.05.

Results at the general level indicate that there is a significant relationship between the Anxiety State Trait and coping strategies in a group of female patients in the menopause stage.

At the level of the specific hypotheses it has been found that there is a significant relationship between State Anxiety and coping strategies: problem solving, cognitive restructuring, social support, emotional expression, avoidance of problems, desiderative thinking, social withdrawal, group of female patients in the menopause stage.

There is a significant relationship between Trait Anxiety and Coping Strategies: problem solving, desiderative thinking, and social withdrawal. Having a low positive correlation in the dimensions of cognitive restructuring, social support, emotional expression, avoidance of problems and self-criticism in a group of female patients in the menopause stage.

Key words: Anxiety State-Benefit Trait, coping, menopause, desiderative thinking

Introducción

La presente investigación surge de la observación directa realizada en las pacientes que acuden a su control médico en el programa de menopausia, como sabemos los trastornos relacionados a los cambios fisiológicos tiene gran relevancia en nuestro medio no sólo por su alta incidencia sino por su papel como factor de riesgo.

La importancia del presente trabajo está relacionada con los estudios acerca de la esperanza de vida de la mujer peruana que para el 2020 llegará a los 75 años, esta cifra indica que más de un tercio de vida la mujer vivirá en etapa postmenopáusica.

Uno de los factores asociados a la presencia de enfermedades tanto psicológicas como también orgánicas es la presencia de ansiedad, uno de ellos es el cambio fisiológico de la menopausia, ya que repercute tanto la ansiedad y el estrés en la adquisición de diversas enfermedades físicas.

En el tratamiento de estos problemas de salud incluyendo la menopausia el enfoque de intervención es de carácter multidisciplinario.

Las pacientes predispuestas a cierta sensibilidad están afectadas emocionalmente, generando una situación de estrés que se caracteriza por una aprehensión y miedo frente a una amenaza real o imaginaria.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, se define como una respuesta subjetiva al estrés, como una sensación de aprensión, incertidumbre o temor, a consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se desconoce o no es reconocido. (Zavala-Rodríguez, 2010)

La ansiedad también afecta las capacidades de enfrentarse al estrés, de aprender y de centrarse en un campo perceptivo (Zavala-Rodríguez, 2010)

Actualmente el número de mujeres que se encuentran en la etapa del menopausia ha aumentado tanto a nivel nacional como mundial, debido a un incremento de la esperanza de

vida al nacer, lo que trae consigo un cambio epidemiológico: el envejecimiento poblacional, lo cual entre otras cosas se traduce en que mayor número de mujeres tendrán que enfrentar variados y múltiples cambios tanto somáticos como anímicos y afectivos, resultado de la deficiencia en la producción de estrógenos por el ovario. Esto implica mayor riesgo de sufrir problemas de tipo cardiovascular y de osteoporosis, los cuales pueden ser evitados con un tratamiento adecuado, cuyo uso y mantenimiento depende del nivel de educación y de conocimientos que se tenga sobre climaterio. Por eso se hace importante, que las mujeres comprendan el proceso por el que pasarán en los años de la etapa de menopausia, no sólo que conozcan los síntomas y las molestias que se presentan en esta época sino también que sepan que existen alternativas seguras y eficaces para el afrontamiento y tratamiento que permita seguir siendo productivos y adaptados.

La menopausia es un etapa que atraviesan las mujeres previa al cese de la función ovárica, sin embargo no solo está ligada a aspectos fisiológicos, sino que se puede ver influenciada por factores personales y culturales, teniendo en cuenta que las mujeres son consideradas por la sociedad por su rol reproductivo, es pertinente identificar aspectos sobre su calidad de vida para poder elaborar planes de prevención con un sustento basado en la experiencia real de las mujeres frente a la menopausia.

Los aspectos psicológicos en la menopausia pueden dividirse en tres grandes grupos: el primero relacionado con síntomas vasomotores, los sociales y psicológicos.

Se parte del supuesto de que los individuos con ansiedad tienen mayor probabilidad de experimentar estados de ansiedad, lo cual implicaría una activación psicofisiológica más frecuente y por tanto mayor probabilidad de padecer trastornos o síntomas psicofisiológicos. Esta hipótesis ha sido confirmada por diversos estudios en los que se han comparado sujetos normotensos y con padecimiento de enfermedades (Miguel -Tobal, 1984).

Esta investigación constituye una aproximación a la comprensión de la problemática de las pacientes en la etapa de menopausia que acuden a un Hospital General de Lima y de esta manera asumir un rol importante en su vida que permita funcionar en su familia en condiciones saludables.

Nuestro estudio está estructurado por los siguientes capítulos: Capítulo 1, denominado el Planteamiento del problema, que considera aspectos de la realidad problemática, formulación de la pregunta de investigación, objetivos y justificación.

Capítulo 2, El marco teórico, que incluye los antecedentes, base teórica, definición de términos y variables.

El Capítulo 3, está constituido por la metodología que se aplicó en la investigación para lograr el desarrollo de los objetivos.

Capítulo 4, está conformado por el análisis e interpretación de los resultados y discusión, de los mismos.

Capítulo 5, corresponde a las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la presente investigación se dará a conocer la problemática de la mujer en etapa de menopausia con respecto a la ansiedad estado rasgo, así como la manera que afronta estas dificultades generadas por su ansiedad, encontrando una prevalencia internacional significativa en mujeres pre pos menopáusicas con las incidencias de las siguientes características: predisposición genética a la ansiedad en el rasgo de personalidad son las que desarrollan trastornos de ansiedad a diferencia de las de estado que hacen la ansiedad situacional con predisposición a elevar el nivel de ansiedad situacional como reacción emocional psicológica.

Esta investigación que avala la ansiedad estado rasgo en la mujer es realizada por Capote, Segredo y Gómez (2011) Universidad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", La Habana. Cuba.

La investigación peruana de la universidad Cayetano Heredia del servicio de obstetricia afirma que las mujeres entre los 45 años de edad presentan alto nivel de ansiedad situacional con características psicológicas de dependencia emocional provienen de familias disfuncionales, parejas maltratadoras lo que generan en ellas el alto grado de ansiedad refugiándose algunas en el tabaco, desbalance nutricional que las lleva a la obesidad, osteoporosis, isquemia, lo que termina en un cuadro de cardiopatía coronaria, estrés y depresión. (Salvador, 1989)

El concepto de ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, en la manera como las personas responden a situaciones como amenazantes (Spielberg y Guerrero, 1975).

De acuerdo con Gordon (2003) (citado en Zavala-Rodríguez, 2009) indica que:

“La ansiedad es un vago sentimiento de incomodidad cuyo origen es a menudo inespecífico o desconocido para el individuo; este autor la categoriza en tres

niveles: leve, moderado y severo, según el aumento del grado de alerta asociado con la expectativa de una amenaza que puede ser hacia el estado de salud, la posición socioeconómica, el desempeño del rol, el autoconcepto, los patrones de interacción o el entorno". (p.7)

El climaterio y la menopausia están considerados entre las circunstancias psicológicas de causa endocrina mediados por la ansiedad y el estrés con manifestaciones consideradas como severas, Hernández y Santana. (1989), como la irritabilidad, cefalea, signos de ansiedad (sudor, agitación, temor, etc.) y depresión (olvido, tristeza, etc.), entre otros. Solamente teniendo en cuenta estos aspectos, que por supuesto, no son todos, se comprende la enorme importancia que tiene estudiar a este grupo en la atención primaria, para conocer sus principales problemas, manifestaciones y condiciones de vida, entre otros aspectos, y poder actuar sobre ellos. Las manifestaciones psíquicas son muy frecuentes en esta etapa. (Navarro y García, 1993) que, si bien no tienen por qué conducir al deterioro de la salud mental, sí se traducen en una disminución de la satisfacción personal e influyen en muchos aspectos de la vida y en las relaciones personales y familiares. También los factores sociales inciden en esta etapa, como son la cercanía de la jubilación, que crea preocupaciones lógicas, económicas y laborales y que pueden potenciar sinérgicamente los malestares antes señalados.

Durante el año de Internado en el Hospital General se pudo observar que en el departamento ginecología, en la unidad de menopausia, la ansiedad se manifiesta cuando no hay una adecuada estrategia de afronte para los diversos síntomas en la etapa de la menopausia.

Navarro y García (1993), nos dicen que

Las manifestaciones psíquicas son muy frecuentes en esta etapa, que, si bien no tienen por qué conducir al deterioro de la salud mental, sí se traducen en una disminución de la satisfacción personal e influyen en muchos aspectos de

la vida y en las relaciones personales y familiares. (p.5) También los factores sociales inciden en esta etapa, como son la cercanía de la jubilación, que crea preocupaciones lógicas, económicas y laborales y que pueden potenciar sinérgicamente los malestares antes señalados.

Por un lado, Dueñas (1992) menciona que:

El síndrome climatérico se presenta con mucha frecuencia, ocurre en 2 de cada 3 mujeres. Este cuadro sintomatológico, como ya señalamos, se ve favorecido por el estrés, el calor, el ayuno y el consumo de alcohol, entre otros aspectos. En nuestro medio, las crisis vasomotoras afectan a más del 80 % de las mujeres y se pueden confundir con otras afecciones como hipoglicemia o "isquemia miocárdica", por lo que el psicólogo debe estar muy bien documentado de las características clínicas de estas mujeres que se encuentran en esta etapa. (p.195)

En la actualidad se realizan importantes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este sentido resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en el estudio de las pacientes en la etapa de menopausia.

Así mismo, de acuerdo al perfil del Egresado del licenciado de psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega la cual forma profesionales competentes en el dominio de teorías y enfoques psicológicos, diagnóstico, tanto en la evaluación, proyectos de intervención, elaboración de instrumentos y ejecución de investigación básica y aplicada desde una perspectiva interdisciplinar; teniendo como propósito promover, comprender, explicar, prevenir e intervenir en el comportamiento humano en las diferentes etapas del ciclo vital para ayudar a las personas a alcanzar bienestar y salud psicológica, teniendo en cuenta los contextos sociales en los que interactúan, contribuyendo a su desarrollo personal y social.

1.2 Formulación del problema de investigación

1.2.1 Problema general.

¿Qué relación existe entre la ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?

1.2.2 Problemas Específicos.

¿Qué relación existe entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?

¿Qué relación existe entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general.

Establecer la relación que existe entre los niveles de ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

1.3.2 Objetivos específicos.

Analizar la relación entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Analizar la relación entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

1.4 Justificación de la Investigación

Este trabajo tuvo la finalidad de dar a conocer la realidad de las mujeres en etapa de menopausia y la sintomatología de la ansiedad estado y la ansiedad rasgo para crear estrategias de afrontamiento ante su realidad de vida, que les permitió aceptarse como una etapa natural que demanda mejorar la calidad de vida lo que implica el cuidado de su alimentación y aprender a nivel nutricional como debe llevar su actual estilo de vida, mejorar su resiliencia interna para que tengan una mejor manera de enfrentarse a la etapa de la menopausia no como una enfermedad sino como una etapa natural para sobrellevar con una buena autoestima y madurez psicológica hay que considerar que las mujeres que han pasado por etapas difíciles en su infancia son las que menos estructura interna presentan.

En este sentido, fue fundamental continuar examinando en profundidad la relación sostenida entre las mujeres y quienes prestan los servicios médicos durante esta etapa de la trayectoria de vida, ya que la institución médica “no sólo se encarga de transmitir conocimientos, se encarga también de producir un imaginario social; mediante éste se circulan los valores, símbolos y mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico social determinado”(citado en Pineda, 2011 p.4); por ello, fue primordial que desde ese espacio se eliminen los estigmas que rodean al período de la menopausia.

El trabajo de investigación resulta ser importante por las siguientes razones:

Es un aporte para los especialistas del área de psicología clínica y de la salud, porque brinda información relevante científica ya que los resultados proporcionan a los médicos y psicólogos datos importantes para comprender mejor que los aspectos psicológicos influyen de manera significativa en esta población en particular permitiendo de este modo tomar decisiones a nivel de prevención de la salud integral, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes en la etapa de menopausia del Hospital Nacional , lo cual repercute no solamente en lo individual sino también a nivel familiar y laboral.

Finalmente, con los resultados de este estudio se buscó incrementar el interés en los profesionales de la salud en el estudio de los aspectos psicológicos que influyen significativamente en el tratamiento, manejo y recuperación de las pacientes en la etapa de menopausia.

En este sentido, surgieron los esfuerzos desde el punto de vista psicológico para evaluar la relación significativa entre los niveles de ansiedad estado rasgo y las estrategias de afrontamiento en las pacientes en la etapa de menopausia que asisten a un Hospital General de Lima.

1.5 Limitación de la investigación

No consideramos como limitación, solo que existió un tiempo de espera a veces prolongado para evaluar a las pacientes por grupos de acuerdo a la frecuencia de su control médico en el servicio de gineco obstetricia.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes de estudios sobre el tema de Investigación

2.1.1 Tesis internacionales.

Las que permiten entender el fenómeno estudiado son las siguientes:

Guillén (2014) en su investigación titulada “Diferencias entre pacientes con ansiedad y población general mediante STAI. Meta- Análisis de comparación de grupos y generalización de la fiabilidad en Granada”. Cuyo objetivo fue determinar si el STAI tiene puntuaciones superiores en pacientes diagnosticados con ansiedad respecto a población general. Los resultados mostraron que en la comparación entre grupos en la ansiedad estado las diferencias fueron estadísticamente significativas ($d=1,39$; IC95%: 1,22-1,56) En la ansiedad rasgo fue $d=1,74$ (IC 95%: 1,56-1,91). Además de ello, la fiabilidad para pacientes con algún trastorno de ansiedad abarcó de 0.87 a 0.93.

Concluyendo que el STAI es sensible al nivel de ansiedad de la persona y fiable para muestras de pacientes diagnosticados con crisis de angustia, fobia específica, fobia social generalizada, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno por estrés agudo.

Montalvo (2012), en su tesis “Subjetividad y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón en Guayaquil- Ecuador”. Tuvo como objetivo caracterizar el afrontamiento individual de las mujeres frente al diagnóstico de cáncer de mama. Verificar los mecanismos de afrontamiento y que recursos psicológicos son utilizados por las pacientes con cáncer de mama. Identificar las estrategias de afrontamiento para las pacientes con cáncer de mama.

Método: Este estudio fue de tipo descriptivo transversal con una sola variable cualitativa que es el afrontamiento individual y una sola población que son las pacientes con cáncer de

mama que acuden al Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón y es de tipo no experimental ya que no se manipularon los fenómenos manifestados, solo se procedió a la observación mediante la entrevista con las pacientes mujeres con cáncer de mama seleccionadas para la muestra. Además, se realizó observaciones en un momento único en el tiempo desarrollo desde un enfoque cuanti-cualitativo y los instrumentos utilizados para evaluar el nivel de afrontamiento está el cuestionario de CAD (Afrontamiento ante el dolor); las entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales.

Resultados: El afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama se caracteriza por el temor insistente a la muerte, evasión y negación a la enfermedad, que sus recursos personológicos están conformados por las creencias religiosas, el amor hacia sus seres queridos, y por último que las estrategias están vinculadas con la parte afectiva como motivación que les permite continuar el tratamiento.

Martínez (2009), en el desarrollo de su tesis titulado “Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos”, tuvo como objetivo: Analizar la calidad de vida y el afrontamiento, así como identificar sus principales recursos en un grupo de pacientes con padecimiento oncológico en Veracruz. El método fue descriptivo porque se ordenaron y se observaron las conductas, características y factores, que permitieron describir los recursos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer. Fue transversal porque se realizaron observaciones en un momento único en el tiempo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, porque se realizó una pesquisa de pacientes oncológicos en la zona rural indígena. La muestra estuvo conformada por 34 pacientes de los cuales 15 fueron hombres y 19 mujeres con padecimiento oncológico.

Resultado: Los resultados muestran que los recursos más utilizados por los pacientes para afrontar la enfermedad oncológica, es el recurso cognitivo y el recurso religioso, encontrándose que en el sexo femenino afronta gran escala dicho padecimiento, así como su

percepción de la calidad de vida, a diferencia del sexo masculino cuyo afrontamiento es bajo y mala calidad de vida.

Conclusión: La calidad de vida y el afrontamiento son dos factores importantes en pacientes con padecimiento oncológico, ya que esta enfermedad provoca alteraciones en diversos aspectos de vida, desde el ámbito psicológico hasta el ámbito espiritual. Cabe resaltar que, en los datos obtenidos, el 97.1 % de los pacientes cuentan con recursos de afrontamiento bajo, el 2.9% cuenta con recursos de afrontamiento intermedio. Para ambos sexos, el índice de recurso de afrontamiento más alto es el recurso cognitivo y en menor promedio se encuentra el índice de recursos de afrontamiento físico. En cuanto a la calidad de vida en un 26.47%, con pareja un 23.52% perteneciendo a la religión católica 29.41%, el sexo masculino cuenta con una regular calidad de vida en un 20.58% y sin pareja un 8.82%, el 23.52% del sexo masculino pertenece a la religión católica.

Navas (2008), investigó el “Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo”, cuyo objetivo fue conocer la influencia de determinados factores de riesgo y el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía programada en Madrid España.

Método: El método fue descriptivo, de corte transversal, realizado en 30 pacientes ingresados para intervenciones quirúrgicas. La ansiedad fue evaluada mediante la aplicación de la encuesta STAI.

Resultado: Los resultados fueron que predominaron los pacientes del sexo masculino, de entre 60 y 80 años, casados y del servicio de cirugía general. La indicación de tratamiento quirúrgico produce un aumento del nivel de ansiedad-estado en el preoperatorio siendo la tendencia menor en mujeres casadas, del servicio de cirugía general; disminuyendo la ansiedad en el postoperatorio.

Conclusión: Las conclusiones arrojan algunas diferencias de tendencias entre los grupos, pero no son estadísticamente significativas. Asimismo, no se puede establecer una correlación entre los niveles de A/R y A/E en el pre y postoperatorio”.

Zavala (2007), desarrollaron un estudio en Colombia, con el propósito de determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza relacionada con la salud y de ansiedad-rasgo en una muestra de 200 pacientes con enfermedad crónica. Se utilizó la escala de autoevaluación de ansiedad-rasgo de Spielberger. Cerca del 90% de la muestra estudiada padece de diabetes mellitus. El coeficiente de correlación de Spearman fue significativo (0,570, $p = ,000$). En la mayoría de los pacientes se encontró nivel moderado, tanto de fortaleza (83%) como de ansiedad (73%). El análisis de regresión múltiple determinó que la relación significativa entre las dos variables no es afectada por la edad, el género o los años de evolución de la enfermedad crónica

Figuroa, Contini, Betina Levín, y Estévez (2005) con su investigación sobre “Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. El objetivo fue identificar y analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes de 13 a 18 años escolarizados de nivel sociocultural bajo de S. M. de Tucumán, según el género. Indagar el nivel de bienestar psicológico de los adolescentes de la muestra, según género. Determinar qué estrategias emplean los adolescentes que presentan un alto nivel de bienestar psicológico y si son diferentes de las utilizadas por los que presentan un bajo nivel de bienestar.

Método: El diseño corresponde a un estudio cuantitativo de tipo descriptivo para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes de nivel socioeconómico bajo escolarizados de Tucumán y su relación con el bienestar psicológico. Para definir el Nivel

socioeconómico (NES) bajo se consideraron las variables educación y ocupación del jefe del hogar y tipo de vivienda en la que habitan.

Se trabajó con una muestra incidental, de 150 estudiantes de nivel socioeconómico bajo de entre 13 a 18 años, de ambos sexos, residentes en la ciudad de Tucumán, que concurrían a instituciones educativas. Los grupos se seleccionaron de manera intencional, dado que no era posible, en virtud de razones presupuestarias, organizativas e institucionales, efectuar una selección al azar. Los adolescentes respondieron a las pruebas voluntariamente, con previa autorización de los padres de los mismos. Como criterio de exclusión de casos, se decidió eliminar los protocolos incompletos. Se administró la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) en la versión castellana editada por TEA (1997), en su forma general.

Resultado: Se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a las siguientes estrategias de afrontamiento utilizadas: buscar apoyo social, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse, buscar apoyo espiritual y distracción física. Las estrategias que permiten caracterizar a los adolescentes varones fueron: distracción física e ignorar el problema. La primera implica hacer deportes, mantenerse en forma mientras que ignorar el problema supone el rechazo consciente de la existencia del problema.

Conclusión: en el que el 45% presenta un bajo nivel de bienestar psicológico y emplearon estrategias tales como: falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse. Estas respuestas frente a las situaciones de estrés los conducen a evitar pensar en el problema, buscar recompensas alternativas, sintiendo culpa, lo que, indudablemente puede resultar de riesgo para el joven, ya que la resolución exitosa de cualquier hecho vital, implica poner en marcha estrategias cognitivas y afectivas que, con principio de realidad conduzcan a modificar la situación problemática planteada. Los adolescentes que presentaron alto nivel de bienestar psicológico representan un 23% de los varones y mujeres muestreados. Utilizaron

estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos y distracción física. Estas dan cuenta de que estos jóvenes presentan flexibilidad cognitiva, enfrentan las situaciones de manera positiva, se esfuerzan por satisfacer sus necesidades vitales, emocionales y sociales, invirtiendo parte de su tiempo en relaciones interpersonales, especialmente con sus pares, haciendo deportes y manteniéndose en forma. Así, fortalecen el concepto que tienen de sí, de su imagen corporal, pueden lograr mayor aceptación de los demás, ganando prestigio y reforzando su autoestima.

Vettore, Lea, Montero, Quintanilla, y Lamarca (2003), analizaron la relación de estrés y ansiedad en pacientes con periodontitis crónica; distribuyeron 79 pacientes, según la severidad de la enfermedad, en tres grupos: un grupo control y dos grupos de prueba. En cuanto a la ansiedad, medida por el inventario de Spielberger (STAI), en el grupo de prueba 1 y en el grupo control detectaron promedios similares de ansiedad-rasgo, con promedios bajos en el grupo 2 de prueba. Detectaron correlación positiva entre la ansiedad-rasgo y las frecuencias de los parámetros clínicos para dicha enfermedad, concluyendo que este tipo de ansiedad puede ser un predictor importante para la enfermedad periodontal.

2.1.2 Tesis Nacionales.

Entre las que se consideraron relevantes para esta investigación fueron las siguientes:

Quijano (2015). Estudio los niveles de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima 2013. El Objetivo: Determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Identificar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según ítems de los síntomas negativos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de

Mayo. Identificar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según ítems de los síntomas positivos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se utilizó el método de tipo cuantitativo, la población estuvo conformada por todos los pacientes programados de cirugía de apendicitis en el preoperatorio del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. La muestra fue obtenida mediante el muestreo no probabilístico conformada por 30 pacientes programados para una Apendicectomía durante el mes de mayo del 2013.

Los resultados: El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, del 100% (30); 70% (21) refieren que es medio, 17% (05) alto y 13% (04) bajo. Los ítems que son medio están dados porque se sienten algo preocupados, nerviosos y tristes; alto por estar angustiados e inquietos; y bajo debido a que están calmados y seguros. El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según los síntomas negativos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, del 100% (30); 80% (24) refieren que es medio, 13% (04) bajo y 7% (02). Los ítems que son medio están dados porque se sienten algo alterados, preocupados por posibles desgracias futuras, están nerviosos, tristes, aturdidos y sobre excitados. El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según los síntomas positivos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, del 100% (30); 50% (15) refieren que es medio, 27% (08) bajo y 23% (07) alto. Los ítems que son medio están dados porque se sienten algo seguros y confortados.

Conclusión: El grado de ansiedad según la Escala de Spielberger en pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente fue de grado de ansiedad intermedio”. Existe un grado de ansiedad media según los síntomas negativos con tendencia a alta durante el preoperatorio, siendo mayor en las mujeres, la identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuirlas. La mayoría de los pacientes en el preoperatorio presentan un nivel de ansiedad normal según los síntomas

positivos, seguido de leve y moderado, lo cual repercute de manera positiva en su afrontamiento positivo frente a la cirugía y condiciona en su pronta recuperación.

Ascencio (2013). Estudio la Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013.

Método: Corresponde al tipo de investigación aplicada y no experimental. El tipo de investigación es correlacional por asociación. Para su realización, se evaluó a 70 pacientes entre 25 y 60 años de edad, a quienes se les aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE; de los cuales se estableció la confiabilidad, validez y baremación.

Resultado: Existe asociación directa de grado moderado (0.582) entre los niveles de resiliencia y los niveles del estilo de afrontamiento centrado en el problema. Resultados que reflejan la capacidad resiliente de la paciente, a través de la búsqueda de soluciones directas para superar la situación estresante o sacar provecho de la misma. Además, existe asociación directa de grado fuerte (0.667) entre los niveles de resiliencia y los niveles del estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Existe asociación directa de grado fuerte (0.615) entre los niveles de resiliencia y los niveles del estilo de afrontamiento centrado en otros estilos.

Se observa que el nivel de resiliencia en mujeres con cáncer de mama es medio con 51,4 %. En este caso, las personas suelen requerir de apoyo para actuar y poseen cierta capacidad para afrontar las situaciones, aunque a alguna de ellas puede afectarle e influir en su toma de decisiones. En el nivel alto, el porcentaje fue de 25,7 %. En este nivel, las personas son capaces de adaptarse a diversas situaciones, poseen equilibrio y control emocional.

Finalmente, el porcentaje en el nivel bajo fue de 22,9%, pues las personas son poco capaces de enfrentarse a las demandas y competencias que exige la sociedad, no poseen control emocional y son dependientes. Se aprecia que el 40,0% de las mujeres con cáncer de mama utilizan el estilo centrado en la emoción, lo que revela que las pacientes expresan sus emociones para el afronte a la enfermedad y pronta recuperación. Seguido del nivel medio con 34,3%, en este caso, las personas, en ocasiones, comunican las emociones desencadenantes de la fuente estresante.

Finalmente, el nivel bajo alcanza un 25,7%, que representa a las personas que son poco capaces de expresar emociones. El 45,7% representa el nivel medio de mujeres con cáncer de mama, lo que significa, que usualmente ellas utilizan estrategias para modificar el problema existente. En el nivel bajo, el porcentaje fue de 30,0% y se refiere a las personas que son poco capaces de utilizar recursos personales para modificar la cognición de la amenaza. Por último, el nivel alto con 24,3%, significa que utilizan dicho estilo para redefinir la situación disminuyendo el impacto de la enfermedad.

Conclusiones: Se llegó a la conclusión que existe asociación entre los niveles de resiliencia y los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013. El nivel de resiliencia en las mujeres con cáncer de mama es medio, seguido del nivel alto y el nivel bajo. Las pacientes eligieron el estilo centrado en la emoción, seguido del estilo centrado en el problema y finalmente del centrado en otros estilos.

Becerra y Otero (2013), Estudiaron la Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama.

Objetivo. Conocer la relación existente entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, y el bienestar psicológico en una muestra de 46 pacientes con cáncer de mama, con un tiempo

de diagnóstico no menor a seis meses, en estadio clínico del I a III, que asisten a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima en el 2013.

Método: La muestra está compuesta por 46 mujeres con cáncer de mama con un tiempo de diagnóstico de por lo menos seis meses, en estadio clínico del I a III, que asisten a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima.

Resultado: Las participantes identificaron como las estrategias de afrontamiento de mayor uso: reinterpretación positiva, acudir a la religión y aceptación; las estrategias menos utilizadas fueron: desentendimiento conductual y negación respectivamente. Se encuentra diferencias significativas entre el grupo de pacientes que no han sido sometidas a una cirugía o se les ha realizado una cirugía de conservación, en comparación, con aquellas pacientes que han sido sometidas a una mastectomía (con/sin reconstrucción).

Conclusiones: Se encontró que los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la emoción son empleados con igual frecuencia. Esto sugiere que las mujeres examinadas emplearían más de una estrategia de afrontamiento de manera simultánea y que, además, podrían combinar dichos estilos.

Mejía (2008). “Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay en Lima Perú”.

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad de pacientes en el preoperatorio en Lima Perú.

Método: La muestra se constituyó de 90 pacientes, siendo la técnica: la encuesta y el instrumento fue la Escala de ansiedad de Spielberg (IDARE). En esta investigación, se usó un diseño de tipo descriptivo, de corte transversal.

Resultado: La prevalencia del nivel de ansiedad de la muestra fue de 78% considerándose alta por lo que existe una predisposición a estar ansioso, con reacción al aumento del estrés

preoperatorio frente a una situación amenazante por la intervención quirúrgica. Asimismo, la prevalencia de ansiedad en mujeres fue de 56% dentro del nivel medio a alto de ansiedad.

Conclusión: Existe un grado de ansiedad media según los síntomas negativos con tendencia a alta durante el preoperatorio, siendo mayor en las mujeres, la identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuirlas.

González y Vigil. (2008). Estudio la Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes.

Objetivo: Determinar si existe relación entre la percepción de las dimensiones de apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con el nivel de ansiedad rasgo en niños de 10 a 12 años, de nivel socio-económico medio alto de Lima metropolitana para la muestra general y según sexo.

Método: Corresponde a un estudio de nivel descriptivo y de tipo correlacional. Es descriptivo porque mide de manera independiente las variables, es decir, la percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental y el nivel de ansiedad rasgo, indagando su incidencia en un grupo de niños de 10 a 12 años de edad, de nivel socio-económico medio-alto, de Lima metropolitana.

Además de describir las variables de manera individual, es un estudio correlacional en tanto que el propósito es medir el grado de relación que existe entre dos variables, en este caso la ansiedad rasgo y la percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental. El diseño de investigación es no experimental. La muestra de la presente investigación está constituida por 222 estudiantes de ambos sexos, de 10 a 12 años de edad que cursan cuarto, quinto y sexto grado de primaria en dos colegios privados y mixtos de la ciudad de Lima. Para fines de esta investigación se utiliza un muestreo no probabilístico en

tanto la elección de los elementos de la muestra no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación.

Resultado: La relación madre-hija, en la etapa de la pubertad y adolescencia se caracterizaría por una combinación de autoridad, cercanía y conflicto. La relación madre-hijo se describe como afectuosa, instrumental y honesta. Los púberes no perciben que sus padres tengan expectativas en cuanto a sus logros escolares que estén sesgadas en función de si son hombres o mujeres.

La relación diferencial de los padres con sus hijos según su sexo estaría por lo tanto no vinculada a la dimensión de involucramiento sino más vinculada a la autonomía que los padres están dispuestos a otorgarles y a la estructura que le dan a dicha autonomía. Se percibe una diferencia medianamente significativa, donde los púberes tienen un mayor involucramiento del padre que de la madre.

El nivel de involucramiento que el púber requiere de ambos padres sería el mismo y estaría en función de su madurez y de rasgos de su personalidad, es posible que su percepción acerca del involucramiento de sus padres sea diferente debido a la distinta relación que tiene con cada uno de ellos.

Conclusión: Se corrobora que al igual que otras investigaciones, los púberes de la muestra seleccionada en este estudio perciben en forma diferente el involucramiento del padre y el de la madre. Se encuentra un ligero mayor nivel de involucramiento paternal que maternal, lo cual estaría relacionado con los cambios que se operan en los roles del padre y la madre durante la pubertad y el efecto que esto tendría sobre la percepción del púber en el contexto de su propia ambivalencia con respecto a mantener los privilegios que tuvo en la infancia y al mismo tiempo desprenderse de las figuras parentales. Este estudio está circunscrito a la ansiedad normal, presumiendo que los participantes en él no sufren de ansiedad patológica.

Sería importante en el futuro estudiar la relación entre la percepción del involucramiento parental y la ansiedad patológica.

Paredes (2005). Estudio el Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Objetivo: Analizar la relación que existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT).

Método: Posee un diseño no experimental de corte transversal siendo de tipo correlacional, ya que pretende identificar en su estado natural y en un momento determinado en el tiempo los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal, así como la posible relación entre estas variables. La población de la que se obtuvo la muestra es definida por todas aquellas personas diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) que se atienden en un Hospital del Seguro Social Peruano. De esta manera, los participantes del estudio fueron elegidos en función a un muestreo no probabilístico accidental, puesto que no todos los miembros de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos y porque los que finalmente conformaron la muestra fueron aquellos que se encontraron disponibles para participar en la investigación

Resultado: Los participantes estimaron que la red de soporte social percibido es mayor que la red de soporte social efectivo, ya que identificaron una mayor cantidad de personas que ellos creen pudieran brindar soporte sobre aquellas que efectivamente brindan algún tipo de ayuda.

Asimismo, mencionaron que su red social percibida podía estar conformada por un mínimo de siete y un máximo de veinticuatro personas; mientras que su red social efectiva

estuvo conformada por un mínimo de cuatro y un máximo de catorce personas. Por otro lado, se observa que los participantes presentaron mayores niveles de necesidad del soporte social que de satisfacción del mismo. Se observa que, de acuerdo al grado de satisfacción del soporte social, las funciones de interacción íntima, consejo e información y ayuda material fueron mayormente mencionadas por los participantes. Igualmente, se observa que, de acuerdo al grado de necesidad del soporte social, las funciones de interacción íntima, ayuda material y participación social fueron mayormente mencionadas por los participantes.

Conclusiones: Se encontraron correlaciones moderadas entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, y los índices y las funciones del soporte social, destacándose los otros estilos de afrontamiento y las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. Igualmente, se destacaron el tamaño de la red percibida y efectiva, el nivel general de satisfacción del soporte social y las funciones de interacción íntima, participación social, información positiva, asistencia, interacción negativa, ayuda material y consejo e información.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Ansiedad.

2.2.1.1 Enfoque de la Personalidad: Primeras teorías Rasgo-Estado.

El primer intento sistemático para distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado fue realizado por Cattell y Scheier (1958, 1961), Citado por Casado (1994), desde un enfoque psicométrico-factorial.

En esta primera teoría rasgo-estado según Casado (1994) se define:

El rasgo de ansiedad como la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre (p.)

Esta ansiedad rasgo se basa en las diferencias individuales, relativamente estables, en cuanto a la propensión a la ansiedad. Desde esta perspectiva, la ansiedad sería un factor de personalidad. Frente al rasgo, Cattell defiende el estado de ansiedad como una condición o un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo. En el estado de ansiedad se dan cambios fisiológicos tales como aumento de la presión sistólica, aumento del ritmo cardíaco, aumento del ritmo respiratorio, descenso del pH salivar.

Estos cambios, según Cattell, distinguen el estado de ansiedad de otros patrones de respuesta asociados al esfuerzo, al miedo, etc.

En esta primera distinción rasgo-estado de Cattell, ambos factores no son excluyentes ni opuestos, sino que cada sujeto tiene un rasgo propio de ansiedad que, en función de las situaciones (variables situacionales) y del propio organismo (variables organísmicas), fluctúa como estado.

En cualquier caso, el concepto fundamental de la teoría de Cattell es el de rasgo, pero sin olvidar los procesos motivacionales que él denomina “rasgos dinámicos”.

Esta primera formulación tuvo una gran repercusión en la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, Citado por Casado (1994) autor que ha desarrollado una de las teorías de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

En el segundo periodo que hemos delimitado a partir de la década de los años 60 se caracteriza por la aparición de una serie de cambios que revolucionarán el concepto de ansiedad: aportaciones desde el enfoque de la personalidad, modificación de la concepción unitaria de la ansiedad y la relevancia dada a las variables cognitivas.

2.2.1.2 Enfoque de la personalidad.

Desde la perspectiva de la ansiedad en el campo de la personalidad señalaremos tres de las aportaciones más relevantes: el desarrollo de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, las aportaciones de las Teorías Situacionistas y la aparición de las Teorías Interactivas.

2.2.1.3 Teoría Rasgo-Estado de Spielberger.

La respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipo-fisosuprarrenal y del sistema nervioso vegetativo.

Hasta entonces la ansiedad había sido conceptualizada como un rasgo de personalidad. Las teorías de rasgo concebían éste como una disposición interna o tendencia del organismo a reaccionar de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentra el sujeto.

Tras la primera formulación de Cattell, Spielberger desarrollará su Teoría Rasgo-Estado, llamada a ser la de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

Spielberger (citado por Casado, 1994). Sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados. Según este autor:

El estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. (pag.21)

Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger (1966) Citado por Casado (1994), de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.

Spielberger (citado por Casado, 1994) resume su teoría en seis puntos:

- a) Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo los niveles altos de estado de ansiedad serán experimentados como displacenteros.
- b) La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.
- c) La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.
- d) Los individuos altos en cuanto al rasgo de ansiedad percibirán las situaciones o circunstancias que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima como más amenazantes que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.
- e) Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conductas, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de la ansiedad.
- f) Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en el individuo el desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa psicológicos dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad.

Por tanto, según la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger podemos hablar de los estados de ansiedad como un proceso temporal que comienza con la valoración, por parte del individuo

de los estímulos, bien internos, bien externos, y sobre el que influirá el rasgo de ansiedad. Por ello, un individuo con marcado rasgo de ansiedad tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes no se llegará a dar reacción de ansiedad. En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en el estado de ansiedad, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar el estado de ansiedad.

Las principales aportaciones de las Teoría Rasgo-Estado de Spielberger se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Clarifica y profundiza en la distinción (ya sugerida por Cattell y Scheier, 1958, 1961) entre rasgo y estado de ansiedad, aportando una definición más precisa y operativa de ambos conceptos.
- El desarrollo de un instrumento de evaluación, el STA.I (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), Citado por Casado (1994), cuya utilidad es respaldada por el gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas.
- Por otro lado, es importante resaltar la relevancia que se da en esta teoría a los procesos o variables cognitivas. La valoración cognitiva juega un papel importante en la evocación de un estado de ansiedad y, junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad.

Goldstein (1939) sostiene que: “la ansiedad es una amenaza al “self”, al concepto de sí mismo; la ansiedad es un momento del proceso por el cual organismo y mundo son transformados continuamente”. (Citado en Domblás 2016, p 26)

Sullivan (1953) *Conceptualiza la ansiedad como la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas. Citado en (Domblás 2016, p 27)*

Basowitz, Persky, Korchin y Grinlcer (1955), Definen la ansiedad como la experiencia consciente y relatable de miedo intenso junto con un presentimiento, siendo ésta una experiencia subjetiva y sin relación con una amenaza externa. Citado en (Domblás 2016, p 27)

Epstein (1967), Citado por Casado (1994) “La ansiedad es un estado de impulso emocional que aparece tras la percepción de un peligro, como una situación de miedo sin resolver o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza”. Citado en (Domblás 2016, p 27)

Y, siguiendo el recorrido, se llega al siglo XX, donde la literatura médica juega un papel importante en el año 1911 a través de la utilización del término estrés de un modo figurado, en una conferencia de divulgación por parte de Walter B. Cannon que, algunos años después, en 1932 describe la “homeostasis”, es decir la capacidad que tiene todo organismo para mantener un constante equilibrio interno (equilibrio orgánico). Más tarde, a partir del año 1936, Selye (citado por Casado, 1994) se convierte en el autor protagonista durante las siguientes cuatro décadas.

En 1946 introduce el síndrome general de adaptación, en 1956 desarrolla los conceptos eustrés (eustress) y distrés (distress), el primero se refiere al estrés bueno o que produce resultados positivos o constructivos y el segundo se refiere al estrés perturbador o “malo”. En 1976 hace posible que el concepto estrés sea primordial desde la Psicología y la Medicina.

Selye (1956, citado por Casado 1994), introduce el término estrés para referirse a la suma de cambios generales o inespecíficos que suceden en el organismo en respuesta a determinadas condiciones estimulares o situacionales. Tras el planteamiento inicial de Selye,

el origen del concepto estrés fue diseñado de un modo estrictamente médico. Sin embargo, el concepto actual de estrés al uso en Psicología de la Salud es el resultado de la posterior psicologización del concepto original, llevada a cabo en primera instancia por Lazarus (citado por Casado, 1994) y algo después por Masson (citado por Casado, 1994)

2.2.1.4 Enfoque experimental motivacional.

Se constituye un esfuerzo al realizar un estudio experimental a partir de diversas manifestaciones según la Teoría de Hull (1921, 1943, 1952) Citado por Casado (1994) y larga serie de autores han querido considerar la ansiedad como un drive motivacional, responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. Así Dollard y Miller (1950), Spence y Taylor (1953) y Spence y Spence (1966). Citado por Casado (1994). Estos últimos autores suponen una relación entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad de la tarea a ejecutar, de manera que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto mientras que aquellos con nivel de ansiedad es menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea.

2.2.1.5 Línea psicométrico factorial.

Debemos a Raimond Cattell el primer intento sistemático de medir e identificar el constructo ansiedad. El procedimiento multifactorial utilizado por este autor se encuentra ampliamente expuesto en muchos de sus trabajos, especialmente Cattell (1972-1973). Citado por De Ansorena, y Col. (1983).

Cattell y Scheier, (citado por De Ansorena, Cobo y Romero, 1983). En su obra, destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado se encuentra caracterizado por la aparición de una serie de respuestas

altamente correlacionadas definen los autores anteriormente citados han denominado la ansiedad.

Cuando la ansiedad estado se hace consistente a lo largo del tiempo conforma lo que Cattell denomina “ansiedad rasgo” y se constituye en uno de los factores integrantes de la personalidad del sujeto.

En un ciclo de conferencias dictadas a la Universidad de Vanderbilt George Peabody College, más tarde recogidas en sus trabajos “Ansiedad y Conducta” (Spielberger, citado por De Ansorena, et al.1983). Sienta los pilares de su teoría del “estado rasgo- proceso”.

Por un lado, Spielberger insiste en la necesidad de clarificar las relaciones existentes entre estos tres conceptos: la primera, la ansiedad como estado, la segunda, la ansiedad como un estado complejo que incluye el miedo y stress” y tercero, la ansiedad como rasgo de personalidad. Para Spielberger el “stress” queda reducido a las condiciones estímulares que desencadenan la ansiedad. Así mismo, las estrategias cognitivas aprendidas para reducir la ansiedad, deben distinguirse claramente de esta.

Existe también una distinción clara entre el estado, rasgo y el proceso en que consiste la ansiedad. Por último, es erróneo pensar que la ansiedad es un todo unitario. ¿Qué es entonces la ansiedad? La ansiedad es un proceso, es decir, una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales evocada por unas formas de “stress”. Los estímulos pueden ser interpretados cognitivamente potencialmente peligrosos, elevándose, entonces, el nivel de ansiedad estado que consiste en aquellos sentimientos percibidos conscientemente, subjetivos, de tensión, aprensión y nerviosismo, acompañados de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Endocrino. Al elevarse el estado de ansiedad, se producen operaciones cognitivas y conductuales que tienden a disminuir el nivel de ansiedad estado, y que pueden ser tres tipos:

- a) Reinterpretación del estímulo.
- b) Evitación de la situación.
- c) Emisión de conductas y/o “mecanismos de defensa” que tiendan a reducir la ansiedad estado.

De este modo Spielberger sitúa el tercer componente de su modelo: ansiedad rasgo. Esta es conceptualizada como aquellas diferencias individuales estables en la tendencia a interpretar como “peligrosas” un alto espectro de situaciones y a responder a ellas con elevaciones de ansiedad estado. La intensidad y duración de la ansiedad estado son función de tres elementos:

- a. Percepción cognitiva de la amenaza.
- b. Persistencia de la estimulación.
- c. Experiencia anterior en situaciones similares. (Spielberger, citado por De Ansorena, et al.1983).

2.2.1.6. Línea cognitiva conductual.

“Esta línea está centrada en determinar las relaciones específicas existentes que desencadenan respuestas de ansiedad, tales respuestas y su mantenimiento, es decir, las teorías se han desarrollado desde el campo conductual”. Endler y Hunt (citado por De Ansorena, et al1983) proponen su modelo de ansiedad de interacción persona por situación. Estos autores insisten en la necesidad de especificar la interacción entre los rasgos personales que definen la ansiedad y situaciones específicas en que tal ansiedad se manifiesta en orden a predecir o modificar determinada. A tal fin, Endler, Hunt y Rosenstein (citado por De Ansorena, et al 1983) construyeron el S-R I A (Inventario de Ansiedad Estímulo Respuesta), cuestionario que pretende medir el rasgo- multidimensional- ansiedad integrada por tres componentes:

1. Ansiedad interpersonal
2. Ansiedad ante el peligro físico
3. Ansiedad en situaciones ambiguas

La investigación de Endler y Hunt (citado por De Ansorena, et al 1983), así como otras posteriores que han demostrado “que ante una situación ansiógena, la interacción de la persona con la situación, explica mayor parte de la varianza de la ansiedad total que la situación en sí o diferencias individuales. El tema de ansiedad ha sido sustituido por la investigación de las “conductas ansiosas” que, desde el paradigma de la teoría del aprendizaje, pueden considerarse como producto de una situación estimular antecedente en la que se encuentra un sujeto y que consisten en una serie de manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor que son mantenidas o extinguidas en función de las consecuencias o refuerzos que reportan a ese mismo sujeto”. (Citado por De Ansorena, et al, 1983)

2.2.2 Afrontamiento.

2.2.2.1 Definición de Afrontamiento.

Proceso cambiante continuamente y determinado fuertemente por el proceso de la evaluación cognitiva.

El afrontamiento juega el papel de mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidos los sujetos, los recursos personales y sociales con las que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que acarrearán a la salud física y psicológica de los individuos (Sandín ,2003 citado en Gómez, 2006).

Ante la aparición de un determinado suceso, el sujeto realiza una serie de valoraciones sobre sí mismo, así lo menciona Lazarus y Folkman, (como se citó en Vázquez et al.,2003). Existe una valoración primaria, la cual consiste en analizar si el hecho es positivo y las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. Luego se produce una valoración secundaria

de las capacidades del organismo para afrontarlos siendo más objeto de análisis y las que con más susciten una reacción.

Según Lazarus y Folkman (citados en Fernández, 2009) afirman que un evento percibido con carga de estrés, existe la puesta en marcha de diversos de la persona para afrontar la situación y restablecer el equilibrio: el afrontamiento tiene como principal función reducir el malestar vivenciado y el impacto sobre la persona.

Lazarus y Folkman (citados en Martínez 2009) denominaron estrategias de afrontamiento a este esfuerzo cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar estas demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estados emocionales) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona.

El afrontamiento puede estar orientado:

Hacia la tarea, centrándose en resolver el problema de manera lógica, soluciones y en la elaboración de planes de acción.

Hacia la emoción, centrándose en respuestas emocionales (ira, tristezas), en la evitación, preocupación y reacciones fantásticas.

2.2.2.2 Estrategias de Afrontamiento.

Afrontamiento cognitivo

Tiene relación con la capacidad intelectual para manejar las emociones, ya que de acuerdo a un suceso el sujeto tiene que comprender y emitir una adecuada respuesta sobre el suceso de manera que resulte menos nocivo

Se mencionan aspectos importantes como:

Aceptación (reconocer, respetar, tolerar)

Uno no se queja del agua porque está mojada, ni de las rocas porque son duras... La persona que se autorrealiza encara la naturaleza humana en sí mismo y en los demás de la

misma manera en que el niño mira al mundo con ojos muy abiertos, inocentes y sin crítica, simplemente apreciando y observando lo que corresponde y sin discutir las cosas ni pretender que sean diferentes” (Abraham Maslow). (Pérez, 2015, p.24)

Anticipación

Anticipar problemas o situaciones conflictivas posibles, considerando las reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas. La idea es evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, e inmunizarse para una situación futura posible, a semejanza del objetivo preventivo de las vacunas; pero, en éste caso, sin nocividad posible, puesto que no alteran el cuerpo. (Pérez, 2015, p. 25)

Autoanálisis (autoobservación, autocrítica)

Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad en el origen (ocurrencia), mantenimiento o manejo del problema (situación estresante), y actuar en base a ésta reflexión. La relajación o la meditación son técnicas que pueden optimizar éste análisis porque amplían el campo de conciencia. (Citado en Pérez, 2015, pag.25)

Planificación (planeamiento)

Pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias para solucionarlo. (Citado en Pérez, 2015, pag.25)

Reevaluación positiva

Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y como un estímulo para el desarrollo personal. (Citado en Pérez, 2015, pag.27)

Afrontamiento Afectivo: Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante. (Citado en Pérez, 2015, p. 27)

Agresión pasiva: Expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Muchas veces se da como respuesta a una demanda de acción o desempeño independiente, o a la falta de satisfacción de deseos de independencia, pero puede ser adaptativo para personas en situaciones de subordinación, donde la comunicación directa y asertiva está castigada, por lo que no es posible expresar asertividad de una forma más abierta (un subordinado respecto a su jefe, relaciones de abusos o maltrato). (Citado en Pérez, 2015, p. 27)

Hostilidad o resentimiento latente hacia los demás (a menudo ira hacia el padre). Aquí la agresión pasiva se entiende como mecanismo de defensa, ya que la agresividad se ha desvinculado de su motivo o de su objeto, pudiendo haber conciencia o no del sentimiento (ver Mecanismos de Defensa/Represión/Afecto). (Citado en Pérez, 2015, p.27)

Afrontamiento conductual: Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores. (Citado en Pérez, 2015, p.31)

Afrontamiento directo (confrontación): Afrontar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas. (Citado en Pérez, 2015, p.31)

Autoafirmación (respuesta asertiva): Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad). (Citado en Pérez, 2015, p.31)

Falta de afrontamiento (renuncia, desconexión comportamental)

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar

síntomas psicósomáticos, o reacciones depresivas: “No tengo forma de afrontar la situación”.
(Citado en Pérez, 2015, p.31)

2.2.2.3 Estilos de Afrontamiento.

Cada persona posee una propensión a utilizar una serie de estrategias en diversas situaciones. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Solo unos pocos estilos de afrontamiento han sido investigados de modo sistemático.

Personas evitadoras y personas confrontativas: Poseen una tendencia evitadora o minimizadora, mientras que otras utilizan un estilo más confrontativo o vigilante buscando información o tomando una acción directa ante cualquier situación. El estilo evitador es más útil en sucesos amenazantes el cual se repite o persiste a lo largo del tiempo, aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otros. El estilo confrontativo es útil ya que permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros, a pesar que tenga un coste mayor de ansiedad. Taylor (citado en Vázquez et al., 2003) señala que el estilo evitativo es bastante ineficaz para resolver situaciones de tensión continua laboral.

La catarsis, la investigación científica sobre los traumas ha empezado a indagar si el expresar los sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones complicadas.

El uso de estrategias múltiples, la mayor parte de los estresores acarrear problemas de la naturaleza diferente que necesitan estrategias de afrontamiento diferentes. Generalmente, es probable que un afrontamiento con resultados positivos requiera la capacidad de utilizar de forma adecuada estrategias múltiples de modo flexible. (Vázquez et al., 2003)

2.2.2.4 Recursos o impedimentos externos.

Según Vázquez et al., (2003), en el afrontamiento intervienen elementos externos como los recursos, el apoyo social recibido y la existencia de diversos estresores simultáneos. Estos factores pueden intervenir afectando de forma directa las capacidades de afrontamiento de un sujeto ante cualquier tipo de estresor, o pueden actuar como amortiguador del efecto de los estresores. El apoyo social se refiere a sentirse querido, protegido y valorado por los individuos cercanos, por lo general, amigos y familiares. Este elemento puede considerarse como un recurso o estrategia de afrontamiento, siendo uno de los mecanismos que los individuos aprecian más eficazmente para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman et al., 1986 citados en Vázquez et al., 2003l.)

2.2.3 Menopausia.

Se define como menopausia al periodo de vida de la mujer que marca la transición de la fase reproductiva al estado no reproductivo.

El término menopausia o climaterio proviene del griego climaterio (peldaños o escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos.

2.2.3.1 Fases de la menopausia.

Fase pre menopáusica

De inicio poco sintomático, comprende los años anteriores y próximos a la menopausia (35 a 45 años), también se le denomina climaterio temprano, se caracteriza por la aparición de irregularidades del ciclo menstrual y trastornos vasomotores.

Fase peri menopáusica

Es el periodo que comprende unos 2 a 5 años antes y después de la menopausia (46 a 55 años), cuando los ovarios comienzan a producir menos estrógenos y se caracteriza por presentar los mayores síntomas climatéricos en el 85% de mujeres.

Fase menopáusica

La menopausia se define como el cese de los periodos menstruales en la mujer que comprende edades entre 40 y 50 años de edad (del griego meno = mes y pausia = cese), por un periodo de un año. La menopausia es para el climaterio lo que la menarquia es para la adolescencia.

Fase post menopáusica

El término postmenopausia se define como el período que transcurre a partir del último período menstrual, sin tener en cuenta si la menopausia ha sido inducida o espontánea.

También recibe el nombre de climaterio tardío, se inicia después de establecida la menopausia y termina al comienzo de la senectud. El hipoestrogenismo trae, a largo plazo, consecuencias como: sequedad, adelgazamiento de la piel y mucosas, mayor probabilidad de inflamaciones e infecciones, dispareunia, incontinencia urinaria, entre otros. La vista y el oído también sufrirán alteraciones, las hiperlipidemias y los trastornos cardiovasculares e hipertensivos pueden llegar a ser la primera causa de muerte. La osteopenia y la osteoporosis también son de trascendencia, la obesidad (las hormonas sexuales regulan la composición corporal) contribuye a la enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión y dislipidemias.

Sin dejar de mencionar que es en esta etapa donde se acentúan entidades médicas propias de la tercera edad, tales como diabetes, la involución senil, el síndrome de Alzheimer y el cáncer.

2.2.3.2 Edad de la menopausia.

La edad de la menopausia, alrededor de los 50 años, no ha variado a través de las épocas. No parece estar regida por la edad de la menarquia ni por factores socioeconómicos, paridad, peso. Sí es afectada por la altura y pudieran afectarla la tendencia familiar, raza, ruralidad, aborto inducido repetido. En un estudio realizado por Pacheco, con 667 pacientes de la práctica privada en Lima, la edad promedio de la menopausia fue de 48 años. Pacheco (1984). Otro estudio de Coyotupa y col., encuentra que la edad promedio de menopausia es de 48.2 años en Lima y 45.3 años en Cerro de Pasco. Coyotupa (1991). Por lo mismo que la mujer cada vez vive más, se considera que los médicos usarán la mayor parte de su tiempo tratando mujeres mayores de 65 años.

2.2.3.3 Descripción clínica.

Se puede distinguir, para su mejor comprensión, en cambios locales, en el aparato genital, y cambios generales en el resto del organismo.

Cambios Locales

Ovarios y trompas: Después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y ocurre el fenómeno de atresia. Los ovarios no solamente se empequeñecen, sino que su superficie se arruga. Hacia los 55 o 60 años, los ovarios no son mayores que una almendra.

La trompa se atrofia y se retrae progresivamente y el ligamento suspensorio del ovario también se retrae, por lo que éste se eleva en la fosa ilíaca.

Útero y vagina: Igualmente el útero se atrofia y se reduce su tamaño y el endometrio deja de menstruar y se retrae, aunque no debemos olvidar que a veces persiste en proliferación y hasta con hiperplasia.

La vagina se adelgaza y atrofia. Además, hay sequedad vaginal, dispareunia y prurito.

Vulva, periné y ligamentos: En la vulva se atrofian los labios mayores y menores que permite, en mujeres delgadas, observar la hendidura vulvar desde el exterior. Con frecuencia la mucosa vulvar al tiempo que se atrofia se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen.

El periné también se relaja, pues como se sabe los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Otro tanto ocurre con los ligamentos del útero, en especial los retináculos que se relajan y atrofian. La consecuencia de todo esto es que la mujer se hace propensa a los prolapsos y descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria, etcétera.

Cambios Generales

El cese de la función ovárica produce una disminución hormonal de estrógenos, específicamente el estradiol que es el más potente y que expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado síndrome climatérico que se presenta en 2 de cada 3 mujeres y los más frecuentes son los siguientes: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio y vértigos. La aparición de los calores se ve favorecida por el estrés, el calor, el alcohol y el ayuno. En nuestro medio, las crisis vasomotoras afectan el 80 % de las mujeres en esta etapa, y guardan relación directa, como ya señalamos, con los disturbios endocrinos. Se ha referido la secuencia calor-taquicardia-enrojecimiento-frío con características de aparición nocturnas y que pueden sucederse con una frecuencia de 3 a 10 en 24 horas.

Constitución femenina: Suele modificarse en esta etapa con tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres, aunque en algunas hay adelgazamiento. Los caracteres sexuales tienden a atrofiarse y a veces se marca una tendencia a la virilización (virilismo climatérico).

Cambios digestivos: Consisten fundamentalmente en dispepsias, muchas veces atribuidas a alteraciones hepáticas o del colecisto y que, en realidad, no son más que trastornos sui

géneris del climaterio. Hay también disquecia, sensación de bola epigástrica y a veces meteorismo.

Cambios circulatorios: Con frecuencia la mujer es propensa al dermografismo, hiperemias cutáneas y vasoespasmos. Hay tendencia a la hipertensión, sofocos, como ya señalamos, y alteraciones en el riego de los miembros con parestesia.

Trastornos nerviosos: Hay gran inestabilidad psíquica, a la cual nos referiremos, cambios de carácter, irritabilidad, insomnio, etcétera.

Características Psicosociales

Los trastornos del psiquismo son importantes. Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina. Una falta de esta última es la que genera depresión.

Independientemente de lo señalado desde el punto de vista biológico, en esta etapa de la vida es frecuente que ya los hijos son mayores y abandonan el hogar y la mujer, sobre todo si es ama de casa, se siente sin misión, sin cometido. Ocurre lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío que añade una carga psíquica negativa al cuadro que tiene y esta expresión psicoconductual puede expresarse en forma de "celos" de mayor o menor intensidad.

Es importante también en esta etapa de la vida la comparación que muchas veces hace la mujer en relación con los estándares de vida en que se ha desenvuelto y que le sirven de referencia, donde ella misma valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su

autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económica, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar.

Sexualidad

Para algunas culturas, el sexo termina junto con las menstruaciones. Aún en las sociedades más desarrolladas hay prejuicios con la menopausia y su efecto sobre las conductas sexuales.

La sexualidad es, como se sabe, algo mucho más extenso que las relaciones sexuales de la pareja. Abarca un amplio arco de fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, éticos, psíquicos y sociales que configuran la existencia del individuo.

Al llegar la etapa del climaterio, estas dimensiones vitales de la mujer se ven afectadas de un modo endocrino, dado por la disminución de los estrógenos, de un modo genital, dado por los cambios anatómicos propios de esa edad (prolapsos, sequedad vaginal, dispareunia, etcétera), en la dinámica de la pareja, donde pueden haber disfunciones en la relación, y por la aparición de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, operaciones generales o ginecológicas (mastectomía, histerectomía, etcétera).

Todo esto afecta a la mujer desde el punto de vista psíquico y nervioso y, finalmente, su expresión social suele cambiar, por lo que los factores psicosociales y familiares son determinantes fundamentales de las posibles alteraciones que puedan surgir.

Si a lo anteriormente señalado añadimos los cambios en la esfera afectiva que ocurren con frecuencia en esta etapa tales como ansiedad, depresión, sentimientos de culpabilidad, disminución de la autoestima, temores a las enfermedades de transmisión sexual y temor al embarazo, se comprende la importancia que tiene abordar esta esfera en el climaterio.

Además, algunos aspectos de la respuesta sexual se modifican en el climaterio. Disminuye la tensión muscular, el rubor y la intensidad del orgasmo en la mujer. La excitación es más lenta, la erección del pezón es menos intensa y hay disminución de la secreción vaginal.

El hombre, por su parte, necesita más estímulo para la erección.

También la pérdida de atractivo físico o la creencia de que la pobre respuesta se corresponde con falta de cariño, puede alterar la relación sexual, así como la falta de comunicación. No obstante, es importante saber que, en esta etapa de transición en la vida de las mujeres, éstas continúan teniendo deseos y disfrutan del sexo, y que las normas, hábitos y costumbres determinan en gran medida su conducta sexual.

Se ha destacado la necesidad y la importancia de mantener la sexualidad en estas pacientes, pues estudios realizados han demostrado que el sexo reduce la tensión, hace que la mujer se sienta más plena y más deseable, ayuda a dormir y proporciona un desahogo físico para las emociones.

Síntomas

- Pérdida global del deseo sexual, desprovista de fantasías y sueños sexuales.
- Sensibilidad disminuida a la estimulación de pezones y clítoris
- Disminución de la energía y bienestar general.
- El desempeño durante el coito quizá sea limitado por la edad.
- Puede alterar el ciclo de la respuesta sexual humana.
- El tratamiento a una enfermedad (medicamento) puede generar problemas sexuales.

2.2.3.4 Influencia y Variabilidad de la sintomatología.

Por la interacción de factores que confluyen.

Influencia sociocultural: Determinados por el medio ambiente de la mujer (nivel cultural, ocupación, estado civil, modo de vida etc.)

Contexto individual, debido a que los factores psicológicos, son resultado del carácter individual de cada mujer. Además, puede verse favorecido por el estrés, el calor, el ayuno y el consumo de alcohol y otros hábitos nocivos; entre otros aspectos.

2.2.3.5 Impactos y Consecuencias en la salud física.

El síndrome climatérico por el hipoestrinismo favorece y condiciona la aparición de enfermedades crónicas tales como:

- Hipertensión arterial (HTA)
- Cardiopatía isquémica
- Accidentes cerebro-vasculares.
- Enfermedades cardiovasculares
- la Diabetes Mellitus
- Osteoartritis
- Hipercolesterolemia
- Osteoporosis

Sin embargo, también hay cambios y problemas a largo plazo que se producen en las mujeres postmenopáusicas a causa de la disminución de los niveles de estrógenos. Los dos mayores riesgos son la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

Huesos: Los estrógenos ayudan a mantener unos huesos saludables al mantener un equilibrio adecuado entre la formación y la destrucción de masa ósea. La disminución en los niveles de estrógeno y los casi inexistentes niveles de progesterona, que también contribuyen a la fortaleza de los huesos, implican pérdida de densidad ósea, lo cual en ocasiones conlleva a la osteoporosis.

Salud cardiovascular: Los estrógenos controlan la producción de colesterol al limitar la formación de placa en las arterias coronarias.

Tras la menopausia, los niveles de lípidos, particularmente los niveles de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) o "colesterol malo" incrementan en las mujeres. Los niveles de colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) o "colesterol bueno" disminuyen. Esto

implica que es más probable que se almacenen depósitos de grasa en las arterias, y por consiguiente se reduzca el flujo de sangre que llega al corazón.

La teoría enunciada por Williams y Williams (citado por Pérez, Bayarre y Navarre 2007) presenta la menopausia como una respuesta adaptativa de la especie humana, es decir, que actúa como un centinela para proteger a la mujer que envejece de los riesgos del parto. En la medida que los humanos evolucionaron y fueron capaces de alcanzar edades cada vez más viejas, llegó un momento en que la supervivencia durante el nacimiento de un niño comenzó a declinar como una función de envejecimiento adicional y fragilidad incrementada.

Bochornos, sofocos y sudoración nocturna

- Los sofocos se producen por un aumento de la temperatura corporal de 2 a 4 grados.
- De frecuencia variable, se suelen distribuir regularmente a lo largo del día, no dependen del ambiente y no necesitan factor desencadenante previo.
- Si se producen en la noche pueden producir trastornos del sueño.
- Los bochornos, se caracterizan por el enrojecimiento repentino de la piel, principalmente en tórax, cuello y cabeza, que asocia una sensación intensa de calor, profusión de sudoración, más marcada por la noche.
- Son consecuencia de una pérdida intermitente del control vasomotor periférico.
- El déficit estrogénico aparentemente produciría inestabilidad de los vasos sanguíneos y de las descargas nerviosas del centro vasomotor en el sistema nervioso central (sistema noradrenergico), alterando el centro termorregulador.

Los “Bochornos” y síntomas vasomotores como factor de riesgo.

Los síntomas vasomotores (VSM) –conocidos como “bochornos” o “flachazos de calor” y sudores nocturnos, se han asociado a la osteopenia, atrofia del tracto urinario –que favorece las infecciones y la incontinencia urinaria-, aumento del riesgo cardiovascular, síntomas somáticos, disminución de la libido y pérdida de la elasticidad de la piel e insomnio. Son el

principal indicador del inicio de la menopausia. Su llegada es en el tiempo más productivo de la mujer, y significa una lucha por mantener la funcionalidad y la calidad de vida (QOL). Por si mismos tienen un impacto psicológico negativo. Las hormonas ováricas tienen influencia en los mecanismos de termorregulación en el hipotálamo a través de la serotonina y la norepinefrina. Los bochornos se deben a la disminución de hormonas y su fluctuación en el cerebro y es visible por el cambio de coloración en la piel y sudoración. Aproximadamente el 75% de las mujeres experimentan bochornos en el pre hasta la postmenopausia. Citado en Blanca (2010)

2.2.3.6. Manifestaciones Psicológicas en la menopausia.

Se considera que el impacto psicológico de la menopausia está fuertemente ligado a factores personales y sociales (Zárate y, Mc Gregor, 1997), de esta manera padecen más afecciones psicológicas aquellas mujeres provenientes de ámbitos culturales en los que el cuidado de los hijos, la fertilidad y el rol femenino son elementos prominentes. (Zárate y, Mc Gregor, 1997).

Dentro de esta sintomatología, es frecuente el llanto fácil, la ansiedad, la falta de comunicación y comprensión que observamos en nuestras pacientes y que influyó en su dinámica familiar y conyugal. En este grupo existe el temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella, lo que perjudica la autoestima y su satisfacción personal, en la que la mayoría de las pacientes se puede encontrar evitación de las relaciones sexuales, disminución del deseo sexual e insatisfacción, entre otros aspectos de la sexualidad. (Botella, 1990)

Ello evidencia que la mujer busca "justificaciones" para evitar la relación sexual, dado fundamentalmente por el desconocimiento que tiene acerca de la sexualidad en esta etapa de

la vida, lo que, unido también a la sintomatología psíquica y a las alteraciones de la dinámica familiar encontrada, da al traste con el deterioro de su autoestima.

Si bien la menopausia representa el cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral esta etapa de la vida involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud.

El surgimiento de la familia que data de tiempos remotos, y que es la célula básica de la sociedad, ha tenido dentro de sus aspectos fundamentales la función reproductiva, por lo que la aparición de la menopausia produce cambios en este sentido que de una forma u otra modifican su dinámica. No debemos olvidar que la sexualidad, que es una amplia dimensión de la personalidad, va mucho más allá de las relaciones sexuales de la pareja y matiza los intercambios entre las personas de ambos sexos en su vida familiar, laboral y social.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, nos decidimos a precisar algunos de estos aspectos en un grupo de mujeres comprendidas en este grupo de edades en un consultorio médico, para comprobar en la práctica la interrelación de los mismos y la influencia que pueden ejercer en la dinámica familiar. (Lugones, Valdés y Pérez, 1999)

Es importante considerar la dinámica familiar y conyugal en estas pacientes, pues esto es muy importante no solamente para mejorar su calidad de vida, sino también por la influencia que pueda tener en el bienestar emocional. Los cambios sociales y la emancipación que ha tenido la mujer exige de la familia cambios profundos en los roles, que permitan resolver las contradicciones entre un modelo familiar establecido y las nuevas exigencias sociales que satisfagan el mejor funcionamiento y enriquecimiento de sus miembros.

El climaterio y la menopausia están considerados entre las circunstancias psicológicas de causa endocrina mediados por el estrés y con manifestaciones consideradas como

severas, como la irritabilidad, cefalea, signos de ansiedad (sudor, agitación, temor, etc.) y depresión (olvido, tristeza, etc.), entre otros. Solamente teniendo en cuenta estos aspectos, que por supuesto, no son todos, se comprende la enorme importancia que tiene el estudiar a este grupo en la atención primaria, para conocer sus principales problemas, manifestaciones y condiciones de vida, entre otros aspectos, y poder actuar sobre ellos. Las manifestaciones psíquicas son muy frecuentes en esta etapa, que, si bien no tienen por qué conducir al deterioro de la salud mental, sí se traducen en una disminución de la satisfacción personal e influyen en muchos aspectos de la vida y en las relaciones personales y familiares. También los factores sociales inciden en esta etapa, como son la cercanía de la jubilación, que crea preocupaciones lógicas, económicas y laborales y que pueden potenciar sinérgicamente los malestares antes señalados.

Podemos mencionar que los síntomas psicológicos, con predominio en las posmenopáusicas, y la ansiedad, la depresión y la irritabilidad son los más frecuentes. Se ha encontrado también síntomas clínicos, principalmente en las posmenopáusicas, como cefalea y dolores articulares que fueron los más frecuentes.

En estudios longitudinales, se asocian con trastornos en el sueño y contribuyen a la fatiga, irritabilidad, sentimiento de vergüenza en público, ansiedad, fatiga, depresión y los trastornos de memoria. Los VSM aumentan con el estrés y la ansiedad ocasionando 6 bochornos incontrolables, y problemas en la autoimagen, problemas laborales, rupturas familiares y aislamiento. (Bromberger et al, 2003)

Insomnio.

Se asocian con insomnio, dificultad para iniciar el sueño, despertar temprano con incapacidad de volverse a dormir (21%) apnea del sueño e hipopnea, privación del sueño total. Las mujeres postmenopáusicas tienen de 2.6 a 3.5 veces más frecuentes problemas para dormir que las premenopáusicas. Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los

problemas en el sueño. Un sueño no reparador e inadecuado tiene consecuencias, si la causa es la sudoración nocturna y los bochornos, afectan el estado de alerta durante el día, hay menor actividad mental, disminución de la productividad, cansancio, irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales. (Amore et al, 2004)

Deterioro cognitivo.

La edad influencia la habilidad de los 17-beta estradiol (E2) y el sistema colinérgico (receptores muscarínicos) a nivel cerebral localizados en el hipocampo. Los E2 modulan los procesos de atención primaria y visoespacial, la memoria episódica verbal, la memoria de evocación, la memoria reciente analizada a través de la lectura de un párrafo. Ha sido posible determinar que los bochornos disminuyen el flujo cerebral en el hipocampo, lo que provoca problemas de memoria y cognición. Las mujeres tienen una disminución de la claridad mental y la memoria a corto plazo, aquellas que reciben terapia hormonal tienen mejores puntajes en las escalas de memoria (Jacobs et al, 1998)

En el estudio del SWAN Study of Women's Health Across the Nation, citado por Blanca (2010), las mujeres peri y postmenopáusicas tienen síntomas de olvidos en 41% vs 31% de premenopáusicas. Otros estudios como el de Seattle Midlife Women's Health Study realizada por NAMS, (citado por Blanca 2010), reportan 7 que el 62% de las mujeres tienen cambios en su memoria, lo que podría considerarse como una indicación para terapia sustitutiva hormonal. El tratamiento con estrógenos mejora los receptores E2 y atenúa los efectos negativos de las drogas anticolinérgicas y antimuscarínicas en la ejecución de la memoria, sólo en mujeres alrededor de los 55 años, pero no las mayores de 73 años. Los bochornos nocturnos, la duración del sueño y la habilidad general verbal fueron índices de predicción sobre todo en la falla de la memoria de evocación inmediata y retardada para recordar una lectura. Como en otros muchos estudios, los bochornos no predicen la falta en la ejecución de

la memoria verbal. La incapacidad para recordar las lecturas se debe en parte a la privación de sueño. (Nachtigall, 2004, (citado por Blanca, 2010))

Para Deecher, y Uthian,(citado por Blanca,2010), de acuerdo a diferentes estudios existe una disfunción más del lóbulo temporal que del frontal, de acuerdo a las diferentes pruebas psicológicas que valoran la memoria. En los patrones de neuroimagen se encontró una facilidad para el recuerdo a través de conceptos de historia gestalt, asociados con la memoria semántica. El lóbulo temporal izquierdo es más grueso en la población femenina, situación que favorece que los bochornos no interfieran del todo con la actividad del lóbulo temporal para recordar historias.

Los bochornos provocan alteraciones en el sueño en la primera mitad de la noche y en la segunda parte suprimen el sueño REM, lo que se asocia con los despertares nocturnos. En la primera parte del sueño, el sueño es más profundo por los estadios 3 y 4 de ondas lentas y es fundamental para la memoria y su ejecución. La privación del sueño altera la memoria verbal y se tiene una menor actividad cerebral crítica para la memoria de evocación verbal (lóbulo temporal izquierda y giro parahipocampal. (Pilah, 1999) (Freedmann, 2006) (Backhaus et al, 2006) (citado por Blanca, 2010))

Otro de los factores que se relaciona con los bochornos y la cognición es el cortisol, se ha detectado un aumento en sangre 20 minutos después de su inicio. Los niveles en cortisol urinario son mayores. La administración de cortisol produce un efecto negativo en la memoria verbal, pero reversible. Los niveles de cortisol durante la noche predicen el deterioro de la ejecución de la memoria. En jovencitas, el cortisol urinario en 24 horas 8 y la fluencia verbal están elevados durante la fase folicular comparada con la fase lútea. Maki et al, 2008, (citado por Blanca, 2010)

Trastornos afectivos.

La prevalencia de trastornos depresivos en la mujer se estima en un 9%, en esa época se asocian condiciones relacionadas de miedo al envejecimiento, sentimiento de inutilidad, carencia afectiva, dificultades sociales, profesionales y maritales teniendo como consecuencia una reducida calidad de vida. Los cambios se asocian a variables múltiples como son el ambiente, una sensibilidad elevada, cambio en el ingreso socioeconómico, estado marital, la cultura, estilo de vida, educación, e historia de síntomas depresivos, el llamado Síndrome del Nido Vacío. Amore et al, 2004, (citado por Blanca, 2010)

Irritabilidad

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia, está presente en un hasta el 70%. Harlow apunta que el 23% de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos, siendo la edad de aparición a partir de los 41 años, con un pico de 31.6% entre los 42 a 44 años. (Harlow et al, citado por Blanca 2010), La irritabilidad se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración, síntomas físicos, como la disforia, tristeza, vulnerabilidad, y alteraciones en la autoestima. La irritabilidad es uno de los síntomas que afecta más a las mujeres en sus actividades sociales. Las mujeres que padecen de irritabilidad, describen el enojo como la sensación de estar “a punto de explotar”, deseos de gritarle a otros, irritable si las tocan, sentirse fuera de control, sentirse que el enojo “las invade”, dispuestas a criticar a otros, una mayor sensibilidad a los ruidos, en tono y volumen, coraje con ellas mismas, pérdida de control, tensión en todo el cuerpo, deseos de decir cosas que lastiman a otros sin querer, sentir que todo les molesta. Poco tolerante al menor estímulo y comportamiento 9 hostil. La escala de Born—Steiner Irritability Scale: Observer Rating es un buen instrumento para la medición de la irritabilidad. Born et al 2008, (citado por Blanca, 2010)

Alteraciones en el ánimo, tristeza y depresión.

Las mujeres tienen una prevalencia mayor de depresión comparada con los hombres 21% v.s. 13% como concluyó Kessler, (citado por Blanca (2010)). La OMS encontró que la depresión es una de las causas de salud que provoca mayor discapacidad y es la segunda causa de enfermedad en los EUA, (NIH, 2007) se calcula que aproximadamente 20 millones de americanos y 19 millones en la Comunidad Europea la padecen. Según la OMS, en los sistemas primarios de atención a la salud general se encuentra hasta un 69% . Ohayon, 2006, citado por Blanca, 2010)

Los factores de riesgo para padecer una depresión en la edad adulta es cinco veces mayor cuando se ha presentado en la juventud. Este riesgo aumenta cuando existe un segundo episodio en casi un 50%, más de dos episodios en un 70% y más de tres episodios en un 90%. La depresión es más frecuente en la perimenopausia y en la postmenopausia, por los cambios hormonales y se ha asociado con los bochornos, estos resultados fueron de Shmidta. (Citado por Blanca (2010)). Dada la relación hormonal con la serotonina, en el periodo perimenopáusico aumenta la vulnerabilidad a episodios depresivos con o sin historia de trastornos afectivos. Los síntomas premenstruales entre 36-44 los años y en la menopausia temprana antes de los 40 tienen un aumento en problemas relacionados con el estado del ánimo. El estrés, y los problemas psicosociales en la edad madura aumentan el riesgo de una depresión. Los factores asociados a cambios en el estado de ánimo son; El fumar, poco ejercicio, dificultades económicas, bajo nivel de educación, problemas de salud, la falta de una pareja y encontrarse sin parientes. Las mujeres tienen múltiples actividades que involucran el cuidado de los hijos, marido y parientes, lo que por sí mismo son factores que aumentan su nivel de estrés social. (Corrube, Bromberger, Leventhal, Shmidta, Prouty citados por Blanca 2010). También se han asociado la depresión con los niveles colesterol total y los niveles de LDL en la perimenopausia y postmenopausia. La diferencia se debe

indirectamente a la 10 baja de estrógenos. Engelberg sugiere que la disminución de colesterol puede disminuir la membrana de colesterol cerebral, una menor cantidad de lípidos microviscosos y una disminución en la exposición de los receptores serotoninérgicos en la membrana, lo que resulta una deficiencia en su funcionamiento, así dice Chen (citado por Blanca 2010). Los síntomas emocionales que acompañan a la depresión son la sensación de pérdida de placer, pesimismo, tristeza, ansiedad, irritabilidad, indecisión, falta de interés o motivación y exceso de culpa. Los síntomas relacionados con el comportamiento se manifiestan en la incapacidad para concentrarse, una pobre memoria, que contribuye a una reducción de la productividad, agitación psicomotriz, explosividad, enojo, fricciones interpersonales, accesos de llanto. Las quejas somáticas son cefalea, dolor y fatiga, disminución o aumento de apetito, algunas quejas de orden cardiovascular o gastrointestinal. Los síntomas físicos son fatiga, pérdida de energía, insomnio, ganancia o pérdida de peso, palpitaciones, mareo, síntomas gastrointestinales, dolores abdominales, acidez, indigestión, diarrea, constipación, aturdimiento, fibromialgia, dolor en cuerpo, cefalea, dolor en el pecho, dolor articular crónico, dolor en piernas, pérdida del deseo sexual. (Bhatia, Simon, Kroenke, Bromberger, Leventhal, citados por Blanca 2010).

En las mujeres predomina la depresión de tipo unipolar, el subtipo depresivo del trastorno bipolar, y cicladotas rápidas del trastorno bipolar y la depresión estacional, así concluyó Parry (citado por Blanca 2010).

2.3 Formulación de Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

HO: No existe una relación significativa entre la Ansiedad Estado Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

2.3.2 Hipótesis Específicas.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la **ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la **ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada

social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la **ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la **ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la **ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la **ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

2.4 Definiciones conceptuales

Climaterio: Es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años. Es un periodo de mayor tiempo comprende la perimenopausia, la menopausia y la

postmenopausia. La deficiencia estrogénica resultante se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación y molestia para la paciente que los sufre. (Gutiérrez, 2010, p 22)

Menopausia: (Menopausia natural):

La menopausia natural o espontánea, es el cese permanente de las menstruaciones debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se reconoce que la menopausia ha tenido lugar una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea y cuando no hay otra causa evidente patológica o fisiológica para la misma. (Gutiérrez, 2010, p 22)

Perimenopausia: Incluye el periodo inmediatamente anterior a la menopausia, cuando comienzan los cambios endocrinos, biológicos y clínicos premonitorios de la menopausia y el primer año posterior la misma (Gutiérrez, 2010, p 22)

Menopausia prematura: Debe definirse como aquella que ocurre a una edad inferior a la correspondiente a 2 desviaciones estándar por debajo de la edad media estimada para la población de referencia, generalmente se utiliza la edad de 40 años como el punto arbitrario de corte, por debajo del cual se dice que la menopausia es prematura. Menopausia prematura e insuficiencia o falla ovárica prematura son frecuentemente utilizadas como sinónimos. (Gutiérrez, 2010, p 22)

Postmenopausia: Se define como el periodo de tiempo que sigue a la última menstruación independientemente de si la menopausia fue inducida o espontánea (Gutiérrez, 2010, p 23)

Afrontamiento: “Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedente o desbordante de los recursos del individuo”. Lazarus y Folkman 1986. (De Vera, 2004, p1)

Estilos de afrontamiento: Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Lazarus y Folkman 1986. (De Vera, 2004, p1)

Estrategias de afrontamiento: También denominadas con el término inglés coping, son procesos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés. Lazarus y Folkman 1986. (De Vera, 2004, p1)

Dominio psíquico: Se incluye la indagación de aspectos referentes a la esfera psicológica de la mujer post menopáusica (Gutiérrez, 2010, p 22)

Sexualidad: La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida.

Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (Gutierrez, 2010, 22)

Capítulo III: Metodología

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación corresponde a un estudio con metodología cuantitativa de tipo descriptivo y diseño correlacional. Es descriptivo porque mide de manera independiente las variables, es decir, la ansiedad estado, ansiedad rasgo; y las estrategias de afrontamiento, además de describir las variables de manera individual es un estudio correlacional de relación multivariada en vista que el estudio tiene como propósito analizar relaciones simultáneas entre dos variables y esto se ajusta a la definición brindada por Hernández, Fernández y Baptista (1998) así como por Alarcón (2008) acerca de los estudios correlacionales.

3.2. Diseño de Investigación

Se trata de un diseño no experimental de corte transversal, ya que busca identificar las variables medidas en su estado natural y en un momento determinado en el tiempo, sin manipulación intencional por parte de la investigadora (Hernández, 1998).

El diseño de investigación es transversal y correlacional, ya que se describe

Diseño Específico

M: rx y

Símbolo	Significado
M	Muestra de Pacientes
x	Medición de la variable Ansiedad Estado - Rasgo
y	Medición de la variable Estrategias de Afrontamiento
r	Correlación de las variables

3.3. Población y Muestra

La población estuvo constituida por 500 pacientes del consultorio de control de la menopausia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el año 2016.

La muestra se obtuvo de forma no probabilística intencional por el investigador. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes que asistieron al consultorio de control de la menopausia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el año 2016, además se incluyen los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el consultorio de control de la menopausia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2016.

- Pacientes de ambos sexos.

- Pacientes entre 45 y 59 años.

-La participación de los pacientes fue voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con condiciones físicas y cognitivas que no les permitan responder a los instrumentos.

- Pacientes menores 45 y mayores 59 años.

- Pacientes de otras áreas del hospital.

3.4. Variables de estudio

Variables Atributivas

- **Evaluación de la ansiedad**

Definida por los resultados obtenidos en el inventario de ansiedad Estado - Rasgo (STAI)

- **Estrategias de Afrontamiento**

Definida por los resultados obtenidos en el inventario Indicador de estrategias de afrontamiento (IEA)

Variables Controladas

- **Deseabilidad Social**

Se controlará dado que la aplicación del instrumento se realizará de forma anónima, por lo que se presume que existen mayores probabilidades para que las participantes respondan de forma honesta.

- **Fatiga y/o Cansancio Físico y Mental**

Será controlado debido a que se aplicarán los instrumentos solo a aquellos participantes que ese día de la evaluación.

3.5. Técnicas de recolección de datos

3.5.1 Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006

(Citado en Cano et al 2007)

Tabla 1.

Áreas de afrontamiento

Nº	AREAS DE AFRONTAMIENTO
1	Resolución de problemas
2	Autocrítica
3	Expresión emocional
4	Pensamiento desiderativo
5	Apoyo social
6	Reestructuración cognitiva
7	Evitación de problemas
8	Retirada social

Fuente: Cano et al 2007

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (claves de corrección)

Tabla 2.

Resolución de problemas

Resolución de problemas	(REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33
Autocrítica	(AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34
Expresión emocional	(EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35
Pensamiento desiderativo	(PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36
Apoyo social	(APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37
Reestructuración cognitiva	(REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38
Evitación de problemas	(EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39
Retirada social	(RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40

Fuente: Cano 2007

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento muestra unas excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61% de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89.

La validez convergente se comprobó utilizando las inter-correlaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento.

Tabla 3.

FACTORES PRIMARIOS	Ítems estudio actual	Ítems estudio de Cano y cols. (2007)
Resolución de Problemas (REP)	1, 9, 17, 25, 33	1, 9, 17, 25, 33
Autocrítica (AUT)	2, 10, 18, 26, 34	2, 10, 18, 26, 34
Expresión Emocional (EEM)	3, 11, 19, 27, 35	3, 11, 19, 27, 35
Pensamiento Desiderativo (PSD)	4, 12, 20, 28, 36	4, 12, 20, 28, 36
Apoyo Social (APS)	5, 13, 21, 29, 37	5, 13, 21, 29, 37
Reestructuración Cognitiva (REC)	6, 14, 22, 30, 38	6, 14, 22, 30, 38
Evitación de Problemas (EVP)	7, 15, 23, 31, 39	7, 15, 23, 31, 39
Retirada Social (RES)	8, 16, 24, 32, 40	8, 16, 24, 32, 40

Nota: Todos los ítems correspondieron a los ocho factores en el mismo orden en los dos estudios.

Factores primarios en ambos estudios

Tabla 4.

Comparación de alfa de Crombach

Tabla 2. Comparación de alfas de Cronbach.

	Comparativa de datos psicométricos del CSI									Ejemplo
	Estudio actual			Cano y cols. (2007)			Tobin y cols. (1989)			
	Ítems	Var.	α	Ítems	Var.	α	Ítems	Var.	α	
REP	5	8%	0.80	5	9%	0.86	9	5%	0.82	Luché para resolver el problema.
AUT	5	9%	0.86	5	9%	0.89	9	12%	0.94	Me culpé.
EEM	5	8%	0.86	5	8%	0.84	9	6%	0.89	Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés.
PSD	5	8%	0.84	5	8%	0.78	9	4%	0.78	Deseeé que la situación nunca hubiera empezado.
APS	5	8%	0.84	5	8%	0.80	9	6%	0.89	Encontré a alguien que escuchó mi problema.
REC	5	7%	0.82	5	7%	0.80	9	3%	0.83	Me fijé en el lado bueno de las cosas.
EVP	5	7%	0.70	5	6%	0.63	9	7%	0.72	Evité pensar o hacer nada.
RES	5	6%	0.78	5	5%	0.65	9	4%	0.81	Pasé algún tiempo solo.
Total	40	62%		40	60%		72	47%		

Tabla 5.

Matriz de intercorrelaciones entre estrategias de afrontamiento y utilización de

Estrategias de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento						
	AUC	APS	EEM	PSD	REC	EVP	RES
Autocrítica (AUC)							
Apoyo social (APS)	-.018						
Expresión emocional (EEM)	.360**	.342**					
Pensamiento desiderativo (PSD)	.466**	.169*	.226**				
Reestructuración cognitiva (REC)	-.078	.437**	.182*	.128*			
Evitación de problemas (EVP)	.094	.152*	.180*	.150*	.342**		
Retirada social (RES)	.382**	-.190*	.169*	.138*	-.103	.323**	
Resolución de problemas (REP)	-.106	.306**	.093	-.035	.515**	.096	-.207*

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

estrategias de afrontamiento

Tabla 6.

Inventario de estrategias de afrontamiento

Anexo 1		Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)							
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (claves de corrección)									
Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33								
Autocrítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34								
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35								
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36								
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37								
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38								
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39								
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40								
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19,28	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

Las dimensiones que evalúa la escala de afrontamiento son:

Las ocho escalas primarias son, brevemente:

1.-Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

2.-Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante

3.-Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional

4.-Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

5.-Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante;

6.-Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

7.-Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

8.-Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Factores

— Factor 1. Resolución de problemas: incluye los ítems 65, 57, 33, 41 y 17 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,82 a 0,67.

— Factor 2. Autocrítica: incluye los ítems 23, 47, 31, 55 y 63 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,87 a 0,79.

— Factor 3. Expresión emocional: incluye los ítems 27, 19, 59, 43 y 51 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,74 a 0,46.

— Factor 4. Pensamiento desiderativo: incluye los ítems 38, 30, 22, 62 y 46 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,79 a 0,59.

— Factor 5. Apoyo social: incluye los ítems 12, 36, 44, 60 y 52 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,74 a 0,65.

— Factor 6. Reestructuración cognitiva: incluye los ítems 66, 58, 42, 34 y 10 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,72 a 0,55.

— Factor 7. Evitación de problemas: incluye los ítems 29, 21, 53, 13 y 69 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,67 a 0,44.

— Factor 8. Retirada social: incluye los ítems 48, 32, 72, 56 y 8 del trabajo original, con cargas factoriales desde 0,74 a 0,39.

Es evidente entonces que, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de la persona y de su adecuado desarrollo y aplicación, dependerá la calidad de vida y el bienestar psicológico. En este sentido, las estrategias de afrontamiento han sido consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos, como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Por su parte, Zaldívar (citado en Díaz, 2010) plantea que, “El afrontamiento al estrés, al ser positivo pudiera ser un factor protector de la salud y al ser negativo pudiera ser un factor de riesgo para enfermar.” (Díaz 2010, p 7).

Según Lazarus, (citado en Díaz 2010), “Los modos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio.” (Díaz 2010, p 7).

En este mismo orden, los autores anteriormente señalados, plantean dos estilos de afrontamiento; los activos centrados en la solución del problema, y los pasivos que se dirigen al control de la emoción; la interrelación que existe entre ambos, facilitan el control conductual y emocional provocando una respuesta de adaptación. Por su parte, las estrategias

centradas en el problema y dirigidas a la modificación de alguna de las situaciones estresantes, resultarán positivas sólo en aquellos contextos que permitan la puesta en práctica de esfuerzos por ejercer algún tipo de control, en este sentido, se observa que el estilo centrado en la solución de problemas potencia una actitud más activa, esperanzadora y optimista para enjuiciar y afrontar la existencia, sobre todo si el estilo asumido está contextualizado, independientemente de los ajustes que proporcionan los estilos de afrontamiento centrados en la emoción.

Esto puede ser, una de las razones por las cuales se valora que las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema potencien más bienestar y calidad de vida que las centradas en el control de la emoción. Resulta oportuno destacar que, los estilos y estrategias pueden ser puestos en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas que la persona utiliza para hacer frente a las situaciones y que demandan la movilización de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales en el intento de reducir o eliminar las experiencias perturbadoras o estresante.

Por su parte, numerosas investigaciones han estudiado el afrontamiento en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante. Sin embargo, Lazarus y Folkman citados por (Díaz, 2010), reconocen el valor que tiene el uso de los estilos de afrontamiento, no solo en el contexto de la enfermedad, sino también, dentro de otros contextos como son la familia, el campo educativo, y el trabajo, y por esta razón, recomiendan ampliar su estudio en estos ámbitos.

En este mismo orden, las aportaciones teóricas de Lazarus (como se citó en Díaz 2010) para el desarrollo del inventario de estrategias de afrontamiento en la Salud Mental y el autocontrol, en donde las estrategias de afrontamiento son la capacidad natural que tiene cada

individuo para protegerse frente a todo estímulo que le genere, cualquier nivel de, angustia, dolor, ansiedad o sufrimiento.

El **Inventario de Estrategias de Afrontamiento** (EA) modificado en su adaptación española (Cano, et al., 2007), donde se incluyen siete (7) subescalas para su evaluación, las cuales se presentan de la siguiente manera:

Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva: indica un afrontamiento adaptativo basado en el problema, bien sea cambiando la situación, o bien su significado.

Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye dos subescalas: **Apoyo social y expresión emocional**, refleja un afrontamiento adaptativo basado en el manejo de las emociones que surgen del proceso estresante.

Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye dos (2) subescalas: **Evitación de problemas y pensamiento desiderativo**, indica un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien sea evitando las situaciones estresantes o bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

Manejo inadecuado centrado en la emoción: Incluye las subescalas: **Retirada social y Autocrítica**, sugiriendo un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias que surgen de la agrupación empírica de las secundarias como son: **Manejo adecuado:** que incluye resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional reflejando esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante.

Manejo inadecuado: incluye las subescalas de Evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, provocando un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Con base a los indicadores de este instrumento, se busca medir la capacidad que tienen las personas para anticipar su respuesta ante la presencia de problemas o situaciones conflictivas, y considera que, las reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas que se deriven del estímulo tiene que ver con **la resolución de problemas**, en tal sentido, la idea es evitar la aparición de un estado de preocupación o ansiedad, o desarrollar mecanismos similares a la inmunización, que le permitan responder de una manera efectiva al enfrentarse en el futuro a situaciones similares; este carácter demostrado en el aprendizaje de la conducta para el desarrollo de una respuesta.

En ese mismo sentido, Pennebaker y Susman, 1988 (citado en Cano 2007) se refieren a la **expresión emocional**, como los esfuerzos que realiza una persona para controlar, demostrar u ocultar sus propios sentimientos frente a las respuestas emocionales; cuando esta respuesta se manifiesta con el propósito de liberar las emociones, recibe el nombre de descarga emocional, esta manifestación ha sido descrita como, catarsis, cuya función consiste en permitir a la persona, liberar las emociones, expresar los propios sentimientos, llegando a desarrollar manifestaciones emocionales intensas, tales como: llorar, gritar, o hasta dirigir y liberar la agresividad hacia un objeto determinado, la expresión emocional canalizada correctamente puede resultar eficaz para afrontar determinadas situaciones o experiencias difíciles de la vida diaria.

En este mismo orden, este mecanismo, tiene similitud con el método catártico psicoanalítico (descarga de las emociones - por ejemplo, llanto - vinculadas a un acontecimiento traumático inconsciente, a través de su vivencia en el presente), hablar, comunicar las preocupaciones, expresar las emociones, tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan comportamientos obsesivos, con el paso del tiempo, como de somatizar y de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica.

Por su parte, **el apoyo social**, como estrategia de afrontamiento, según Lazarus, consiste en acudir a otras personas del entorno (pareja, familiares, amigos); asistir de manera voluntaria a organizaciones o grupos y formar parte de ellos, o consultar de manera directa a profesionales tales como: abogados, psicólogos, psiquiatras, orientadores, entre otros, con el objetivo de buscar el apoyo necesario ante una determinada situación, este apoyo puede ser de carácter instrumental como por ejemplo, dinero ante una necesidad económica; de carácter informativo o de apoyo emocional. En este orden, el apoyo social, implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos, es decir, sin derivar la culpa de los acontecimientos a los que, ofrecen su apoyo o ayuda.

En este mismo contexto, se describe **la reestructuración cognitiva** o reevaluación positiva, como la capacidad que se tiene de, modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que la persona tenga, o haya tenido, es decir, fijarse en lo positivo, esta capacidad expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y observarlo como un estímulo para el desarrollo personal; de esta manera se puede afrontar directamente la situación estresante y desarrollar acciones directas dirigidas a mantener la tranquilidad emocional.

Por otro lado, **la autocrítica** constituye una estrategia de afrontamiento, que se fundamenta desde el punto de vista teórico, en la autopercepción que se tenga de sí mismo, y que le permita manejar el control sobre sí mismo; la autocrítica, ha sido estudiada como una forma de afrontar la situación en una reacción de autoevaluación desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta llegar a la construcción de conceptos y razonamiento lógico sobre una situación para afrontarla. Es decir, está dirigida a, pensar y estudiar el problema, analizar los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias efectivas para solucionarlo.

El pensamiento desiderativo, considerado como, la fuerza del deseo de que ocurra algo, tiende a sesgar el buen juicio sobre la probabilidad de que ocurra. La persona, expresa deseos acerca de que no ocurra el problema y/o sus consecuencias, por lo que, algunos autores también lo consideran como, pensamiento evitativo. La persona, puede estar convencida de que, para evitar males mayores, debe postergar, quizá indefinidamente, la expresión de una conducta verbal o motriz y, por tanto, la satisfacción de la necesidad percibida que subyace a la misma.

El **escape/evitación**, consiste en el distanciamiento, desconexión cognitiva, o evasión; que utiliza una persona para apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que le afecte emocionalmente, “Sacar el problema de la mente”, o también puede darse el empleo de un pensamiento irreal, mágico o improductivo , “Ojalá hubiese desaparecido esta situación”, o de un pensamiento desiderativo, expresando el deseo de que la realidad no fuera estresante, fantasear sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras, realizar actividades de distracción como: ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas desarrolla actividades de autocuidado, como: arreglarse, vestirse bien, hacer deporte; ordenar cosas, salir solo o con amigos a divertirse, o también pueden desarrollarse estrategias negativas reductoras de tensión o paliativas, como: comer en exceso, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos. En este sentido, el afrontamiento orientado a la evitación se refiere al uso de estrategias evasivas dirigidas a rodear o evitar la situación estresante, que incluiría distanciamiento conductual y mental, negación o del humor, es una forma pasiva para afrontar situaciones estresantes.

En este mismo orden, la **evitación de problemas**, consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar). Es un mecanismo consciente que tendría lugar a nivel de la “segunda censura”, que Freud sitúa entre el consciente y el preconscious. Es una

exclusión fuera del campo de conciencia actual, y donde desempeñan una función primordial las motivaciones morales.

La retirada social de la interacción con el mundo, a través de la cual la persona, en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, asume conductas negativas, este elemento, constituye un componente clave para el desarrollo de las adicciones. El sentimiento de falta de amor verdadero de los padres, lleva a recurrir o induce a la autosatisfacción a través del uso de sustancias como por ejemplo las drogas, desarrolla conductas inapropiadas, entre las cuales destaca las ludopatías. En la retirada social la persona puede aislarse, por lo que no desarrolla expresiones de amor y afecto a las personas de su entorno.

3.5.2. Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo.

La ansiedad es uno de los principales problemas de salud de la sociedad industrializada. Un diagnóstico adecuado es crucial para establecer unas pautas de intervención eficaces. El objetivo del cuestionario **STAI** es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 Ítems:

Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

En la 8ª edición del 2011, se ha procedido a una completa revisión de sus propiedades psicométricas y de sus baremos. A partir de una muestra de más de 1.500 casos se han generado nuevos baremos de adolescentes, universitarios y adultos.

FICHA TÉCNICA

STAI CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

IDENTIFICACIÓN

Nombre Del Test: STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Nombre Priginal: “State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire” (Romero, 2011,62).

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore

Adaptación Española: Sección de estudios de TEA Ediciones, S. A. Madrid.

DESCRIPCIÓN

Tipo de Instrumento: Cuestionario autoaplicado de forma individual o colectiva

Población: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.

Número de Ítems: 40

Tiempo de Administración: 15 minutos.

Normas de Aplicación: El STAI fue diseñado para la autoaplicación y puede ser administrado de forma individual y colectiva. Conviene que el examinador lea en voz alta las instrucciones mientras los evaluados lo hacen en silencio. Para analizar la ansiedad como estado el paciente debe leer cada frase y señalar la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente ahora mismo, para el análisis de la ansiedad como rasgo se debe leer cada frase y señalar la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente en general en la mayoría de las ocasiones. (Romero, 2011,62).

Descripción: El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como

hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. (Romero, 2011,63).

La Ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E) la ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”. En 1964 comenzaron los trabajos de construcción del cuestionario, en principio planteado como escala única para la evaluación tanto del rasgo como del estado. Los resultados preliminares vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, especialmente del rasgo. En la redacción de los ítems se procuró que no hubiera connotaciones de rasgo. En la versión que ha dado lugar a la castellana quedan cinco ítems con la misma redacción y 15 de redacción específica para cada forma. (Romero, 2011,63).

Fiabilidad: El coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre 0.83 y 0.92. En la muestra española los índices KR20 para A/E oscilan entre 0.90 y 0.93 y en A/R entre 0.84 y 0.87. La fiabilidad test-retest se obtuvo en un subgrupo de sujetos normales con diferentes intervalos.

Validez: Se obtuvieron datos de validez concurrente mediante la correlación del STAI(A/R) y otros cuestionarios de ansiedad. Para estudiar la validez del A/E se compararon los resultados de estudiantes universitarios (332 hombres y 645 mujeres) en situación normal y antes de un examen. Se obtuvieron diferencias significativas (al 1 por 100) para la puntuación total y todos los ítems excepto el 8. (Romero, 2011,63).

Aparición: 1964.

Objetivo: La escala A/E se puede utilizar para medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción de ansiedad o como índice del nivel de “impulso”. También puede ser un indicador de los efectos de técnicas de relajación. La variable A/R puede utilizarse en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. También puede ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad (Romero, 2011,63).

Aspectos que Evalúa: Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del ejemplar (Romero, 2011,63).

3.6. Procedimiento de Recolección de datos

Los pacientes serán evaluados durante el proceso de asistencia a la consulta externa y a las acciones de capacitación realizadas en el Hospital, a quienes se les aplicarán los siguientes instrumentos psicológicos.

Antes de su aplicación, la evaluadora (autora de la presente tesis) leerá y explicará detenidamente las instrucciones de cada cuestionario. Se tendrá en cuenta el correcto llenado de las hojas de respuesta de los instrumentos psicológicos.

3.7. Técnicas estadísticas de análisis de datos

Los pacientes serán evaluados durante el proceso de estancia hospitalaria. De forma individual se les aplicarán los siguientes instrumentos en el siguiente orden: Cuestionario Ansiedad Estado – Rasgo, y el Indicador de estrategias de afrontamiento (IEA). Antes de su

aplicación, la evaluadora (autora del presente proyecto de tesis) leerá y explicará detenidamente las instrucciones de cada cuestionario. Se tendrá en cuenta el correcto llenado de las hojas.

Los Resultados se presentarán:

Nivel Inferencial: se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman (r^2), para relacionar las variables de estudio, con un nivel de significación del 5%.

Para procesar los datos se ha utilizado el software estadístico SPSS 21 (Programa estadístico para ciencias sociales). Es necesario precisar que el software estadístico en mención aplica la técnica estadística utilizada en el estudio.

Finalmente, en los anexos se incluye el análisis del nivel descriptivo: Las puntuaciones directas obtenidas de los instrumentos se presentan en tablas gráficas.

3.8. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se realizará con previa información de las autoridades respectivas de la institución hospitalaria donde se realizará la evaluación, a los pacientes sobre el tema y objetivos de la investigación, teniendo la facultad de elegir su participación. Además, se informará que, al aceptar su participación en el trabajo de investigación, se tendrá la máxima confidencialidad de la información brindada, así como también se le asegurará que los resultados de la investigación serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados

4.1 Resultados del instrumento aplicado

Análisis descriptivo

En el nivel descriptivo se ha utilizado las puntuaciones directas de las pruebas, según el sistema de calificación y puntuación de los ítems, tanto en la variable Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento, a continuación, se presentan los resultados:

4.1.1 Niveles de ansiedad estado.

Tabla 7.

Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Baja	35	35,0
Media	53	53,0
Alta	12	12,0

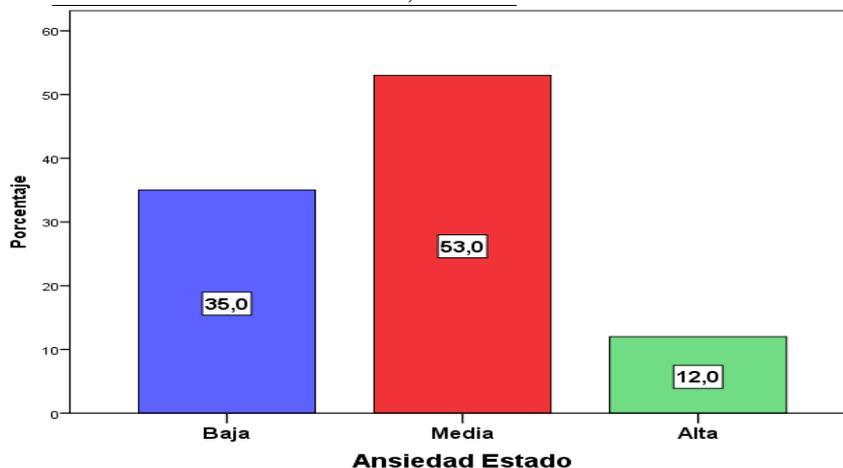


Figura 1: Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 53,0% muestran un nivel de ansiedad estado media, seguidamente un 35,0% baja y finalmente 12,0% evidencia un nivel de ansiedad estado alta.

4.1.2 Niveles de ansiedad rasgo.

Tabla 8.

*Niveles de **Ansiedad Rasgo** en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Baja	23	23,0
Media	55	55,0
Alta	22	22,0

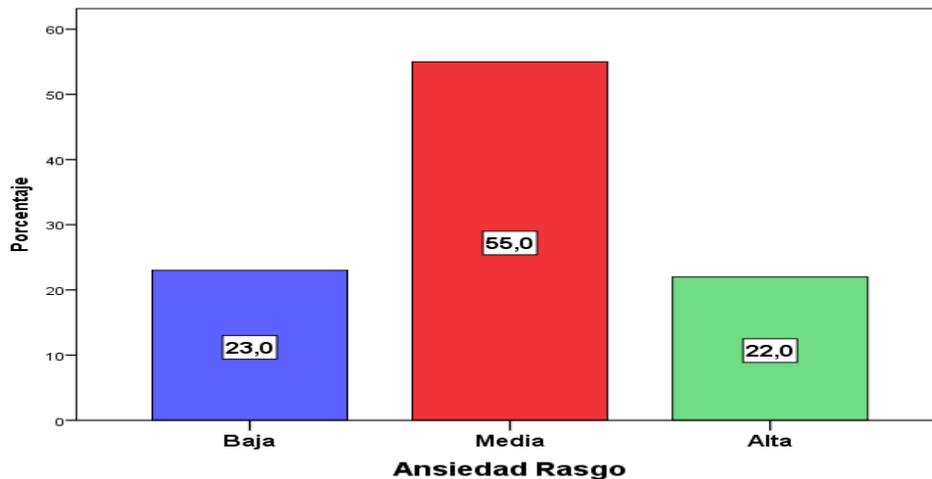


Figura 2. Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 55,0% muestran un nivel de ansiedad rasgo media, seguidamente un 23,0% bajo, y finalmente, el 22,0% evidencia un nivel de ansiedad rasgo alta.

4.1.3 Niveles de estrategias de afrontamiento.

Tabla 9.

Niveles de estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	51	51,0
Alto	49	49,0

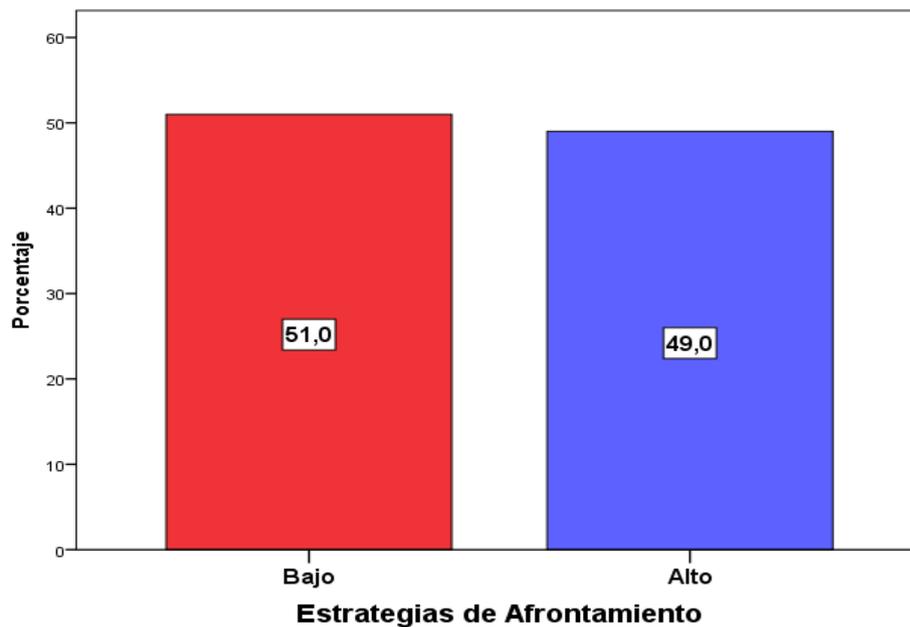


Figura 3. Niveles estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 51,0% desarrollan un nivel de estrategias de afrontamiento bajo, por otro lado, un 49,0% evidencia un nivel de estrategias de afrontamiento alto.

4.1.4 Niveles de resolución de problemas.

Tabla 10.

*Niveles de la **dimensión de resolución de problemas** en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.*

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	30	30,0	
Alto	70	70,0	

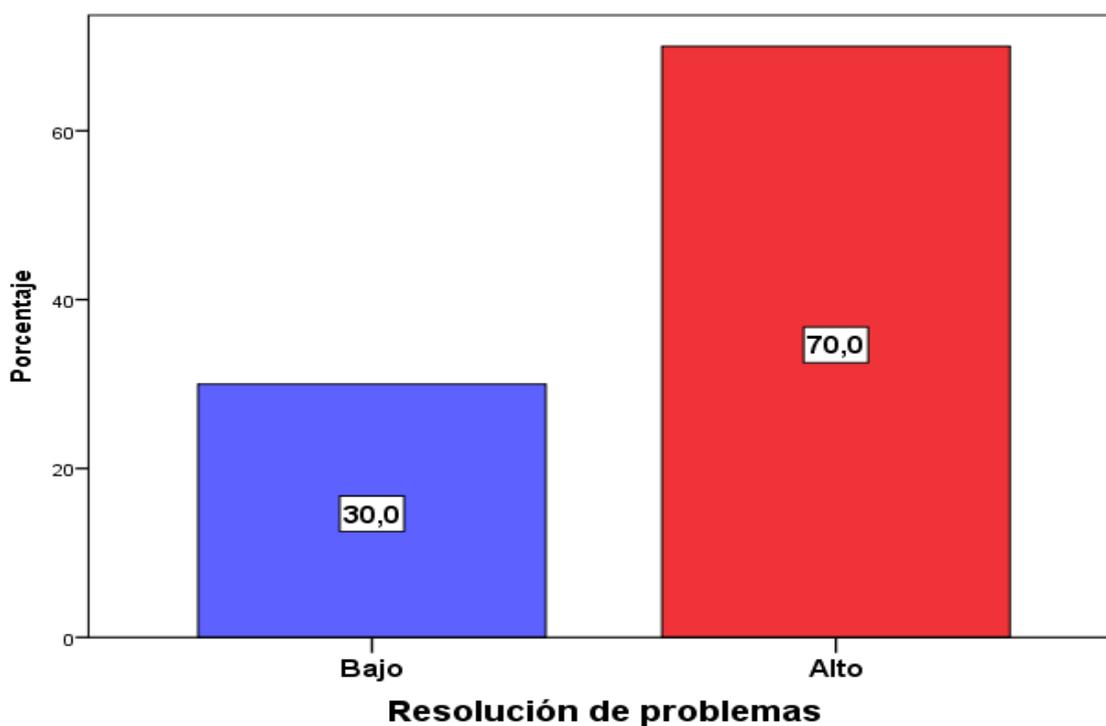


Figura 4. Niveles de la dimensión de resolución de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 70,0% desarrollan un nivel de resolución de problemas alto, por otro lado, un 30,0% evidencia un nivel de resolución de problemas bajo.

4.1.5 Niveles de autocrítica.

Tabla 11.

*Niveles de la **dimensión autocrítica** en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	71	71,0
Alto	29	29,0

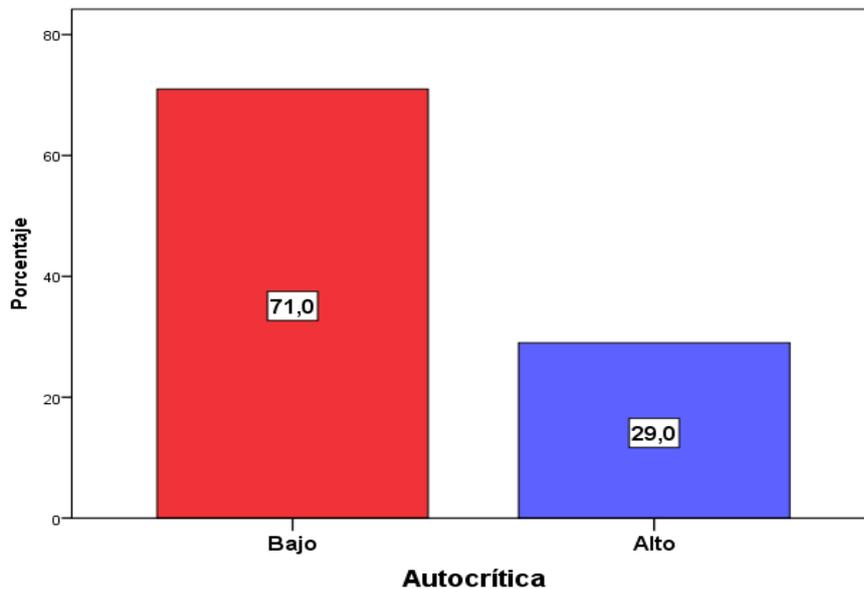


Figura 5. Niveles de la dimensión autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 71,0% desarrollan un nivel de autocrítica bajo, por otro lado, un 29,0% evidencia un nivel de autocrítica alto.

4.1.6 Niveles de expresión emocional.

Tabla 12.

Niveles de la dimensión de expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	50	50,0
Alto	50	50,0

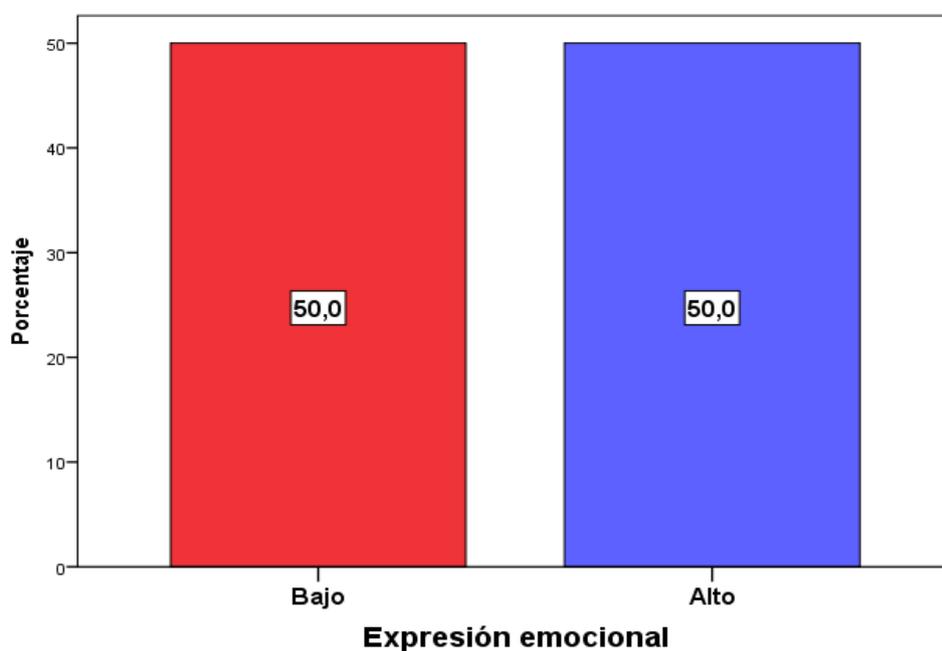


Figura 6: Niveles de expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 50,0% desarrollan un nivel de expresión emocional bajo, similarmente otro grupo 50,0% evidencia un nivel de expresión emocional alto.

4.1.7 Niveles de pensamiento desiderativo.

Tabla 13.

Niveles de la dimensión pensamiento desiderativo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	56	56,0
Alto	44	44,0

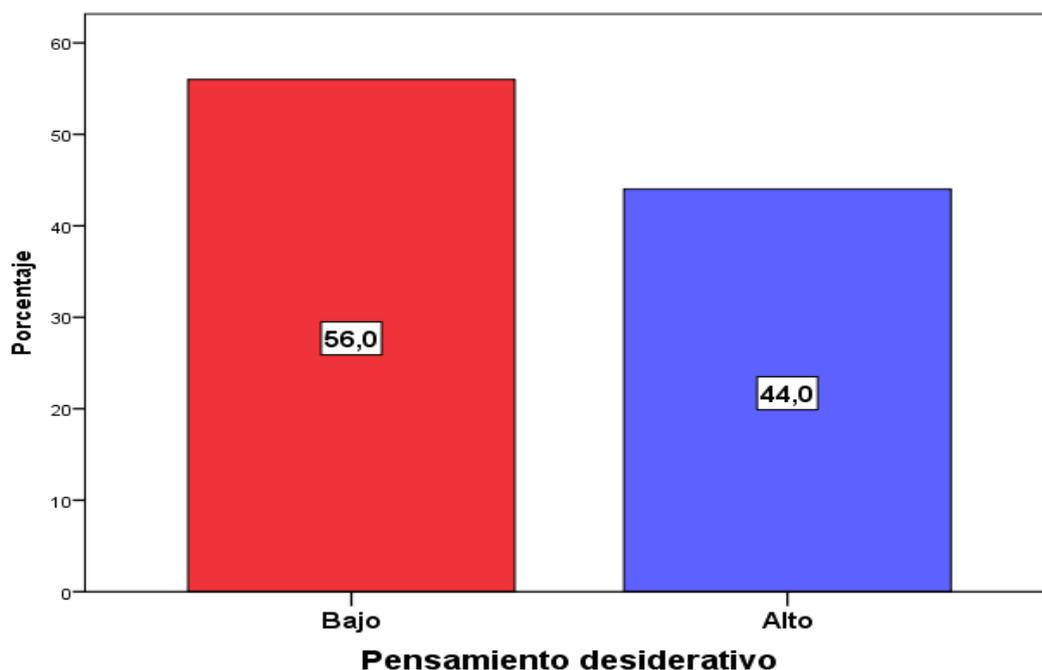


Figura 7: Niveles de la dimensión pensamiento desiderativo en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 56,0% desarrollan un nivel de pensamiento desiderativo bajo, por otro lado, el 44,0% evidencia un nivel de pensamiento desiderativo alto.

4.1.8 Niveles de apoyo social.

Tabla 14.

Niveles de la dimensión apoyo social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	61	61,0
ALTO	39	39,0

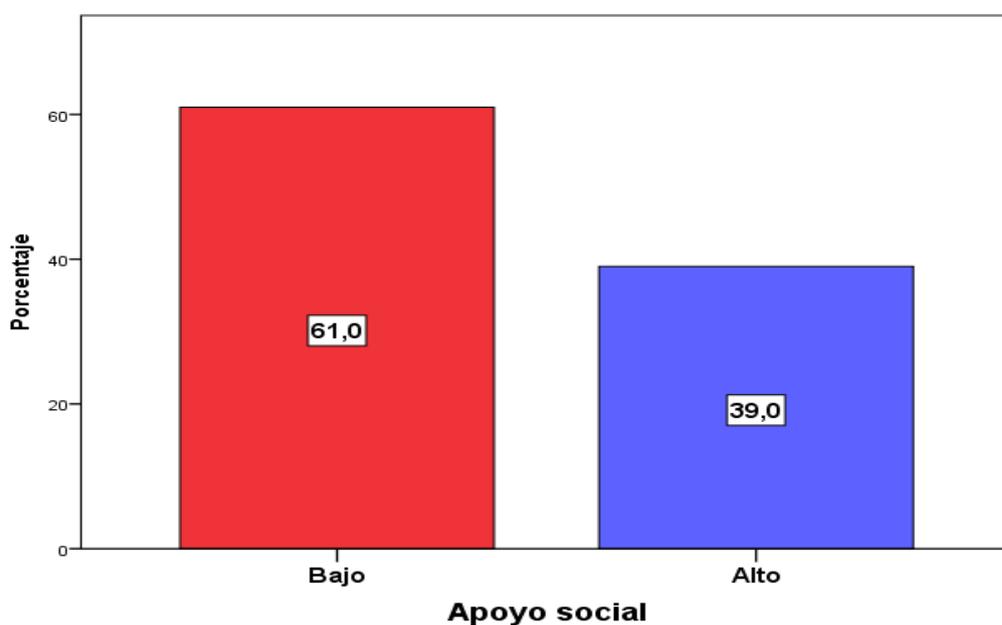


Figura 8: Niveles de la dimensión apoyo social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 61,0% desarrollan un nivel de apoyo social bajo, y por otro lado, el 39,0% evidencia un nivel de apoyo social alto.

4.1.9 Niveles de reestructuración cognitiva.

Tabla 15.

Niveles de la dimensión reestructuración cognitiva en un grupo de pacientes en la etapa de menopausia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	48	48,0
Alto	52	52,0

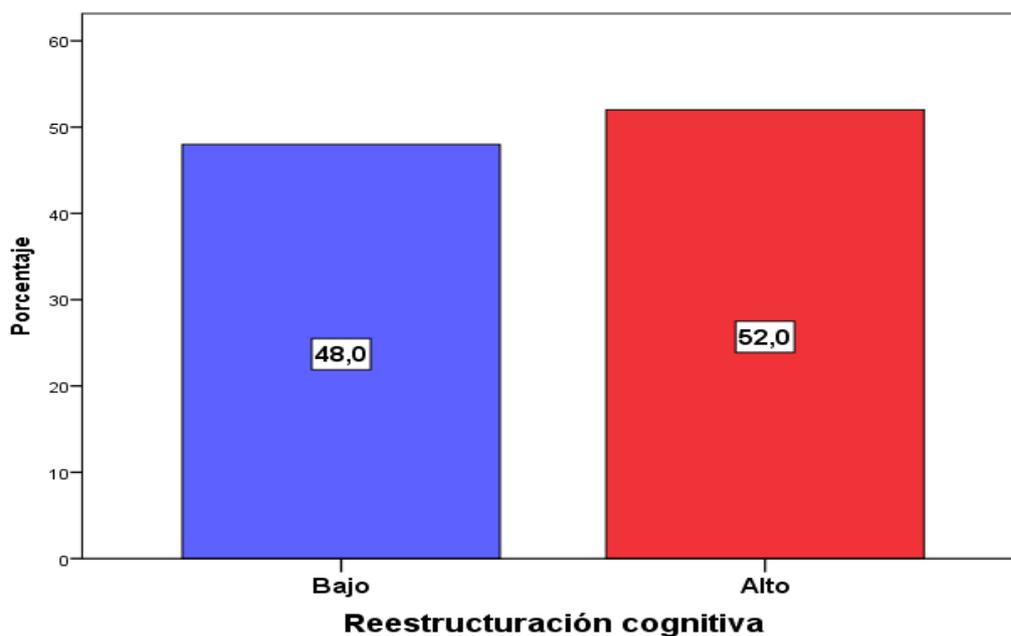


Figura 9: Niveles de la dimensión reestructuración cognitiva en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 52,0% desarrollan un nivel de reestructuración cognitiva alto, y, por otro lado, el 48,0% desarrollan un nivel de reestructuración cognitiva bajo.

4.1.10 Niveles evitación de problemas.

Tabla 16.

Niveles de la dimensión evitación de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	68	68,0	
Alto	32	32,0	

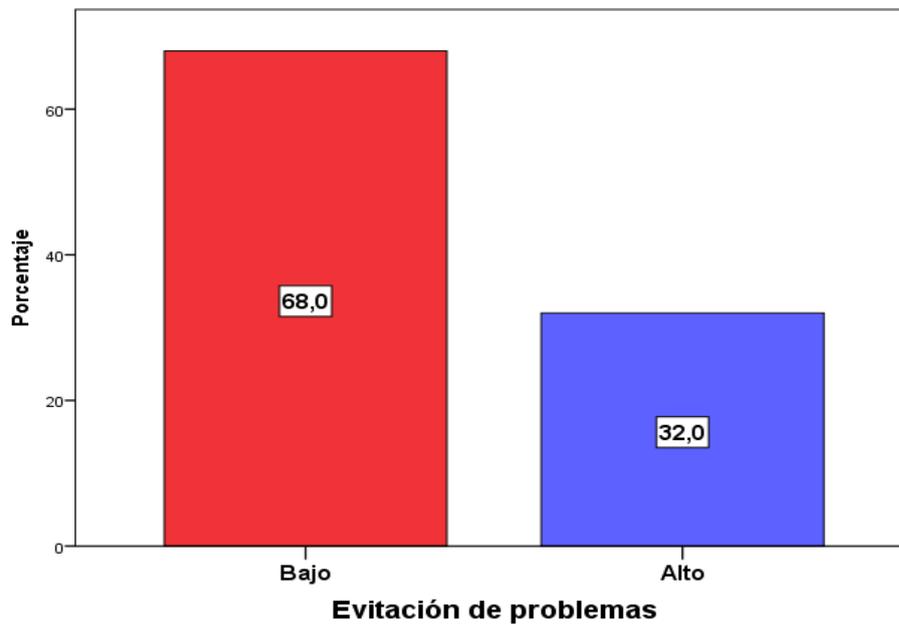


Figura 10: Niveles de la dimensión evitación de problemas en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 68,0% desarrollan un nivel de evitación de problemas bajo, y, por otro lado, el 32,0% desarrollan un nivel de alto.

4.1.11 Niveles de retirada social.

Tabla 17.

Niveles de la dimensión retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	78	78,0
ALTO	22	22,0

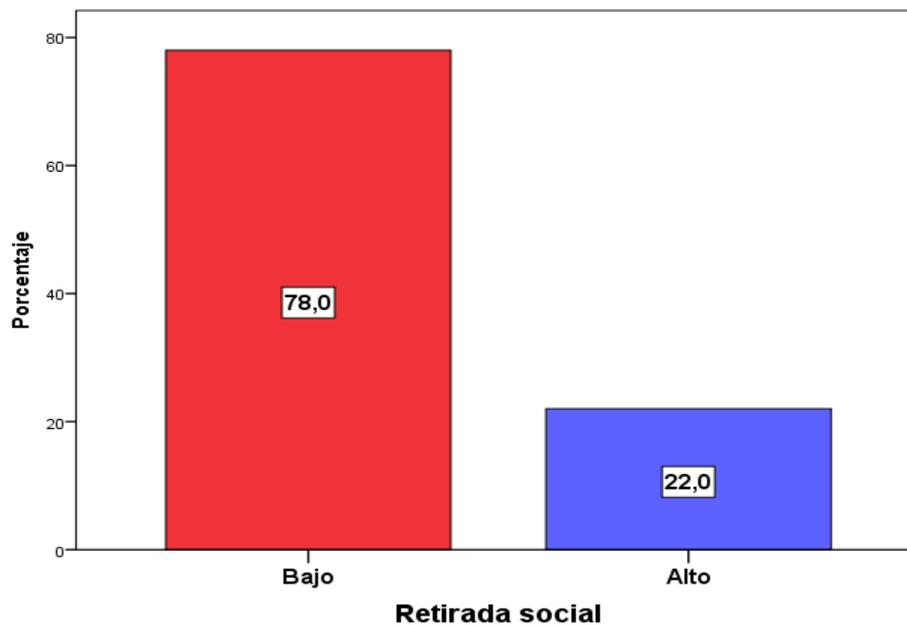


Figura 11: Niveles de la dimensión retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

En los resultados encontramos que los evaluados representado por un 78,0% desarrollan un nivel de retirada social bajo, y por otro lado, el 22,0% desarrollan un nivel alto.

4.2 Contrastación de hipótesis

De acuerdo al tratamiento estadístico a nivel inferencial se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk (S-W), en donde las variables presentaron una distribución no normal, los resultados obtenidos fueron significativos ($p=0,001$; $0,004 < 0,05$), en consecuencia, fue pertinente emplear la prueba estadística coeficiente de correlación de Spearman (r^2) para el

análisis de datos, y prueba de hipótesis, determinando la relación entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento, como entre sus dimensiones. Para procesar los datos, se ha utilizado el software estadístico SPSS versión 22.

4.2.1 Comprobación de hipótesis general.

a.- Relación de la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento

Hipótesis nula (Ho): No existe una relación significativa entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis de investigación (HG): Existe una relación significativa entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Prueba de contraste:

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. <0,05.

Es decir:

- Si Sig. Valor es menor e igual a 0,05, se rechaza la hipótesis nula (Ho)
- Si Sig. Valor es mayor a 0,05, se acepta la hipótesis nula (Ho)

Tabla 18.

Relación entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

		Estrategias de afrontamiento
Ansiedad Estado Rasgo	–	Correlación de Spearman Sig. (bilateral) N
		,294** ,000 100

En la tabla 18, resultados del coeficiente de correlación de Spearman ($r = 0.294$) nos indica una correlación relación directa, positiva y baja; así mismo, se ha encontrado un valor $p = 0.000 < 0,050$, por lo tanto, al ser la correlación de ($r = 0.294$) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general, existiendo relación significativa entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento a nivel general en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

4.2.2. Comprobación de hipótesis específicas.

b.- Relación de la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia

Hipótesis nula (Ho): No existe una relación significativa entre la **Ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis de investigación (H1): Existe una relación significativa entre la **Ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Prueba de contraste:

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. $< 0,05$.

Es decir:

- Si Sig. Valor es menor e igual a $0,05$, se rechaza la hipótesis nula (Ho)
- Si Sig. Valor es mayor a $0,05$, se acepta la hipótesis nula (Ho)

Tabla 19.

Relación entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: 1.- resolución de problemas, 2.-Reestructuración cognitiva, 3.-apoyo social, 4.-expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

		Ansiedad Estado
Resolución de problemas	Spearman	,709
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Reestructuración cognitiva	Spearman	,819
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Apoyo social	Spearman	,616
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Expresión emocional	Spearman	,670
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100

En la tabla 19, nos muestran los resultados del coeficiente de correlación de Spearman se ha encontrado valores sig. $p < 0,050$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, existiendo relación una relación significativa entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Asimismo, se observa una correlación directa, positiva y alta en las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas ($r=0.709$), reestructuración cognitiva ($r=0.819$), apoyo social, ($r=0.616$), y expresión emocional ($r=0.670$) con la Ansiedad Estado.

Prueba de contraste:

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. $< 0,05$.

Es decir:

- Si Sig. Valor es menor e igual a 0,05, se rechaza la hipótesis nula (H_0)

- Si Sig. Valor es mayor a 0,05, se acepta la hipótesis nula (H_0)

c.- Relación de la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis nula (H_0): No existe una relación significativa entre la **Ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis de investigación (H_2): Existe una relación significativa entre la **Ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Prueba de contraste:

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. <0,05.

Es decir:

- Si Sig. Valor es menor e igual a 0,05, se rechaza la hipótesis nula (H_0)

- Si Sig. Valor es mayor a 0,05, se acepta la hipótesis nula (H_0)

Tabla 20.

*Relación entre la **Ansiedad Estado** y las estrategias de afrontamiento: 5.-evitación de problemas, 6.-pensamiento desiderativo, 7.-retirada social, 8.-autocrítica, en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.*

		Ansiedad Estado
Evitación de problemas	Spearman	,685
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Pensamiento desiderativo	Spearman	,799
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Retirada social	Spearman	,628
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Autocrítica	Spearman	,640
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100

En la tabla 20, nos muestran los resultados del coeficiente de correlación de Spearman se ha encontrado valores sig. $p < 0,050$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, existiendo relación una relación significativa entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Asimismo, se observa una correlación directa, positiva y alta en las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas ($r=0.685$), pensamiento desiderativo ($r=0.799$), retirada social ($r=0.628$), autocrítica ($r=0.640$) con la Ansiedad Estado.

d.- Relación de la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis nula (Ho): No existe una relación significativa entre la **Ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis de investigación (H3): Existe una relación significativa entre la **Ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Prueba de contraste:

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. <0,05.

Es decir:

- Si Sig. Valor es menor e igual a 0,05, se rechaza la hipótesis nula (Ho)
- Si Sig. Valor es mayor a 0,05, se acepta la hipótesis nula (Ho)

Tabla 21.

*Relación entre la **Ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento: 1.-resolución de problemas, 2.-reestructuración cognitiva, 3.-apoyo social, 4.-expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.*

		Ansiedad Rasgo
Resolución de problemas	Spearman	,487
	Sig. (bilateral)	,000 100
Reestructuración cognitiva	Spearman	,293
	Sig. (bilateral)	,003 100
Apoyo social	Spearman	,325
	Sig. (bilateral)	,001 100
Expresión emocional	Spearman	,266
	Sig. (bilateral)	,008 100

En la tabla 21, resultados del coeficiente de correlación de Spearman se ha encontrado valor sig. $p < 0,050$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, existiendo relación una relación significativa entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Asimismo, se observa una correlación directa, positiva y baja en las estrategias de afrontamiento: reestructuración cognitiva ($r=0.293$), expresión emocional ($r=0.266$), y correlación directa, positiva y moderada en resolución de problemas ($r=0.487$), apoyo social, ($r=0.325$) con la Ansiedad Rasgo.

e. Relación de la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis nula (H₀): No existe una relación significativa entre la **Ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Hipótesis de investigación (H₄): Existe una relación significativa entre la **Ansiedad Rasgo** y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Tabla 22.

Relación entre la Ansiedad Estado Rasgo y las estrategias de afrontamiento: 5.-evitación de problemas, 6.-pensamiento desiderativo,7.-retirada social, 8.-autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional

		Ansiedad Rasgo
Evitación de problemas	Spearman	,233
	Sig. (bilateral)	,020
	N	100
Pensamiento desiderativo	Spearman	,445
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Retirada social	Spearman	,414
	Sig. (bilateral)	,000
	N	100
Autocrítica	Spearman	,334
	Sig. (bilateral)	,001
	N	100

En la tabla 6, resultados del coeficiente de correlación de Spearman se ha encontrado valor sig. $p < 0,050$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, existiendo relación una relación significativa entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Asimismo, se observa una correlación directa, positiva y alta en las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas ($r=0.233$), y correlación directa, positiva y moderada en pensamiento desiderativo ($r=0.445$), retirada social ($r=0.414$), autocrítica ($r=0.334$) con la Ansiedad Rasgo.

4.3 Discusión y análisis de los resultados

La discusión de los resultados se centra en poder observar si se produjeron los resultados esperados para observar si existe relación entre los niveles de ansiedad estado o rasgo y las estrategias de afrontamiento considerando sus dimensiones mediante la aplicación de los instrumentos psicológicos.

Con respecto a la comprobación de hipótesis de investigación a **nivel general** se ha encontrado que existe una relación significativa a nivel general entre la ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

A nivel de las **hipótesis específicas** de investigación se ha encontrado que existe una relación significativa entre la ansiedad estado y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Con respecto a la relación entre ansiedad estado y las dimensiones o estrategias de afrontamiento encontramos que existe una relación significativa entre la ansiedad estado y las estrategias de afrontamiento: Evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Existe una relación significativa entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas y apoyo social. Esta correlación fue positiva baja en la reestructuración cognitiva, y, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Es decir, las pacientes muestran un afrontamiento de su sintomatología evitando el estrés, así como una búsqueda de apoyo emocional. En cambio, tienen dificultad para buscar la mejor estrategia cognitiva, así como la dificultad para liberar sus emociones.

En relación a la ansiedad rasgo y las dimensiones o estrategias de afrontamiento encontramos la existencia de una relación significativa entre la ansiedad rasgo y las estrategias de afrontamiento: pensamiento desiderativo, retirada social, existiendo una correlación baja en evitación de problemas y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.

Es decir, las pacientes muestran un afrontamiento de su sintomatología evitando ideas o pensamientos de su realidad estresante, así como no involucrar a familiares, compañeros y amigos con sus malestares asociados al estrés, así como la dificultad para elaborar estrategias o pensamientos que eviten situaciones estresantes, con tendencia a auto inculparse o autocritica por las consecuencias de los síntomas percibidos.

De acuerdo a las diferencias significativas encontradas tanto a nivel específicas en relación a la ansiedad y las dimensiones de afrontamiento concuerdan con lo que plantea Lazarus, (1996), “Los modos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio.” (p.8). En este contexto, Lazarus y Folkman, (citados por Díaz, 2010), plantean que afrontar no es equivalente a tener éxito, y piensan que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones.

Ambos autores plantean dos estilos de afrontamiento; los activos centrados en la solución del problema, y los pasivos que se dirigen al control de la emoción; la interrelación que existe entre ambos, facilitan el control conductual y emocional provocando una respuesta de adaptación. Con respecto a las estrategias centradas en el problema y dirigidas a la modificación de alguna de las situaciones estresantes, resultarán positivas sólo en aquellos contextos que permitan la puesta en práctica de esfuerzos por ejercer algún tipo de control, en este sentido, se observa que el estilo centrado en la solución de problemas potencia una

actitud más activa, esperanzadora y optimista para enjuiciar y afrontar la existencia, sobre todo si el estilo asumido está contextualizado, independientemente de los ajustes que proporcionan los estilos de afrontamiento centrados en la emoción. En el presente estudio hemos encontrado con respecto a los niveles de ansiedad estado-rasgo y las estrategias de afrontamiento que las pacientes presentan estrategias negativas centradas en el problema y que muestran una serie de dificultades para ser conscientes de su problemática cognitiva y emocional, no afrontando adecuadamente la sintomatología de la etapa de climaterio y además tienen dificultad para buscar la ayuda psicológica necesaria.

Con respecto al análisis de los resultados descriptivos de esta investigación se observa que mediante la aplicación de los instrumentos de evaluación existe un 12% de pacientes que presentan una ansiedad estado a un nivel alto. Esto implica que estas pacientes perciben el periodo cronológico que comprende su periodo crítico de la menopausia como amenazante generando mayores síntomas que afectan su condición psicofisiológica.

Con respecto a la ansiedad rasgo la presentan un 22% un nivel alto de ansiedad en estas pacientes la ansiedad forma un rasgo característico de su personalidad, que los predispone para generar mayor tensión, ansiedad al observar su organismo afectado por la sintomatología climaterica y por consecuencia afectarse de la sintomatología relacionada a su etapa crítica. Estos resultados de la ansiedad estado rasgo concuerda con lo planteado por Spielberger (citado por Casado 1994) sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados.

Según este autor, el estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de

tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger (citado por Casado 1994), de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.

Con respecto a los niveles de afrontamiento existe un 51% de la cantidad de pacientes que presentan un nivel de afrontamiento bajo en relación a la sintomatología de la etapa del climaterio a nivel bajo. Esto implica que este porcentaje de pacientes muestra dificultades cognitivas para afrontar la sintomatología ansiosa. En cambio, existe un 49% de pacientes que muestran un nivel de afrontamiento alto en relación a la sintomatología de la etapa de climaterio, este porcentaje de pacientes si muestran mejores recursos cognitivos para afrontar la sintomatología de la etapa del climaterio. Este resultado lo podemos asociar con lo que plantea Sandin (citados en Vázquez el al., 2003). quien menciona que el afrontamiento juega el papel de mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidos los sujetos, los recursos personales y sociales con las que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que acarrearán a la salud física y psicológica de los individuos Sandín, (citado en Gómez, 2006). Ante la aparición de un determinado suceso, el sujeto realiza una serie de valoraciones sobre sí mismo tal como lo mencionan Lazarus y Folkman, (citados en Vázquez el al., 2003).

Con Respecto a las dimensiones del afrontamiento de todas las pacientes que muestran un nivel de afrontamiento bajo tenemos lo siguiente: El 30% muestran dificultades en sus estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés. Un 48% muestra dificultades para modificar el significado de la situación estresante. El 71% muestra

estrategias basadas en la autculpa y autocrítica por la ocurrencia de situaciones estresantes o su inadecuado manejo. El 50% de la muestra presenta un bajo nivel en la expresión emocional es decir muestran dificultad para liberar sus emociones asociadas al proceso de estrés. El 56% presentan estrategias cognitivas que reflejan un deseo que su realidad no fuese estresante. El 61% muestra un apoyo social bajo es decir este grupo de pacientes no busca la ayuda emocional para sus síntomas. El 68% de pacientes muestran la evitación de problemas a nivel bajo lo que nos indica que utilizan estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con acontecimientos estresantes. Finalmente, un 78% de las pacientes muestran un nivel bajo en la dimensión de retirada social, esto quiere decir que se alejan de amigos, familiares, compañeros o personas significativas asociada con reacciones emocionales en el proceso estresante. Todas estas dimensiones que se encuentran en un nivel bajo de afrontamiento que está en relación a los recursos psicológicos de la paciente tal como lo plantea Zaldivar. (citado por Díaz, 2010). Es evidente entonces que, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de la persona y de su adecuado desarrollo y aplicación, dependerá la calidad de vida y el bienestar psicológico. En este sentido, las estrategias de afrontamiento han sido consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos, como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Por su parte, Zaldivar (citado por Díaz, 2010) plantea que, “El afrontamiento al estrés, al ser positivo pudiera ser un factor protector de la salud y al ser negativo pudiera ser un factor de riesgo para enfermar.” (p.9).

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

1. Se encontró relación significativa entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional. Se identificó un coeficiente de correlación de Spearman directa, positiva y baja $r= 0. 294$.
2. A nivel de las hipótesis específicas se encontró relación significativa entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia. Se identificó valores de coeficiente de correlación de Spearman directa, positiva y alta en las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas ($r=0.709$), reestructuración cognitiva ($r=0.819$), apoyo social, ($r=0.616$), y expresión emocional ($r=0.670$) con la Ansiedad Estado.
3. Se encontró relación significativa entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento (evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica) en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia. Se identificó valores de coeficiente de correlación de Spearman directa, positiva y alta en las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas ($r=0.685$), pensamiento desiderativo ($r=0.799$), retirada social ($r=0.628$), autocrítica ($r=0. 640$) con la Ansiedad Estado.
4. Se estableció relación significativa entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas. Teniendo una correlación positiva baja en las dimensiones de reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional. Se identificó valores de coeficiente de correlación de Spearman directa, positiva y baja en las estrategias de afrontamiento: reestructuración cognitiva ($r=0.293$), expresión

emocional ($r=0.266$), y correlación directa, positiva y moderada en resolución de problemas ($r=0.487$), apoyo social, ($r=0.325$) con la Ansiedad Rasgo.

5. Se encontró relación significativa entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia. Se identificó valores de coeficiente de correlación de Spearman directa, positiva y alta en las estrategias de afrontamiento: evitación de problemas ($r=0.233$), y correlación directa, positiva y moderada en pensamiento desiderativo ($r=0.445$), retirada social ($r=0.414$), autocrítica ($r=0.334$) con la Ansiedad Rasgo.
6. En el presente estudio a nivel descriptivo se ha encontrado que existe un 12% de pacientes que presentan una ansiedad estado a un nivel alto. Esto implica que estas pacientes perciben el periodo cronológico que comprende su periodo crítico de la menopausia como amenazante generando mayores síntomas que afectan su condición psicofisiológica.
7. Con respecto a la ansiedad rasgo la presentan un 22% un nivel alto de ansiedad en estas pacientes la ansiedad forma un rasgo característico de su personalidad, que los predispone para generar mayor tensión, ansiedad al observar su organismo afectado por la sintomatología menopáusica.
8. Con respecto a los niveles de afrontamiento existe un 51% de la cantidad de pacientes que presentan un nivel de afrontamiento bajo en relación a la sintomatología de la etapa menopáusica.
9. Al comparar las **dimensiones del afrontamiento** de todas las pacientes que muestran un nivel de afrontamiento bajo tenemos lo siguiente: El 30% muestran dificultades en sus estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés. Un 48% muestra dificultades para modificar el significado de la situación estresante. El 71% muestra

estrategias basadas en la autculpa y autcritica por la ocurrencia de situaciones estresantes o su inadecuado manejo. El 50% de la muestra presenta un bajo nivel en la expresi3n emocional es decir muestran dificultad para liberar sus emocionales asociadas al proceso de estr3s. El 56% presentan estrategias cognitivas que reflejan un deseo que su realidad no fuese estresante. El 61% muestra un apoyo social bajo es decir este grupo de pacientes no busca la ayuda emocional para sus sntomas. El 68% de pacientes muestran la evitaci3n de problemas a nivel bajo lo que nos indica que utilizan estrategias que incluyen la negaci3n y evitaci3n de pensamientos o actos relacionados con acontecimientos estresantes. Finalmente, un 78% muestran nivel bajo en la dimensi3n de retirada social.

5.2 Recomendaciones

1. Presentar el informe de la investigaci3n realizada a las autoridades respectivas de la Hospital Nacional Arzobispo Loayza, especialmente al Servicio de ginecolog3a unidad de menopausia para la toma de decisiones de las sugerencias, que mejoren el tratamiento multidisciplinario de las pacientes en esta etapa.
2. Potenciar el desarrollo actividades preventivas promocionales de salud mental en el Programa de capacitaci3n a las pacientes a fin de mejorar las condiciones saludables mentalmente para un adecuado afrontamiento a los sntomas de la menopausia.
3. Sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de los fen3menos estudiados como se1al de alerta y riesgo para la salud del grupo de pacientes, considerando adem3s la metodolog3a de investigaci3n utilizada, generalizable para futuros estudios en instituciones privadas y p3blicas, con grupos de muestra similares.

4. Realizar un seguimiento sobre las implicancias de la falta de afrontamiento y dificultades emocionales en las pacientes que asisten a la unidad de menopausia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza a través del tiempo
5. De acuerdo a la diversidad de las estrategias cognitivas que se encuentran en un nivel bajo, incidir en su prevención y manejo que debe realizarse de manera integral e interdisciplinaria, (médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeros, fisioterapeutas) para tener los alcances deseados en el control y manejo de la sintomatología ansiosa en la etapa de menopausia.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Cayetano Heredia, Lima.
- Amore M, Di Donato P, Papalini A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, Chirico C, De Moe KE.: (2004). Hot flashes and sleep in women. *Sleep Med Rev*, 8, 487-497.
- Ascencio, A. (2013). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.
- Becerra, L. y Otero, F. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Licencia Creative Commons.
- Blanca, M. (2010). *Aspectos psicológicos de la menopausia*. Obtenido de http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08_ago_2k10.pdf
- Botella, J. (1990). La sexualidad en el climaterio. *La edad crítica*, 211-9.
- Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE., (2003). Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohorte of pre- and perimenopausal women. *Am J epidemiol.*, 158(12), 347- 56.
- Cano, L., Rodríguez, J., García. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Facultad de Psicología Universidad de Sevilla, Sevilla-España. Obtenido de [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
- Capote M I, Segredo A M, Gómez, O. (Octubre-Diciembre de 2011). Aspectos emocionales del Climaterio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4).
- Casado, I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología, Madrid.
- Chen, Ch.; Huang, T., Chang, G. (s.f.). *Association of Serum Lipid profiles with Depressive and Anxiety Disorders in Menopausal Women Horm Behav.* 2008 January;53(1)159-169.
- Coyutupa J, Gonzalez S, Zorrilla R, Gonzalez, G. y Guerra, R. (1991). Menarquia y Menopausia en la altura. *Obstet.Ginec*, 37, 43.
- De Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). *El constructo de Ansiedad Una Revisión*. Obtenido de Estudios de Psicología N° 16: Dialnet-ElConstructoAnsiedadEnPsicologia-65892.pdf
- De Vera Estévez, M. (2004). *La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos*. Obtenido de <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>
- Díaz, Y. (Enero-Abril de 2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Rev Hum Med*, 10(1).
- Domblás, A. (2016). *Ansiedad, personalidad y rendimiento académico en alumnado de educación primaria*. Tesis doctoral, Universidad pública de Navarra.
- Dueñas, H. (1992). Enfermedades cardiovasculares. Hipertensión Arterial. Su control en el nivel primario. *Rev cubana Med Gen Integr*, 8(3), 195-213.
- Fernández, E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis Doctoral, Universidad de León Departamento de Psicología, Sociología.
- Figuroa, M., Contini, N.; Lacunza, B., Levín, M. & Estévez, A. (junio de 2005). *Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán*. Universidad de Murcia , Argentina.

- Freedman R, y Roehrs, T. (2006). Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. *Menopause*, 13, 576-583.
- Gómez, J. (2006). International Journal of Clinical and Health Psychology. *Asociación Española de Psicología Conductual*.
- González, T. y Vigil, H. (2008). *Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes*. Tesis, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Guillén, A. (2014). *Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas*. Universidad de Granada. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58041>
- Hernández, A, y Santana, F. (1989). Síndrome climatérico. Aspectos clínicos. *Rev Cubana Endocrin*, 1, 89-97.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw- Hill.
- Isaacs, A. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU.
- Jacobs, D., Tang, M., Stern, Y, Sano, M., Marder, K., Bell, L., Schofield, P., Aloysio, D. (2004). Psychological status at the menopausal transition. *An Italian Epidemiology Study. Maturitas*(48), 115-124.
- Lugones, M., Valdés, S. Sayl y Pérez, J. (Marzo-Abril de 1999). Climaterio, familia y sexualidad. *Rev cubana Med Gen Integr*, 15(2).
- Maki, P., Drogos, L., Drogos, R., Rubin, L., Banuvar, S., Shulman, L., Geller, S. (2008). Objective hot flashes are negatively related to verbal memory performance in midlife women. *Menopause*, 15(5), 848-856.
- Mejía, R. (2008). *Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay en Lima Perú*. Tesis de especialidad., Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4>
- Merino. (2010). Consistencia Interna de una escala de evaluación de las estrategias de afrontamiento del estrés. *Revista Científica*, 4(1), 260.
- Montalvo, M. (2012). *Subjetividad y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón en Guayaquil*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Psicológicas., Ecuador.
- Nachtigall, M. (2004). Menopausal changes, quality of life, and hormone therapy. *Clin Obstet Gynecol*, 47, 485-488.
- Navarro, D., y García, C. (1993). Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopáusica. *Endocrin Ecuatoriana*, 2, 163-5.
- Navas, M. (2008). Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. *Revista Científica de enfermería*, 36-51.
- North American Society, (2004). Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*, 11, 11-33.
- Pacheco, J. (1984). Contribución al estudio de la menopausia, climaterio y patología ginecológica en la mujer peruana. *Acta medica peruana*, 11(29).
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Tesis de Licenciatura Pontificia Universidad Católica del Perú. Licencia Creative Commons, Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Perez, D. (2015). Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés por la hospitalización de un paciente adulto en la unidad de cuidados intensivos del HNGAI-Universidad Nacional de San Marcos 2016.
- Pérez, J., Bayarre V y, Navarro, D. (2007 RNPS). El climaterio y la menopausia como expresión del envejecimiento femenino. *GEROINFO 2110*, 2(1).
- Pineda, G. (2011). Significados de la menopausia y el climaterio, experiencia corporal en un grupo de mujeres en el medio urbano. *Género y salud en cifras. Universidad autónoma México*, 9(3).
- Quijano, S. (2015). *Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima 2013*. Tesis de especialista , Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela de Post Grado, Lima .
- Romero, Z. (2011). *Reacciones emocionales de ansiedad o depresión más frecuentes que se presentan en adolescentes menores debido a insuficiencia renal crónica*. Tesis de Psicóloga Clínica , Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Quito.
- Salvador, J. (1989). Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia. . *Ginecología y Obstetricia* © Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología *Ginecol. obstet.*, 43(1), 33-38.
- Spielberg, C., y Díaz, R. (1975). *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)* . México D.F: El Manual Moderno.
- Tobal, M. (1984). *Hipertensión arterial: Tipos Anales de Psicología*. Universidad Complutense de Madrid: Fondo Editorial.
- Vásquez, C., Crespo y López, M. & Ring, M. (2003). Estrategias de afrontamiento. http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2003-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf.
- Vettore, M., Lea, A., Montero, A., Quintanilla, R., y Lamarca, G. (2003). Relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis (30). *Blackwell Munsgaard*, 394-402.
- Zavala, M. y Whetsell, M. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*, 7(2), 174-188.
- Zavala, M., Ríos, M., García, G., Rodríguez, C. (2009). *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica Universidad la Sabana*. (México) Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1524/1971>
- Zavala, M., Ríos, M., García, G., Rodríguez, C. (2010). *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a06.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Edad: Sexo: Estado Civil: G°. Instrucción: Distrito:

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación de enfermedad.

Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	9Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4

17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

ANEXO 2

Me consideré capaz de afrontar la situación 0 1 2 3 4

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsluch y Lushene)

Ansiedad- Estado

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente. Nada Algo Bastante Mucho

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5.Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3

14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Fuente: Vera,P., Celis, K., Cordova, R., Buela, G., Spierlberger, Ch. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Extraído el 06 de Enero del 2012 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006

ANEXO 4

Ansiedad-Rasgo

Instrucciones: a continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente. Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien				
2. Me canso rápidamente				
3. Siento ganas de llorar				
4. Me gustaría ser tan feliz como otros				
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
6. Me siento descansado				
7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada				
8. Veo que las dificultades se amontonan y no				
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10. Soy feliz				
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
12. Me falta confianza en mí mismo				
13. Me siento seguro				
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
15. Me siento triste (melancólico)				

16. Estoy satisfecho				
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
19. Soy una persona estable				
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

Fuente: Vera,P., Celis, K., Cordova, R., Bucla, G., Spierlberger, Ch. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Extraído el 06 de Enero del 2012 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está aparentemente en condiciones de ser evaluado y participar en las pruebas a realizar

He leído, entendido y llenado completamente este cuestionario respondiendo a todas las preguntas:

El Propósito de la aplicación de las pruebas. Es con la Finalidad de establecer el perfil de acuerdo a su etapa menopaúsica, la abajo firmante del presente documento, consciente en someterse a las siguientes pruebas:

- 1.-Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)
- 2.-Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

Beneficios que esperan obtener con las pruebas

Estas pruebas nos permitirán valorar científicamente su nivel de ansiedad Estado – Rasgo y las estrategias de afrontamiento, es decir, determinar psicológicamente el riesgo psicológico que Ud. tiene ante sus síntomas relacionados a su etapa de climaterio y que puede producir complicaciones en su salud psicológica.

La información obtenida será mantenida con reserva y confidencialidad y uso de los resultados obtenidos se determinará su perfil de riesgo, dándole consejería en pro de mejorar su estado de bienestar. Los registros de los datos serán usados con fines académicos, en el cual su identidad no será revelada.

Preguntas

Si Usted tiene alguna duda e inquietud acerca de los procedimientos implementados en las pruebas al personal responsable de las mismas, le solicitamos nos lo haga saber para poderse lo explicárselo mejor.

La vinculación en el presente estudio es voluntaria, usted está en todo el derecho de participar o de renunciar a la evaluación psicológica planteada anteriormente. De aceptar la participación, afirma que:

"Yo _____, identificado con DNI. No. _____ de _____ años, he leído atentamente este documento y entiendo plenamente los procedimientos de las pruebas. Doy mi consentimiento para someterme a la evaluación con las pruebas psicológicas"

Firma: _____ Fecha: _____

ANEXO 6

Matriz de consistencia

Autor: Bach. Fiorella Sthefany Valladolid Marcos Especialidad: Área Clínica

Título: Ansiedad estado rasgo y estrategias de afrontamiento en pacientes mujeres en la etapa de menopausia.

PROBLEMA	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODO	INSTRUMENTOS
<p>Problema General: ¿Qué relación existe entre la ansiedad Estado Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?</p> <p>Problemas Específicos ¿Qué relación entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocritica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional? ¿Qué relación entre la</p>	<p>El estudio desde el punto de vista psicológico pretende ampliar la información sobre la ansiedad estado - rasgo y los niveles de afrontamiento, una posibilidad para comprender mejor las necesidades y expectativas de las pacientes en la etapa de menopausia</p> <p>En este sentido, es fundamental continuar examinando en profundidad la relación sostenida entre las mujeres y quienes prestan los servicios médicos durante esta etapa de la trayectoria de vida, ya que la institución médica “no sólo se encarga de transmitir</p>	<p>Objetivo General ¿Establecer la relación que existe entre los niveles de ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?</p> <p>Objetivos Específicos Analizar la relación entre la Ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocritica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la</p>	<p>Hipótesis General H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la Ansiedad Estado - Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional HO: ¿No existe una relación significativa entre la Ansiedad Estado Rasgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?</p> <p>Hipótesis Específicas H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento</p>	<p>Variables de estudio.</p> <p>Variables Atributivas Evaluación de la ansiedad Definida por los resultados obtenidos en el inventario de ansiedad Estado - Rasgo (STAI)</p> <p>Estrategias de Afrontamiento Definida por los resultados obtenidos en el inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)</p> <p>Variables Controladas • Deseabilidad Social</p>	<p>Tipo de Investigación El diseño de investigación es descriptivo, transversal, correlacional, ya que se describe los fenómenos de estudio, se realizó en un determinado tiempo, y que a la vez busca la relación entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (1998) manifiestan que los diseños transversales recolectan datos en un solo</p>	<p>Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)</p> <p>Escala de Ansiedad Estado – Rasgo Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore</p>

<p>Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional?</p>	<p>conocimientos, se encarga también de producir un imaginario social; mediante éste se circulan los valores, símbolos y mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico social determinado”; por ello, es primordial que desde ese espacio se eliminen los estigmas que rodean al período de la menopausia. Finalmente, de acuerdo a los resultados de este estudio se busca incrementar el interés en los profesionales de la salud en el estudio de los aspectos psicológicos que influyen significativamente en el tratamiento, manejo y recuperación de las enfermedades y en especial de las pacientes en la etapa de menopausia.</p> <p>El trabajo de investigación resulta ser importante por las siguientes razones:</p> <p>Es un aporte para los</p>	<p>etapa de menopausia del Hospital Nacional.</p> <p>Analizar la relación entre la Ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.</p>	<p>resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.</p> <p>HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional.</p> <p>H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del</p>	<p>Se controlará dado que la aplicación del instrumento se realizará de forma anónima, por lo que se presume que existen mayores probabilidades para que las participantes respondan de forma honesta.</p> <p>• Fatiga y/o Cansancio Físico y Mental</p> <p>Será controlado debido a que se aplicarán los instrumentos solo a aquellos participantes que ese día de la evaluación.</p>	<p>momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, y los estudios correlacionales tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.</p> <p>Diseño Específico M: r x yz Símbolo Significado M Muestra de Pacientes X Medición de la variable Ansiedad Estado Rasgo Y Medición de la variable Estrategias de Afrontamiento r Correlación de las variables</p>	
--	--	--	--	---	---	--

	<p>especialistas del área, porque brinda información relevante científica ya que los resultados proporcionan a los médicos y psicólogos datos importantes para comprender mejor que los aspectos psicológicos influyen de manera significativa en esta población en particular permitiendo de este modo tomar decisiones a nivel de prevención de la salud integral, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes menopáusicas, lo cual repercute no solamente en lo individual sino también a nivel familiar y laboral.</p> <p>Finalmente, con los resultados de este estudio se busca incrementar el interés en los profesionales de la salud en el estudio de los aspectos psicológicos que influyen significativamente en el tratamiento, manejo y recuperación de las pacientes en la etapa</p>		<p>Hospital Nacional. HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Estado y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional</p> <p>H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional</p> <p>HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento</p>			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>de menopausia. En este sentido, surgen los esfuerzos desde el punto de vista psicológico para evaluar la relación entre los niveles de ansiedad estado rasgo y las estrategias de afrontamiento en las pacientes en la etapa de menopausia</p>		<p>resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional HO: No Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad Rasgo y las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica en un grupo de pacientes mujeres en la etapa de menopausia del Hospital Nacional</p>			
--	---	--	--	--	--	--

