



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

**SENTIDO DE LA VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN,
EN LA MUJER MADURA.**

Municipio Libertador. Mérida. Venezuela.

TESIS DOCTORAL

Autora: Olga Quintero de Acevedo

Directores:

Dr. Jesús Poveda de Agustín

Dra. María Isabel Rodríguez Fernández

Madrid, junio 2015.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado
de Doctora en Patología Existencial e Intervención en Crisis

Autora: Olga Quintero de Acevedo

2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Jesús Poveda de Agustín, Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

CERTIFICO

Que Doña Olga María Quintero de Acevedo, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo:
“SENTIDO DE LA VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, EN LA MUJER MADURA”.

Municipio Libertador. Mérida. Venezuela.

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, creador de la Vida, pues todo comienza con Dios,
Porque todo, absolutamente todo, arriba y abajo, visible e invisible.

Todo, tuvo su comienzo en él y encuentra su propósito en él.

Colosenses 116

A la memoria de Víctor Frank, creador de la Logoterapia,
a quien Dios le dio un don especial al servicio de la humanidad.

A los que me dieron la vida, *mis padres*,
quienes teniendo un gran sentido de la vida, llegaron al final del ciclo vital,
transitando un largo camino, lleno de vicisitudes y sufrimiento,
pero a la vez con un gran amor para dar.

Para aquellos otros, que murieron sin perder su última dignidad,
Quienes se refugiaron en el alcohol, encubriendo el sinsentido,
entre ellos mi hermano, Chucho.

Para los que me acompañan, en el día a día, en cada amanecer, en cada atardecer,
en cada anochecer, lleno de sueños, de esperanzas por un futuro mejor,
Mi esposo, mis hermanos, mis sobrinos, mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, por la vida y por haber puesto en mí camino seres con los que he tenido oportunidad de crecer académicamente, laboralmente y espiritualmente, además de contar con las plataformas institucionales, la Universidad de los Andes y la Universidad Autónoma de Madrid.

A la Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Social y Postgrado en Medicina de Familia, de la Universidad de los Andes.

Al Dr. José María Poveda, Director del Doctorado Patología Existencial e Intervención en Crisis. Mis respetos.

Al Dr. Jesús Poveda, por el ímpetu que le imprime al doctorado y en la dirección de esta investigación.

A la Dra. María Isabel Rodríguez, por sus conocimientos y aportes en la conducción y desarrollo de esta investigación. Estoy orgullosa de haber compartido muy de cerca y a la vez en la distancia.

A la Dra. Ingrid Tortolero, por su interés y apoyo incondicional.

Al Prof. Henry Andrade, por la asesoría estadística.

A los protagonistas de la presente investigación, mujeres y hombres en edad madura y jóvenes.

A todas las personas que han participado en el desarrollo del doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis.

A mis compañeras de trabajo, especialmente la Dra. María Arnolda Mejía,

A mi esposo Frank, por su paciencia, amor y comprensión.

A mi familia.

Canta a la Vida

*Canta a la vida en su plenitud, en su valor, en su variedad ilimitada,
en su profundidad, en su riqueza nunca agotada,
Canta a la vida de todos los hombres, grandes y pequeños,
sanos y enfermos, doctos e ignorantes, amigos y rivales
Canta a la vida de siempre, en el dolor y en el amor,
en el llanto y en la alegría, en el cansancio y en el reposo,
en la soledad y en la compañía.
Canta a la vida, esta vida, tu vida*

*Ama a vida, aunque no la comprendas,
aunque por la mañana te parezca maravillosa
y por la tarde te parezca inútil y vacía
Ama la vida, aunque junto a ti otros no vivan porque no saben,
porque no son, porque no tienen.
Ama la vida de los otros, como amas la tuya, y hazla grande y libre,
como la quieres para ti.
Ama la vida, respetándola, también en las cosas,
en la naturaleza generosa y extraordinaria
que Dios ha engendrado, para la vida del hombre.*

*Profetiza la vida, como acontecimiento, un descubrimiento, una invención gozosa
en el cuadro universal pintado por cada uno con su capacidad y su talento.
Profetiza la vida porque profetizar quiere decir trabajar para que la vida
sea hermosa para todos, sea humana es decir divina para todos.
Profetiza la vida, como don de Dios, que hay que vivir como don,
que hay que gozar y hacer gozar, como don a todos.*

G. Basadonna, Sui Fiumi di babilonia, 2001

*“El sentido más verdadero y profundo de la vida,
es un don que se realiza al darse”*

Papa Juan Pablo II

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación tuvo por finalidad estudiar el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión en la mujer madura, en comparación con el hombre maduro y adultos jóvenes (hombre y mujer), así como también estudiar si existe relación entre estas variables y algunas características socio demográficas (estado civil, nivel educativo y el tener hijos). Método: Estudio descriptivo, transversal, realizado en 267 personas, 150 en edad madura (99 mujeres y 51 hombres) y 117 jóvenes (62 mujeres y 55 hombres). Para el presente estudio se establecieron las siguientes edades: de 35 a 64 años (edad madura) y 18 a 34 años (adulto joven). El sentido de la vida, la ansiedad y la depresión se midieron a través de los instrumentos Test de Propósito Vital (PIL) y escala HADs, respectivamente. Resultados: La presencia de metas y sentido de la vida (sentido de la vida alto) se reportó en más del 75% en todos los grupos de edad. En la mujer madura el sentido de la vida fue superior con respecto al hombre maduro, pero a su vez, menor que en el adulto joven (hombre y mujer). La mujer madura presentó promedios más bajos en el PIL, comparada con la mujer joven, con diferencias significativas. La falta de un claro sentido de la vida fue mayor en la mujer madura. La zona de indefinición del sentido de la vida fue mayor en la mujer madura y en el hombre joven. El análisis factorial del PIL, mostró tres factores: significado de la vida, percepción de la vida y satisfacción de la vida. Entre el 60 y 70% de los grupos no manifestaron ansiedad y los posibles casos se encontraron principalmente en la mujer madura y el hombre joven. Los casos dudosos de ansiedad se presentaron principalmente en la mujer (madura y joven). Las mujeres maduras sin hijos presentaron mayor ansiedad, pero las diferencias no resultaron significativas. Los casos de depresión fueron muy pocos. No se encontró relación entre sentido de la vida, la edad y el sexo. Existen relaciones estadísticamente significativas entre el sentido de la vida y tener hijos, así como correlación negativa entre el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión. Conclusiones: La presencia de metas y sentido de la vida fue alto, en todos los grupos, pero las diferencias no fueron significativas en la mujer madura. El sentido de la vida fue mayor en la mujer madura con hijos.

Palabras claves: Sentido de la vida, ansiedad, depresión, edad madura.

ABSTRACT

MEANING OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN THE MATURE WOMAN Libertador Municipality. Mérida. Venezuela

Objective: This research was aimed to study the meaning of life, anxiety and depression in the mature woman, compared with mature man and young adults (male and female), in addition to study whether there is a relationship between these variables and some socio-demographic (marital status, education level and having children) characteristics. **Method:** Descriptive, transversal study conducted on 267 people, 150 in middle age (99 women and 51 men) and 117 young people (62 women and 55 men). To the present study it was established like the following ages: those being between 35 to 64 years old (middle age) and those being between 18 to 34 years of age (young adults). The meaning of life, anxiety and depression were measured respectively, by the Life Purpose Test (LPT) and the HADs scale. **Results:** The presence of goals and meaning of life (high meaning of life) reported in more than 75% in all age groups. In mature woman the meaning of life was superior with respect to mature men, but less than in young adults (male and female). Mature woman has lower averages in LPT, compared with the young woman, with significant differences. The lack of a clear meaning of life was higher in the mature woman. The non-defined area of the meaning of life was higher in the mature woman and young man. Factorial analysis of the LPT showed three factors: meaning of life, perception of life and life satisfaction. Between 60 and 70% of the groups did not show anxiety and the possible cases were mainly found in middle-aged women and young man. Borderline cases of anxiety occurred mainly in women (mature and young). Mature women without children showed higher anxiety, but the differences were not significant. The cases of depression were very few. Relationship between awareness of the meaning of life, age and sex, were not found. There were statistically significant relationships between the meaning of life and having children, and negative correlation between the meaning of life, anxiety and depression. **Conclusions:** The presence of goals and meaning of life were high in all groups, but the differences were not significant in the mature woman. The meaning of life was higher in the mature woman with having children.

Keywords: Meaning of life, anxiety, depression, mature woman.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Pensamientos	IV
Resumen	VI
Abstract	VII
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Justificación	7
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2. SENTIDO DE LA VIDA	9
2.1. Concepto de sentido	9
2.2. Concepto de Sentido de la vida	11
2.3. Perspectiva histórica	14
2.4. Evaluación del sentido de la vida	15
2.5. Antecedentes de Investigaciones sobre el sentido de la vida	16
2.6. Sentido de la vida y sexo	30
2.7. Sentido de la vida y salud mental	31
2.7.1. Antecedentes de investigaciones de salud mental en Mérida	33
2.8. Relación del sentido de la vida con otros constructos	35
3. ANSIEDAD	
3.1. Concepto	38
3.2. Prevalencia	39
3.3. La ansiedad en la mujer	41
4. DEPRESIÓN	
4.1. Concepto	42
4.2. Perspectiva histórica	42

4.3. Prevalencia de depresión	43
4.4. Depresión en la mujer	45
4.5. La depresión en el hombre	46
4.6. Neurosis noógena	46
4.7. Instrumentos para medir Ansiedad y Depresión	47
4.8. Antecedentes de investigaciones de ansiedad y depresión	48
5. ETAPAS DE LA ADULTEZ	
5.1. Adultez. Concepto	53
5.2. Etapas del desarrollo adulto o ciclo vital	55
5.3. El adulto joven	59
5.4. La edad madura o madurez	61
5.5. Edades que conforman la madurez	63
5.6. La mujer en la edad madura	64
5.7. El hombre en la edad madura	65
5.8. Segunda mitad de la vida	66
6. OBJETIVOS	67
7. HIPÓTESIS	68
CAPITULO III METODOLOGÍA	69
CAPITULO IV RESULTADOS	77
CAPITULO V DISCUSIÓN	100
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	125
Reflexión Final	127
BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXOS	151

ÍNDICE DE TABLAS

	pp.
Tabla 1. Características socio-demográficas del grupo en estudio.	71
Tabla 2. Medias del sentido de la vida, según escala PIL, en la mujer madura y demás grupos de adultez.	79
Tabla 3. Análisis Factorial Exploratorio para el Test PIL.	81
Tabla 4. Medidas de dispersión, según factor.	82
Tabla 5. Comparación de Medias del sentido de la vida, según grupos de adultez	85
Tabla 6. Comparación de Medias del Sentido de la Vida (PIL) en la mujer madura y demás grupos de adultez y el estado civil	86
Tabla 7. Comparación de Medias del Sentido de la Vida (PIL) en la mujer madura y demás grupos de adultez y nivel de instrucción	87
Tabla 8. Comparación de Medias del Sentido de la Vida (PIL) en la mujer madura y demás grupos de adultez, según tenencia de hijos.	88
Tabla 9. Relación entre el Sentido de la Vida y la escala HADS (ansiedad).	91
Tabla 10. Relación entre el Sentido de la Vida y la escala HADS (ansiedad). Adulto maduro.	92
Tabla 11. Relación entre los factores del Sentido de la Vida (PIL) y grupos de la Adultez.	93
Tabla 12. Relación entre los factores del Sentido de la Vida (PIL) en la mujer madura y joven.	93
Tabla 13. Relación entre los factores del Sentido de la Vida (PIL), en el hombre maduro y joven.	94
Tabla 14. Relación entre los factores del Sentido de la Vida (PIL) y los sub-grupos en la mujer madura.	94

Tabla15. Relación de los factores del Sentido de la Vida (PIL) y tener hijos.	95
Tabla 16. Relación de los factores del Sentido de la Vida (PIL) en la Mujer madura y demás grupos de la adultez y tener hijos.	96
Tabla 17. Relación de Medias del Sentido de la Vida (PIL) y la ansiedad (Escala HAD). Adultos maduros.	97
Tabla 18. Relación de los factores del Sentido de la Vida (PIL) y ansiedad (escala HAD). Adultos maduros.	97
Tabla 19. Correlación entre los factores del Sentido de la Vida (PIL) y Escala HAD. Adultos jóvenes.	98
Tabla 20. Correlación entre el Sentido de la Vida (PIL) y la escala HAD. Adulto maduro y jóvenes.	99

ÍNDICE DE FIGURAS

	pp.
Figura 1. Sentido de la vida en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida, Venezuela.	78
Figura 2. Ansiedad, según la escala HADS, en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida, Venezuela.	83
Figura 3. Depresión, según escala HADS, en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida, Venezuela.	84
Figura 4. Relación entre ansiedad y estado civil, en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida, Venezuela.	89
Figura 5. Relación entre ansiedad y nivel de instrucción, en la mujer madura y demás grupos de la adultez.	90
Figura 6. Relación entre ansiedad y tenencia de hijos, en la mujer madura y demás grupos de la adultez.	91

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación estuvo motivada en la lectura y análisis de la obra de Viktor Frankl: “*El hombre en busca del sentido*” cuyo contenido se refiere a la existencia humana, a la búsqueda del ser, al sentido de la vida. Sus reflexiones permitieron compenetrarme y a la vez obtener resultados sobre una serie de inquietudes percibidas por la mujer en la edad adulta madura, además del compromiso moral, profesional y académico, con el doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis, en la Universidad Autónoma de Madrid, España.

La edad madura es la etapa de mayor duración del ciclo vital, en la que se ha alcanzado el máximo desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emocionales, con importantes logros profesionales, familiares y laborales conformando así, una plataforma sólida y segura para el devenir de las etapas siguientes. A la vez, se inician los cambios con descenso lento y constante de las funciones vitales como también del estado de ánimo, lo que conlleva a un proceso de adaptación social, más marcada en la mujer por la influencia del climaterio y la menopausia.

La mujer madura, con todos los cambios que está viviendo, va tomando conciencia del tiempo transcurrido ¿cuarenta, cincuenta, sesenta años? (el pasado) se detiene en el aquí y en el ahora (presente) para reflexionar sobre lo que ha dejado de hacer, bien por omisión, por falta de oportunidades, por postergar ó porque no era el momento; así como lo que le queda por vivir, visualizando el futuro con un horizonte finito, determinado por la temporalidad de la existencia, reconsiderando si ha valido la pena haber recorrido el camino de la vida interpretando el significado del sentido de la vida. A ello, se le agrega la satisfacción de haber cumplido con las funciones propias de ser mujer, la responsabilidad del hogar, de ser pareja, el rol de madre, con las demandas propias de cada una de etapas que viven los hijos, y/o el período más temido, la ausencia de los hijos y el afrontamiento del “síndrome del nido vacío”; otras veces ejerciendo el rol de hija, hermana, amiga. Para aquellas otras mujeres que no se han casado o no han tenido hijos, la situación puede ser más difícil porque no se cubren las expectativas propias y quizás las metas predeterminadas por la sociedad. Por otra parte,

tanto unas como otras, pueden asumir el rol de cuidadoras y de “guías”, con el desarrollo de la generatividad (Erickson, 1982) que se relaciona con la productividad y la extensión del amor hacia el futuro. Asimismo enfrenta con actitud positiva la jubilación y la etapa del declive hormonal.

Estas experiencias en muchas ocasiones no ocurren así y se produce el estancamiento, la “auto-absorción”, con poca participación familiar y social, con tendencia al aislamiento y rechazo entrando en la llamada crisis existencial. En la búsqueda del “objeto de la vida” la mujer madura evalúa lo pasado, experimentando situaciones de conflicto y frustración, que conlleva al vacío existencial, cuestionándose “si la vida ha tenido sentido o no” y planteándose preguntas como ¿Quién soy yo? ¿Qué tanto he logrado? ¿Qué me falta por hacer? ¿Hacia dónde voy? ¿Cuál es el objeto de mi vida?

A estas interrogantes Frankl (1991a) nos dice:

Tenemos que dejar de hacernos preguntas sobre el significado de la vida y, en vez de ello, pensar en nosotros como en seres a quienes la vida les inquiriera continua e incesantemente. Nuestra contestación tiene que estar hecha no de palabras, ni tampoco de meditación, sino de una conducta y una actuación rectas. En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo. (pp. 81-82).

El ser humano viene al mundo con un patrón genético definido; así mismo, viene a cumplir una serie de misiones que le son propias. No está establecido un manual de normas ni un decálogo sobre lo que la persona tiene que hacer en la vida, por lo que Frankl (1991a) aclara:

Las tareas a realizar son únicas, al igual que el significado de la vida, el cual difiere de un hombre a otro, de un momento a otro, de modo que resulta completamente imposible definir el significado de la vida en términos generales... “Vida” no significa algo vago, sino algo muy real y concreto, que configura el destino de cada hombre, distinto y único en cada caso (p. 82).

Para Frankl (2003a, p. 38) “la vida está potencialmente llena de sentido en cualquier situación, sea agradable, placentera o miserable”.

El “sentido” se traduce en proporcionar una razón, un orden o coherencia a la existencia, es lo que cada ser humano busca. Muchas personas no tienen claro cuál es el sentido, el propósito de la vida y el logro de alguna meta u objetivo; otras, viven por vivir, cumplen con su trabajo y sus obligaciones familiares, pero lo hacen en forma automática, corriendo el riesgo del aburrimiento y la desesperación o el sinsentido o vacío existencial. (Frankl, 1991a).

Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido. (Frankl, 1991a, p. 57).

Cuando una persona no encuentra un sentido a su vida, está ante un vacío existencial, el cual puede deberse a la doble pérdida que el hombre tiene que soportar desde que se convirtió en un verdadero ser humano; por una parte carece de un instinto que le indique lo que ha de hacer y en su lugar desea hacer lo que otras personas hacen (conformismo), y por la otra, no tiene tradiciones que le indiquen lo que debe hacer y hace lo que otras personas quieren que haga (totalitarismo). El vacío existencial es un fenómeno que predominó en el siglo XX y que se manifiesta por un estado de tedio, de aburrimiento o hastío. Muchas veces el vacío existencial está enmascarado con diversas caretas y disfraces (Frankl, 1991a p.60). Esta situación se ha mantenido a través de los tiempos y se sigue presentando en muchas personas en pleno siglo XXI.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la vida nos ofrece un sinfín de oportunidades para recompensar al universo. Somos arte y parte de este mundo, con innumerables posibilidades, con proyectos, sueños e ilusiones, pues otras personas no tuvieron la misma oportunidad, quedaron abrazadas eternamente en la oscuridad, por adicciones, diferentes enfermedades, o la muerte les sorprendió por causas externas (víctimas de la violencia, accidentes, suicidios y homicidios).

Todas estas reflexiones basadas en la teoría, la práctica, la experiencia personal, profesional y laboral, fundamentaron esta investigación del “Sentido de la vida en la mujer

en la edad madura”, etapa de grandes logros, pero también de grandes necesidades y expectativas, más aún en este siglo, donde existen mayores oportunidades para el crecimiento y el desarrollo en todas las esferas, especialmente la esfera espiritual. Además, con el aumento en la esperanza de vida, es necesario tomar en cuenta la calidad de vida a mediano y largo plazo, la cual va a depender de la actitud y motivación en el presente, donde el sentido de la vida es fundamental.

La presente investigación tuvo por finalidad conocer el sentido de la vida en la mujer en la edad madura en diferentes situaciones y contextos, comparada con personas de otras edades (hombres maduros y adultos jóvenes, hombres y mujeres). También se indagó la existencia de síntomas de depresión y de ansiedad, dado que según estudios previos, se ha encontrado relación entre el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión (Rodríguez, 2005; Ortega y Marvan, 1997).

1.1. Planteamiento del problema

La edad madura puede ser el período, lleno de retos o tareas que conllevan al crecimiento más fructífero de la persona, en el desempeño profesional y creativo, la satisfacción personal y la felicidad o contrariamente a la desilusión, el estancamiento y las expectativas no satisfechas, que los exige el replantear el proyecto de vida o lo que desean hacer durante la segunda mitad de la vida.

Para la mujer, la edad madura puede ser una etapa de máxima plenitud de sus capacidades mentales e intelectuales, ocupando posiciones importantes en los diferentes ámbitos de la vida profesional, académica, política o social del país, con mayor libertad de acción. En esta etapa, puede girar la mirada al ciclo vital ya transitado, lo que le permite una visión más completa de su trayectoria, facilitándole confrontar los compromisos adquiridos y evaluar los resultados alcanzados. Pero a medida que transcurre el tiempo, entre los 50 a 65 años, tanto el hombre como la mujer pudieran sentir que la época del apogeo biológico va pasando y como consecuencia caer en un estado depresivo, llamado: crisis de la adultez (Duque, 2007).

A su vez, se presentan dos eventos importantes, la jubilación y el declive hormonal a predominio de la mujer, etapa que ha de recorrer para llegar a la integridad del yo y la

sabiduría como lo describe Erickson (1982) que puede durar entre cinco a veinte años, dependiendo de los años de vida que le toca vivir y la interpretación del sentido de la vida.

Al valorar a la mujer madura con un enfoque holístico, se observa que cada etapa tiene su propia crisis, y a la vez una transición para las fases siguientes. Por lo tanto, es conveniente describir lo que Frankl (1995a) llama “Higiene psíquica de la vejez”, al expresar.

Actualmente se habla mucho del envejecimiento de la población, es decir de que hoy más que nunca predominan numéricamente las personas de mayor edad, mientras que el porcentaje de jóvenes, por el contrario, disminuye. No es mi intención entrar en los detalles de las consecuencias demográficas y médicas derivadas en este cambio en la estructura por edades de la sociedad actual... (p21).

Cabe aclarar, que si bien la etapa de la vejez no es el objeto de nuestro estudio, es la etapa que viene después de la madurez, por ello cuando Frankl (1995a, p.23) habla de la “higiene psíquica de la vejez” se refería “sobre todo al sexo masculino; a la problemática del hombre en este momento de su vida”, pero cuando describe al sexo femenino, Frankl, se refiere al “proceso de maduración” señalando:

Nos encontramos aquí con los problemas que afectan a la mujer, sobre todo a la mujer «en edad madura». El miedo que se tiene en general a esos años «críticos» se debe en parte a un malentendido, a la confusión entre madurar y envejecer. Muchas mujeres que se acercan temerosas a este momento de su vida se ven dominadas por el «pánico de no encontrar ya marido» pues suponen que han empezado a envejecer.

Por otra parte, entre las posibilidades que se ofrecen a una mujer para dar sentido a su existencia se describen dos hechos muy importantes: el ser esposa y madre, que son valores relativos y que no se deben absolutizar, ni mitificar, cuando una mujer piensa que en el hecho de ser esposa o madre reside, no una sino, la única posibilidad de encontrar sentido existencial (Frankl, 1995a).

Estas afirmaciones de Frankl, permiten dilucidar la situación de algunas mujeres que no tienen pareja estable, no se han casado o no tienen hijos, las cuales muchas veces pudieran sentirse o percibirse como superfluas; quizá pensando que la vida es inútil y que su existencia

no tiene sentido porque no tienen pareja, ni hijos. A su vez alguna de ellas, pueden hundirse en el sinsentido, mientras otras tal vez sigan caminos de evasión o desesperación, expresado en aislamiento, desprecio, resentimiento y envidia hacia la vida, el amor, la vida en pareja y los hijos.

Por todas las razones expresadas, la mujer en la edad madura, está expuesta a la vulnerabilidad específica, asociada con los cambios biológicos y emocionales y el desgaste adicional de energía; el duelo por la pérdida de su juventud y la ganancia de una serie de enfermedades agudas y crónicas, entre ellas las alteraciones de salud mental, representadas por el estrés, la depresión y la ansiedad, y con ellas la pérdida del rumbo de la vida o de su sentido de vida.

La ansiedad y la depresión representan los dos problemas de salud mental más frecuentes. Cierta grado de ansiedad es un ingrediente obligado en la vida, por lo que suele ser una emoción no patológica que sirve a los procesos psico-biológicos adaptativos. Frente a una amenaza, la ansiedad constituye un sistema de aviso-alarma que prepara al organismo para la lucha o la huida. La ansiedad es más frecuente en el sexo femenino y en la edad media de la vida (Marsiglia, 1993; 2010). En cuanto a la depresión, la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH) señaló en el año 2012, que la prevalencia a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón a un 16.9% en EEUU y la mayor parte de los países, entre el 8 al 12 %. Una de cada diez personas presentan depresión mayor y casi uno de cada cinco ha tenido este trastorno durante toda su vida (prevalencia a un año del 10% y a lo largo de la vida del 17%) afirmando a su vez que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad a nivel mundial.

Ante lo expuesto, considero que los resultados obtenidos en esta investigación, permitirán el desarrollo de medidas preventivas y orientaciones terapéuticas, que coinciden con lo que expresa Frankl (1995, pp.21-22): “Más que nada desearía analizar los hechos desde el punto de vista de la psicoterapia y de la higiene psíquica, esto es, desde el punto de vista de la prevención y el tratamiento de las enfermedades psíquicas”. Así que es relevante estudiar el sentido de la vida, específicamente en la mujer en la edad madura, venezolana, en particular a la mujer del estado Mérida, cuando se considera que ha llegado a experimentar muchos

eventos estresantes y crisis con fragilidad a la indefinición del sentido de la vida o en el extremo al vacío existencial, surgiendo las siguientes inquietudes:

1. ¿Cuál es la realidad de las mujeres merideñas en edad madura, en lo que respecta al sentido de la vida?
2. ¿Tienen igual sentido de la vida las mujeres casadas, las divorciadas, las solteras y las viudas, las que tienen hijos o no, las que son universitarias o no?
3. ¿Existe alguna diferencia del sentido de la vida entre las mujeres maduras, hombres maduros y los jóvenes (hombre y mujer)?
4. ¿Cuál es la frecuencia de la ansiedad y la depresión en estas mujeres?
5. ¿Existe relación entre el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión en estas mujeres?

1.2. Justificación

Se plantea el estudio en la mujer en edad madura por una parte, por el crecimiento de la población adulta (entre los 20 a 59 años, según OPS,OMS), la cual ha ido en aumento durante los últimos años, representando el 51,4% de la población estimada para el 2006 y 52,5% para el 2010; al igual que la población mayor de 60 años, con un aumento progresivo de la esperanza de vida, a expensas del sexo femenino, correspondiendo en la actualidad (2015) el 78.3% para la mujer y 72,2% para el hombre, con un incremento del 4,8% a 8,7% por lo que se espera un aumento de la población mayor de 65 años (llámense ancianos, viejos, sexagenarios, adultos mayores, de la tercera edad, entre otros).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) se estima que para el año 2015, en Venezuela, el 15.8% de la población total, serán mujeres en edades comprendidas entre 45 años y más años, en franco proceso del climaterio, encontrándose en la plenitud de su capacidad física, mental e intelectual, con posiciones importantes en diferentes ámbitos y con gran actividad profesional y social.

Tomando en cuenta la etapa de la madurez y el contexto social local, se podría confirmar, lo que describe Frankl (2003a) con respecto a la frustración existencial: “puede estar enmascarada de diferentes formas y cada vez son más abundantes entre la juventud académica de suicidio y drogadicción, el alcoholismo tan extendido y la creciente

criminalidad juvenil” (p.88). Afirmaciones que no pasan desapercibidas y que motivan a indagar sobre el sentido de la vida, más aún en la etapa de la edad madura, donde la generatividad, el deseo de ayudar y de dar se hace más evidente, aunque también se observa lo contrario, el estancamiento.

Cabe agregar que el sentido de la vida no ha sido estudiado en nuestro medio, menos aún en la mujer madura y en los grupos de comparación, especialmente en el adulto joven, muchos de ellos universitarios, donde la salud mental pudiera estar afectada con signos y síntomas de ansiedad y depresión como lo señalan algunos autores (Poveda, 2000; Alejano, 2000; Gotlib, 1984; Lloyd y Gastrell, 1984; citados por Peña, 2012).

A los planteamientos anteriores, se le agregan otros aspectos que fundamentan el estudio del sentido de la vida en la mujer en la edad madura, tales como:

- La edad madura es la etapa más larga por la cual transita el ser humano.
- La esperanza de vida de la población en general, en la mayoría de los países del mundo, va en aumento progresivo y Venezuela y el Estado Mérida no escapa de esta realidad.
- El ser humano realmente necesita esforzarse y luchar por metas que valgan la pena”.
- Porque “la señal más importante de este tiempo es la ausencia de sentido de la existencia”.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. SENTIDO DE LA VIDA

“El amor es la meta más elevada y esencial a la que pueda aspirar el ser humano...la plenitud de la vida humana está en el amor y se realiza a través de él”

Viktor Frankl.

2.1. Concepto de Sentido

Cuando la palabra “sentido” viene a la mente, evoca la idea de orientación, camino, rumbo, siendo las conceptualizaciones muy abstractas, donde necesariamente hay que agregarle un sustantivo, “la vida”, “la existencia”. Es por ello, que se describen diferentes definiciones y enfoques.

El término sentido tiene múltiples connotaciones, entre ellas: “la razón de ser” “finalidad”, “entendimiento o razón”, “modo particular de entender algo o juicio que se hace de ello”, “inteligencia o conocimiento con que se ejecutan algunas cosas” (Real Academia Española, 2001).

Para el teólogo Ruiz (2000, pp.11-12) la palabra "sentido" en lenguaje ordinario, expresa frecuentemente "significado", es decir, contenido intelectual. Este es uno de los componentes indudables del sentido de la existencia. En efecto, quien se encuentra sumido en el problema del sentido de la existencia, se expresa a veces diciendo: "no entiendo nada", "mi vida es un absurdo", "Dios mío, ¿por qué?". Son expresiones de la cuestión del sentido en términos de inteligibilidad. Pero, sin duda, esto no lo es todo. La cuestión del sentido no se identifica completamente con la cuestión de la inteligibilidad, pues quien dice que no entiende nada, no espera simplemente una explicación intelectualmente clara. La palabra "sentido" expresa también "dirección". De esta manera se manifiesta que la cuestión del sentido tiene que ver con la vida del hombre, en cuanto que es un recurso temporal hacia un

cumplimiento pleno de su realidad. Esto tiene su fundamento en la condición del hombre como ser creado por una llamada divina y en la condición de la vida humana, como un espacio de aceptación libre del designio creador de Dios. En efecto, la llamada creadora puede frustrarse si el hombre no responde afirmativamente al amor que Dios le ofrece).

Para Frankl (1991a) el concepto de “sentido” se traduce en proporcionar una razón, un orden o coherencia a la existencia; es lo que cada ser humano busca. Muchas personas no tienen claro cuál es el propósito, la intención, el cumplimiento de alguna función, o el logro de alguna meta u objetivo; viven por vivir, cumplen con su trabajo, con sus obligaciones familiares (padre, madre, abuela, hija, entre otros), pero lo hacen en forma automática, corriendo el riesgo del estancamiento, el aburrimiento y la desesperación. Cuando una persona no encuentra un sentido a su vida está ante un vacío existencial caracterizado por la falta de saber qué hacer. En su lugar, desea hacer lo que otras personas hacen (conformismo) o hace lo que otras personas quieren que haga (totalitarismo).

Barco (s/f) expresa que el sentido ocurre en dos niveles: el sentido último y el sentido del momento. El sentido último es la afirmación de que somos entes en el orden del universo. Desde lo religioso, se descubre que el orden es divino y desde lo humanista se basa en las leyes de la naturaleza y de la ética. El orden dependerá desde el punto de vista que se interprete. Se trata del sentido del conjunto, el sentido del universo, el sentido de la vida de cada persona, entendida como un todo. El sentido último se revela, si lo hace al borde de la muerte y dependerá de que el sentido potencial de cada una de las situaciones individuales se haya hecho realidad o no, de acuerdo al mejor entender de la persona. Cuanto más amplio sea este sentido, más incomprensible es, pues escapa a la racionalidad, ya que pertenece a otra dimensión, a la que se debe de responder existencialmente a la luz de la conciencia o bien en el encuentro personal con Dios. El sentido último es en sí, el sentido de la vida. Es como el horizonte que es inaccesible, aún así, el ser humano siempre persigue el fin último el cual se concibe como la fe, de asumirse como experiencia personal. Se puede vivir como si la vida tuviera sentido siendo parte de su trama o se puede vivir como si la vida fuera un caos y entonces ser víctima de sus antojos.

Fife (1994) citado por Rodríguez (2006, p.139) define el sentido como la percepción del significado potencial de un evento para uno mismo, además del plan de acción desarrollado al respecto. Lo concibe como un continuum que va de lo positivo a lo negativo, lo cual incluye las percepciones individuales de cómo se está viviendo una situación. Diferencia dos tipos de sentidos: el “sentido de uno mismo” (*self meaning*) y el “sentido contextual” (*contextual meaning*). El sentido de uno mismo estaría relacionado con la percepción del efecto de un suceso en los diferentes aspectos de la propia identidad, mientras que el sentido contextual pertenece a las características percibidas del suceso por sí mismo, así como de las circunstancias sociales que lo rodean.

Igualmente Längle (2005) citado por Rodríguez (2006, p.138) hace referencia a varios tipos de sentido: el *sentido personal*, como el logro complejo del espíritu humano y que surge en la confrontación individual con los desafíos del mundo y del propio ser. Dicha confrontación sería constante, en cada momento de la vida y nos daría la posibilidad de desarrollar nuestro potencial. El *sentido existencial*, que tiene que ver con lo que es posible aquí y ahora en base a los hechos de la realidad y el *sentido ontológico* que sería un sentido más global de la realidad en el que uno se encuentra a sí mismo, pero que no depende de él; tendría más que ver con un sentido filosófico o religioso.

2.2. Concepto del sentido de la vida

Con respecto al sentido de la vida Frankl (1991-2003) en sus diferentes obras señala: El sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado. No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. Por tanto ni puede ser reemplazado en la función, ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla. En última instancia, el hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es a *él* a quien se inquiere. Este autor afirmó en 1991, que a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida *respondiendo* por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida.

El sentido no puede darse, sino que debe descubrirse y éste, no puede inventarse. Lo que se inventa o es un sentido subjetivo, un mero sentimiento de sentido, o un contrasentido. El sentido no sólo debe, sino que también puede encontrarse y a su búsqueda guía al hombre la consciencia que es un órgano del sentido y definida como la capacidad de rastrear el sentido único y singular oculto en cada situación “Sentido” es por tanto el sentido concreto de una situación determinada. Es siempre «el requerimiento del momento», pero este requerimiento está a la vez siempre dirigido a una persona concreta; del mismo modo esta situación concreta es singular y por lo tanto es también singular a cada persona concreta (Frankl, 2003). A cada día y a cada hora de espera, con un nuevo sentido y a cada persona, le aguarda un sentido distinto al de los demás. Existe entonces, un sentido para cada uno y para cada uno, un sentido especial. La vida está potencialmente llena de sentido en cualquier situación, sea agradable, placentera o miserable.

Frankl en el año 1982, argumentaba que el ser humano, fenomenológicamente hablando podía encontrar, descubrir y llenar de sentido su vida mediante tres caminos fundamentales o tres experiencias básicamente humanas, las cuales refiere de la siguiente manera:

a) Los valores de crear-dar: Cuando el ser humano experimenta que no sólo es capaz de dar al mundo, sino de hecho ofrece algo a través de sus creaciones, por ejemplo mediante su trabajo y el convivir con otros seres humanos. Además el autor refiere que el trabajo es como una contribución a la sociedad, es la fuente que da sentido y valor a la unicidad de la persona, sin embargo la realización personal no depende de la particular ocupación que se lleve a cabo sino del modo como se ejerce la propia profesión. Para algunos, el trabajo sólo es un medio de obtener dinero y su vida empieza en el ocio; hay otros cuyo trabajo es exhaustivo, que no tienen tiempo de dedicarse al ocio, sólo trabajan y duermen; mientras que otros tantos sólo dedican su tiempo a acumular riquezas, ya que consideran esto como un fin en sí mismo. Así, hay quienes muchas veces se refugian en el trabajo para escapar de la vida en general; cuando estas personas no están trabajando se sienten perdidas y se revela entonces el pobre significado de sus vidas, por lo tanto la importancia del sentido del trabajo queda manifestada cuando vemos las horas que le dedicamos al día.

b) Los valores de experiencia-recibir. Estos valores manifiestan básicamente una dimensión de gratuidad; el hombre encuentra y descubre que no solamente es capaz de dar algo de él al mundo, sino que puede recibir algo del mundo. Este recibir puede ser a través del contacto con las vivencias de tipo estético, la contemplación de las maravillas de la naturaleza y la meditación, que revela la asombrosa gratuidad que entrañan como don para el ser humano.

c) Valores de actitud: Un camino para buscar hasta encontrar. El sentido de actitud es siempre ante algo o alguien.

Algunos autores consideran que los valores experienciales alcanzan su máxima expresión entre los 13 y 15 años, los de creación alrededor de los 40 a 45 años y los de actitud, sobre todo a partir de los 65 años (Yalom, 1994).

La lucha por encontrar un sentido a su propia vida, representa la primera fuerza motivante del hombre según la Logoterapia, a lo que Frankl (1991a) fundador de esta escuela denomina “*voluntad de sentido*”.

La Logoterapia es la teoría de Frankl (1979b p.120) centrada en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre” donde logos es una palabra griega, que equivale a «sentido» «significado» o «propósito».

El término existencial se puede utilizar de tres maneras (Frankl, 1991; p.104.):

- Para referirse a la propia existencia o modo de ser, específicamente humano.
- El sentido de la existencia.
- El afán de encontrar un sentido concreto a la existencia personal o lo que es lo mismo, la voluntad de sentido. La logoterapia considera que la esencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser responsable.

La crisis o vacío existencial se puede manifestar como un sentimiento de “no encontrarle sentido o significado a la vida”. En algunos casos, el vacío existencial compromete el organismo psicofísico, dando lugar a síntomas psicósomáticos como pérdida del sueño,

irritabilidad. También se manifiesta con el tedio (llamado la neurosis del domingo) que es el aburrimiento que muestran algunas personas que no tienen objetivos para realizar ese día y sienten un inmenso vacío interior (Luna, 2005).

Frankl (1991a, pp.111-112) señala que “el sentido de la vida siempre está cambiando, pero nunca cesa”. De acuerdo a la Logoterapia se puede descubrir de tres maneras:

- Realizando una acción, tarea, trabajo u ocupación.
- Teniendo algún principio, como el amor por algo o por alguien.
- A través del sufrimiento, en situaciones de adversidad y/o enfermedad, que no se pueden cambiar, solamente afrontar.

Para Rodríguez (2005, p.47) “el sentido de la vida es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Sin dicho soporte lo más probable es que la psique se vuelva más frágil y por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar”.

Por su parte, Bueno (1996, p.480) señala que algunas personas cuando llegan «a su madurez» descubren que «la vida no tiene sentido» es decir, que no tiene sentido por sí misma. Pero este descubrimiento no tiene mayor profundidad que el que consistiese en caer en cuenta de que la «vida auténtica» no tiene un guión previamente escrito, ni es más terrible que caer en cuenta de que la vida no tiene tejido ¿Por qué habría de tenerlos?

Según Sánchez (2007) teóricamente el hombre debería envejecer a través de un proceso normal y llegar a la senectud sin una patología exclusiva o necesariamente agregada. Desde el punto de vista psicológico, correspondería ir pasando de una a otra etapa en forma consciente y paulatina, encontrando en cada una de ellas su propio significado, al igual que nuevos valores y objetivos.

2.3. Perspectiva histórica

La deliberación acerca del sentido de vida es muy antigua. Kraus, Rodríguez y Dixe (2009) citados en Manrique-Tisnés (2011, p6) señalan:

Diferentes filósofos, ya en Grecia, hace más de 2.300 años, se plantearon esta pregunta. Por ejemplo, Platón, Sócrates y Aristóteles se preguntaban sobre la finalidad de la vida desde

una perspectiva ética y respondían en general: “El sentido de la vida es la felicidad o eudaimonía, entendida como una *vida buena* o *vida lograda*. Para estos filósofos de la antigüedad, la búsqueda del sentido de la vida es una búsqueda personal de suma importancia. Lo primario y fundamental para vivir de acuerdo con la dignidad humana, es el encontrar un sentido a la vida.

Igualmente, los estoicos, los epicúreos y algunos padres de la iglesia como San Agustín y Santo Tomás de Aquino y un largo etc., ya se habían planteado desde sus propias ópticas especulativas el concepto del sentido de la vida, concepto que justifica y da razón de ser a la existencia humana (Kraus, Rodríguez y Dixe, 2009 p. 77).

Desde un contexto religioso nos encontramos con el Tercio Milenio Adveniente (1994), citado por Gómez (2009) donde Juan Pablo II nos dice que “el más auténtico sentido de la vida es darse a uno mismo (dar la vida) al servicio de los demás y hacerlo por amor”.

2.4. Evaluación del sentido de la vida

El sentido de la vida se ha intentado evaluar desde diferentes perspectivas. Desde el punto de vista cuantitativo, las mediciones se han realizado a través de cuestionarios o test siendo los más utilizados el PIL-Test de Crumbaugh y Maholick (1964) y el Logo-Test de Lukas (1982).

Además de estos cuestionarios, Martínez Ortiz, Trujillo, Díaz y Jaimes (2011.p.114) mencionan entre otros: The Life Regard Index(1973); The attitudinal Values Scale-test (1974); The SONG-Test y el MILE-test (1977); El S.E.E. Test de Walter Böckmann (1980); El Life Purpose Questionnaire (LPQ) (1982; 1989); The Belfast Test (1982; Personal Meaning Index (LAP-R) (1992); La escala existencial (1994-2002); The Spiritual Meaning Scale (2004); The SMILE (Shedulefor Meaning in Life Evaluation) (2008); The Life Meaningfulness Scale; (2009).

Más recientemente:

- La Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) (Martínez, 2011).
- Sentido de la Vida (Torres, Beltrán F, Barrientos, Lin, Beltrán T y Calderón, 2011).

- MIL Global (Aquino, 2009). La versión utilizada en este estudio es una adaptación del instrumento original del PIL Test (Purpose in Life Test) de Crumbaugh y Maholick (1964) donde se redujo la escala de 20 a 12 elementos (Damásio, Melo y Pereira, 2013).

2.5. Antecedentes de investigaciones sobre el sentido de la vida, medido a través del Purpose In Life Test (PIL).

Para fines de la presente investigación se utilizó el Test de Propósito Vital (PIL) de Crumbaugh y Maholick (1964) del Veterans Administration Hospital en Mississippi y del The Bradley Center de Georgia, respectivamente, el cual mide la “voluntad del sentido” y el “vacío existencial”. El PIL se ha aplicado en múltiples investigaciones, siendo España uno de los países donde más se han realizado con este instrumento, después de Estados Unidos.

A pesar de haber transcurrido 50 años (1964) de la creación del PIL y su aplicación correspondiente, es necesario mencionar algunas investigaciones internacionales (EE.UU y Europa):

- El informe del American Council of Education y la Universidad de California donde se evaluaron 189.733 estudiantes de 360 universidades, de los cuales el 73,7% manifestó interés primordial en “conseguir una concepción del mundo a partir de la cual la vida tuviera sentido” (Frankl, 2003b).
- The National Institute of Mental Health, de los Estados Unidos realizó otra investigación en 7.948 estudiantes de 48 colegios de estudios superiores, reportando que el 78% (el mejor grupo) quería encontrar un sentido a la vida (Jakobson, citado por Frankl, 1982).
- El estudio realizado por Crumbaugh en un centro de investigación psiquiátrica de Estados Unidos quien analizó 1.200 casos, concluyendo que las neurosis noógenas constituyen un nuevo síndrome (Frankl, 1994).
- Los propios estudios realizados por Frankl (1994) con los alumnos asistentes a sus clases en la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena, donde encontró que más del 40% admitieron conocer la sensación de falta de sentido por propia experiencia y en los alumnos americanos este porcentaje fue mayor (81%).

- Igualmente, Frankl (2003) menciona los estudios realizados en Connecticut, Massachussetts, Londres, Tubinga, Wiirzburg, Polonia y Viena, los cuales coinciden en estimar aproximadamente, un 20% de neurosis noógena.

Fabre (1998) en Estados Unidos, revisó la confiabilidad y validez del PIL, considerando lo que Crumbaugh y Henrion, comentaron en 1988, en torno a que el instrumento podía quedar muy contaminado con la tendencia a dar respuestas socialmente deseadas, con lo cual pierde su utilidad. Su validez transcultural y el hecho de que mide el éxito no sólo material sino “no ético” llevaron a este investigador a comprobar la confiabilidad y validez del instrumento, a través del análisis de los criterios de consistencia interna de cada ítem y las pruebas de normalidad, así como a sugerir la utilización del logo test que, además de no producir calificaciones sesgadas, se diseñó sobre la experiencia obtenida por el PIL para evitar medir el “éxito”.

En lo que respecta a la población sana, uno de los grupos más estudiados lo representan los estudiantes universitarios de diferentes edades, donde se ha relacionado el sentido de la vida con variables como la desesperanza, la inteligencia emocional, la religiosidad, la satisfacción, el bienestar, la resiliencia y la salud mental (López 1998; Tena Suck Rage y Deber 1998; Magaña y colb, 2004; Gallego, 2005; García, Gallegos y Pérez, 2008; Moreno y Rodríguez, 2010; Rollan, García y Villarrubia, 2005).

El PIL, también se ha aplicado en personas en situaciones especiales con mayor vulnerabilidad y riesgos, como los adolescentes y ancianos así como en personas enfermas, de cáncer de pulmón (Rodríguez, 2006) así como en pacientes con otras enfermedades crónicas, terminales, con discapacidades, droga dependencias e infractores de la ley (Manrique-Tisne, 2011).

En 1994, Noblejas validó el PIL para la población española. En su tesis doctoral Noblejas estudió 823 personas “sanas”: 344 hombres y 492 mujeres, divididos en dos grupos: menores de 29 años y mayores de 30, reportando una media general del PIL de 104.8; para la población menor de 29 años, de 103.3 y algo mayor para los mayores de 30 años (106.6) con diferencias significativas con respecto a la edad, más no así con respecto al sexo.

En 1999, la misma investigadora (Noblejas) analizó la estructura factorial del PIL en 841 personas con edades comprendidas entre los 16 años (edad mínima estipulada por el Logo-test) a más de 60 años. La variable sexo se hallaba equilibradamente representada, así como el estado civil, el tamaño de la población, los ingresos, el nivel de estudios y la profesión (variables incluidas en la presente investigación); encontrándose diferencias en función de la edad, lo que sugiere la percepción del sentido de la vida es diferente según la edad. No hubo diferencias en relación al sexo.

Gallego-Pérez (2005) estudió el sentido de la vida y las variables religiosidad y desesperanza, en un grupo de estudiantes universitarios (99 varones y 203 mujeres), en edades comprendidas entre los 18 y los 70 años. Los resultados obtenidos demuestran que no existen relaciones significativas entre las variables edad, sexo y el sentido de la vida. Con respecto a las variables desesperanza, esta es mayor cuando el sentido de la vida es menor; las relaciones entre religiosidad, el sentido de la vida y la desesperanza confirman la hipótesis parcialmente, exigiendo una interpretación clarificadora.

Asimismo, Gallego-Pérez, García-Alandete & Pérez-Delgado (2007) analizan las variables sentido de la vida y religiosidad. Específicamente, las relaciones entre la religiosidad y los factores del PIL, en un grupo de 302 sujetos (99 varones y 203 mujeres) entre los 18 y los 70 años, confirmándose hipótesis de que hay una relación significativa entre una mayor religiosidad y mayores puntuaciones en el PIL.

Los mismos investigadores, García Alandete, Gallego-Pérez & Pérez-Delgado, en el 2008, estudiaron las variables sentido de la vida y desesperanza, así como los constructos edad y sexo, en un grupo de estudiantes universitarios españoles, 302 sujetos, 203 mujeres (67,22%) y 99 hombres (32,78%) entre 18 y 30 y más años, correspondiendo el 59,27% al grupo de 18 a 21 años. Las medias y las desviaciones estándar fueron de $109.08 \pm 14,41$, con hallazgos similares a los de Crumbaugh 1968; Prebe 1986; Viñas et al., 2004. El 64,57% de los estudiantes alcanzaron puntuaciones del PIL, de presencia de metas y sentido de la vida; el 25,5%, se encontraron en zona de indefinición y el 9,93%, con vacío existencial. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones totales del PIL en la edad y el sexo. Estos

resultados confirman las hipótesis planteadas: a mayor sentido en la vida, menor desesperanza. El sexo y la edad de los sujetos no ejercen influjo sobre el sentido en la vida ni sobre la desesperanza.

Moreno & Rodríguez (2010) evaluaron 45 estudiantes universitarios españoles (26 de psicología y 19 de ingeniería aeronáutica) con el fin de analizar las variables sentido de la vida, inteligencia emocional y salud mental a través de los instrumentos PIL, CTI y GHQ-28. El PIL mostró una media general de $113,47 \pm 7,40$ superiores a la media de población general ($104,8 \pm 16,09$) ($p < 0,01$). El 81% del total de los estudiantes tienen una media superior a la de la media española. Se encuentran asociaciones estadísticamente significativas, entre algunas sub escalas del CTI (pensamiento constructivo global) con los valores obtenidos con el PIL y el GHQ-28. Así como entre las dos carreras y algunas sub escalas del CTI y del PIL. Concluyendo que este grupo de estudiantes encuentran más sentido a la vida que la población general y pareciera haber relación entre el sentido de la vida, la inteligencia emocional y la salud mental.

Noblejas (2011) en España, realizó una nueva baremación del test PIL en 215 personas, obteniendo puntuaciones significativamente mayores que en el baremo anterior de 1994. En el estudio por edad, el incremento se relaciona con un aumento significativo de las puntuaciones de los jóvenes (menores de 30 años), mientras los adultos siguen presentando puntuaciones similares. Este hecho no puede relacionarse con el relativamente bajo número de participantes, ya que en una muestra de datos de 340 jóvenes correspondientes al 2011, se confirman puntuaciones similares. Ni la edad ni el sexo justificarían ahora baremos separados. Los hallazgos confirman las diferencias socioculturales en la percepción de sentido, en las que habrá que seguir profundizando con nuevos estudios.

García-Alandete, Martínez & Sellés (2013) realizaron análisis factorial y consistencia interna de la versión española del instrumento Purpose-In-Life Test, donde participaron 457 universitarios españoles (320 mujeres, 137 hombres) entre 18 y 55 años de edad (grupos poblacionales muy parecidos a la presente investigación). Los resultados mostraron una estructura de dos factores correlacionados con aceptable consistencia interna de la escala y de los factores. Con respecto a la edad no se reportaron diferencias estadísticamente

significativas. En cuanto al género, las mujeres alcanzaron significativamente puntuaciones más altas que los hombres en la puntuación total del PIL y en el factor correspondiente a metas y propósito de vida.

Recientemente, García-Alandete (2014) analizó las características psicométricas de la versión española del PIL de 10 ítems para medir el sentido de la vida, de acuerdo a la edad y al género, en 180 universitarios españoles entre los 18 y 55 años, predominando el grupo de las mujeres, donde las puntuaciones del PIL fueron significativamente más altas en la puntuación total del PIL, en el factor metas y propósitos vitales y en el grupo de mediana edad, entre los 30 a 55 años.

Investigaciones en Latinoamérica

Brand (1996) en México (citada por Tena-Suck, Rage & Derbez, 1998) en su tesis doctoral dirigida a la población de la Universidad Iberoamericana, concluyó que la aceptación de la responsabilidad, es equivalente al sentido positivo de la vida.

Por su parte, Tena Suck, Rage & Debez (1998) igualmente en México (citados en Núñez (2001) realizaron una investigación con 75 profesores de la Universidad Iberoamericana, en edades comprendidas entre los 25 y 74 años (69% del sexo masculino y 31% del femenino) donde emplearon el PIL, no encontrando diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo, estado civil, ni distinciones académicas. En los profesores con doctorado las puntuaciones del PIL, fueron más bajas. Con respecto al número de hijos las puntuaciones fueron más altas. Los resultados de esta investigación estudian algunas de las variables a las cuales se hace referencia en el presente estudio, como son grupos de edad (la cual incluye mayoritariamente por lo menos hasta los 64 años) el sexo, el estado civil y la tenencia de hijos.

Igualmente, López (1998) en México, en la Universidad Iberoamericana Golfo Centro, realizó un estudio en 483 estudiantes de la licenciatura (nuevo ingreso) y en los que estaban cursando los últimos semestres de la carrera, con el fin de determinar el sentido de la vida, mediante el PIL y encontró que el 61.3% habían logrado definir con claridad este aspecto en

su vida; el 32.7% se encontraban en zona de indefinición y el 6% tenía una carencia de sentido de vida. Estos últimos vivían una problemática que plantea retos específicos para quienes se dedican a la educación, y de ellos el 2.3% había pensado seriamente en el suicidio como una opción a sus problemas, el 1.7% lo consideraban una opción y el 5.2% había pensado alguna vez en ello. Los resultados de este estudio permitieron hacer propuestas en el desarrollo de talleres logó terapéuticos y tratar de despertar en la población estudiantil su carácter auto trascendente.

También en México, Magaña, Zavala, Ibarra, Gómez & Gómez (2004) evaluaron a 723 estudiantes del primer semestre, de la Universidad de La Salle Bajío, en edades comprendidas entre los 16 y 27 años, utilizando el Test Purpose In Life (PIL). Como resultados describen que el 55,5 % de los estudiantes tienen definición clara del sentido de vida, mientras que el 33,3 % se ubicó en la zona de indefinición y un 11,2% manifestó no tener sentido de la vida. Los resultados de esta investigación permitieron comparar algunas características socio demográficas relacionadas con el sentido de la vida.

Bajo un enfoque fenomenológico, Sánchez & Tena Saucedo (2009) estudiaron a cinco (5) mujeres solteras, entre los 30 y 35 años con profesiones definidas donde evaluaron 7 categorías: auto concepto, significado de la profesión, actividades que realizan, actividades que son significativas, importancia del trabajo, autorrealización y el sentido de la vida. Con respecto al sentido de la vida, manifestaron que aún no habían alcanzado el sentido de la vida, pues necesitaban involucrarse más en los aspectos personales, dedicar más tiempo a sus relaciones interpersonales fuera de su familia de origen e incorporarse a las actividades recreativas; por otra parte expresaron que el trabajo las absorbe a tal grado que no se permiten disfrutar más de una semana en el ámbito laboral, sin embargo abren otro proyecto que tiene que ver con el rol genérico de cada mujer como lo es la maternidad, que sería para cada una de ellas otro importante logro en la vida, pues les proporcionaría sentido.

Francke & Colab. (2010) realizaron una investigación con 731 adultos mayores (entre 60 y 96 años de edad) la mayoría pertenecientes a un grupo o red social, con el fin de valorar el sentido de la vida e identificar sus posibles implicaciones en el proceso de envejecimiento. Se aplicó el PIL, encontrando que el 67.31% eran mujeres y un 32.69% varones, con una

media de 72 años, el mayor número de adultos mayores eran septuagenarios (45.7%), seguidos por los sexagenarios (40.8%), octogenarios (12.7%) y nonagenarios (0.8%). Los puntajes totales de reactivos del PIL, mostraron una media de 124.09 y una desviación de 17.549. Un 86.6% presentó una puntuación superior a 105, lo cual indica la presencia de metas y sentido de la vida. Sólo el 7.25% se encontró en zona de indefinición y el 6.16% evidenció falta de sentido de la vida.

Torres, Beltrán, Barrientos, Lin, Beltrán T & Calderón (2011) construyeron un instrumento para evaluar el sentido de la vida en jóvenes universitarios de la Facultad de Medicina de las universidades de Tamaulipas y de Veracruz, México. El instrumento inicial estuvo conformado por 53 ítems, escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. Se aplicó a una muestra no probabilística de 106 estudiantes universitarios, entre los 18 y 20 años, 61% eran mujeres y la mayoría solteros (95%). Posterior al análisis de confiabilidad alfa de Cronbach, el instrumento quedó conformado por 20 ítems con una confiabilidad de 0.9143. El análisis factorial consta de tres factores: optimismo, satisfacción con la vida y sentido de coherencia.

Góngora & Castro (2011) en Argentina, validaron el Cuestionario MLQ (Meaning in Life Questionnaire, de Steger et al, 2006) que mide significado de la vida, en una muestra de 707 adultos y 180 adolescentes. Se utilizaron además otros instrumentos como la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), el índice de Bienestar Personal de Cummins (PWI) y la Escala de tres rutas de acceso al Bienestar (ERBIEN). El análisis factorial exploratorio permitió extraer dos factores del MIL: presencia y búsqueda de significado. La presencia de significado se relacionó con mayor satisfacción con la vida y con la vida eudaemónica. La presencia de significado se relacionó significativamente con mayor satisfacción con la vida, y satisfacción en diferentes dominios vitales como la salud, el nivel socioeconómico y las relaciones personales. La búsqueda de significado se vinculó inversamente con la satisfacción con la vida y con los diferentes dominios vitales.

Damasio, Melo & Pereira Da Silva (2013) realizaron una investigación en Brasil, con 517 profesores; 252 profesores, tenían edades comprendidas entre 18 y 65 años, de las escuelas públicas y 265 de las escuelas privadas. El 66,3% fueron mujeres, 54,9% casados

y el 50,5% ganaban entre uno y tres salarios mínimos. En este estudio se midieron los niveles de significado en la vida (MIL), versión de 12 preguntas del PIL, con un solo factor llamado sentido de la vida, el bienestar psicológico (PTP), la calidad de vida (CV) y observar en qué medida podría actuar el MIL como variable moderadora. El análisis inferencial mostró al sentido de la vida, como una variable predictora tanto de bienestar psicológico y calidad de vida.

El estudio de Samayo (2009) en Guatemala tuvo como objetivo establecer la relación entre la calidad de vida y el sentido de vida, en los jóvenes adultos participantes del Movimiento de Encuentros de Promoción Juvenil. Se estudio a la población entera de participantes, entre los 20 y 28 años. El diseño fue descriptivo y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Logotest de Elizabeth Lukas y un cuestionario de calidad de vida elaborado por el autor. Se utilizó el factor de correlación r de Pearson. Se obtuvo una correlación casi estadísticamente significativa entre la calidad de vida con el sentido de los jóvenes, lo que permite inferir que la calidad de vida de los jóvenes está relacionada con su orientación hacia el sentido. Estos resultados permitieron concluir que partiendo de la premisa de que los jóvenes que han participado de un Encuentro de Promoción Juvenil están en contacto con su área espiritual, tienen mayor facilidad para valorar y reconocer en su vida los indicadores que según los autores investigados permiten considerar tener calidad de vida y estar orientado hacia el sentido. Como recomendación se exhorta a fomentar la participación de jóvenes en un programa basado en el estudio realizado, que pretende promover el desarrollo de calidad y sentido en las vidas de sus participantes.

Arriola (2010) también en Guatemala, realizó una investigación cuyo objetivo fue describir el sentido de vida en estudiantes del Seminario Mayor Nuestra Señora de la Asunción, para así comprenderlo desde una perspectiva existencial. La muestra estuvo conformada por 54 estudiantes del sexo masculino, en edades comprendidos entre los 18 a 35 años (grupo poblacional que corresponde al adulto joven de nuestra investigación) con nivel diversificado y provenientes de diferentes departamentos y etnias de la república de Guatemala. Fue un diseño cuantitativo y se utilizó el “Cuestionario de opiniones sobre la propia vida”, elaborado y basado desde la teoría de Víctor Frankl. Los resultados reportan

que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el sentido de vida, la edad, etnia, año de formación y título universitario.

Igualmente, Santis & Juárez (2011) en la población guatemalteca, evaluaron las propiedades psicométricas del PIL. Se analizaron 462 pruebas a diferentes personas, de instituciones públicas y privadas e iglesias, con el fin de obtener información de diferentes ámbitos, oficios, profesiones y de distintas zonas geográficas, en edades comprendidas entre los 16 y 59 años. El grupo fue dividido en dos: de 16 y 19 años (el 45 %) y de 20 a 59 años (el 55%). El 56% eran hombres. El 88,6% presentan metas y sentido de la vida; el 6,8% se encuentran en zona de indefinición y el 4,6% con falta de sentido de la vida. En la población entre 20 y 59 años, el sentido de la vida fue más alto (92%) que en la población más joven, pero las diferencias no fueron significativas.

Martínez (2013) también en Guatemala, realizó un estudio descriptivo correlacional, en 40 conserjes (hombres y mujeres) en edades comprendidas entre los 18 y 50 años, con el fin de evaluar la relación entre el sentido de la vida y la estabilidad laboral. Para medir el sentido de la vida se utilizó una versión del PIL, titulado “Cuestionario de opiniones sobre la propia vida”. Los resultados indicaron que no había relación entre el sentido de la vida y la estabilidad laboral.

En Cali Colombia, Jaramillo, Carvajal, Marín & Ramírez (2008) estudiaron 277 estudiantes (60 hombres y 217 mujeres) de la Pontificia Universidad Javeriana de la carrera de Psicología, del primero al décimo semestre, en edades comprendidas entre los 16 y 34 años. Los instrumentos para medir el sentido de la vida fueron la Escala Existencial de Langle y Orlor (auto distanciamiento, auto trascendencia, libertad y responsabilidad). Los resultados obtenidos muestran puntajes por debajo de la media para todas las variables (edad, género y semestre) lo que indica que el nivel de sentido de vida de este grupo de estudiantes es bajo, sin diferencias significativas en ninguna de las variables en relación con el sentido de la vida.

Martínez, Trujillo, Díaz del Castillo & Jaimes (2011) construyeron un instrumento para evaluar la estructura y características psicométricas. Participaron 820 personas (entre 20 y 70

años) obteniendo una prueba con alta consistencia interna: “Escala Dimensional del Sentido de la Vida” (EDSV) con dos dimensiones o factores: percepción y propósito vital (factor 1) y coherencia existencial (factor 2). La percepción y propósito vital se refiere al propósito de vida de las personas, entendido desde el análisis de sus metas y proyecto de vida, así como la satisfacción en la vida. El factor 2, hace referencia al sentido de coherencia e identidad existencial. Se obtuvieron cuatro grupos de edad: 20 a 24 años (24%), 25 a 34 años (27%), 35 a 44 años (24%) y 45 a 70 años (25%). Los resultados obtenidos mostraron que se mantuvo la estructura de dos factores para ambos géneros, ocurriendo lo mismo para la edad.

En el 2012, Martínez, Trujillo A & Trujillo C, validaron el test PIL para Colombia, donde participaron 798 personas (entre los 20 y los 70 años) de instituciones educativas, sitios de trabajos y en el hogar. El 57% eran mujeres, el 32.2 5 eran universitarios, el 16,2% con postgrado, el 23% bachillerato, el 37 % eran solteros, 31% casados, 20,4 % unión libre. Estos autores proponen un modelo de tres factores: sentido desde la capacidad de establecer metas, sentido desde el componente hedónico de la vida y sentido desde la sensación de logro.

Del mismo modo, Martínez & Castellano (2013) caracterizaron la percepción del sentido de la vida según área académica, género y edad, en 965 estudiantes universitarios colombianos entre los 16 a 45 años de diferentes carreras, 68% mujeres y 31,1% eran hombres. No hubo diferencias significativas en cuanto al género. Los hombres presentaron medias ligeramente mayores a las de las mujeres con diferencias no significativas. Según la edad son los grupos de 16 a 20 años y de las personas mayores de 30 años las que obtienen los puntajes más altos del sentido de la vida. Los estudiantes de medicina y de enfermería tienen niveles más altos del sentido de la vida, comparados con los alumnos de ingeniería y psicología. En general el 58% de los encuestados presentaron un nivel bajo (36%) y un nivel medio-bajo (22%) del sentido de la vida. El 42% mostró niveles medios y altos del sentido de la vida, de acuerdo a la escala (EDSV).

En Venezuela, a partir de la investigación de Zapata (1996) citado por Castro (2000) el “sentido de la vida y de la muerte” establece que el 20% de los venezolanos consideran que “la vida no tiene sentido” (esta cifra no necesariamente indica que 20 de 100 venezolanos

padecen de vacío existencial), pero quienes señalan que “la vida no tiene sentido” expresan un problema existencial. En este orden de ideas Frankl dice...: “20% de las neurosis están condicionadas y causadas por un sentimiento de carencia de sentido que denomino vacío existencial”. Según Frankl (1997) el 91% cree que “vivir la vida es tratar de obtener lo mejor de ella”; un 62% cree que “la vida hay que vivirla como viene”, lo que pone de manifiesto la presencia de problemas existenciales en la sociedad venezolana. Asimismo un 80% expresó “la muerte es el final natural después de haber vivido” y finalmente, un 50 % cree que “después de la muerte no hay nada”.

En el estudio realizado por Castro (2000) en la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) durante el año académico 1998-1999 se estudiaron 130 estudiantes de pregrado, de diferentes carreras, en edades comprendidas entre los 16 y 60 años, con el fin de analizar la presencia del vacío existencial. En esta investigación se utilizó el Logo-test de Elisabeth Lukas (1996) el cual mide vacío existencial. Los resultados indican que el 81,54% se encuentran entre existencialmente seguros y psíquicamente estables; el 18,46% tienen mal sentido de la vida (al borde del vacío 3.08%, el 6.92% tienen frustración existencial y el 8,46%, neurosis noógena). El 37,65% de las mujeres tienen mejor sentido de la vida con respecto a los hombres (20%). Con respecto a la variable edad, la misma no tiene relación significativa con el sentido de la vida.

Paredes (2008) en diferentes Parroquias de Maracaibo, estado Zulia, determinó el sentido de la vida, en una muestra aleatoria de 120 personas, utilizando el PIL, el cual fue validado por expertos locales y se añadieron preguntas de índole socio-económico para ampliar las variables de estudio. La investigación es de tipo exploratoria y el diseño de investigación es tran seccional. Los resultados, con un nivel de confiabilidad de 90% y un error máximo admisible de 0.0752 (7,52) para todas las variables, revelaron que el sentido de la vida se encuentra definido en términos generales. Otro aspecto interesante que arrojaron los resultados es que dicho nivel de definición se observó solo en las parroquias más nuevas de Maracaibo, con deficiencias a nivel de servicios públicos. En las parroquias con mejor dotación de servicios y condiciones de vida estables, los resultados evidenciaron que sus habitantes tienen un sentido de la vida indefinido. De estos resultados se infiere que el sentido de vida en la población está presente cuando hay expectativas de crecimiento y que

puede caerse en la abulia, temor e indefinición cuando las condiciones socioeconómicas son estables y no hay razones aparentes por las cuales luchar.

Maldonado, Arredondo y De la Garza (2010) realizaron un estudio exploratorio, de corte transversal, en 100 estudiantes en edades comprendidas entre los 20 y 26 años de edad; 58% eran hombres y 42 % mujeres de las áreas de ingeniería, humanidades y negocios. La muestra fue por conveniencia, utilizando el Test Purpose in Life (PIL), además de analizar variables como estudiar en instituciones religiosas y la influencia importante del padre en su formación. Los resultados reportan que los alumnos que ya han ejercido profesionalmente encuentran un alto sentido de vida mediante el logro de metas y la valoración de la propia vida. En el caso de las mujeres que se desempeña profesionalmente ellas encuentran un alto sentido de vida (reflejo de un valor promedio más alto) en cuanto su percepción de la vida, del mundo y de su libertad. Se encontraron diferencias significativas entre aquellos alumnos que ya tenían experiencia profesional y su propósito de vida y quienes aun no ejercen. Si bien existe una relación entre experiencia profesional y el propósito de vida, no hay una relación causa-efecto entre las mismas. Se concluye que el propósito de vida puede presentar diferencias una vez que el alumno inicia su vida profesional, particularmente cuando se ha formado en instituciones religiosas como parte de su educación básica, el padre ha tenido una influencia importante en su formación y su propio género, todas estas variables secundarias influyen en tales diferencias. Se establece que los hallazgos muestran una relación entre la experiencia profesional y el propósito de vida, pero no demuestran una causalidad.

Bernardoni y Rincón (2011) en la Universidad del Zulia realizaron un estudio en 97 docentes jubilados, 35 mujeres y 62 hombres. También utilizaron el cuestionario el PIL, encontrándose un sentido de la vida definido en el 66 % de los profesores jubilados, con una media de 111.07; el 20,6% con significado incierto y el 13,4% con vacío existencial. En este estudio se aplicó la parte 2 del PIL, que explora lo relacionado con los valores de creación, de actitud y experienciales. Al respecto el valor creador es definido predominantemente hacia el interés por alcanzar metas y en gran medida por desarrollarse a nivel familiar; en la dimensión valor de actitud el sentido de la vida también es definido pero en el valor vivencial el significado es incierto. Por otra parte la actividad laboral influye positivamente en la búsqueda del significado de la vida y en la consolidación del sentido que los jubilados

puedan otorgarle a su existencia. Al relacionar el sentido de la vida con las dimensiones de la calidad de vida se encontró una relación estadísticamente significativa, a mayor calidad de vida mayor será el sentido de vida.

En lo que se refiere a estudios del sentido de la vida en circunstancias especiales se citan:

Rodríguez (2006) en España, en su tesis doctoral estudió a 42 pacientes con el diagnóstico de cáncer de pulmón, donde evaluó el sentido de la vida y otras variables como creencias religiosas, afrontamiento, locus de control y alteraciones psicopatológicas; utilizando el cuestionario PIL para evaluar el sentido, donde encontraron una asociación de menor sentido con ansiedad y depresión.

Manrique (2011) en la ciudad de Medellín-Colombia, comparó la intensidad del sentido de la vida en adolescentes infractores de la ley. La muestra estuvo conformada por 44 adolescentes infractores a quienes se les aplicó el PIL. Los resultados mostraron un bajo índice de vacío existencial. El sentido de la vida fue mayor en los que tenían un tiempo mayor de permanencia en la institución de resocialización. La familia (real e ideal) es importante como valor fundamental en torno al cual se construye su sentido de vida. Se plantea que el constructo “sentido de la vida” posee diferentes niveles de complejidad que dan cuenta de varios aspectos que mencionamos a continuación: el deseo de vivir, el objetivo o propósito de la vida que da la orientación propia de cada existencia, el significado que cada uno le atribuye a su vida y a los diferentes valores que la rigen y, por último, el análisis del sentido en general.

En el 2003, Sain-Pasteur realizó un estudio titulado “Sentido de la vida en padres de niños con cáncer” utilizando el PIL. La muestra estuvo conformada por 25 padres, entre los 19 y 50 años (19 mujeres y 6 hombres) con nivel de instrucción bachiller y técnico. La variable sentido de la vida, arrojó una media de 97,36 y una mediana de 103. Solo el 24% presenta propósito de vida definido, el 40% de los padres tienen significado no definido y el 36%, significado incierto.

Hasta donde se ha revisado no se han encontrado estudios sobre el sentido de la vida en la mujer en edad madura. Muy pocos son los estudios realizados en poblaciones sanas, ni en el

adulto joven ni en la edad madura. Con respecto a estudios sobre depresión y ansiedad, específicamente en la mujer madura, igualmente son escasos. Los que existen están asociados a patologías o a la etapa de la menopausia que coincide con las edades de la mujer madura.

Al respecto, Deeks & Mc Cabe (2004) realizaron una investigación en mujeres pre menopáusicas, peri menopáusicas y post menopáusicas, donde resaltan los aspectos positivos sobre el bienestar en la menopausia, el propósito de la vida, la auto aceptación de uno mismo y el rol social. Las autoras realizaron dos estudios: en el estudio 1 participaron 304 mujeres donde se evaluó el bienestar psicológico medido a través de la aceptación y el propósito de vida. En el estudio 2 participaron 203 mujeres integrantes del grupo 1, con un cuestionario de seguimiento y donde se midió el propósito de vida y el rol social. , encontrándose en el estudio 1 que los efectos de la edad y la menopausia no podían separarse, todas las mujeres reportaron que podían ser más positivas con respecto al bienestar en el futuro, que en el pasado o presente. Las mujeres que participaron en el estudio 2, las que estaban en la peri menopausia y pos menopausia no se sintieron tan positivas sobre sus roles en la vida, en comparación con las que se encontraban en la pre menopausia.

Martínez & Rubio (2014) en México, realizaron un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, para explorar la satisfacción y vivencias de estas mujeres, lo que permitió profundizar en las experiencias del climaterio de la mujer madura. Fueron 11 mujeres entre los 45 a 59 años, con menopausia natural, sin reemplazo de terapia hormonal y sin falla ovárica temprana, las mujeres de este estudio permiten plantear que en las mujeres en el climaterio existe una tendencia a sentirse satisfechas o medianamente satisfechas, expresando: “Me siento satisfecha porque tengo una familia y tengo buenos hijos, lo que he hecho, me hace sentir que he cumplido...” “Por ultimo quiero decir que nadie se debe sentir menos porque ya no tiene la regla, somos igual de importantes o mas por todo lo he hemos hecho”. Se concluye que la satisfacción con la vida no necesariamente se ve afectada durante el periodo de la menopausia, siendo una etapa donde la mujer expresa más fácilmente sus pensamientos y valores más profundos, muchas mujeres buscan el reencuentro consigo mismas, por lo general la satisfacción con la vida se incrementa por el solo hecho de mantenerse ocupadas y útiles. Además la autoestima y el apoyo familiar son factores

esenciales, mas el cumulo de vivencias del que se aprende a manejar la frustración y a ser feliz (p.97).

2.6. Sentido de la vida y sexo

El término género hace referencia a los aspectos socioculturales de lo masculino y lo femenino, adquiridos como resultado de la socialización y el comportamiento en una determinada cultura. El de cada género es normativo, en el sentido de que estas diferencias entre hombres y mujeres se consideren deseables. Las diferencias de salud, observadas en hombres y mujeres pueden ser atribuidas a factores biológicos y genéticos, pero también son producto de experiencias socioeconómicas. En EE UU, la expectativa de vida en las mujeres rebasa a la de los hombres, aproximadamente en seis años (Rice 1997). Igualmente en Venezuela la expectativa de vida al nacer para el hombre es de 71.75, siendo mayor para la mujer, 77.68 (INE, 2011).

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar a las maneras en que lo hacen. Contabilizar los recursos y la capacidad de acción con que cuentan mujeres y hombres para enfrentar las dificultades de la vida y la realización de los propósitos, es uno de los objetivos de este examen (Lagarde, 1996).

Frankl (2005) señala que la mujer corriente vive entregada a los cuidados en torno a su figura, su apariencia; se preocupa únicamente de encontrar a alguien que se fije en ella, aunque no la tome en serio, aunque no la quiera realmente como es: un ser único e insustituible, pues esto no le preocupa. Este tipo de mujer quiere que los hombres se fijen en ella simplemente como ser genérico; de aquí que se preocupe siempre de destacar en primer plano su corporalidad, lo que tiene de no específico; de ser impersonal y de presentar un tipo cualquiera, el que esté a la moda, el que más alto se cotiza en la feria de las vanidades eróticas. La aspiración femenina, de ser una mujer amada y valorada por un hombre, ya no es su único interés en la adultez joven, ella quiere y necesita conocer opciones, esto implica

vivenciar varias relaciones afectivas que no la lleven a tener un compromiso que en estos momentos de su vida productiva sólo obstaculizaría su proyecto de vida.

Por otra parte, García-Alandete, Martínez & Gallego-Pérez (2010) analizaron las diferencias asociadas al sexo, en la puntuación total y factorial del Purpose In Life Test en la versión española (Crumbaugh y Maholic, 1969; Noblejas de la Flor, 1994) en un grupo de 295 estudiantes universitarios (198 mujeres y 97 hombres, de edades comprendidas entre 18 y 29 años) de un centro universitario privado de la Comunidad Valenciana (provincia de Valencia, España). Las mujeres obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres, tanto en la puntuación total del PIL como en sus diferentes factores. El análisis estadístico (regresión lineal) muestra que el sexo femenino se relaciona linealmente de manera estadísticamente significativo con la puntuación total del PIL y con los factores percepción de sentido y metas y tareas.

García-Alandete, Martínez, Soucase & Gallego-Pérez (2011) analizaron las diferencias en las puntuaciones totales y factoriales de la versión española del Purpose-In-Life Test (PIL) (Crumbaugh & Maholic, 1969; Noblejas de la Flor, 1994) asociadas al sexo, en un grupo de 309 estudiantes universitarios (207 mujeres y 102 hombres) entre los 18 y 45 años. Las mujeres obtuvieron puntuaciones medias superiores a los hombres, tanto en la puntuación total del PIL como en sus diferentes factores. El análisis estadístico muestra que el sexo da lugar a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total y en los factores percepción del sentido y metas y tareas del PIL.

2.7. Sentido de la vida y salud mental

La salud mental es parte integral del concepto de salud de la OMS. Una buena salud mental hace posible que las personas materialicen sus potencialidades, trabajen en forma productiva y superen el stress. En la misma, influyen una serie de factores individuales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás; factores sociales, culturales, socioeconómicos, políticos y ambientales, entre ellos las políticas de salud y la protección social, el nivel de vida, el apoyo social y las

condiciones laborales, a ello se le agrega las adversidades en edades tempranas de la vida (OMS, 2013. p7).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas más elevadas de discapacidades y mortalidad debido a diferentes enfermedades entre ellas la depresión, la esquizofrenia pero también son más vulnerables a sufrir de otros problemas de salud física como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cánceres, infección por HIV y el suicidio, el cual representa la segunda causa de muertes en jóvenes a nivel mundial (OMS, 2013).

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución (OMS, 2004).

Batista (2010) relaciona el concepto de salud mental con bienestar. Hace referencia a la existencia de algunas personas que no tienen bienestar en su vida a pesar de no tener enfermedades físicas o mentales y tener un ambiente familiar y social razonable, pero también señala que hay personas en condiciones adversas de salud y ambiente y tienen un profundo sentido de bienestar.

La salud mental incluye el bienestar subjetivo y desde el punto de vista ideológico se sustenta en que el propósito de la vida humana es la vida en sí misma y la realización personal, felicidad y satisfacción con la vida, son los valores centrales: de ahí que el bienestar subjetivo y, en especial, la satisfacción con la vida sea un indicador de calidad de vida (Martínez & Olivos, 2010). El bienestar subjetivo contempla aspectos afectivos y cognitivos, referido este último a la evaluación de satisfacción que el sujeto hace de sí mismo y de su vida.

Estudios realizados con mujeres que viven la etapa del climaterio muestran un alto índice de satisfacción con la vida, que se explica por diversas causas, entre ellas la autoestima y el apoyo familiar (Martínez, González-Arratia, López-Fuentes, Hans Oudhof van Barneveld & Dominguez, 2012).

Según la OMS (2013) los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en el 2004. La depresión constituye el 4,3% de y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. En América Latina y el Caribe las enfermedades mentales y neurológicas crecieron del 8,8% en 1990 a 22.2% para el 2002 (OPS, 2011). Se calcula que para el 2020 estos trastornos representarán aproximadamente el 15% de discapacidades, ajustadas a los años de vida perdidos por enfermedad (OMS 2003).

Según Frankl (2003a) la carencia de significado o del sentido de la vida indica desajuste emocional y por lo tanto con la salud mental.

Calderón (2001) señala que existen unos principios universales relacionados con la salud mental, entre ellos el principio de la realidad (conciencia de sí mismo y del medio), principio de colectividad (comunicar, interactuar y participar) y principios de transformación o del sentido de vida.

La ansiedad y la depresión son los desórdenes clínicos mentales más comunes. Millones de personas en el mundo sufren de estas enfermedades, sin importar raza, nacionalidad o cultura, a los cuales no son ajenos los universitarios ya que tienen que lidiar con las exigencias sociales, familiares y con el estrés académico (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

2.7.1. Antecedentes de Investigaciones de Salud Mental en Mérida (Venezuela).

Realizadas en el Doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis, mediante la aplicación del test Goldberg (GHQ-28) en estudiantes de las diferentes facultades de la Universidad de los Andes.

Arias (2011) evaluó a 284 estudiantes universitarios de la Escuela de Bioanálisis, en edades comprendidas entre 15 y 34 años, con el fin de relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica. Se utilizó el cuestionario de Goldberg (GHQ-28) encontrando que el 79,9% de los estudiantes no tenían

alteraciones según la puntuación obtenida en el GHQ-28 o sea sin aparente riesgo de alteraciones en salud mental. El 19,1% resultaron con puntuaciones altas en el GHQ28, que indicaban riesgo de padecer alteraciones en su salud mental.

La investigación de Yépez (2011) tuvo como objetivo determinar las asociaciones de la resiliencia con el estrés psicológico agudo y las emociones (ansiedad y depresión) y los parámetros hematológicos con especial referencia a los grupos A y O y la Velocidad de Sedimentación Globular. Para tal fin se evaluaron 70 estudiantes universitarios, entre 29 y 30 años, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y estrés 21 (DASS-21) y los instrumentos para medir resiliencia y las pruebas hematológicas de laboratorio. Los resultados con respecto a la ansiedad y la depresión reportan que en las mujeres son más altas y estas se exacerban durante el estrés psicológico agudo.

Pereira (2011) por su parte evaluó a 288 estudiantes universitarios de Odontología, de la Universidad de los Andes, en situaciones de baja exigencia académica (del primer a tercer año) y alta exigencia académica (de los últimos años de carrera). A los cuales se les aplicó el test de Goldberg (GHQ-28 plus). Los resultados demuestran que el 22,7% de los estudiantes fueron considerados positivos, con GHQ mayor de 5, valores que ascienden a medida que avanza la carrera.

Peña (2012) evaluó estrategias de afrontamiento y la salud mental en estudiantes de enfermería, en 156 estudiantes, entre 21 y 24 años, del primero, quinto y décimo semestre. En dicha investigación también utilizaron el test de Goldberg (GHQ28) y aunque este instrumento no fue utilizado en nuestra investigación, igualmente evalúa ansiedad y depresión, y los resultados sirven de orientación y comparación como patologías. En este estudio encontraron el 20% positivos al GHQ-28, percibiendo síntomas de ansiedad e insomnio.

Da Silva, Poveda & Mora (2013) determinaron la prevalencia de malestar psicológico y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de nutrición y dietética de la Universidad de los Andes. Estudiaron 171 estudiantes de todos los años académicos. Se utilizó el Test de Goldberg (GHQ-28) en una versión ampliada que explora necesidad de

atención psicológica, además del Cuestionario de Actitudes hacia la alimentación de Garner. Los resultados muestran un 19,3% de prevalencia de malestar psicológico, predominando la sub escala A (somatización) y B (ansiedad). La ansiedad se relacionó significativamente con el riesgo de desarrollar TCA en el primer y cuarto año de la carrera. La prevalencia de síntomas de malestar psicológico es similar a la encontrada en estudiantes de otras carreras de la Universidad de Los Andes.

2.8. Relación del sentido de la vida con otros constructos

Existen investigaciones donde se relaciona el sentido de la vida con el bienestar, la calidad de vida, el afecto positivo, la felicidad, la satisfacción con la vida, la autoestima y un adecuado afrontamiento (Martínez, Trujillo & Trujillo, 2012) ubicando al sentido de la vida como un elemento de gran importancia para el mundo psicoterapéutico y la psicología en general.

Con respecto al constructo satisfacción con la vida, Torres & colab. (2011) refieren que se trata de una serie de evaluaciones o juicios que la persona realiza de forma objetiva y subjetiva sobre sus experiencias, sus logros, sus metas en la vida, mostrando su agrado, desagrado, satisfacción, felicidad, esperanza, desánimo o desventura con lo que ha obtenido en su devenir personal al momento de sus valoraciones. El factor, satisfacción con la vida está compuesto por las preguntas: deseos de vivir mil veces una vida como la actual, satisfacción de las metas alcanzadas, la vida está llena de cosas buenas y emocionantes, razones por las cuales existir, el mundo tiene significado en mi vida, el suicidio no es una salida.

Martínez, González-Arratia, Barneveld & Domínguez-Espinoza (2012) realizaron un estudio de satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la peri menopausia y post menopausia, en 300 mujeres divididas en dos grupos, 150 en peri menopausia y 150 en post menopausia, sin terapia hormonal sin falla ovárica y sin menopausia inducida, donde se evaluó la satisfacción con la vida a través de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) descrita por Dianer y la escala de percepción de apoyo familiar. Los resultados reportaron que no hubo diferencias significativas en relación con la satisfacción con la vida y la percepción de apoyo familiar entre el grupo de mujeres peri menopáusicas y post

menopáusicas. Hubo relación estadísticamente significativa entre la percepción de apoyo familiar y las variables socio demográficas escolaridad, ocupación y el tener hijos. De acuerdo al análisis de regresión múltiple la mayor tendencia predictiva de satisfacción con la vida la tiene la percepción que tienen las mujeres acerca del apoyo familiar.

Castro (2011) diseñó y validó un instrumento para evaluar las tres rutas de acceso al componente cognitivo del bienestar con el fin de establecer relaciones de las mismas con la satisfacción vital. Para tal fin participaron 430 personas, de la ciudad de Buenos Aires Argentina (226 mujeres y 204 hombres). Se utilizaron como instrumentos la escala de satisfacción con la vida (SWLS) el cuestionario de sentido de la vida, el personal Well-being Index (PWI) y el Inventario de Virtudes y Fortalezas (IVIF). Los resultados reportan que la vida placentera y la vida con significado son las rutas preferidas para el acceso a una vida plena, sin embargo la satisfacción con la vida está relacionada más con el bienestar eudemónico que con el bienestar hedónico.

Otro constructo muy relacionado con el sentido de la vida es el bienestar psicológico. Al respecto, Liang (1985) citado por Rubio Herrera & Rubio Rubio (2011) lo definen como “las evaluaciones cognitivas y afectivas que el individuo hace de la vida como un todo”. El mismo autor señala que el concepto de bienestar psicológico es multidimensional y medible a través de indicadores como la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, la felicidad, la congruencia y el afecto.

Krause (1991) igualmente citado por Rubio & Rubio (2011) señala que la satisfacción con la vida puede ser analizada en cinco dimensiones: - entusiasmo versus apatía, relacionado con las actividades que las que las personas participan y se interesan por otras personas; - la resolución y fortaleza relacionadas con el grado en que la persona asume la responsabilidad de su propia vida; - la congruencia en cuanto a metas y logros; - el auto concepto o imagen positiva que se tiene de su yo físico, psíquico y social y - el tono del estado de ánimo, vinculado con las actitudes optimistas y sentimientos felices de la persona.

Otro constructo que está muy relacionado con el sentido de la vida es la felicidad.

Según la Real Academia Española (2001) la felicidad es un “estado de ánimo que se complace en la posesión de un bien” “satisfacción, gusto, contento” y “suerte feliz”.

En lo referente a la felicidad, Frankl (2003, pp. 30-31) dice que “no es solamente el resultado de la plenificación de un sentido, sino también en un aspecto más general, es un efecto colateral, no buscado la auto trascendencia....Cuanto más aspiramos a la felicidad y al placer tanto más erramos nuestro objetivo.

Según Rivero (2015) la felicidad se puede plantear como una cuestión de actitud. La felicidad está en el camino que decidimos recorrer y en la manera determinada como lo recorreremos y la actitud con la que caminamos. Inevitablemente a lo largo de la vida nos suceden cosas dolorosas que producen tristeza y nos lleva en algunas oportunidades a la desesperación. Indagar sobre la felicidad es hacerlo sobre el sentido de nuestra vida e intentar responder a la pregunta trascendente ¿Por qué estamos aquí?

El sentido de la vida también se relaciona con la resiliencia, descrita como la capacidad para afrontar la adversidad y lograr adaptarse bien ante las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo (Grotberg, 1995, citado en Ruiz (2014). Entre las características de una persona resiliente se destaca: 1. Saben aceptar y afrontar la realidad tal y como es. 2. Tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido y que la vida sigue. 3. Tienen una inquebrantable capacidad para mejorar y seguir evolucionando.

De procesos resilientes hay muchos ejemplos, pues existen personajes reales conocidos entre ellos, Ruiz (2014) describe:

- Victor Frankl, quien sobrevivió desde 1942 hasta 1945, en varios campos de concentración nazis, incluidos Auschwitz & Dachau. De dichas vivencias escribió el Libro: “El hombre en busca del sentido”.
- Otros personajes resilientes: Nelson Mandela, Nick Vujicic, Ana Frank, Stephen Hawking, Roman Polanski, María Callas & Virginia Sendel.

3. ANSIEDAD

“La ansiedad con miedo y el miedo con ansiedad contribuyen a robarle al ser humano sus cualidades más esenciales. Una de ellas es la reflexión”

(Konrad Lorenz)

3.1. Concepto

En 1976, Lazarus señalaba que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

El término “ansiedad” proviene del latín “anxietas” “congoja” o aflicción” y consiste en “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico” (Virues, 2005, p.1).

Para la Organización Mundial de la Salud (1993) los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, entre ellos los trastornos de ansiedad generalizada y agorafobia, las crisis de pánico, la fobia social, fobia específica, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático.

La ansiedad es un síntoma frecuente. Todas las personas experimentan este síntoma en algún momento de su vida, no obstante es patológica cuando ocurre con otros trastornos como depresión o cuando se hacen cotidianas e interfieren en el comportamiento y relaciones de la vida familiar o laboral. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social y específica, trastornos de pánico, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo (Elkin & Carter, 2000).

Para Montelongo, Lara, Zaragoza, Morales & Villaseñor (2005) la ansiedad es “aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida”. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos”.

Como emoción, la ansiedad es parte constitutiva del desarrollo humano. Puede experimentarse como incomodidad emocional asociada a la anticipación de peligro o de amenaza. La ansiedad es un estado de espera expectante y no siempre tiene connotación negativa. La ansiedad está presente a lo largo del desarrollo en tareas que el individuo debe resolver en el proceso de construcción de su persona. Se ha usado el término angustia para referirse al correlato físico de la ansiedad, es decir su expresión corporal. Para nuestro fin los términos ansiedad y angustia los usaremos como sinónimos. Los miedos o temores se asemejan a la ansiedad en ser emociones básicas, pero se diferencian en que las primeras generalmente se relacionan con una situación u objeto que es temido e identificado por el sujeto (Pacheco & Ventura, 2009).

Las emociones, intervienen en la capacidad de adaptarse y de responder a una variedad de experiencias y preparan al organismo para responder rápidamente a las amenazas del mundo circundante (Mayne, 2001).

3.2. Prevalencia de ansiedad

Los trastornos de ansiedad cada año afectan a aproximadamente a 40 millones de adultos estadounidenses de 18 años de edad o más (aproximadamente el 18%). A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata. Generalmente los trastornos de ansiedad van acompañados con otras enfermedades mentales o físicas, agregándose el uso y abuso del consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005).

Resultados del proyecto “Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales” reportan que el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 6,4% en el último año del estudio (prevalencia-año) (Alonso et al., 2004, citado por Arenas & Puigcerver, 2009).

Agudelo Vélez, Casadiegos & Sánchez Ortiz (2008) consideran a la ansiedad y la depresión como los dos desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud y en población general. Asimismo, dentro de la población universitaria, constituyen dos de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios de Bienestar Universitario.

En Venezuela, la ansiedad representa el trastorno mental más frecuente. Datos del 2008, reportan que 216.957 individuos sufrían de algún tipo de trastorno mental, tomando como punto de partida lo que el gobierno afirma que la población general del país en ese momento era de 27.934.783 personas, representando el 0,77% de los afectados o sea 216.957 personas, de acuerdo con los cálculos de Ministerio de Salud. El Distrito Capital (Caracas) es la entidad con mayor cantidad de casos, seguida de Miranda y Zulia. Luego están Carabobo, Monagas, Aragua, Táchira, Guárico, Lara y Mérida. Delta Amacuro se encuentra en el último peldaño (Weffer, 2010). Como puede observarse en los datos anteriores la mayor cantidad de dolencias mentales registradas se encuentran en el Distrito Capital, aunque en todo el país hay sub registro. Según Weffer, los trastornos de ansiedad (fobias, obsesivo-compulsivo; ansiedad generalizada y estrés) representan el 23,80 % de la población o sea 42.466 habitantes.

En Mérida, no contamos con estudios epidemiológicos fidedignos. Cuando se indaga sobre los mismos hay un hermetismo que impide obtener datos, siendo preocupante la situación, pues no se conoce la prevalencia de estas dolencias. Los datos encontrados son expresados en los trabajos de investigación realizados por los médicos que realizan el Postgrado de Psiquiatría de la Universidad de los Andes los cuales optan por el título de especialista (se explican en los antecedentes).

3.3. La ansiedad en la mujer

La ansiedad es mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9.2% frente a 8.9% (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año (Alonso, Angermayer, Bernert, Bruffaerst, Brugha, Bryson & cols. 2004; Carrasco-Galán & Espinar-Fellmann, 2008).

Se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos. Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona: el rol sexual, la pobreza, el nivel educativo, el estado civil, el nivel de ingresos, el apoyo social, el aislamiento social, las adversidades durante la infancia, los cambios sociales, las normas culturales y la vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante los acontecimientos vitales estresantes. Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos (Grant & Weissmana, 2009).

A pesar de la escasez de estudios, cada vez hay más pruebas sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales, así como diferencias respecto a la fisiología y fisiopatología de otros sistemas corporales, diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos (Altemus, 2009).

4. DEPRESIÓN

“Cuando el miedo y la tristeza duran largo tiempo, entonces se trata de melancolía”

Hipócrates

4.1 Concepto

En el siglo XVII (1732) la depresión fue denominada melancolía con la teoría de los cuatro humores del cuerpo humano que la medicina llama primarios. También significa tristeza grande y permanente precedida de humor melancólico que domina y hace que el que la padece no halle gusto ni diversión en alguna casa (Poveda, 1993).

La melancolía, en término griego significa "negro" y "bilis", descrito por Hipócrates en el siglo X, con la teoría de los cuatro humores (Domínguez-García, 1991).

La depresión se define como la emoción o sentimiento psicopatológico de tristeza que puede acompañarse de síntomas somáticos, cambios en los ritmos biológicos y alteraciones neuroendocrinas. La depresión constituye un problema de salud pública a escala mundial, hoy la cuarta causa de incapacidad y que, según las proyecciones de la OMS para el 2020, será la segunda causa más frecuente en los países desarrollados (Pignone, Gaines, Rushton, Bulchell, Orleans & Mulrow, citados por Marsiglia, 2008).

Para Alberdi, Taboada, Castro & Vásquez (2006) la depresión es un síndrome que anida la presencia de síntomas afectivos: tristeza, decaimiento, irritabilidad, malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. En muchos casos es imposible describirlo aislado de otras entidades psicopatológicas como la ansiedad, pérdida de interés o desapego por la vida.

4.2. Perspectiva histórica

La depresión ha estado presente desde tiempos inmemoriales. Así se encuentran algunas formas de depresión en los relatos bíblicos a través de los salmos y entre los síntomas más visibles se destacan: la tristeza, la falta de interés, la disminución de la capacidad de trabajo, los trastornos del sueño, los sentimientos de culpa, deseos de llorar y pensamientos suicidas (deseos de morir o de no haber nacido nunca).

A continuación se mencionan algunos salmos (Saraiva, 2004):

Salmo 55 (temor, obscuridad): “Se me estremece dentro del corazón, me asaltan los pavores de la muerte, miedo y temor me invaden, un escalofrío me atenaza”.

Salmo 88 (temor, vida transformada en infierno, hombre sin ayuda): “Yahveh, Dios mío, de día aclamo, grito de noche ante ti, llegue hasta ti mi plegaria, presta oído a mi clamor. Porque mi alma de males está ahíta, y mi vida está al borde del Seol; contado entre los que bajan a la fosa, soy como un hombre acabado”.

Salmo 35 “Como por un amigo o un hermano, andaba como en duelo de una madre y sombrío me encorbaba”.

Salmo 38 “Encorbado, abatido totalmente, sombrío ando todo el día”.

Salmo 42 “¿Porqué he de andar sombrío por la opresión del enemigo?”

A principios de este siglo, la cantidad estimada de personas que padecían enfermedades neuropsiquiátricas era de alrededor de 450 millones. Más del 25% de la población que habita tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. Los diagnósticos más frecuentes en los servicios de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad, así como los relacionados con el consumo y abuso de sustancias (Rodríguez, Kohn & Aguilar, 2009).

4.3. Prevalencia de depresión

Han transcurrido miles de años y hoy, en el actual mundo globalizado (2013) agitado y complejo, los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, cada día son más frecuentes, con un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Para el 2020, la prevalencia de los trastornos depresivos aumentará, llegando a ocupar la segunda causa de morbilidad en el mundo (Roberts, 2004; Brown 2001) y de discapacidad mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. Actualmente es la segunda causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), o sea la suma de años potenciales de vida perdidos debido a la prematura mortalidad y los años de vida productiva perdidos por la

discapacidad), en grupo de 15 a 44 años, para ambos sexos. La depresión afecta cerca de 121 millones de personas en todo el mundo de todas las edades y todas las procedencias. . La encuesta mundial de salud mental realizada en 17 países se encontró un promedio de 1 de cada 20 personas han referido un episodio depresivo en el lapso de un año. La prevalencia va desde un 3% en Japón a un 16,9%, en EE.UU, y con un promedio entre el 8 al 12% en la mayor parte de los países (World Health Organization, WHO, 2011).

La OMS (2010) señala que una cuarta parte de la población mundial sufre trastornos mentales en algún momento de su vida y más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (entre ellos cerca de 95 millones de pacientes con depresión y más de 25 millones con epilepsia) que viven en los países en desarrollo no reciben ningún tipo de tratamiento o atención.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2002, entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos (entre ellos, los trastornos depresivos), se ubican respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia con el 9.1%, después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%) (Aguirre, López & Flores, 2011).

En Venezuela la depresión ocupa el quinto lugar entre los trastornos mentales con el 6,90, lo que representa 12.312 personas afectadas (Weffer, 2010).

Según lo describe Hall (2003) la depresión crónica está asociada con desórdenes de ansiedad, de personalidad y con el alcoholismo, con alta prevalencia en la mujer de los desórdenes de pánico (11.1 %), ansiedad generalizada (5.3%) y bulimia (4.7%).

Jung, hace alusión a un tercer tipo de neurosis, más frecuente en la segunda mitad de la vida y difícil de formular, como cuadro típico, en términos clínicos. Un indicio relevante de la existencia de este tipo de neurosis es para la Psicología Analítica Clínica, el aumento de la cantidad de estados depresivos alrededor de la edad de cuarenta años en los hombres y algunos años antes en las mujeres (Jung, 1931a, 1938), “cuando ya las ambiciones de la juventud no satisfacen y cuando ya no parecen tan brillantes ni tan importantes los ideales y valores que en aquella se acariciaron” (Fordham, 1953, p. 86). En este sentido, Jung (1931c)

explica: Alrededor de un tercio de mis casos no sufre, en realidad, de una neurosis clínicamente determinable, sino de la falta de sentido y razón de ser en sus vidas. No me opondría si designamos esto como la neurosis de nuestros tiempos (Citado en Sassenfeld & Moncada, 2004).

4.4. Depresión en la mujer

Las mujeres tienen dos a tres veces más riesgo que el hombre de presentar depresión, independientemente de la raza, ingresos o educación. Los estudios sobre depresión en la mujer destacan mayor vulnerabilidad ante problemas domésticos, pérdida de amigos y familiares cercanos, problemas en las relaciones afectivas y las enfermedades de su red social (Martins D'Angelo & Menéndez Montañés, 2011).

La prevalencia de depresión, según el informe mundial sobre salud, ha aumentado de 3.2% y 9.5% para un periodo de 12 meses, a 5,8 y 9,5 % en las mujeres (OMS, 2003; Bello Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

En algunos estudios sobre los trastornos mentales en Latinoamérica, se contrasta que la prevalencia media de la depresión mayor en algún momento de la vida en las mujeres adultas fue de un 8.7%, con un rango de un 1.9 % hasta un 19.6% (Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2005; Trejo-Contreras & Velásquez-Pérez, 2007; Kohn, Levay, Caldas, Vicente, Andrade & Caraveo (2005). Hay factores biológicos, del ciclo vital, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con las tasas de depresión más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo (Instituto Nacional de la Salud Mental, NIMH, 2009).

Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva (Rubinow, Schmidt & Roca, 1998).

Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.

Las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos. La diferencia en la depresión varía a través del ciclo vital, con un predominio de las mujeres sobre los hombres, que comienza al principio de la adolescencia y persiste en la madurez. Durante esos años las mujeres pueden asumir innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica y con frecuencia, se encuentran en desventaja en términos de condición social y económica (Gaviria, 2009).

4.5. La depresión en el hombre

En el informe mundial sobre salud la OMS (2003) reseña que la prevalencia puntual de depresión en el mundo es de 1,9 y de 3,2 % en los hombres.

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta a las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades, que antes resultaban placenteras y que tienen el sueño alterado; mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados o a veces, hasta por ser abusivos. Algunos hombres se escudan en sus trabajos para evitar hablar de su depresión con la familia o los amigos; también pueden mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Si bien es cierto que son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio (Pollack, 1998; Cochran & Rabinowitz, 2000; Kochanek, Murphy, Anderson & Scott).

4.6. Neurosis Noógena

La neurosis noógena es un término logoterapéutico que denota elementos que anidan en el núcleo «espiritual» de la personalidad humana. La neurosis noógenas surge de problemas

existenciales (problemas espirituales), entre ellos la frustración de la voluntad de sentido, la cual juega un papel primordial. El término existencial alude a tres significados distintos: el sentido de la existencia, el afán de encontrarle un sentido concreto a la existencia personal y la voluntad de sentido (Frankl, 1979).

La neurosis noógena tiene que ver con esa dimensión típicamente humana de la antropología frankliana, es decir, la parte noética, espiritual, que tiene una relativa autonomía frente a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociológicas del hombre (Luna, 2005, p.87).

Las ideaciones y conductas suicidas tienen en muchos de los casos una etiología no estrictamente biológica, sociológica o afectivo-cognitivo, sino existencial, debido a la falta de percepción de sentido en la propia vida, a aquello que se ha venido a denominar, desde claves logoterapéuticas, neurosis noógenas (Frankl, 1997).

4.7. Instrumentos para medir Ansiedad y Depresión

Existen diversos instrumentos o escalas estructuradas que tratan de ayudar a detectar “posibles casos” de ansiedad y o depresión. Dichos instrumentos escalas por sí mismos no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo (Lobo, Montón, Campos, García, Pérez & el GZEMPP, 1993)

Uno de los instrumentos más utilizados es la Escala de Valoración Psiquiátrica de Ansiedad, de Hamilton (Hamilton, 1959-1960).

Martínez, Cano, Castillo, Precioso, Sánchez, Ortiz & Gordillo (1995, p.98) mencionan varios instrumentos para medir la ansiedad entre ellos:

- El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, I.S.R.A. (1986).
- El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo S.T.A.I. (1970).
- La Escala de Ansiedad Manifiesta. M.A.S. (Taylor, 1953).
- Las Escalas Multidimensionales de Ansiedad de Enderl (1991).
- El Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas, I.A.S.D (1983).

- Escala de Ansiedad de Beck (1961).

Test de diagnóstico de la depresión:

- Escala de depresión de Zung (1965).
- Escala de Depresión geriátrica de Yesavage.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (1983).
- Cuestionario de Depresión de Estado-Rasgo (ST/DEP) (2005).

Escalas de Ansiedad y Depresión:

Existen algunas pruebas que abarcan tanto la ansiedad como la depresión y en algunos casos su relación con la calidad de vida y la salud, entre ellas:

- La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Hospital Anxiety And Depression Scale), instrumento diseñado por Zigmond y Snaith (1983). Utilizado en la presente investigación.
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg o GHQ. Es un instrumento de cribaje en depresión y tiende a emplearse como medidas de malestar general, en la línea del GHQ, adecuados (Montón, Pérez Echeverría, Campos & colab, 1993). Este instrumento fue utilizado por varios investigadores en la línea de investigación de Salud Mental que se viene realizando entre la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de los Andes.
- **Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (1999).**
- **Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) (2012).**

4.8. Antecedentes de investigaciones sobre Ansiedad y Depresión

Lara, Navarro, Mondragon, Rubí & Lara MC, (2002) realizaron un estudio en varios Centros Comunitarios de salud mental donde evaluaron a 254 mujeres que demandaban atención y que cumplieran con los criterios de inclusión en base a las características socio demográficas, acontecimientos de la vida y sobre síntomas emocionales medidos a través del MHI-5, la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), la Escala de Ansiedad y Somatización del SCL-90 y el inventario de autoestima de Coopersmith. La media general de edad fue de 35.3 años, con nivel socioeconómico bajo y medio bajo y la

medias de las diferentes escalas aplicadas incluyendo el MHI-5, estuvieron muy por encima de los parámetros que se tienen de la población para trastornos emocionales, síntomas de depresión, de ansiedad y somáticos; por otra parte se encontró que el 53,5% de las participantes habían recibido diagnóstico de depresión según el DSM.IIIR.

Zavala, Bautista & Quevedo (2009), en México, comunidad rural de Huimanguillo, investigaron 40 mujeres en edades comprendidas entre los 40 y 59 años, con una media de edad de $47,7 \pm 5,6$ años. La depresión se midió con el test de depresión de Zung, encontrándose una prevalencia del 55%. Hubo asociación significativa con la escolaridad. La prevalencia de depresión fue mayor a la reportada por otros autores, no encontrándose diferencias entre la pre menopausia y post menopausia. Según este estudio la escolaridad es determinante.

Gutiérrez & Larroy (2009), evaluaron a mujeres en edades comprendidas entre los 42 y 56 años, de diferentes ayuntamientos de la comunidad de Madrid, con sintomatología menopáusica, donde aplicaron la escala HADS, encontraron altos porcentajes de sintomatología ansiosa (96,%) y depresiva (39%).

Niño, Ospina & Manrique (2012) en Tunja, Colombia, realizaron un estudio de prevalencia en 538 mujeres en edades comprendidas entre los 18 y 30 y más años, estudiantes de dos universidades de Tunja. El instrumento utilizado fue la escala de Ansiedad de Hamilton y la de Depresión de Beck, encontrando una prevalencia de 52,04% de ansiedad y de 18,95%% de depresión. Hubo una relación estadísticamente significativa entre las manifestaciones de depresión y la edad (mayores de 20 años).

En Venezuela, el estudio más completo es el realizado por Marsiglia (2010) quien analiza las características epidemiológicas y clínicas de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes vistos, consecutivamente y por primera vez, en una consulta de medicina interna del área metropolitana de Caracas. La depresión tuvo una prevalencia de 7,6 %, con una relación hembra/varón de 2,1:1 y la edad promedio de $54,06 \pm 15,15$ años; 6,2 años mayor que en la población total. La depresión fue más frecuente en los ancianos, por desorden adaptativo a factores de estrés psicológico y depresión secundaria a otras enfermedades

médicas y desorden afectivo primario. La ansiedad tuvo una prevalencia de 13,8 %, con una relación hembra/varón de 2, 4: 1 y la edad, $46,77 \pm 16,25$ años . En el 63,75 % se diagnosticó desorden de ansiedad generalizada y en el 36,25 % fueron debidos a enfermedad psiquiátrica primaria, especialmente, desorden de pánico y desorden afectivo primario. Concluyendo que: 1) Los desórdenes ansiosos y depresivos son muy comunes en la consulta del internista.

En el estado Carabobo (Valencia) Lugo, Lara, González & Granadillo (2004) evaluaron los niveles de depresión, ansiedad y estrés y su relación con el Índice de Lateralización Hemisférica Cerebral (ILHC) en 196 estudiantes de segundo y quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo Se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (EDAS) para los estados afectivos y el inventario de Edimburgo modificado, para determinar el ILHC. Hubo asociación significativa ($P < 0,0467$) entre ambas escalas. Se puede concluir que a mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés, hay una disminución del rendimiento académico; así mismo a medida que el Índice de Laterización Hemisférica Cerebral, se lateraliza hacia los sujetos izquierdos estos muestran mayores valores de EDAS.

En el estado Zulia, Moreno (2011) indagó sobre los riesgos de trastornos mentales en los adultos que solicitaban el certificado de higiene mental, en la consulta de psiquiatría del Hospital “Dr. Adolfo Pons”. La edad promedio fue de $30,8 \pm 8,38$ años (parte de las edades de la presente investigación); 55,5% eran del sexo femenino. Se utilizó el Cuestionario de Salud General (GHQ) encontrando 19,4% con riesgo de ansiedad y 9,7% de depresión, caracterizándose ambos grupos por estar casados, de profesión técnico u obrero especializado, concluyendo que los adultos del sexo femenino, casados, de clase media baja, que solicitaban el certificado de higiene mental tienen alto riesgo de trastornos mentales, expresados en ansiedad y depresión.

En Mérida, como se señaló anteriormente existe un hermetismo en aportar datos sobre salud mental. Los que se reportan provienen de investigaciones realizadas en Psiquiatría, en los estudios de especialización. Específicamente:

Zavala (2008) estudió a 87 pacientes que ingresaron por primera vez a la consulta de Oncología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, reportando 19,5% de ansiedad y 6.9% de depresión.

Igualmente Velásquez (2011) evaluó la presencia de síntomas de Ansiedad y Depresión asociados a las enfermedades de los pacientes de la consulta de medicina interna, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Se estudiaron 203 pacientes entre los 18 y 89 años, con una media de 55.42 años±14.01 años; utilizando la escala HADS, reportaron 24,1% de ansiedad, la cual fue mayor en las edades comprendidas entre los 45 y 65 años, con el 64%; y depresión el 6.9%. El 45% de los pacientes no presentaron ansiedad ni depresión.

González (2012) estudió la prevalencia de patologías psiquiátricas en la comunidad de Bailadores en grupo familiares, conformado por 33 personas de una familias extensa (entre 6 y 76 años), encontrando en dicho grupo el 36,36% de trastornos de ansiedad de acuerdo al Eje I del DSM-IV; y el 7.45% de depresión mayor, especialmente en el sexo femenino. En esta investigación se utilizaron los instrumentos de evaluación: La Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I).

Existen pocas investigaciones hasta donde se ha revisado, de ansiedad y depresión en la edad madura (hombres y mujeres) y específicamente con la aplicación del HADS. Los estudios que se encuentran están relacionados con patologías.

Vilchis-Aguila, Secín-Diep, López-Ávila & Córdova-Pluma (2010) realizaron un estudio de corte transversal a 96 pacientes que acudían a la sala de emergencias de un hospital no gubernamental. Se aplicó la Escala HADS, entre los 18 a 51 años, 34% eran casados, 55 % solteros, predominando las mujeres. El 34,8% tenían ansiedad y el 8,7% depresión. Según los puntajes de la escala HADS, el 17,39 % correspondieron a casos probables de ansiedad y el 17,39% a posibles casos de ansiedad. El 65,22 no tenían ansiedad. Con respecto a la depresión el 91,30% no tenían depresión, el 6,2% eran posibles caso de depresión y el 2.1% probables caso de ansiedad.

De La Cruz, Feu & Vizquete-Carrizosa (2013), en España, evaluaron la salud de aproximadamente 29.478 personas (11.645 hombre y 17.833 mujeres, mayores de 16 años hasta 65 y más años), representativas de la población española. Aplicaron la Encuesta Nacional de Salud (ENSE-2006). La salud mental fue medida a través del General Health Questionnaire (GHQ-12). El nivel educativo se evaluó a partir de los criterios de la UNESCO-ISCED. Los resultados reportan que la depresión, el declive cognitivo y la incidencia de patologías psiquiátricas fueron más frecuentes en personas con menos años de escolarización. En la población española se da la asociación entre nivel educativo y salud mental. Independientemente de otro tipo de indicadores como el nivel de ingresos familiar, las personas con mayor nivel educativo perciben mayor apoyo social, lo que en términos de salud se traduce en mayor bienestar y calidad de vida. El apoyo social es un factor relacionado estrechamente con el estado general de salud, con una incidencia directa sobre la salud mental y calidad de vida de las persona (De La Revilla, De Los Ríos Álvarez & Luna del Castillo 2007; Stansfeld, 2006, citados por De la Cruz & Vizquete-Carrizosa, 2013).

En el 2010, Villaseñor-Ponce realizó una investigación en jóvenes universitarios de primer ingreso, a la FES de Zaragoza, España donde evaluaron la correlación entre la ansiedad y el bienestar psicológico, con 1434 estudiantes del primer semestre de diferentes carreras, con la salvedad que aquí se aplicó el cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spellberger & Diaz-Gerrero; constituido por dos escalas que mide dos dimensiones de ansiedad de rasgo y de estado. Los resultados indican que los estudiantes presentan altos niveles de bienestar psicológico y bajos niveles de ansiedad y una correlación negativa y estadísticamente significativa entre ansiedad y bienestar psicológico.

5. ADULTEZ

Al final, lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años.

Abraham Lincoln (1808-1865).

La vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas, cada una con características muy especiales, donde gradualmente se van enlazando con la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

Convertirse en adulto es un proceso complicado, ya que incluye la transición de la adolescencia a la adultez, la socialización, el aprendizaje y la adopción de normas, valores y roles que le permitan la convivencia con las demás personas en el ámbito familiar, académico y laboral así como la preparación para transitar a lo largo de la vida adulta y la vejez.

Los individuos de ambos sexos, en casi todos los países, son incorporados formalmente, sin mayores ceremonias a la sociedad civil, mediante algún tipo de identificación oficial que les reconoce como "mayores de edad" hasta el fin de su vida y les permite responder por sus actos ante la justicia; participar en el sistema de defensa nacional, en la población económicamente activa, a excepción de los que siguen estudios profesionales y técnicos; participar en las actividades sociales y políticas y, unirse en matrimonio y formar familia. Es la edad jurídica a la cual algunos autores hacen referencia.

5.1. Adultez. Concepto

Hace casi medio siglo, Nogales (1964, p.4) citado en Adam (1970) describió al adulto como "aquel individuo (hombre o mujer) que desde el punto de vista físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha conducido un crecimiento, psíquicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha

alcanzado la capacidad genésica; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos; económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras”.

Para la Real Académica de la Lengua una persona adulta es aquella que ha llegado al término de su adolescencia, o que ha logrado su mayor crecimiento o desarrollo, o que ha alcanzado su mayor grado de perfección (Adam, 1970).

El término adulto procede del verbo latino *adolescere*, que significa crecer; así adulto se deriva de la forma del participio pasado *adultum*: el que ha terminado de crecer, el que ha crecido. Del mismo modo *adolescente* se deriva del participio del presente *adolescens*: “el que está creciendo”. Así, en nuestra cultura, se entiende por adulto la persona que ha dejado de crecer y está situada entre la adolescencia y la vejez, por lo tanto es el período más largo de la vida humana (Villanueva, 2001).

Según la UNESCO (citado por Villanueva, 2001) se considera adulto al individuo que posee todas las funciones somato-psíquicas correspondientes a su especie. Jurídicamente el término adulto equivale a «mayoría de edad» por lo que el sujeto vive y actúa en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros. El momento en que se adquiere la mayoría de edad está determinado por la edad cronológica que marca la ley, que se rige por criterios políticos, sociales y psicológicos. Esta edad varía según la época, los lugares y el medio social. En España y gran parte de los países del mundo occidental, se alcanza a los 18 años y lleva consigo un estatus legal que da derecho al voto. Este hecho, junto con el desempeño de un trabajo retribuido y posteriormente la elección de pareja y la paternidad, serían los tópicos que vendrían a definir la adultez. Sociológicamente se considera adulta a una persona que está integrada en el medio social, ocupando un puesto y en plena posesión de sus derechos, libertades y responsabilidades.

El Código Civil de la República de Venezuela (1982) no hace referencia al concepto de persona adulta; en vez de ello, define sólo al mayor de edad. En efecto, en el Libro Primero, Título I, Capítulo I, Sección I, De las personas naturales, Artículo 18 de dicho Código, se expresa textualmente: “Es mayor de edad quien haya cumplido dieciocho (18) años; el mayor

de edad es capaz para todos los actos de la vida civil, con las excepciones establecidas por disposiciones especiales.

Desde la perspectiva del ciclo vital, la adultez se entiende como la consecuencia de un proceso de desarrollo en la cual inciden múltiples influencias en permanente inter juego, y relacionados con diferentes criterios de índole económico, psicológico y sociocultural. En los contextos económicos y socioculturales más pobres, el rol de adulto se asume más tempranamente desde el punto de vista laboral y reproductivo. Los criterios de índole psicológicos abarcan los cognoscitivos, de pensamiento abstracto, de operaciones formales. El criterio afectivo que incluye la intimidad y la responsabilidad del cuidado a los demás y de sí mismo. El criterio moral está orientado hacia el pensamiento autónomo y responsable. Desde el punto de vista cultural la adultez se relaciona con los “relojes sociales” así como de múltiples transiciones y cambios (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002).

La vida adulta esta fundamentalmente marcada por acontecimientos sociales, por cambios en la estructura de los roles, por demandas y exigencias que emanan no tanto de las capacidades y/o características biológicas como de las consecuencias que se derivan de la asunción de importantes tareas sociales (Blanco, 1991) citado por Zapata, Cano & Moyá (2002).

5.2. Etapas del desarrollo adulto o ciclo vital

En cuanto a propuestas de etapas del desarrollo, diferentes autores han escrito al respecto, en atención a la edad cronológica y la edad biológica o funcional, entre ellos, Erickson (1950); Havighurst (1953); Levinson (1978); Verbrugge (1987); Craig (1994); Rice (1997) y más recientemente (siglo XXI), Mansilla (2000); Duque (2007); Linn, Fabricant & Linn (2009) por mencionar algunos.

Havighurst (1953) propuso un modelo de etapas sobre el desarrollo entendido éste como un logro importante exigido a un individuo en un determinado momento de su vida, relacionada con la satisfacción y el éxito. Estas etapas son: edad adulta temprana (18 a 35 años), con las tareas de elegir pareja, casarse, criar hijos entre otras; la edad intermedia o

mediana edad (entre los 35 a 60 años), donde se realizan las responsabilidades propias de un adulto, con un estándar económico, aceptar los cambios fisiológicos propios de la edad, y la edad tardía (de 60 o más años), que corresponde a las características propias de la vejez.

Por su parte Erikson (1982), describe ocho etapas del ciclo vital donde integra lo somático, lo psíquico, lo ético-social y el principio epigenético. Las primeras cinco etapas corresponden a la infancia, la niñez y la adolescencia. La sexta etapa corresponde a la juventud e inicios de la madurez y la séptima etapa a la madurez plena (entre los 30 y 50 años). La etapa del adulto joven es el periodo comprendido entre los 20 a 40 años; constituye el de mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social. La etapa madura o adultez media es el periodo entre los 40 y 65 años; que se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de “generatividad” la de quienes saben cuidar el desarrollo de los demás, sean los propios hijos o a las generaciones más jóvenes. La conciencia de la propia mortalidad, empieza a surgir en forma cada vez más real, ya sea a través de las señales físicas externas del paso del tiempo (canicie, calvicie, arrugas, etc.) o a través de los primeros signos de enfermedades crónicas del adulto (diabetes, hipertensión, etc.). Cuando este periodo no es enfrentado exitosamente, suelen surgir conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas, o cuadros ansiosos o depresivos crónicos. La adultez tardía, corresponde al periodo posterior a los 65 años. Según Erikson el desenlace negativo se da con la sensación de fracaso o de no completar el propio proyecto vital, en este caso surge la “desesperanza”, frecuente en los cuadros depresivos.

De acuerdo a Levinson, 1978 (citado por Hansen, 2003) el ciclo vital se compone de una secuencia de cuatro épocas de desarrollo, con una duración de 25 años aproximadamente, cada una con su propia naturaleza biopsicosocial y cambios transicionales importantes, describiendo las etapas: - pre adulta (desde la concepción hasta los 22 años); - adulta temprana (desde los 17 a los 45 años), donde se persiguen las principales metas de la vida, de profesión, ocupación familia, estilos de vida. - La etapa adulta intermedia (desde los 45 a 65 años) y -la etapa adulta tardía (después de los 65 años). Durante una etapa y otra se pasa por un periodo de transición, siendo la transición de la mitad de la vida la de mayor atención e importancia, especialmente en las mujeres, donde es más compleja y problemática.

Según Verbrugge (1987) la adultez joven corresponde a las edades comprendidas entre los 17 a 44 años; la adultez mediana entre los 45 y 64 años y el anciano a los mayores de 65 años.

Por su parte, Craig (1994) y Rice (1997) exponen la propuesta de Erickson dividida en dos partes: la primera que comprende las etapas prenatal, infancia, niñez temprana, niñez, adolescencia; y una segunda, producto de cambios históricos: adultos jóvenes (20 a 30 años), edad madura (40 a 50 años) y la edad adulta posterior, de 60 años y más.

Rice (1997) divide el ciclo de la vida adulta en tres periodos de edad: juventud o edad adulta temprana (entre los 20 y 30 años); la madurez o mediana edad (entre los 40 y 50 años) y la edad adulta tardía o vejez (de los 60 años en adelante). No existe consenso entre los investigadores respecto a cuándo termina la adolescencia y se inicia la juventud, o el inicio o terminación de la edad mediana.

Mansilla (2000), hace referencia a los "jóvenes" a aquellos seres humanos desde los 18 a los 24 años, y a los "adultos" como "todo ser humano desde los 25 a los 64 años. En este sub-período, además de los cambios biológicos, las diferencias en el desarrollo se relacionan con la mejor calidad de vida y la mayor esperanza de vida, lo que influye en la personalidad de sus integrantes y en su quehacer social. Contemplan en tres subgrupos: - Adultos Jóvenes o adultos primarios (25 a 39 años), a los adultos intermedios (40 a 49 años) y los adultos mayores o adultos tardíos (50 a 64 años).

Lefrancois (2001), detalla nueve etapas con una etapa de comienzo, las etapas de la infancia, niñez temprana y media, adolescencia. A la etapa adulta la clasifica en la etapa adulta inicial (entre los 20 a 40 y 45 años), etapa adulta media (entre los 40 y 45 años a 65 y 70 años) y la etapa adulta avanzada (entre los 65 y 70 en adelante).

Para Hansen (2003), la etapa adulta, es el periodo que se inicia aproximadamente al final de la adolescencia, entre los 18 años y el comienzo de la tercera década de vida (entre los 20 a los 30 años), en la mayor parte de los casos y que termina con la muerte. La edad adulta no comienza a una determinada edad, más bien se trata de un periodo caracterizado por una

independencia relativa de los padres, financiera y en otros ámbitos y por la aceptación de la responsabilidad de las propias acciones.

Karl & Cavanaugh (2006) describen diez etapas, que van desde el recién nacido hasta el adulto muy anciano. La etapa de la adultez se subdividen en: adulto joven (entre los 20 a 40 años), el adulto maduro (entre los 40 a 60 años), el adulto anciano (entre los 60 a 80 años) y el adulto muy anciano (de 80 años en adelante).

La vida adulta está fundamentalmente marcada por acontecimientos sociales, por cambios en la estructura de los roles, por demandas y exigencias que emanan no tanto de las capacidades y/o características biológicas como de las consecuencias que se derivan de la asunción de importantes tareas sociales (Blanco, 1991, citado por (2007) el estudio del desarrollo del ser humano se centra básicamente en las formas cuantitativas y cualitativas en que las personas cambian a través del tiempo. Estos cambios son parte de todo proceso continuo, irreversible y completo que experimenta y vive la persona. El autor hace referencia al periodo de la juventud (20 a 35 años), periodo de la madurez (35 a 50 años), periodo de la adultez (50 a 65 años) y al periodo de la vejez (mayores de 65 años o tercera edad).

Más recientemente, Linn, M., Fabricant & Linn, D (2009), describen al adulto joven, entre los 19 a 35 años; la edad adulta, de los 35 a los 65 años y la ancianidad, de los 65 años en adelante.

Como puede observarse en los planteamientos anteriores, la etapa adulta comprende las edades comprendidas entre los 18 a 64 años, con diferentes sub etapas, adultez temprana, intermedia y tardía.

Después de haber realizado una revisión exhaustiva de las diferentes edades que conforman la madurez, se consideró clasificar al adulto joven y maduro en las edades que se especifican, tomando los intervalos de edad que mas concordaban además del límite de edad en nuestro país, para catalogar a una persona adulta (18 años) y fecha de inicio de la vejez en el hombre (65 años), fines de la presente investigación se consideró:

- El adulto joven: entre los 18 a 34 años

- La edad madura de 35 a 64 años.

5.3. El adulto joven

Los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto. Durante estas dos décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos y los crían, es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida. Los años adultos tienen un gran potencial de desarrollo intelectual, emocional y aún físico. Los avances importantes ocurren durante temprana edad adulta (definida arbitrariamente como el periodo entre los 20 y los 40 años de edad) a través de la edad media (considerada aquí de los 40 a los 65) y a través de los últimos años. Los adultos jóvenes son la gente más sana de la población. La vida del adulto joven es la época en que la mayoría de la gente ingresa en sus primeros trabajos de tiempo completo y labran así un aspecto importante de su identidad, al lograr la independencia financiera y mostrar su habilidad para asumir responsabilidades de adulto. Mucho antes de esta época, sin embargo, y mucho después de ella, el trabajo ha jugado y continuará jugando un papel importante en el desarrollo (Fernández, 2006).

Según Mancilla (2000) un adulto joven ya debe tener un trabajo y una familia en crecimiento que, especialmente al inicio de la categoría, les produce conflictos por su tendencia a la actividad juvenil frente a las responsabilidades familiares y laborales. Es decir, enfrenta la madurez de su desarrollo. Al final de los 35 años, se comienzan a observar cambios físicos, tales como las arrugas iniciales, las primeras canas, la pérdida de flexibilidad principalmente por falta de ejercicio, pero se alcanza un punto importante del desarrollo intelectual.

Para la OMS (1986) el adulto joven de 20 a 24 años, se caracteriza por tener mayor estabilidad y por realizar tareas y actividades más dirigidas hacia afuera incluyendo:

- La formación de una firme capacidad de establecer compromisos permanentes en sus relaciones personales, en el ámbito laboral y en otros aspectos sociales.
- La aceptación progresiva de mayores responsabilidades en relación con las figuras paternas.
- La dedicación activa al trabajo con estructuras sociales establecidas.

Los factores culturales influyen en el desarrollo de estas tareas, pues las mismas podrían demorarse hacia etapas más tardías del adulto joven como ocurre en nuestro medio.

Desde el punto de vista social, uno de los problemas a los cuales se enfrenta la juventud es el desempleo, que a nivel individual acarrea problemas emocionales, que a mediano y largo plazo conllevan a la desesperación y desordenes psiquiátricos especialmente depresión. Los jóvenes, las mujeres, las personas con nivel socioeconómico bajo y las personas más vulnerable de sufrir trastornos mentales, son las más afectadas por el desempleo y la recesión económica, con incidencia en el comportamiento suicida.

Uno de los objetivos más importantes de la edad adulta joven es el conseguir un equilibrio entre el situarse y prosperar, cumplir con las nuevas obligaciones, establecer vínculos más profundos y conseguir reconocimiento (Neugarten, 1999).

Para Lefrancois (2001) retomando los planteamientos de Havighurst, se refiere a las tareas de la adultez temprana en términos de elegir pareja, y convivir con él o ella, iniciar una familia y asumir responsabilidades, criar a los hijos, iniciarse en una profesión u ocupación y establecer redes sociales.

Con lo expuesto anteriormente por Neugarten y Lefrancois, se puede deducir que en general, el adulto joven se desarrolla en torno a dos temas centrales, vínculos y trabajo. Esto, en el marco de la plenitud del desarrollo biológico ya que se encuentra en la cumbre del rendimiento físico, la resistencia, vitalidad y energía. Es por ello que Stassen-Berger (2001), la define como la etapa de la “flor de la vida”.

Erikson (1993b), por su parte describe la crisis de esta etapa como la de intimidad vs. aislamiento, donde la tarea básica gira en torno a la construcción de vínculos y relaciones

sociales mutuamente satisfactorias. Surge la necesidad de comprometerse en vínculos más profundos y de establecer una relación duradera e interdependiente, aunque también está presente el temor de hacerlo.

Craig (1994) señala que el adulto joven se encuentra en pleno proceso de individualización y separación de su familia de origen, por lo que la relación con los padres cambia. La pareja también desempeña un papel importante, ya que el adulto consigue parte de su identidad personal en la convivencia con otra persona. Se da un proceso de negociación de límites que los lleva a redefinirse, lo mismo sucede con la llegada del primer hijo. Cada periodo crítico del niño supone así, un periodo crítico en los padres.

Levinson, citado por Craig (1994), con respecto a sus estudios sobre las diferencias entre hombres y mujeres pertenecientes a esta etapa, establece, una diferencia importante entre ellos: los sueños, así los hombres tienden a una visión unificada de su futuro enfocado en el trabajo que tienen, mientras que las mujeres presentan sueños separados, trabajo y familia en especial. Asimismo las mujeres tardan más en formarse profesionalmente. Los sueños de las mujeres son más complejos porque tienen que combinar roles distintos. Refiere además, diferencias en términos de intimidad, ya que los hombres se basan más en los intereses compartidos, mientras que las mujeres buscan mayor intimidad, la cual se basa en una suerte de vulnerabilidad mutua, no fomentada en los hombres. El desarrollo adulto está además influido por el nivel socioeconómico, donde a menor nivel socioeconómico existe mayor presión para lograr cosas más temprano.

5.4. Edad Madura ó Madurez

*“La edad madura es aquella en la que todavía se es joven,
pero con mucho más esfuerzo”*

Jean Louis Barrault (1910-1994. Paris).

La madurez es la etapa del ciclo vital individual, donde suceden cambios importantes como consecuencia de procesos multifactoriales, genéticos, fisiológicos ó de desarrollo

biológico; ó por la interacción de las fuerzas sociales, culturales y ambientales. Cambios que implican una serie de reajustes, tareas y principalmente, la aceptación irremediable del proceso de envejecimiento, agravado por la influencia hormonal, más trascendental en la mujer (Arias, Montero & Castellano, 1995).

Para Legorreta (2006, p. 22) ser maduro significa “haber alcanzado el desarrollo pleno de las capacidades intelectuales, de pensamiento, emocionales y de conducta que nos permitan la convivencia con nuestros semejantes”. Pero la madurez en el ser humano tiene otra connotación, de crisis, que nos atemorizan, nos molestan, al acercarnos a los cuarenta, mas cuando con los términos menopausia y andropausia, son pronunciados por el médico, relacionándolos con la disminución de hormonas sexuales, las cuales han jugado un papel muy importante en el metabolismo, así como en el comportamiento de mujeres y hombres.

Llusiá (1990) describe la edad madura como “un periodo de vida particularmente difícil ya que se producen importantes cambios físicos, psíquicos y neuroendocrinos por la influencia del climaterio (hombre y mujer); eventos que causan desequilibrios en los procesos biológicos y que obliga al organismo a la readaptación de todas sus funciones”

El periodo de la madurez incluye el periodo comprendido entre los 35 y los 50 años. En esta etapa la persona gira la mirada al ciclo vital ya transitado. Esta visión completa de su trayectoria le permite confrontar los compromisos adquiridos y evaluar los resultados alcanzados, y dependiendo del sentido dado a su pasado, define y diseña como orientar el resto del recorrido por transitar con un proyecto de vida. Pero a medida que transcurren los años, específicamente entre los 50 a 65 años, tanto el hombre como la mujer sienten que la época del apogeo biológico ya va pasando, trayendo como consecuencia un estado de depresión, llamado: crisis de la adultez (Duque, 2007).

De acuerdo a Rice (1997) la edad madura es el periodo más fructífero del trabajo profesional y creativo, pero también puede ser un periodo de retos o tareas de desarrollo que pueden llevar a crecimiento, satisfacción personal y felicidad o a desilusión, estancamiento y de expectativas no satisfechas, que los obliga a modificar o reconsiderar sus sueños o lo que desean hacer durante la segunda mitad de la vida. Por otra parte, cuando los adultos alcanzan los cuarenta años, por lo general sus padres tienen más de 65 años debiendo adquirir la

responsabilidad de brindar apoyo a sus `padres que envejecen sea este apoyo económico, cuidado personal compañía, asistencia médica, alimentación, por mencionar algunos.

Stevenson (1977) citado por Rice (1997) hace referencia a los adultos entre los 40 a 60 años como la “clase dominante” o “la generación al mando” que conforman la quinta parte de la población estadounidense y son los que tienen el control de dicha sociedad y sus instituciones sociales; son los que establecen las normas, toman decisiones y dirigen las oficinas. La participación de este grupo en la vida comunitaria es esencial para el progreso del país. Estos planeamientos coinciden con lo descrito por Erickson de que la gente en edad madura se interesa en la labor de la generatividad y responsabilidad de establecer y dirigir a la generación venidera.

5.5. Edades que conforman la madurez

Como se ha mencionado anteriormente, diferentes autores hacen referencia a la etapa intermedia de la adultez, como la edad madura, discrepando en cuanto a las edades, las cuales oscilan entre los treinta y los sesenta y cinco años. Lo que sí es cierto, es que la madurez es un periodo intermedio entre dos generaciones, como así lo señala Aristóteles (citado por Zevallos & Monge, 2011) que ubica a la edad madura en la que el hombre es alguien que ya ha pasado por la intensidad de la juventud pero aún no llega al “enfriamiento” de la ancianidad.

Según Blanco (1985) la madurez es la parte de la vida del individuo que se extiende desde los 20 a 25 años hasta los sesenta a sesenta y cinco años.

Florenzano (2003) indica que el periodo de madurez comprende la quinta y sexta década de la vida y parte de la séptima.

Jung (citado por Florenzano & Zegers, 2003) fue el primer autor que desarrolló una teoría extensa respecto a las características de la segunda parte de la vida, donde se entrega y se retribuye a la sociedad; es la fase de introversión que pertenece al individuo, la persona se pone en contacto por intereses que ya existieron en la juventud, pero que habitualmente se dejaron de lado o se postergaron durante la adultez joven, tales desarrollos postergados se

retoman en la segunda etapa con más interés por el crecimiento interior. La vivencia concreta de la propia mortalidad comienza a surgir en el horizonte en forma cada vez más real, sea a través de señales físicas externas del paso del tiempo (canicie, arrugas), sea a través de los primeros signos de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, cuadros articulares, entre otros.

La madurez (que se considera en forma arbitraria, comienza a los 40 años) junto con el periodo subsecuente, constituye el 50% o más de la vida de una persona. Por convención, Craig (2001) describe la edad madura aquella que abarca aproximadamente de los 40 a los 60 y 65 años de edad.

Desde el punto de vista poblacional la edad madura que para la presente investigación se tomará la comprendida entre los 35 a 64 años, representa en Venezuela el 31,65%, con el 15,62% para el hombre y el 15,94 % para la mujer y una expectativa de vida de 74,9 años. Tomando como referencia de la esperanza de vida se puede considerar la mitad de la vida entre los 35 a 40 años (INE, 2011).

La edad madura o adultez media, periodo comprendido entre los 40 a 65 años, la describe Erikson (citado por Florenzano & Zegers, 2003) como la etapa de “Generatividad”: saber cuidar del desarrollo de los demás, sean los propios hijos, no solo como padres sino también como profesores o mentores o guías de juventudes en un sentido u otro.

Una meta en la edad madura es encontrar un nuevo significado a la vida, que puede ser un periodo de introspección en que se examinan los sentimientos, las actitudes, los valores y las metas. Existe la necesidad de volver a definir la propia identidad y de responder a preguntas como ¿Quién soy yo? ¿A dónde voy de aquí?

Estos años pueden ser un tiempo de rejuvenecimiento del yo y de enriquecimiento de la propia vida (Rice, 1997).

5.6. La mujer en la edad madura

La esperanza de vida siempre es mayor en las mujeres en varios años, dependiendo en gran parte del nivel de desarrollo socio-económico del país. Esta característica de la especie

humana explica en su mayor parte la gran diferencia existente entre las edades más avanzadas que se ha indicado arriba. Ejemplo: la población venezolana mayor de 56 años en el Censo de 2001 era de 193.348 hombres y 430.928 mujeres (Index Mundi, 2012).

Neugarten (citado en Kaplan, 2009) y su equipo se encuentran entre los pocos investigadores que han estudiado la psicología del ciclo vital femenino, además del masculino. En particular, descubrió que la mayor parte de las mujeres se adapta con éxito a los puntos críticos del matrimonio, el embarazo, el parto y la menopausia. Estudió también la cuestión del trabajo, el ocio, la jubilación y la condición de abuela.

Según Martínez & Olivos (2014 p.91) la madurez y la menopausia convergen por la edad. Es la etapa de la vida en que se piensa, se decide y actúa por sí mismo, de forma convincente y coherente. El climaterio es el periodo de transición de la adultez a la vejez e implica la perimenopausia, menopausia y posmenopausia. El término climaterio se emplea como sinónimo de menopausia, que corresponde al momento exacto de la ausencia ininterrumpida de la menstruación durante un año.

5.7. El Hombre en la edad Madura

Para el hombre en edad madura, representa una etapa de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística. Según Erickson (citado por Blanco 1995) es la etapa de la “generatividad”. La dificultad o el estancamiento predominan en este estadio. Si no se ha logrado satisfactoriamente las etapas anteriores, adoptando una actitud de conformismo. La reevaluación de sí mismo y la propia vida es, por supuesto, un proceso continuo. Es algo especial en la edad mediana, ya que en estos años las personas se dan cuenta de que las decisiones y los eventos del pasado han formado sus vidas en relación con el presente y más o menos las han orientado en una dirección dada. El riesgo de estancamiento y ensimismamiento amenazan al tanto al hombre como a la mujer en edad madura, manifestándose con una predisposición al egocentrismo, a abandonar las responsabilidades, a prescindir del futuro, sin ilusión profesional, con una sensación global de confusión y por ende del sinsentido.

5.8. Segunda mitad de la Vida

“Completamente impreparados, los hombres emprenden la segunda mitad de la vida. ¿O hay quizás universidades para cuarentones que los preparen para la vida que viene y sus demandas, a la manera que las universidades ordinarias introducen a nuestra gente joven a un conocimiento del mundo? No. En conciencia impreparados nos embarcamos en la segunda mitad de la vida; peor aún, la tomamos con la asunción falsa de que nuestras verdades e ideales nos servirán como hasta ahora. Pero no podemos vivir la tarde según el programa de la mañana de la vida; lo que fue importante por la mañana será minúsculo en la tarde, y lo que por la mañana fue verdad se convertirá en una mentira...”.

C. G Jung (1930).

Muchos escritores hacen referencia a la segunda mitad de la vida, entre ellos Carl Jung, quien divide el ciclo vital en dos mitades y un periodo crítico de tensión entre ellos. En la primera mitad de la vida están incluidas la infancia, la adolescencia y la juventud, hasta llegar a los treinta y cinco y los cuarenta años, con evidentes variaciones individuales. Las tareas evolutivas de la etapa de la infancia experimentan una transformación importante hacia los estadios de la adolescencia y la adultez temprana, cuando la consciencia está terminando de personalizarse y la capacidad de pensar de manera abstracta hace su aparición. En esta primera etapa la persona se ha ocupado más de vivir que de reflexionar acerca del hecho de su existencia. El desarrollo de su ego y la diferenciación de su consciencia le han garantizado, idealmente, una exitosa adaptación a las realidades social y material y le han proporcionado un sentimiento de autosuficiencia. No obstante, hacia los treinta y cinco o cuarenta años, tiende a hacerse presente una sensación interior de vacío, ausencia de propósito, desesperación, pérdida y falta de sentido, que puede comenzar siendo muy difusa y muy sutil. Este estado psíquico, que muchas veces es ignorado o reprimido, constituye el preámbulo de lo que hoy conocemos con el nombre de *crisis de la edad media* (Jung, 1930, citado por Sassenfeld & Moncada, 2004, p. 27).

Para hablar de la segunda mitad de la vida, necesariamente hay que hacer mención a la esperanza de vida que para la población venezolana en general es de 74.9 años, siendo mayor para la mujer (77,9 años) comparada con el hombre (71.8), según el censo del 2011 (INE). Según estos datos la segunda mitad de la vida correspondería a los 38,9 años para la mujer

y 35,9 años para el hombre, que se corresponden con la edad madura, en la presente investigación (mayores de 35 años y menores de 65 años).

Sepúlveda (2009), hace referencia a una investigación donde se ha demostrado que la crisis de la mediana edad es algo universal que se da en países tan dispares como Finlandia, Japón, Irak o Tanzania y de la que no se libra nadie, pues afecta la edad adulta, ricos y pobres, solteros y casados. Tras analizar los datos de dos millones de personas de 80 países, el estudio, realizado por un grupo de economistas de la Universidad británica de Warwick y el Dartmouth College de Estados Unidos, concluye que las mayores cotas de infelicidad se registran entre los 40 y los 50 años. En el Reino Unido, por ejemplo, la probabilidad de sufrir una depresión alcanza su pico a los 44 años de edad. Los autores de la investigación dan forma de 'U' a la curva de la felicidad, porque aseguran que nos sentimos más contentos y satisfechos al principio y al final de sus días. En medio, se instala la inquietud o la angustia, de ahí que muchos rompan con su trabajo o su pareja con la esperanza de dar un giro a su vida.

6. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estudiar el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión en la mujer madura y establecer una comparación de dichas variables con hombres maduros y personas adultas jóvenes (hombres y mujeres) además de estudiar si hay relación entre las variables sentido de la vida, ansiedad y depresión y variables socio demográficas.

Objetivos específicos:

1. Conocer el sentido de la vida en la mujer en edad madura y compararlo con las diferentes poblaciones del presente estudio: hombres en la edad madura y jóvenes (mujeres y hombres).
2. Establecer si hay relaciones entre el grado de sentido de la vida y las características socio-demográficas: estado civil, nivel de instrucción y tenencia de hijos, en la mujer madura y demás grupos estudiados.

3. Conocer el grado de depresión y de ansiedad en la mujer madura y compararlo con los otros grupos estudiados, según las características socio-demográficas.
4. Conocer si hay relación del grado del sentido de la vida con la ansiedad y la depresión.
5. Establecer si hay relaciones entre los diferentes factores del PIL, las características socios-demográficas, la ansiedad y la depresión.
6. Conocer si hay relación entre los diferentes factores del PIL, la ansiedad y la depresión

7. HIPÓTESIS

1. El sentido de la vida es independiente de la etapa del ciclo vital.
2. El sentido de la vida es diferente en mujeres y en hombres.
3. Existe relación entre el sentido de la vida y algunas variables socio-demográficas como nivel de instrucción, estado civil y el tener hijos.
4. Existe relación entre el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión.

CAPITULO III METODOLOGÍA

1. Tipo de investigación:

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

2. Muestra

La población objeto de estudio son mujeres en edad madura. Se establecen como grupos de comparación: hombres adultos y jóvenes (hombres y mujeres) con edades comprendidas entre los 18 a 64 años, clasificados en: adultos jóvenes (18 a 34 años) y adultos en edad madura (de 35 a 64 años).

En el presente estudio se trabajó con una muestra no probabilística, de tipo intencional, conformada por 267 personas. Para fines de la presente investigación se consideró como edad madura, grupos poblacionales entre los 35 y 64 años y adulto joven entre los 18 y 34 años.

Presentando la muestra las siguientes características:

Mujeres maduras: 99 (37,07%)

Hombres maduros: 51 (19,10%)

Mujeres jóvenes: 62 (23,22%)

Hombres jóvenes: 55 (20,59%)

3. Características socio demográficas del grupo en general

Del total de la muestra el 60,30% (161) corresponde al sexo femenino y el 39,70% (106) al sexo masculino. De los adultos maduros la distribución fue del 66% (99) para sexo el femenino y el de 34% (51) para el masculino. La población de adultos jóvenes quedó conformada por el 47,01% (55) del sexo masculino y 52,99% (62) del femenino.

Según el estado civil, el 53,56% de los adultos bajo estudio están solteros, siendo los adultos jóvenes los que presentan mayor proporción de esta característica; el 29,21% son casados, donde los adultos maduros muestran los mayores valores de esta categoría, el

10,49% están divorciados, y el 5,99% en unión estable. Un porcentaje muy bajo, 2,02%, son viudas.

De acuerdo al nivel de instrucción, más de la mitad de los adultos tienen educación universitaria (56,18%); el 40,82% tienen nivel de instrucción secundaria. Muy pocos tienen instrucción primaria y analfabeta.

En relación a tener hijos, el 53,18% manifestó tener hijos (Ver tabla 1).

4. Características socio demográficas de los diferentes grupos

Las mujeres en edad madura representan el 60,30%; de las cuales casi el 40% están casadas seguidas de las solteras; más de la mitad tienen nivel universitario (63,64%) y más de las tres cuartas partes (78,79%) tienen hijos.

En el hombre maduro, más de la mitad están casados (60,78%); predomina el nivel de instrucción universitaria (64,71%); el 80,39% refirió tener hijos. Es importante resaltar un porcentaje no despreciable de divorciados, en la mujer y en el hombre maduro con el 19,19% y el 15,69% respectivamente.

El grupo de adultos jóvenes (117) se caracteriza porque más de la mitad son mujeres (52,99%) predominando el estado civil soltero en más de las tres cuartas partes (87,18%); el 52,99% tienen grado de instrucción secundaria y cerca de la mitad son universitarios/as (46,15%). El 80,34% refirieron no tener hijos.

Tabla 1.*Características socio-demográficas del grupo en estudio. Mérida, Venezuela. 2013.*

Características socio-demográficas	Total		Adulto maduro				Adulto joven	
	N =267	%	Mujer		Hombre		N= 117	100 %
			N= 99	100%	N= 51	100 %		
Sexo								
Masculino	106	9,70	0	0,00	51	100,0	55	47,01
Femenino	161	60,30	99	100,00	0	0,00	62	52,99
Grupos de edad								
18 – 34 años	117	43,82	0	0,00	0	0,00	117	100,00
35 – 64 años	150	56,18	99	100,00	51	100,00	0	0,00
Estado Civil								
Soltero (a)	143	53,56	34	34,34	7	13,73	102	87,18
Casado (a)	78	29,21	38	38,38	31	60,78	9	7,69
Divorciado(a)	28	10,49	19	19,19	8	15,69	1	0,85
Viudo (a)	2	0,75	2	2,02	0	0,00	0	0,00
Unión estable	16	5,99	6	6,06	5	9,80	5	4,27
Nivel Instrucción								
Primaria	7	2,62	5	5,05	1	1,96	1	0,85
Secundaria	109	40,82	30	30,30	17	33,33	62	52,99
Universitaria	150	56,18	63	63,64	33	64,71	54	46,15
Analfabeta	1	0,37	1	1,01	0	0,00	0	0,00
Tener hijos								
Sí	142	53,18	78	78,79	41	80,39	23	19,66
No	125	46,82	21	21,21	10	19,61	94	80,34

5. Criterios de inclusión:

Para participar en el estudio, los participantes debían cumplir los siguientes criterios:

1. Mujeres y hombres, aparentemente sanos.
2. Edades comprendidas entre los 18 y 64 años.
3. Cualquiera fuere el estado civil, nivel de instrucción y tener hijos.
4. Consentimiento a participar en el estudio.

6. Criterios de exclusión

- a. Estar atravesando un duelo, por pérdida de un familiar.
- b. Presentar una enfermedad aguda.
- c. Se les hubiera diagnosticado alguna patología grave.

- d. Negarse a participar en el estudio.

7. Selección de la muestra

Para estudiar el sentido de la vida y su relación con la ansiedad y la depresión, se seleccionaron tres grupos de adultos, mujeres en edad madura entre 35 y 64 años (99 mujeres), comparándolas con 51 hombres de la misma edad y adultos jóvenes, entre los 18 y 34 años, entre los que estuvieron 62 mujeres y 55 hombres. Los participantes fueron seleccionados por conveniencia, de acuerdo a la edad, tomando en consideración los criterios de inclusión y en diferentes escenarios, tratando de que la captación se realizara en del sector Gonzalo Picón y Glorias Patrias, donde está ubicada la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. Estos grupos fueron evaluados mediante los cuestionarios de Crumbaugh y Maholick (1964) el PIL, que mide el sentido de la vida y el cuestionario HADS, por Zigmond y Snaith (1983) que evalúa Ansiedad y Depresión. Además de un cuestionario de características socio demográficas, de elaboración propia.

8. Procedimiento

Una vez definido los instrumentos a utilizar para medir el sentido de la vida, la ansiedad y depresión, se procedió a seleccionar a los participantes, explicándoseles el motivo del estudio y obtener su consentimiento informado (Ver anexo 1).

De acuerdo a los criterios de inclusión se les entregaban los instrumentos a aplicar en la investigación, siendo de carácter anónimo; muchas de las encuestas eran respondidas en mi presencia y fue conveniente pues se aclaraban las dudas; otras eran contestadas en sus domicilios o sitios de trabajo.

9. Variables

a) Socio-demográficas: relacionadas con la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de instrucción y el tener hijos.

b) Sentido de la Vida: Fue evaluado mediante el test PIL, con el contenido de las 20 preguntas, las cuales orientan hacia el sentido de la vida o al vacío existencial.

c) Ansiedad y Depresión: Fueron evaluadas mediante las puntuaciones obtenidas de las diferentes preguntas del instrumento HDAs.

10. Instrumentos

10.1. Se diseñó un cuestionario donde se registraron los datos correspondientes a las variables socio- demográficas: grupos de edad, estado civil, nivel de instrucción, el tener hijos (Ver anexo 2).

10.2. Test de Purpose in Life (PIL) (Ver anexo 3).

El sentido de la vida fue medido a través del Test de Propósito Vital, PIL de Crunbaugh y Maholic (1964) citado en Frankl (2003b). Es el test logoterapéutico de mayor uso y difusión en el mundo (Halama, 2009; Reker, 2000) el cual mide la “voluntad de sentido” y el “vacío existencial” de una persona.

El PIL, es un instrumento consta de tres partes: la parte A, compuesta por 20 preguntas, que investigan el grado en que una persona experimenta “propósito en la vida”. La parte B, consiste en 13 ítems de “frases incompletas” y la parte C, es una descripción biográfica sobre metas, ambiciones y esperanzas, planes futuros y motivación del pasado y del presente de la vida del paciente (De Barbieri, 2006). En esta investigación sólo se utilizó la parte A del PIL.

El PIL por lo general se utiliza para detectar la presencia de vacío existencial en: población sana y enferma, diversos grupos poblacionales, tales como jubilados, alcohólicos, drogadictos entre otros; relacionándolo además con una serie de variables culturales, sociales, psicológicas, afectivas, entre otras.

La escala de evaluación contiene 20 preguntas, tipo Likert, una sola respuesta correcta y con siete (7) alternativas de respuestas, cuyos extremos (preguntas 1 y 2 ó 5y 6), orientan al sentido de la vida o hacia el vacío existencial; la posición 4 se considera neutra la cual se debe evitar seleccionarse, en la medida de lo posible. El tiempo para contestar el instrumento es de aproximadamente 10 minutos para la mayoría de los sujetos, aunque no hay límite de tiempo.

El puntaje resulta de la suma de los números marcados al contestarlos, siendo los rangos posibles de puntaje de 20 a 140 (siendo 20 el mínimo sentido posible y 140 el máximo).

Dimensiones del Sentido de la Vida, según las puntuaciones del cuestionario PIL:

- Presencia de metas y sentido de la vida o propósito de vida: 113 o más puntos
- Zona de indefinición: 92 a 112 puntos; esto es, no se ha encontrado un propósito.
- Falta de un claro sentido de la vida o de propósito de vida ó vacío existencial.
91 o menos puntos.

Entre las razones para la selección del PIL se destaca:

- Es el instrumento que más se ha utilizado para medir el sentido de la vida, con casi 50 años, desde su creación.
- Ha sido utilizado y validado por múltiples investigadores, en los diferentes continentes y países.
- Es un instrumento corto, con 20 preguntas.
- Fue traducido y baremado al español por Noblejas (1994).

Propiedades psicométricas del Test del Sentido de la Vida (PIL).

- La versión original del PIL de Crumbaugh y Maholick (1968) muestran un alfa de Cronbach de 0.86.
- La versión española de Noblejas (1994) muestra un alfa de Cronbach de 0.879 correlación significativa con la versión española del Logo-test (Lukas, 1986) con el cual comparten un 34% de la varianza.
- Para la presente investigación muestra un alfa de Cronbach de 0.841. Para los diferentes factores del PIL, se muestra un alfa de Cronbach de 0.79; 0.82 y 0,79.

10.3. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS). La ansiedad y la depresión fueron evaluadas con la escala HADS de Zigmond y Snaith (1983) (Ver anexo 4).

Fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983). Es un instrumento útil de Screening en el que se dan unas puntuaciones de corte en las que se minimiza el número de falsos positivos y

negativos. La escala es de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta y una sola respuesta a seleccionar. El cero (0) representa la ausencia de síntomas y el 3, los máximos síntomas, en cada pregunta. Contiene 14 ítems, con dos sub escalas de siete ítem, cada una; los ítems pares miden depresión y los impares miden ansiedad. Esta escala de ansiedad y depresión hospitalaria es auto aplicable. Originalmente se desarrolló como un cuestionario para identificar casos “clínicos” de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de medicina general y debido a la facilidad, velocidad y aceptabilidad por parte de los pacientes en cuanto a la aplicación del HADS, se aplicó a una amplia variedad de poblaciones clínicas en quienes la ansiedad y la depresión coexistían con la manifestación de otras enfermedades y en grupos poblacionales sanos, pues en el HADs se omiten síntomas físicos que pueden inducir a confusión en la población hospitalaria o con otros síntomas de enfermedades somáticas. En nuestra muestra este puede ser el caso de los síntomas de la menopausia.

Puntuaciones del HADS:

0-7 puntos: “no casos”

8-10 puntos: “casos dudosos”

11-21 puntos: “casos probables”

Mientras más alto sea el puntaje, mayor la probabilidad de sufrir un trastorno.

Entre las razones para la selección del HADS por parte de la autora, concuerda con lo planteado por Gutiérrez y Larroy (2009):

- Fácil llenado en las respuestas.
- Suministra una clara distinción entre los conceptos de ansiedad y depresión
- Es de utilidad en el ámbito comunitario y por lo tanto como prueba de Screening.
- Buena especificidad y sensibilidad en la detección de la ansiedad y depresión en pacientes físicamente enfermos lo que puede resultar útil si se superponen síntomas de menopausia u otros trastornos físicos.
- El instrumento ha sido traducido en la mayoría de las lenguas, entre ellas la española (De Las Cuevas, García Estrada y Gonzales, 1995) con traducciones fiables y validadas en numerosos estudios (Moorey et al. 1991).

- Es un instrumento de alta sensibilidad y especificidad.

Las propiedades psicométricas según Rodríguez (2005) son:

- Sub escala de depresión, sensibilidad del 0,99% y especificidad de 0,99% (1% de falsos negativos y 1% de falsos positivos).
- Sub-escala de ansiedad, sensibilidad del 0,99% y especificidad de 0,95%(1% de falsos negativos y 5% de falsos positivos).

11. Análisis Estadístico:

El procesamiento de la información se realizó mediante una base de datos del paquete estadístico SPSS, versión 20.0. Las estadísticas descriptivas incluyen distribución de frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar. Para el análisis estadístico de comparación y relación de las variables en estudio, se utilizaron las pruebas estadísticas de Mann-Whitney, la prueba de Chi-cuadrado, el análisis de varianza y el análisis de correlación de Pearson. El nivel de significación establecido fue de 0,05.

Los resultados fueron expresados en cuadros y gráficos, dependiendo del contenido y número de variables. La interpretación/discusión de los resultados se realizó mediante la media y desviación estándar, en vez de los rangos promedios del estadístico Mann-Whitney (sentido de la vida y variables socio demográficas, comparación de medias). El nivel de significación, en los casos señalados, fue menor de 0,05. Los resultados fueron contrastados con estudios existentes sobre el sentido de la vida y las variables en estudio.

CÁPITULO IV

RESULTADOS

“La gente que dice que la vida ‘no vale la pena’ están equivocados, porque lo que realmente están diciendo es que no tienen metas que valen la pena. Fíjate una meta por la que vale la pena luchar sin parar. Siempre ten una lista de metas por lograr, cuando completes una, sigue con otra”

Maxwell Maltz.

Parte descriptiva

1. Sentido de la vida

1.1. Sentido de la vida en la mujer madura y demás grupos.

1.1.1. Análisis Factorial del PIL.

1.2. Ansiedad

1.3. Depresión

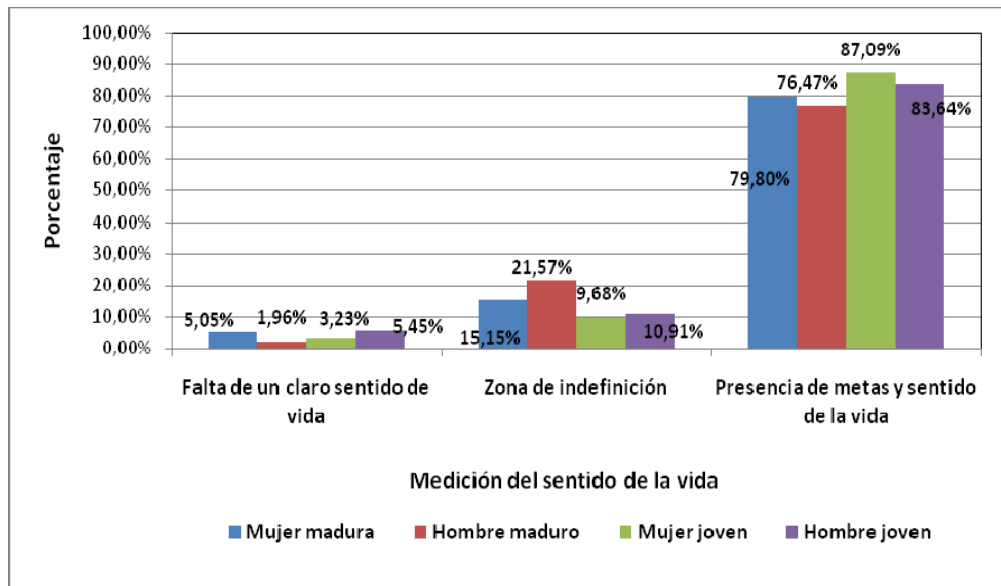
1.1. Sentido de la vida en la mujer madura y demás grupos.

En la figura 1, se presentan los resultados del cuestionario PIL, en porcentajes, en sus tres grados: presencia de metas y sentido de la vida, zona de indefinición y falta de un claro sentido de la vida, en la mujer en edad madura y demás grupos de la adultez (hombre maduro y adulto joven, hombre y mujer). De las tres categorías, predominó la presencia de metas y sentido de la vida en los diferentes grupos con porcentajes que superan el 75%. En la mujer madura la presencia de metas y sentido de la vida fue superior (79,80%) con respecto al hombre maduro (76,47%), pero menor que en el adulto joven (hombre y mujer). En la mujer joven, las puntuaciones altas del PIL, es decir “presencia de metas y sentido” (87,09%), fueron superiores al hombre joven (83,64%).

En la zona de indefinición del sentido de la vida, la mujer madura presentó porcentajes más bajos (15,15%) comparados con el hombre maduro (21,57%) pero más altos en relación al adulto joven (mujer 9,68% y hombre, 10,91%).

La falta de un claro sentido de la vida obtuvo puntuaciones bajas en todos los grupos, sin embargo en la mujer madura (5,05%) fue mayor comparada con el hombre maduro (1,96%) y la mujer joven (3,23%) pero similar al hombre joven (5,45%).

Por otra parte, al comparar al grupo de los adultos jóvenes y los adultos maduros por género, tanto las mujeres maduras (79,80%) como las jóvenes (87,09%), presentaron porcentajes más altos de presencia de metas y sentido de la vida, con respecto a los hombres del mismo grupo.



Nota: Cuestionario para el estudio del sentido de la vida

Figura 1. Sentido de la vida en la mujer madura y demás grupos de adultez. Mérida-Venezuela. 2013.

En la tabla 2, se expresan las medias o promedios del sentido de la vida donde la mujer madura tiene promedios del PIL levemente mayores al hombre maduro, pero menor con respecto a la mujer y el hombre joven. La mujer joven es la que obtiene los promedios más altos del sentido de la vida.

Tabla 2.

Medias del sentido de la vida, según escala PIL, en la mujer madura y demás grupos de adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

Grupos de adultez	Escala Total PIL Media (DS)
Mujer madura	116,49 (15,34)
Hombre maduro	115,90 (14,27)
Mujer joven	120,61 (16,14)
Hombre joven	117,47 (16,88)

DS: Desviación Estándar.

1.1.1. Se realizó el análisis factorial en la población estudiada a fin de determinar posibles factores, en la que agrupan las preguntas del test PIL, de acuerdo a su relación con el factor, lo que permite una mejor comprensión de las preguntas relacionadas con el sentido de la vida.

Para determinar estos factores se realizó un análisis factorial con rotación Varimax para simplificar la interpretación. Los resultados obtenidos arrojaron 4 factores con valores propios mayores a 1,00, sin embargo, la solución con 4 factores no presentó una adecuada división de las cargas, es decir, de la distribución de las preguntas en los distintos factores, con lo cual no se encontró una consistencia interna adecuada; en consecuencia se eligió la solución mediante 3 factores que resultó mucho más fácil de interpretar y que explica el 51,83% de variabilidad total.

Los tres (3) factores fueron los siguientes:

Factor 1. Significado de vida: constituido por 6 preguntas: 1. Entusiasmo. 2. La vida me parece emocionante. 3. Metas bien definidas. 4. Mi vida tiene mucho significado. 13. Responsabilidad y 20. Metas definidas y sentido de vida satisfactorio.

Factor 2. Percepción del sentido de vida: conformado por 8 preguntas: 5. Expectativa positiva ante cada día. 7. Desarrollo de actividades después de la jubilación 10. Vivir ha valido la pena 14. Poder de elegir y tomar sus propias decisiones 15. Estar preparado para la

muerte, 17. Capacidad para encontrar un sentido o propósito de vida 18. Independencia en el manejo y control de la vida, 19. Placer y satisfacción del quehacer diario.

Factor 3. Satisfacción por la propia vida: Integrado por 6 preguntas: 6. Deseos de vivir mil veces una vida como la actual. 8. Satisfacción de las metas alcanzadas. 9. La vida está llena de cosas buenas y emociones. 11. Razones por las cuales existir. 12. El mundo tiene significado en mi vida y 16. El suicidio no es una salida.

Para la designación de los nombres proporcionados a cada sub-factor se revisaron los análisis factoriales de diferentes autores entre ellos Noblejas, 1994; Torres y cols. 2011; Risco, 2009, citados por García-Alandete, Martínez y Selles (2013); Magaña, Zabala, Gómez y Gómez (2004) de México; Franke y colab. 2010 de Monterrey, México y Martínez, Trujillo y Trujillo (2013) de Colombia.

Se seleccionaron los nombres de los factores del artículo de Magaña y colab. (2004) ya que coincidieron en el 80% de las preguntas (16 preguntas), con las de nuestro estudio. Los mencionados artículos fueron realizados en países latinoamericanos (con costumbres y culturas similares, entre ellas el idioma español y la religión católica, por mencionar algunos). Estos autores, agrupan los componentes del PIL en 3 factores: Percepción del sentido y significado de vida; satisfacción por la vida propia y miedo a la muerte.

El factor 1, del análisis factorial de Magaña y colab. y denominado Percepción del sentido y Significado de vida incluye 13 preguntas: 1,2,3,4,5,7,8,9,10,13,17,19 y 20, coincidiendo en 12 preguntas, con nuestro análisis factorial. Estas denominaciones con sus correspondientes preguntas están separadas en el análisis factorial nuestro:

Factor 1: Significado de la vida

Preguntas: 1, 2, 3,4, 9, 13 y 20 (7 preguntas del análisis factorial de Magaña y colab.).

Factor 2: Percepción del sentido

Preguntas 5, 7, 10,17 y 19 (5 preguntas del análisis factorial de Magaña y colab.).

El factor 2 del análisis factorial de Magaña y colab., titulado: “Satisfacción por la vida propia”, incluye las preguntas 6,11, 12,16 y 18, coincidiendo con 4/5 de las preguntas del análisis factorial nuestro, correspondientes al:

Factor 3: Satisfacción con la propia vida

Preguntas: 6, 11,12 y 16.

Las preguntas 14 y 15 del análisis factorial de Magaña están incluidas en el factor 2, percepción del sentido del análisis factorial nuestro.

Los factores del PIL de nuestra investigación, presentaron un Alfa de Cronbach de 0,79, 0,82 y 0,79 respectivamente, lo cual indica confiabilidad de las mediciones en estos factores con el agrupamiento de las preguntas definidas anteriormente (ver tabla 3).

Tabla 3.

Análisis Factorial Exploratorio para el Test PIL. Mérida, Venezuela. 2013.

Pregunta		Factor		
		1	2	3
1	Entusiasmo	0,668	0,182	0,199
2	La vida me parece emocionante	0,544	0,13	0,308
3	Metas bien definidas	0,78	0,14	0,092
4	Mi vida tiene mucho significado	0,736	0,144	0,065
13	Responsabilidad	0,616	0,048	0,276
20	Metas definidas y sentido de vida satisfactorio	0,608	0,212	0,183
5	Expectativa positiva ante cada día	0,125	0,515	0,461
7	Desarrollo de actividades después de la jubilación	0,116	0,688	0,318
10	Vivir ha valido la pena	0,114	0,741	0,257
14	Poder de elegir y tomar sus propias decisiones	0,228	0,747	0,025
15	Estar preparado para la muerte	-0,02	0,41	0,061
17	Capacidad para encontrar un sentido o propósito de vida	0,239	0,817	0,003
18	Independencia en el manejo y control de la vida	0,249	0,657	0,065
19	Placer y satisfacción del quehacer diario	0,286	0,661	0,161
6	Deseos de vivir mil veces una vida como la actual	0,376	0,015	0,596
8	Satisfacción de las metas alcanzadas	0,463	0,137	0,518
9	La vida está llena de cosas buenas y emociones	0,571	0,129	0,581
11	Razones por las cuales existir	0,493	0,172	0,507
12	El mundo tiene significado en mi vida	0,193	0,1	0,759
16	El suicidio no es una salida	0,289	0,237	0,321
	Auto valores	6,87	2,36	1,13
	Varianza explicada	34,35	11,81	5,67
	Varianza explicada acumulada	34,35	46,16	51,83
	Alfa de Cronbach	0,79	0,82	0,79

En la Tabla 3, se observan los factores del sentido de la vida del test PIL, con sus correspondientes medidas de dispersión (mínimos, máximos y rangos). Los puntajes originales obtenidos en cada factor, fueron transformados según la siguiente función:

$$V_{ti} = \frac{(V_{oi} - V_{mi})}{R_i} * 100$$

Donde:

V_{ti} : Valor transformado del i-ésimo factor

V_{oi} : Valor original del i-ésimo factor

V_{mi} : Valor mínimo del i-ésimo factor

R_i : Rango del i-ésimo factor

La transformación anterior permite que los factores se midan en igual magnitud, es decir, en un rango entre 0% y 100%, donde valores cercanos a 100% indican en los factores significado de vida, percepción del sentido de vida y satisfacción por la propia vida, mejor actitud, percepción y satisfacción sobre la vida.

Tabla 4.

Medidas de dispersión, en términos de mínimo y máximo, según factor. Mérida, Venezuela. Año 2013.

Factores	Preguntas	Puntuación		Rango
		Mínima	Máxima	
Significado de vida	6	6	42	36
Percepción del sentido de vida	8	8	56	48
Satisfacción por la propia vida	6	6	42	36

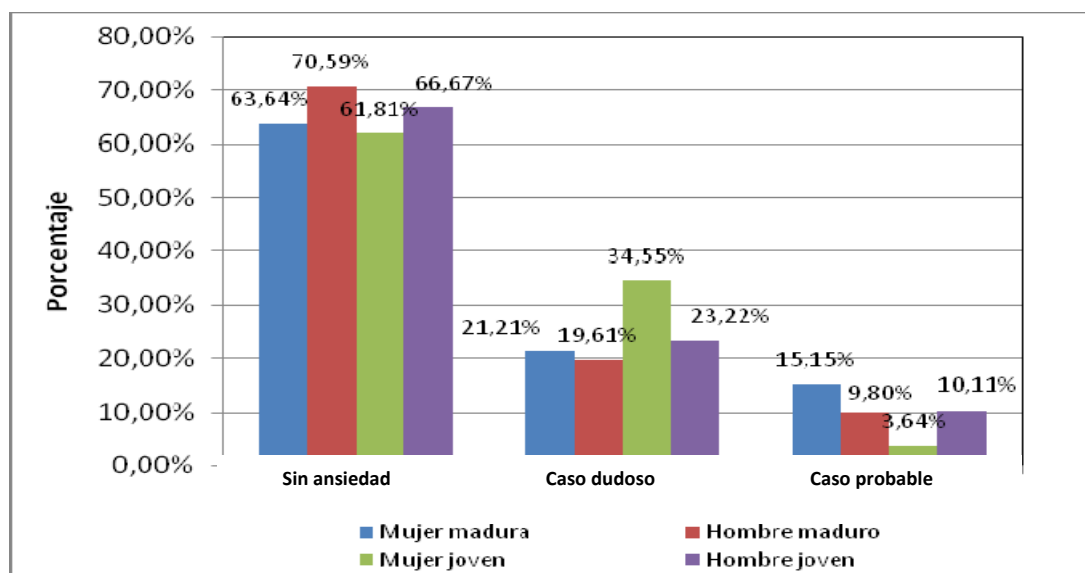
1.2. Ansiedad

Para evaluar la ansiedad y la depresión se utilizó la escala HADs, siendo su medición en tres categorías: No casos de ansiedad y depresión, casos dudosos y casos probables.

En la figura 2 se aprecia que gran parte de los grupos de estudio fueron catalogados como no casos de ansiedad, siendo el grupo de los hombres los menos afectados (70,59%, hombre maduro y el 66,67% hombre joven).

Los casos dudosos fueron encontrados en casi en la cuarta parte de los adultos maduros (particularmente en la mujer madura con el 21,21%). En el adulto joven, los casos dudosos se presentaron a predominio de la mujer joven con el 34,55%, seguido del hombre joven con el 23,22%.

Por otra parte se observó que los casos probables de ansiedad, se encontraron mayoritariamente en la mujer madura (15,15%), seguido del hombre joven y de manera similar al hombre maduro con 10,11% y el 9,80% respectivamente. La mujer joven presentó los porcentajes más bajos de casos probables de ansiedad con solo el 3,64%.



Fuente: Cuestionario HADs.

Figura 2. Ansiedad, según la escala HADS, en la mujer madura y demás grupos de adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

1.3. Depresión

Según la escala HADS, los casos probables de depresión fueron muy pocos, menos del 2%, correspondiendo el 1,01% y el 1,61%, a la mujer madura y joven, respectivamente. Los pocos casos dudosos de depresión se presentaron principalmente en el hombre joven (7,27%) y la mujer madura (6,06%) (Figura 3).

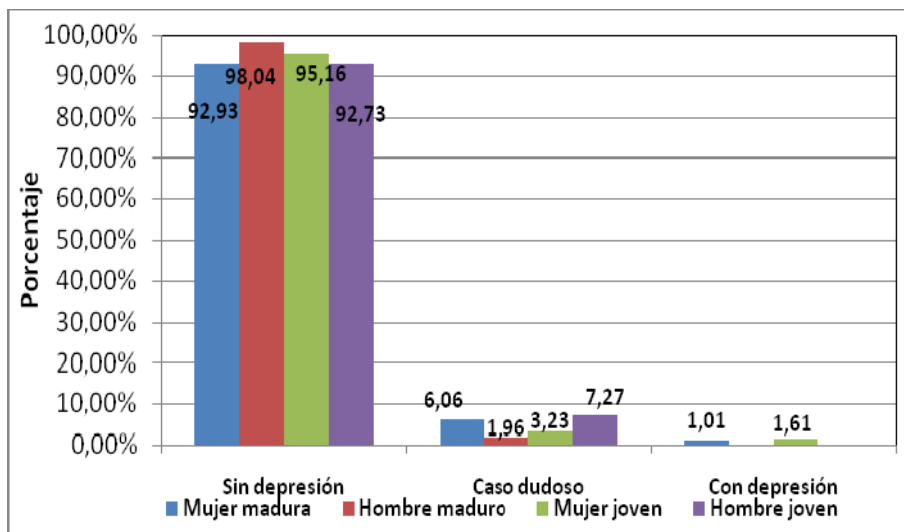


Figura 3. Depresión, según escala HADs, en la mujer madura y demás grupos de adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

2. Relación de variables

- 2.1. Sentido de la vida y variables socio demográficas
- 2.2. Ansiedad y depresión y variables socio demográficas
- 2.3. Sentido de la vida, ansiedad y depresión
- 2.4. Factores del sentido de la vida y grupos de adultez.
 - 2.4.1. Factores del sentido de la vida y el tener hijos.
- 2.5. Factores del sentido de la vida y ansiedad y depresión.
- 2.6. Correlación entre ansiedad y depresión y los factores del PIL.

2.1. Sentido de la vida y variables socio demográficas

2.1.1. Relación de sentido de la vida con edad y sexo

Para comparar el puntaje promedio de la escala de propósito de vida (PIL) entre las mujeres maduras y los demás grupos de comparación (hombres maduros y adultos jóvenes) se empleó la prueba de Mann-Whitney, la cual reemplaza la prueba t para grupos independientes, debido a la violación de los supuestos de normalidad de la escala PIL. La interpretación de los resultados se realizó mediante la media y desviación estándar en vez de los rangos promedios del estadístico Mann-Whitney.

Los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas en los promedios de la escala PIL ($p=0,042$) entre la mujer madura y la mujer joven, donde la mujer madura presenta una media más baja (116,49 puntos) comparada con la mujer joven (120,61). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres (maduro y joven) p (0,339), ni entre la mujer madura y el hombre maduro (p 0,662) ni la mujer madura y hombre joven (p 0,550) (Tabla 5).

Tabla 5

Comparación de Medias del sentido de la vida, según grupos de adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

Grupos de adultez	Escala total PIL		P
	Media (DS)	U de Mann-Whitney	
Mujer madura	116,49 (15,34)	2483,50	0,042
Mujer joven	120,61 (16,14)		
Hombre maduro	115,90 (14,27)	1251,50	0,339
Hombre joven	117,47 (16,88)		
Mujer madura	116,49 (15,34)	2414.50	0,662
Hombre maduro	115,90 (14,27)		
Mujer madura	116,49 (15,34)	2564.50	0,550
Hombre joven	117,47 (16,88)		

DS: Desviación Estándar

2.1.2. Relación entre sentido de la vida y estado civil

Para saber si puede haber relación entre el sentido de la vida y el estado civil en los distintos grupos de la adultez, se consideraron las categorías soltero y casado, a fin de homogeneizar los grupos para lo cual se empleó la prueba de Mann-Whitney (con nivel de significación de 0,05).

Los resultados obtenidos, expresan que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores promedios en la escala del sentido de la vida (PIL) y el estado civil en la mujer madura, mujer joven y hombre joven; sin embargo al analizar los diferentes valores de la p, se puede observar que en los adultos maduros (hombres-mujeres) el valor de p (0,056) se acerca a la significación estadística, donde los casados presentaron un promedio del PIL mayor (116,88 puntos), al de los solteros (112,19 puntos). Por otra parte, en el hombre maduro se observan diferencias estadísticamente significativas, en el promedio de la escala PIL (0,036), donde los casados presentaron un puntaje superior en el PIL (117,94 puntos) comparado con los solteros (105,57 puntos) (Tabla 6).

Tabla 6

Comparación de Medias del Sentido de la Vida (PIL), en la mujer madura y demás grupos de adultez y el estado civil. Mérida, Venezuela. 2013.

Grupos de la adultez	Estado Civil		U de Mann-Whitney	(P)
	Soltero(a) Media (DS)	Casado(a) Media (DS)		
Mujer madura	113,56 (14,75)	116,03 (18,01)	549,50	0,276
Hombre maduro	105,57 (9,29)	117,94 (14,97)	53,50	0,036
Mujer joven	120,35 (16,90)	119,80 (13,16)	122,50	0,838
Hombre joven	117,68 (17,60)	115,50 (7,98)	77,00	0,472
Adulto maduro (Hombre/mujer)	112,19 (14,19)	116,88 (16,62)	1105,50	0,056
Adulto Joven (Hombre/mujer)	119,04 (17,22)	117,89 (10,74)	394,50	0,486

DS (Desviación Estándar).

2.1.3. Relación entre sentido de la vida y el nivel de instrucción

Para estudiar si hay relaciones entre el sentido de la vida y el nivel de instrucción se consideraron el nivel secundario y universitario, a fin de homogeneizar los tamaños dentro de cada categoría. Se empleó la prueba de Mann-Whitney con nivel de significación de 0,05. No se observaron diferencias significativas en los valores de la escala promedio del sentido de la vida (PIL) con respecto al nivel de instrucción, ni en la mujer madura ni en los diferentes grupos de adultez, sin embargo, para el hombre maduro el valor p (0,064) se encuentra cerca de la significación estadística, donde los hombres con grado de instrucción universitaria tienen una media más alta (118,21 puntos) que los de instrucción secundaria (111,41 puntos) (Tabla 7).

Tabla 7

Comparación de Medias del sentido de la vida (PIL), en la mujer en edad madura y demás grupos de adultez y nivel de instrucción. Mérida, Venezuela. 2013.

Grupos de adultez	Nivel de Instrucción		U de Mann-Whitney	P
	Secundaria	Universitaria		
	Media (DS)	Media (DS)		
Mujer madura	118,30 (17,49)	115,62 (14,79)	821	0,31
Mujer joven	120,91 (17,22)	120,28 (15,10)	471	0,916
Hombre maduro	111,41 (11,20)	118,21 (15,46)	190	0,064
Hombre joven	115,86 (15,19)	119,04 (19,09)	288	0,196

DS (Desviación Estándar).

2.1.4. Relación del sentido de la vida y tener hijos

Se comparó el sentido de la vida y el tener hijos en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Se empleó la prueba de Mann-Whitney con nivel de significación de 0,05.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) en los valores promedios de la escala PIL, en la mujer madura ($p < 0,01$). Es conveniente señalar cuando es menor de 0,01, donde las que tienen hijos presentan un promedio superior en la escala PIL (118,35) a las que no los tienen. En el resto de los grupos, no hubo diferencias significativas (Tabla 8).

Tabla 8.

Comparación de Medias del sentido de la vida, en la mujer en la edad madura y demás grupos de la adultez, según tenencia de hijos. Mérida, Venezuela. 2013.

Grupos de adultez	Tener hijos		U de Mann-Whitney	P
	Sí Media (DS)	No Media (DS)		
Mujer madura	118,35 (15,46)	109,62 (13,09)	494	0,005
Mujer joven	124,60 (15,02)	119,34 (16,42)	263	0,141
Hombre maduro	116,66 (14,28)	112,80 (14,54)	166	0,355
Hombre joven	117,50 (16,41)	117,47 (17,14)	185,5	0,953

DS: Desviación Estándar

2.2. Relación entre ansiedad y variables socio-demográficas.

Para determinar la relación entre la escala HADs y las variables socio demográficas se empleó la prueba Chi-cuadrado con nivel de significación de 0,05.

2.2.1. Relación entre ansiedad y estado civil

Los resultados obtenidos no mostraron relación entre ansiedad y estado civil, sin embargo, es importante señalar que las mujeres maduras tanto las solteras (17,65%), como las casadas (15,91%) presentaron la mayor prevalencia de casos probables de ansiedad. En los hombres maduros, solo se reportaron posibles casos de ansiedad en los casados (11,11%) En la mujer joven, los probables casos de ansiedad se presentaron en las solteras (7,69%) y en las casadas (11,11%). En el hombre joven solo se presentaron probables casos de ansiedad en los solteros (4%). Es importante resaltar que las $\frac{3}{4}$ partes de los casos dudosos de ansiedad se presentaron mayoritariamente en el hombre joven soltero (34%) y casado (40%) y en el hombre maduro soltero (28,57%) (Figura 4)

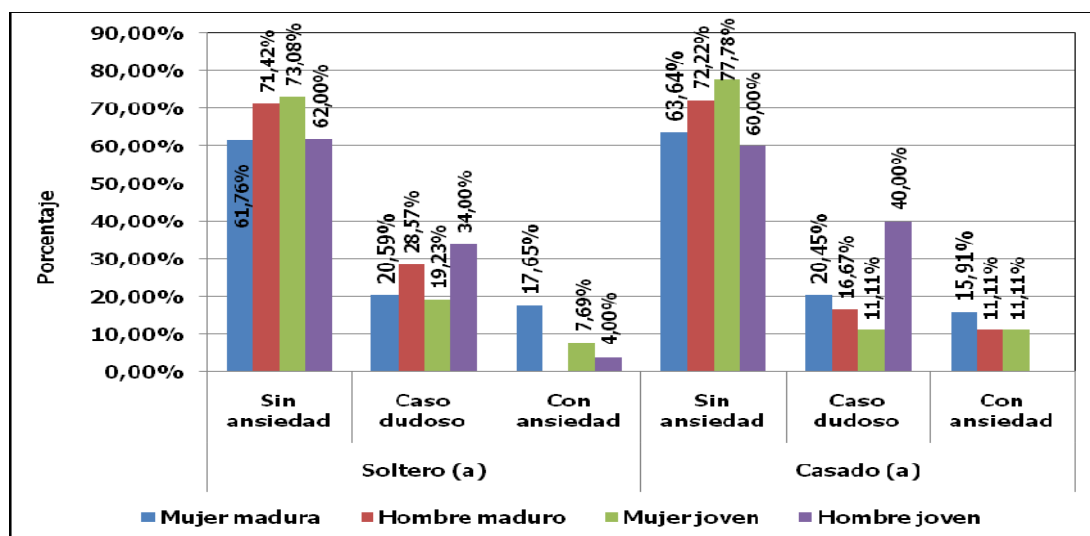


Figura 4. Relación entre ansiedad y estado civil, en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida-Venezuela. 2013.

2.2.2. Relación entre ansiedad y nivel de instrucción

No se encontró relación entre la ansiedad y el nivel de instrucción en los distintos grupos de la adultez. Es importante señalar que aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, la mujer madura presentó los mayores porcentajes en los probables casos de ansiedad tanto en el nivel de instrucción secundaria, como universitaria con el 20% y 14,29% respectivamente, seguidos de los hombres maduros con grado de instrucción secundaria, con el 11,76% y 9,09% en los universitarios. En las mujeres y hombres jóvenes con nivel de instrucción secundaria los probables casos de ansiedad se presentaron en menor porcentaje, siendo discretamente mayor en la mujer joven universitaria (10,34%). Los casos dudosos también se observaron mayoritariamente en aquellos con instrucción universitaria, comparada con los de instrucción secundaria, reflejándose esta alteración en casi la mitad de los hombres jóvenes (48,0%) (Figura 5).

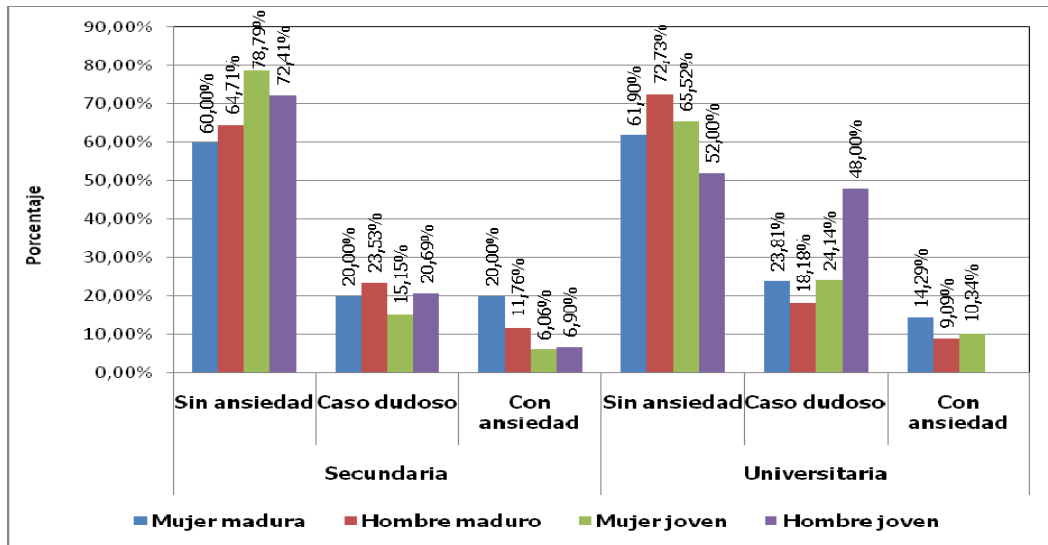


Figura 5. Relación entre ansiedad y nivel de instrucción, en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

2.2.3. Relación entre ansiedad y tener hijos

Con respecto a la ansiedad y tener hijos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, sin embargo, cabe destacar que las mujeres maduras sin hijos, presentaron el mayor porcentaje de casos probables de ansiedad (23,81%). En el hombre maduro que no tiene hijos, no se observaron probables casos de ansiedad. Por otra parte, los hombres que tienen hijos, reportaron un 12,20% de casos probables de ansiedad. En las mujeres jóvenes que no tienen hijos se reportó mayores casos probables de ansiedad con un 8,51% comparado con aquellas que tienen hijos (6,67%). En el hombre joven sin hijos, los casos probables de ansiedad fueron muy pocos (3,64%), no observándose ningún caso probable de ansiedad en aquellos que tienen hijos (Figura 6).

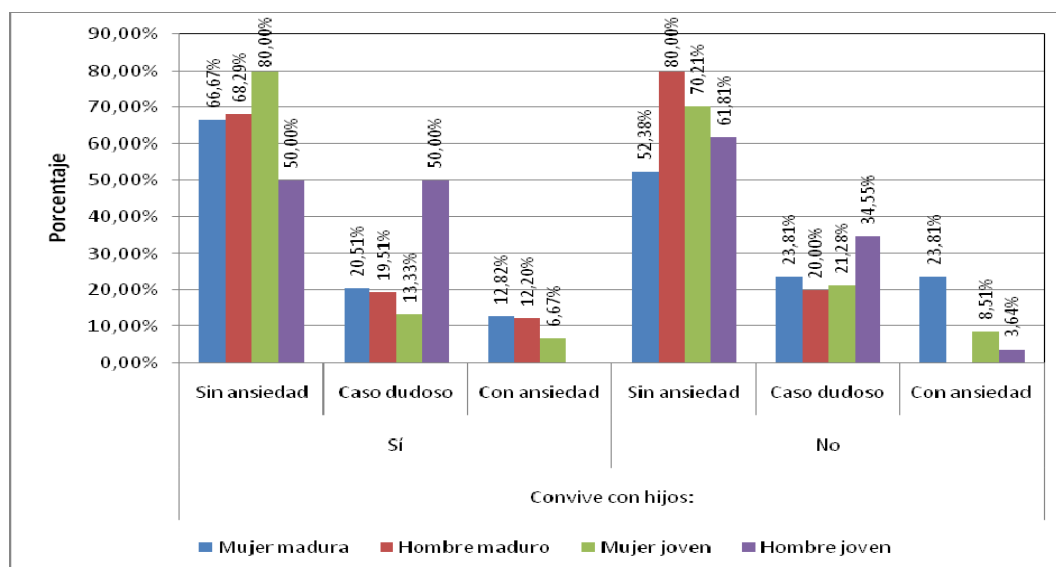


Figura 6. Relación entre ansiedad y tener hijos, en la mujer madura y demás grupos de la adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

2.3. Relación entre el sentido de la vida y ansiedad

En la tabla 9 se establecen las relaciones entre las variables sentido de la vida y ansiedad, observándose relación estadísticamente significativa con $p < 0,001$, donde las personas con falta de un claro sentido de vida (63,64%) presentan probables casos de ansiedad, en contraste con las personas con más sentido de la vida que alcanzaron el 5,96% de los casos. Por otra parte, se aprecia que el 71,56% de las personas con presencia de metas y claro sentido de la vida, no presentaron ansiedad.

Tabla 9.

Relación entre el sentido de la vida y la escala HAD (ansiedad). Mérida, Venezuela. 2013.

Escala HAD (Ansiedad)	Medición del sentido de la vida			P
	Falta de un claro sentido de vida	Zona de indefinición	Presencia de metas y sentido de la vida	
Sin ansiedad	18,18%	52,63%	71,56%	0,000
Caso dudoso	18,18%	28,95%	22,48%	
Con ansiedad	63,64%	18,42%	5,96%	

$p < 0,001$

En la tabla 10, se aprecian los resultados de los valores de la escala del sentido de la vida (PIL) y los valores de la escala ansiedad. Para tal fin se procedió a realizar el análisis de varianza con nivel de significación 0,05, observando con un valor de P (0,00) y P (0,01) diferencias altamente significativas en los valores promedios de la escala PIL con respecto a la valoración de la ansiedad en los grupos adulto maduro y adulto joven. Los posibles casos de ansiedad presentaron un promedio entre 101,40 y 101,86 puntos, que según la clasificación del sentido de la vida se encuentran en zona de indefinición (entre 90-105 puntos) mientras que los casos dudosos (113,41 a 118,06 puntos) y sin ansiedad (120,20 a 121,09 puntos) son clasificados como presencia de metas y sentido de la vida (más de 105 puntos).

Tabla 10.

Relación entre el sentido de la vida y la escala HAD (ansiedad). Adultos maduros. Mérida, Venezuela. Año 2011.

Sentido de la vida Adulto Maduro-Joven	Escala HAD (Ansiedad)			P
	Sin ansiedad M±DE	Caso dudoso M±DE	Con ansiedad M±DE	
PIL (Adulto maduro)	120,20 (12,61)	113,41 (14,63)	101,40 (16,33)	0,00
PIL (Adulto joven)	121,09 (15,81)	118,06 (11,83)	101,86 (30,12)	0,01

M: Media
DS: Desviacion Estandrt

2.4. Relación entre los factores del sentido de la vida en los grupos de adulez.

Se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas con un valor de P (0,01) para el factor: percepción del sentido de la vida, donde los adultos jóvenes (78,49%) presentaron promedio más alto con respecto a los adultos maduros (72,72%). Para los factores significado de vida (adulto joven 86,13%, adulto maduro 85,61%) y satisfacción por la propia vida (adulto joven 84,59%, adulto maduro 84,91%) no se observaron diferencias significativas, sin embargo, estos factores presentaron un promedio más alto con relación al factor percepción del sentido de vida (tabla 11).

Tabla 11.

Relación entre los factores del sentido de la vida (PIL) y grupos de la adultez. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	Adulto maduro Media (DS)	Adulto joven Media (DS)	P
Significado de vida	85,61 (13,54)	86,13 (14,11)	0,75
Percepción del sentido de vida	72,72 (18,29)	78,49 (18,46)	0,01
Satisfacción por la propia vida	84,91 (13,51)	84,59 (15,96)	0,86

DS: Desviación Estándar

En la tabla 12 se observa que no se observaron diferencias significativas del valor promedio de los factores, entre la mujer madura y joven, no obstante aunque no exista diferencias significativas los resultados muestran que las mujeres jóvenes presentaron mejores valores en estos factores con respecto a las mujeres maduras.

Tabla 12.

Relación entre los factores del sentido de la vida (PIL), en la mujer madura y joven. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	Mujer madura Media (DS)	Mujer joven Media (DS)	P
Significado de vida	84,93 (14,32)	88,22 (9,54)	0,11
Percepción del sentido de vida	74,39 (16,95)	79,13 (20,45)	0,11
Satisfacción por la propia vida	83,92 (14,61)	85,75 (15,65)	0,45

DS: Desviación Estándar

En relación con los hombres, se observó diferencias estadísticamente significativas para el factor: percepción del sentido de vida ($P=0,02$) donde el hombre joven (77,77%) presenta medias más altas en relación a los adultos maduros (69,49%). Para los otros factores, no se observaron diferencias (ver Tabla 13).

Tabla 13.

Relación entre los factores del sentido de la vida (PIL) en el hombre maduro y joven. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	Hombre maduro Media (DS)	Hombre joven Media (DS)	P
Significado de vida	86,93 (11,92)	83,79 (17,73)	0,29
Percepción del sentido de vida	69,49 (20,44)	77,77 (16,03)	0,02
Satisfacción por la propia vida	86,82 (10,96)	83,28 (16,33)	0,19

DS: Desviación Estándar

Dada la amplitud del intervalo en el grupo de las mujeres en edad madura (entre 35 a 64 años), el mismo se dividió en dos subgrupos: uno de 35 a 48 años y otro entre 49 y 64 años, con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los valores promedios de los factores del sentido de la vida.

Los resultados obtenidos muestran con P (0,01) y P (0,03) diferencias significativas para los factores: significado de vida y satisfacción por la propia vida respectivamente; en ambos casos, las mujeres maduras con edades entre los 49 y 64 años, presentaron puntajes promedios más altos, con respecto al grupo de mujeres entre los 35 y 48 años. No se observaron diferencias para el factor percepción del sentido de vida, sin embargo, las mujeres maduras entre los 49 y 64 años (77,75%) mostraron mejor puntaje promedio que el grupo de mujeres entre 35 y 48 años (77,75%) (Tabla 14).

Tabla 14.

Relación entre los factores del sentido de la vida (PIL) y los sub-grupos en la mujer madura. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	Mujer (35-48 años) Media (DS)	Madura 49-64 años) Media (DS)	P
Significado de vida	82,08 (15,91)	89,32 (10,17)	0,01
Percepción del sentido de vida	72,47 (17,34)	77,75 (16,11)	0,16
Satisfacción por la propia vida	81,30 (16,38)	87,96 (10,32)	0,03

DE: Desviación estándar

2.4.1. Relación de los factores del sentido de la vida (PIL) y el tener hijos

Al evaluar los factores del sentido de la vida (PIL) y el tener hijos, se observó diferencias significativas con P (0,02) en el factor satisfacción por la propia vida, donde los adultos que tienen hijos presentaron un promedio más alto 86,80%, con respecto a los que no tienen hijos (84,64%). Para las otros factores no se observó diferencias significativas (ver tabla 15).

Tabla15.

Relación de los factores del sentido de la vida (PIL) y tener hijos. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	Tener hijos		P
	SI Media (DS)	NO Media (DS)	
Significado de vida	86,89 (12,69)	84,64 (14,86)	0,18
Percepción del sentido de vida	74,88 (18,88)	75,67 (18,24)	0,73
Satisfacción por la propia vida	86,80 (12,50)	82,47 (16,43)	0,02

DS: Desviación Estándar

Al comparar los factores del sentido de la vida con tener hijos entre los distintos grupos de la adultez, se determinó diferencias significativas con P (0,02), en la mujer madura para el factor percepción del sentido de vida. Para las mujeres jóvenes, se observó diferencias significativas en el factor: satisfacción por la propia vida con P (0,04). En ambos casos el promedio del puntaje de las sub-escalas fue mayor en las mujeres que tienen hijos (ver tabla 16).

Tabla 16.

Relación de los factores del sentido de la vida (PIL) en la mujer madura y demás grupos de la adultez y tener hijos. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	El tener hijos		P
	Sí Media (DS)	No Media (DS)	
Mujer madura			
Significado de vida	85,93 (14,24)	81,22 (14,35)	0,18
Percepción del sentido de vida	76,44 (16,44)	66,77 (17,02)	0,02
Satisfacción por la propia vida	85,32 (14,25)	78,70 (15,10)	0,07
Hombre maduro			
Significado de vida	87,26 (11,06)	84,64 (14,86)	0,69
Percepción del sentido de vida	70,07 (20,99)	67,08 (18,83)	0,68
Satisfacción por la propia vida	87,80 (9,54)	82,78 (15,48)	0,19
Mujer joven			
Significado de vida	90,93 (8,30)	87,35 (9,83)	0,21
Percepción del sentido de vida	80,28 (22,42)	78,77 (20,08)	0,81
Satisfacción por la propia vida	92,59 (7,17)	83,57 (17,00)	0,04
Hombre joven			
Significado de vida	86,81 (11,57)	83,27 (18,62)	0,61
Percepción del sentido de vida	74,21 (21,44)	78,37 (15,14)	0,5
Satisfacción por la propia vida	85,07 (13,52)	82,98 (16,87)	0,74

DS: Desviación Estándar

2.5. Comparación entre los factores del sentido de la vida (PIL) y la escala HAD (ansiedad y depresión).

Se realizó análisis de varianza para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los valores promedios de los factores del sentido de la vida (PIL) y la ansiedad.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas para el significado de la vida $p(0,00)$, percepción del sentido de vida $P(0,001)$ y satisfacción por la propia vida $p<0,01$, donde las personas sin ansiedad o casos dudosos presentaron promedios más altos para estos factores, con relación a las personas que presentaron ansiedad (ver tabla 17).

Tabla 17.

Relación de Medias de los factores del sentido de la vida (PIL) y ansiedad (escala HAD). Adultos maduros. Mérida, Venezuela. 2013.

Factores del sentido de la vida	Sin ansiedad	Caso dudoso	Con ansiedad	P
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	
Significado de vida	88,12 (11,92)	85,57 (11,40)	71,40 (20,37)	0,00
Percepción del sentido de vida	77,86 (18,30)	72,51 (17,48)	64,35 (18,38)	0,001
Satisfacción por la propia vida	87,50 (12,72)	83,69 (11,45)	69,24 (21,65)	0,01

DS: Desviación Estándar

2.6. Correlación entre los puntajes de la escala HAD y los factores del sentido de la vida.

Se determinó la relación entre la escala HAD (ansiedad y depresión) y los factores del sentido de la vida mediante el análisis de correlación de Pearson. El nivel de significación establecido fue de 0,05.

En la tabla 18, se presenta la correlación entre los componentes de la escala HAD (ansiedad y depresión) y los factores del sentido de la vida (significado de vida, percepción del sentido de vida y satisfacción por la propia vida) en los adultos maduros, observándose tanto para la ansiedad como la depresión una relación lineal inversa (negativa) con los factores: significado de vida, percepción del sentido de vida y satisfacción por la propia vida con P (0,000) para cada combinación, indicando que a mayor puntuación de los factores, la ansiedad y depresión son menores.

Tabla 18.

Relación entre los factores del sentido de la vida y escala HADS. Adultos maduros. Mérida, Venezuela. 2013.

Sentido de la vida /factores	Escala HAD	
	Ansiedad	Depresión
PIL	r(-0,477) P(0,000*)	r(-0,576 P(0,000*)
Significado de vida	r(-0,469) P(0,000*)	r(-0,481 P(0,000*)
Percepción del sentido	r(-0,312) P(0,000*)	r(-0,401) P(0,000*)
Satisfacción por la propia vida	r(-0,431) P(0,000*)	r(-0,558) P(0,000*)

Nota: r=coeficiente de correlación de Pearson

* Significancia estadística $P < 0,001$

Para los adultos jóvenes se tiene que la ansiedad presenta correlación negativa para el PIL con $p(0,018)$ y para los factores percepción del sentido de vida $p(0,046)$ y satisfacción por la propia vida $p(0,002)$. No se relación con el factor, significado de la vida; En el caso de la depresión tiene relación inversa tanto con la puntuación total de PIL y los 3 factores del sentido de la vida con $p(0,000)$ lo que indica que en los adultos jóvenes el significado de la vida no se asocia a la ansiedad, mientras que un alto nivel de percepción del sentido de vida y satisfacción por la propia vida disminuyen la ansiedad. Los niveles bajos de depresión se relacionan con puntuaciones altas en los factores del PIL: significado de vida, percepción del sentido de vida y satisfacción por la propia vida (Ver tabla 19).

Tabla 19.

Correlación entre los factores del sentido de la vida (PIL) y la escala HAD. Adultos jóvenes. Mérida, Venezuela. 2013.

Sentido de la vida / factores del PIL	Escala HAD	
	Ansiedad	Depresión
PIL	$r(-0,219) p(0,018^*)$	$r(-0,537) p(0,000^*)$
Significado de vida	$r(-0,137) p(0,139)$	$r(-0,448) p(0,000^*)$
Percepción del sentido	$r(-0,185) p(0,046^*)$	$r(-0,476) p(0,000^*)$
Satisfacción por la propia vida	$r(-0,222) p(0,002^*)$	$r(-0,413) p(0,000^*)$

Nota: r =coeficiente de correlación de Pearson

* significancia estadística $P < 0,05$

En la tabla 20 se muestran los resultados de la relación entre la escala HAD (ansiedad y depresión) y el PIL total, en el adulto joven y maduro, mediante el análisis de correlación de Pearson, con un nivel de significación establecido de 0,05. Tanto para la ansiedad como la depresión hay una relación lineal inversa (negativa) para el PIL total, para los adultos maduros. Para los adultos jóvenes se tiene que la ansiedad presenta correlación negativa para el PIL con $p(0,018)$.

Tabla 20.

Correlación entre sentido de la vida y escala HAD. Adultos maduro/joven. Mérida, Venezuela. 2013.

Sentido de la vida (PIL)	Escala HAD	
	Ansiedad	Depresión
Adulto maduro	R (-0,477) p(0,000*)	R(-0,576) p(0,000*)
Adulto joven	R (-0219) p(0,018)	R (-0537) p(0,000*)

Nota: r=coeficiente de correlación de Pearson.

* Significancia estadística $P < 0,05$

CÁPITULO V

DISCUSIÓN

“Todo parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

El sentido de la vida ha sido estudiado por diversos autores, en distintos grupos poblacionales y culturales, así como en diferentes circunstancias. En esta oportunidad se investigó el sentido de la vida en mujeres “sanas” en edad madura (35 a 64 años) estableciéndose comparaciones con hombres de la misma edad y adultos jóvenes (mujeres y hombres) entre los 18 a 34 años, en Mérida (Venezuela). Para tal fin se utilizó el Test de Propósito Vital (PIL o Purpose In Life) de Crumbaugh y Maholick (1968), cuyo fundamento está en la Logoterapia de Víctor Frankl. Dicho instrumento evalúa la presencia de metas y sentido de la vida y el vacío existencial.

A continuación se desarrolla la discusión por objetivos

Objetivo 1.

Conocer el sentido de la vida en la mujer en edad madura y compararlo con las diferentes poblaciones del presente estudio: hombres en la edad madura y adultos jóvenes (hombres y mujeres).

Los resultados de la presente investigación permiten señalar que según los criterios establecidos del PIL (en sus tres categorías: presencia de metas y sentido de la vida, zona de indefinición y falta de un claro sentido de la vida) más de las tres cuartas partes de la población estudiada, tanto la mujer madura como los demás grupos de comparación, tienen metas y sentido de la vida, bien definidos (cifras que oscilan entre el 76,47% y 87,09%). Las puntuaciones del PIL, en todos los grupos, fueron superiores a las reportadas por López (1998) y Magaña y colab. (2004) en población joven universitaria.

En las mujeres maduras, la presencia de metas y sentido de la vida fueron superiores a las encontradas en hombres maduros pero menores a las que presentaban los hombres jóvenes y las mujeres jóvenes que obtuvieron los porcentajes más altos. La distribución por porcentajes del PIL, especialmente en el adulto joven, fue muy similar a los reportados por Santis y Juárez (2011) en la población guatemalteca con el 88,6%. En la población venezolana, específicamente en la ciudad de Maracaibo se han realizado varias investigaciones señalando la de Paredes (2008) quien aplicó el PIL en habitantes de las diferentes parroquias, en edades comprendidas entre los 18 y 70 años. Los resultados reportan un promedio de 114,5 en presencia de metas y sentido de la vida, promedio que se encuentra muy cerca del límite de la zona de indefinición, por lo que no se puede concluir que el sentido de vida del marabino (natural de Maracaibo) está consolidado. Resultados que difieren de los encontrados en nuestro estudio donde los promedios fueron más altos, con definición clara del sentido de la vida. En el estudio de Franke y cols. (2010) los resultados del PIL fueron superiores en las personas mayores de 60 años, que superan a los porcentajes reportados en el adulto maduro en la presente investigación (un 86.6% de nuestra muestra presenta una puntuación superior a presenta una media de 124.09 lo cual indica la presencia de metas y sentido de la vida, Como puede observarse, estos resultados se encuentran muy por encima de los reportados de otros estudios (Francke y Bello, 2007; Magaña Vadallares y colab, 2004; Sánchez, 2006); igualmente son superiores a nuestros resultados, haciendo la salvedad que el estudio de Franke es de población mayor de 60 años, abarcando solo una parte del adulto maduro de nuestro estudio.

Tomando en cuenta los promedios del PIL, en la mujer madura y demás grupos de comparación, éstos fueron superiores a los obtenidos por Crumbaugh y Maholic (1968); Noblejas (1994) en España (en población general y en población clínica) en grupos poblacionales entre los 16 y 81 años. Igualmente difieren a los reportados por Rollan, García y Villarrubia (2005) y García, Gallego y Pérez (2009). Consideramos oportuno señalar que en las investigaciones realizadas por estos autores, participaron personas entre los 18 y 46 años, que incluye gran parte de las edades establecidas en la presente investigación. En el estudio realizado por Moreno y Rodríguez (2010) en estudiantes universitarios (26 son mujeres y 19 son hombres entre los 20 y 35 años), las puntuaciones del PIL en lo que

respecta a presencia de metas y sentido de la vida, también fueron menores a las obtenidas en nuestra investigación. Los valores de las medias obtenidos con el PIL en la muestra universitaria, alcanzan un valor de 113,47. Esta comparación solo se realiza por el grupo de edad que son muy semejantes en ambas investigaciones, mas no así en el resto de características, ya que en nuestro estudio, el grupo es más heterogéneo, no todos son estudiantes universitarios, muchos trabajan, con culturas completamente diferentes lo que pudiera estar influyendo en estos resultados.

En la mujer madura, los promedios del PIL en la presencia de metas y sentido de la vida, son levemente mayores ($116,49 \pm 15,34$) al hombre maduro ($115,90 \pm 14,27$). No ocurre lo mismo con la mujer joven, la cual alcanza puntuaciones superiores (promedio de 120,61), con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.042$) entre ambos grupos. No se observaron diferencias significativas entre los hombres (maduro y joven). Por otra parte, al comparar a los diferentes grupos según sexo, tanto las mujeres maduras como las jóvenes, presentaron porcentajes más altos de presencia de metas y sentido de la vida, con respecto a los hombres del mismo grupo de edad. Las puntuaciones promedios del PIL, también fueron superiores a los reportados en la mayoría de las investigaciones realizadas, entre las que están las de los siguientes autores: Crumbaugh y Maholic (1968); Preble (1986); Noblejas, 1994, 2011 y 2011; Rollan, García y Villarrubia (2005); García, Gallego y Pérez (2009); Moreno y Rodríguez (2010), García, Martínez, Soucase y Gallego (2011). Se podría decir que este grupo de mujeres (en edad madura y jóvenes) más de la mitad tienen nivel de instrucción universitaria, otras tienen nivel secundario o se encuentran estudiando en la universidad, con logros importantes académicos y laborales, con gran sentido de responsabilidad que las caracteriza, en el cumplimiento de múltiples funciones como la preservación del hogar, con aspiraciones de ser cada vez mejores, de ocupar posiciones en diferentes ámbitos. Todos estos aspectos no fueron evaluados objetivamente en la presente investigación, pero pudieran influir, mas aun cuando se ha mencionado en otros apartes como la satisfacción y el bienestar, entre otros, están relacionados con el sentido de la vida.

En lo que respecta a la mujer joven, los promedios del PIL fueron mayores comparados con los hombres jóvenes. Resultados que son similares a los reportados por García, Martínez y Gallego (2010) y García, Martínez, Soucase y Gallego (2011) en edades comprendidas

entre los 18 y 29 años y 18 y 45 años. Esta comparación se refiere al promedio del PIL, que fue mayor en las mujeres en relación al hombre joven, más no así en lo que respecta a los promedios entre el grupo de mujeres de los diferentes estudios, donde los valores nuestros fueron superiores.

Se rechaza la hipótesis planteada de que el sentido de la vida es independiente de la etapa de la vida en la mujer madura y joven.

El hecho de que las puntuaciones del PIL fueran mayores en el adulto joven, especialmente en la mujer, nos podría indicar una identidad definida del yo, con metas claras, orientadas a la consagración en los estudios y el trabajo e insertándose íntegramente en la sociedad. A tal fin, Fernández (2000) señala que entre los 20 y los 40 años, las personas cambian y crecen en muy diversos aspectos; cuando se toman decisiones trascendentales que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es el primer empleo, muchos se casan y tienen hijos, es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida; es la etapa donde el adulto joven define su identidad adulta y labra su lugar en el mundo.

En la zona de indefinición del sentido de la vida, el hombre maduro presenta los porcentajes más altos (21,57%), seguidos de la mujer madura (15,15%). Los adultos jóvenes (mujer 9,68% y hombre, 9,1%), presentaron porcentajes menores. Estos valores están muy por encima a los reportados por Francke Ramn y cols. (2010) en la población mayor de 60 años, en los cuales se reportó que el 6.16% hay indefinición en el sentido de la vida. Las personas que no tienen definido el sentido de la vida (especialmente en la edad madura) podrían tener más situación de riesgo de perder el sentido, o estar más cerca de perder el sentido o de llegar a un vacío existencial (Magaña, y cols., 2004), siendo un factor a tener en cuenta de cara a la etapa siguiente (65 y mas años), porque los factores de estrés pueden influir en que se pierda sentido, produciéndose un vacío existencial o una frustración existencial expresada en desesperanza, soledad o incluso puede desencadenar algún trastorno mental (como ansiedad, depresión, etc.). Según Erickson (1954) (citado en Solórzano, Brandh y Flores, 2001) cuando este periodo (edad madura) no es enfrentado exitosamente, suelen surgir conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas ó

cuadros ansiosos o depresivos crónicos; también puede ser un periodo de introspección en que se examinan los sentimientos, las actitudes, los valores y las metas, existiendo entonces, la necesidad de volver a definir la propia identidad. Lo más aconsejable es que las personas que se encuentran en la zona de indefinición del sentido de la vida se planteen la posibilidad de buscar caminos hacia el sentido de la vida.

La falta de un claro sentido de la vida o vacío existencial, tuvo un bajo porcentaje en la puntuación del PIL en todos los grupos, sin embargo en la mujer madura fue mayor (5,05%) comparada con el hombre maduro (1,96) y la mujer joven (3,23%), pero similar al hombre joven (5,45%). Si bien estos resultados se expresan en porcentajes, reportando muy pocos casos, no son menos importantes ya que la carencia de sentido puede ser indicadora de desajuste emocional (Frankl, 1999c) alteraciones psicopatológicas ó mal ajuste social. Este grupo de personas se caracterizan por que son conformistas, se conciben así mismas como Si tratamos brevemente de investigar las causas que pueden provocar el vacío existencial éstas pueden reducirse a dos: la pérdida del instinto y la pérdida de la tradición. En contraposición a los animales, al hombre no le dictan los instintos lo que tiene que hacer; y al hombre de hoy ya no le dice la tradición lo que debe hacer y a menudo parece que no sabe lo que realmente quiere, encontrándonos con el conformismo y el totalitarismo, además del neuroticismo, con las consecuentes neurosis psicógenas y noógenas, en las que se trata menos de una enfermedad mental, que de una pereza espiritual, a menudo como consecuencia indefensas ante el contexto socio ambiental, oscilando entre el aburrimiento y la desesperación, probablemente expresadas como agresión, depresión, escape de la realidad o frustración existencia (Magaña y colab., 2004; Rodríguez, 2005). También pudiera tratarse de personas que no lograron el desarrollo de un sentido de generatividad y entraron en el estancamiento, la auto absorción, el tedio y el sentido de ensimismamiento, asumiendo una actitud de inmadurez y sentimientos recurrentes de llevar una vida insatisfactoria, con escasos logros o disminución de los ya obtenidos (Erickson 1982, citado en Florenzano y Zegers, 2003). Para Gómez del Paso, Medina y Aguilar (2011) la falta de sentido puede provocar en las personas desmotivación y ansiedad, lo que las lleva a buscar alternativas que resultan perjudiciales para su vida.

Analizando las causas de la falta de sentido en el hombre, Frankl (1995a, p.7) expresa:

Si tratamos brevemente de investigar las causas que pueden provocar el vacío existencial éstas pueden reducirse a dos: la pérdida del instinto y la pérdida de la tradición. En contraposición a los animales, al hombre no le dictan los instintos lo que tiene que hacer; y al hombre de hoy ya no le dice la tradición lo que debe hacer y a menudo parece que no sabe lo que realmente quiere, encontrándonos con el conformismo y el totalitarismo, además del neuroticismo, con las consecuentes neurosis psicógenas y noógenas, en las que se trata menos de una enfermedad mental, que de una pereza espiritual, a menudo como consecuencia de una profunda sensación de falta de sentido.

Muchos de los jóvenes del mundo actual carecen de sentido porque no tienen claros sus objetivos, se dejan manipular fácilmente, no tienen sueños, dependen de los demás, se conforman con sobrevivir y no vivir. La humanidad en general y en Venezuela en particular, se vive una pérdida de valores que afectan todos los ámbitos y donde convergen varios factores entre ellos el deterioro de la familia como base de la sociedad donde se inculcan principios y donde cada vez hay más desintegración por ausencia de alguno de los padres, o la falta de tolerancia y convivencia, con violencia intrafamiliar y maltrato, agregado a la deficiente comunicación, bien por la incursión de la tecnología (celulares, los ordenadores, video juegos, entre otros), falta de tiempo, exceso de trabajo, con pocas oportunidades para compartir en familia; por mencionar algunas, sería interminable este manuscrito para hablar de los factores que pueden llevar a una falta del sentido de la vida, sin embargo una gran responsabilidad como médico y como docente en las intervenciones anticipatorias para orientar a los jóvenes y a nuestras familias sobre la importancia de la vida, su sentido como parte del equilibrio emocional y la salud mental.

Frankl (1991) señalaba que el vacío existencial fue un fenómeno muy extendido en el siglo XX, el cual persiste en el siglo XXI y en los jóvenes se observa con más frecuencia el estado de tedio, de aburrimiento o hastío, enmascarando el vacío existencial con diversas caretas y disfraces entre ellas, las modas, los grupos, los códigos, las drogas, el alcohol, la velocidad, entre otros. Y como lo describe Frankl (1991):

Cuando una persona no encuentra un sentido a su vida está ante un vacío existencial, el cual puede deberse a la doble pérdida que el hombre tiene que soportar desde que se convirtió en un verdadero ser humano; por una parte carece de un instinto que le indique

lo que ha de hacer y en su lugar desea hacer lo que otras personas hacen (conformismo), y por la otra no tiene tradiciones que le indiquen lo que debe hacer y hace lo que otras personas quieren que haga (totalitarismo) (p.60).

Con el fin de realizar una mejor comprensión del sentido de la vida el cual fue medido a través de las 20 preguntas del cuestionario PIL, se realizó análisis factorial, para la población merideña, conformado por tres factores: factor 1: significado de la vida, factor 2: percepción del sentido y factor 3: satisfacción con la vida.

Al analizar los 3 factores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en la mujer madura ni en la joven; no obstante en las mujeres maduras los valores en estos factores fueron más bajos con respecto a las mujeres jóvenes. Las diferencias fueron significativas en el hombre joven para el factor 2, percepción del sentido de la vida, el cual está conformado por las preguntas: expectativa positiva ante cada día, desarrollo de actividades después de la jubilación, vivir ha valido la pena, poder elegir y tomar sus propias decisiones, capacidad para encontrar un sentido o propósito de vida, independencia en el manejo y control de la vida, placer y satisfacción del quehacer diario, estar preparado para la muerte).

Noblejas (1999) denomina a uno de los factores del PIL “La percepción de sentido”, porque incluye cuestiones sobre la captación de razones y motivos para vivir la propia vida y la valoración de ésta en general. Por su parte Martínez (2013) lo describe “como la percepción afectiva y cognitiva de valores que invitan u orientan a una persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas o generales de la vida, dando coherencia e identidad personal” (p.73).

El contenido de las preguntas de la percepción del sentido de la vida, expresa el valor a la vida. A mi modo de ver en “el vivir el aquí y el ahora”. Por otra parte, si tomamos en cuenta el concepto de percepción, como un proceso cognitivo de la conciencia (Vargas, 1994) en este grupo de jóvenes que participaron en la investigación donde este factor resultó más alto y significativo les confiere identidad personal, valores, con sensación de logros en la vida; libertad e independencia en el manejo y control de sus vidas. Estos aspectos también fueron reportados en la mujer joven, pero las diferencias no fueron significativas.

El grupo de mujeres en la edad madura (entre los 35 a 64 años) fue subdividido en dos subgrupos (dada la amplitud del intervalo de edad); un subgrupo de 35 a 48 años y el otro entre 49 y 64 años. Hubo diferencias significativas para los factores: significado de vida y satisfacción por la propia vida respectivamente; en el grupo de mujeres de 49 a 64 años.

De acuerdo con Frankl (1999 c) el significado puede relacionarse con la vida en general, pero siempre con cada realidad concreta que a uno le toca vivir con su personalidad y sus propios medios. Este deseo de significado es una necesidad específica no reducible a otras necesidades y está presente en mayor o menor grado en todos los seres humanos. Además dicho significado también puede valer de soporte a la hora de afrontar situaciones desfavorables. El Factor 1, Significado de vida está integrado por preguntas relacionadas con entusiasmo, la vida me parece emocionante, metas bien definidas, mi vida tiene mucho significado, responsabilidad y metas definidas y sentido de vida satisfactorio.

Para Torres y colab., (2011) el constructo satisfacción con la vida deriva en una serie de evaluaciones, juicios que la persona realiza de forma objetiva y subjetiva sobre sus experiencias, sus logros, sus metas en la vida, mostrando su agrado, desagrado, satisfacción, felicidad, esperanza, desánimo o desventura con lo que ha obtenido en su devenir personal al momento de sus valoraciones. El factor, satisfacción con la vida está compuesto por las preguntas: deseos de vivir mil veces una vida como la actual, satisfacción de las metas alcanzadas, la vida está llena de cosas buenas y emocionantes, razones por las cuales existir, el mundo tiene significado en mi vida, el suicidio no es una salida.

Es en el grupo de mujeres en edad madura, de 49 a 64 años, quienes reflejan promedios más altos de significado de vida y satisfacción por la propia vida, con diferencias significativas, donde se ha adquirido un cúmulo de experiencias positivas, con logros profesionales y laborales manifiestos en los valores de creación (descritos por Frankl, con mayor madurez e independencia asegurando un futuro promisorio en los años venideros y según lo expresa Yalom (1994), los valores de creación alcanzan su máxima expresión alrededor de los 40 a 45 años. Por su parte, Steger y Shin, (2010) citados por Góngora y Castro (2011) manifiestan que la presencia de significado, generalmente es más alta en el grupo de adultos de mayor edad, lo que coincide con nuestros resultados.

Objetivo 2.

Establecer si hay relaciones entre el sentido de la vida y algunas características socio demográficas (estado civil, nivel de instrucción y tenencia de hijos), en la mujer madura y compararlo con los datos obtenidos en los otros grupos estudiados.

El estudio de las variables socio demográficas en cualquier investigación en salud es muy importante, pues las mismas influyen en el proceso salud enfermedad (Dever, 1991).

Según Frankl (2003a) “el sentido es independiente del sexo, la edad, el cociente intelectual y antecedentes educacionales, entre otros” (p.38).

Si las afirmaciones de Frankl son ciertas el sentido de la vida no debería variar de acuerdo a las características socio demográficas, ni en la etapa del ciclo vital que se está viviendo; sin embargo existen muchas controversias en los resultados del PIL, en las investigaciones realizadas por diferentes autores, específicamente en las variables edad y sexo. En lo que se refiere al sexo las puntuaciones del PIL de nuestra investigación, son más altas en las mujeres que en los hombres, pero sin significación estadística, resultados que concuerdan con los de Crumbaugh y Maholic (1964); Coffield y Buklalew (1986); Jackson y Coursey (1988); Sallee y Casciani, 1976; citados por García y colb. (2011); Moreno (2014). Las diferencias fueron significativas en los estudios realizados por Crumbaugh, 1968; García, Martínez y Gallego (2010); García Martínez, Soucase y Gallego (2011) en grupos poblacionales entre los 18 y 45 años; García, Martínez y Sellez (2013); García (2014).

Por otra parte, Noblejas (1994), Gallego-Pérez y García-Alandete (2004), García-Alandete, Martínez y Gallego-Pérez (2010) reportan que el PIL es independiente del sexo.

Como tal se señala en las investigaciones anteriores y con la variabilidad de resultados entre el sentido de la vida y el sexo, es importante recordar lo señalado por Frankl (2003), que “el sentido de la vida es independiente del sexo” (p. 38).

Se rechaza la hipótesis de que existe relación entre el sexo y el sentido de la vida, pues los resultados no fueron estadísticamente significativos. Se debe profundizar el estudio de esta variable donde participe un mayor número de personas.

En relación a la edad, igualmente existen controversias en los datos reportados por diferentes autores.

Los adultos jóvenes (hombres y mujeres) obtuvieron puntuaciones del PIL mas altas con respecto a los adultos maduros (hombres y mujeres) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,046$).

Son muy pocos los estudios donde se analiza el sentido de la vida por grupos de edad, sin embargo la mayoría de los investigadores citados hacen referencia a grupos poblacionales que están incluidos en nuestro estudio, especialmente al adulto joven. Para fines de comparación se hace referencia a aquellos resultados donde abarque el mayor número de edades de los grupos en referencia, entre ellos los estudios de Noblejas (1994) población menor de 30 años y mayor de 30; Noblejas (1999) población entre los 16 y 60 y mas años; Gallego (2005), grupos poblacionales entre los 18 y 70 años); Noblejas (2011), García Alandete, Martínez y Sellé (2013) edades entre los 18 y 55 años. Al respecto Noblejas (1994-1994), señala que los mayores de 30 años tienen mayor sentido de la vida. La misma autora Noblejas (2011), en otro estudio realizado, encuentra puntuaciones del PIL mas altas en los jóvenes (manteniéndose las puntuaciones altas en los mayores de 30 años), coincidiendo con resultados nuestros. Por otra parte, Gallego (2005), García, Gallego y Pérez (2008), García-Alandete, Martínez y Sellés (2013) no encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad y el sentido de la vida. Meier y Edwards (1974), citados por Garcia y colb. (2011), descubrieron que los individuos mayores de 25 años obtenían en la prueba PIL, una puntuación significativamente superior a la de aquellos cuya edad estaba comprendida entre los 13 y 19 años. Otros estudios revisados por los mismos autores, tampoco identificaron diferencias significativas en función de la edad, relacionadas con la prueba PIL. No obstante, esta falta de diferencias por edad puede deberse al restringido rango de edades de los sujetos que participaron en los estudios, así como al limitado alcance de los ítems de las pruebas. El estudio más reciente de García (2014) en grupos

poblacionales entre los 18 y 55 años (que abarca gran parte de las edades de la presente investigación) encontró puntuaciones del PIL más altas en el grupo de mujeres, entre los 30 y 55 años, que si bien coincide con nuestros resultados en relación al sexo, no así en cuanto a la edad donde las puntuaciones del PIL fueron mayores, en comparación a las nuestras, difiriendo en los resultados.

Al igual que en el sexo, no existe consenso en lo que respecta a la relación entre sentido de la vida y la edad. No obstante, se podría decir que el deseo de sentido se mantiene alto y de forma continuada en todas las edades, como así lo expresan nuestros resultados.

Tomando en cuenta las características socio demográficas del adulto joven (de 18 a 34 años) de la presente investigación, los cuales en su mayoría están solteros y no tienen hijos, nos hace suponer que los mismos no han consolidado una familia. Asimismo, el hecho de que más de la mitad, tienen grado de instrucción secundaria y otra parte tienen instrucción universitaria, nos indica que están encaminados al logro de una profesión, tienen metas definidas en cuanto a desarrollo profesional o con carreras ya consolidadas y probablemente ya insertos en el mercado laboral, lo que nos podría llevar a suponer que el grupo de adultos jóvenes en referencia con las características descritas: definición y logro de metas educativas, profesionales y laborales y por ende la participación en distintos contextos sociales, favorecen mayor satisfacción, a la vez que otorgan un sentido y significado a la propia existencia, como así lo señalan Medrano, Cortes y Aierbe (2004).

Referirse a una edad o etapa determinada, en ocasiones puede resultar incomodo, por las repercusiones que ellas implican como es la menopausia (procesos biológicos, reloj biológico) y la jubilación (carácter económico, laboral, reloj social), eventos de gran connotación y trascendencia en el ciclo vital del ser humano, donde la mayoría de las veces la bibliografía y los artículos se enfocan en aspectos negativos del proceso salud enfermedad, el proceso de envejecimiento, situación laboral y legal, olvidándose de la esencia de la vida, de los recursos que hemos adquirido, entre ellos la experiencia, el conocimiento y la madurez. Al respecto Deeks y McCabe (2004) realizaron una investigación donde resaltan los aspectos positivos sobre el bienestar en la menopausia, el propósito de la vida, la auto aceptación de uno mismo y el rol social. Las autoras realizaron dos estudios: en el estudio 1

participaron 304 mujeres donde se evaluó el bienestar psicológico medido a través de la aceptación y el propósito de vida. En el estudio 2 participaron 203 mujeres integrantes del grupo 1, con un cuestionario de seguimiento y donde se midió el propósito de vida y el rol social. , encontrándose en el estudio 1 que los efectos de la edad y la menopausia no podían separarse, todas las mujeres reportaron que podían ser más positivas con respecto al bienestar en el futuro, que en el pasado o presente. Las mujeres que participaron en el estudio 2, las que estaban en la peri menopausia y pos menopausia no se sintieron tan positivas sobre sus roles en la vida, en comparación con las que se encontraban en la pre menopausia. Si bien los aportes son interesantes en la presente investigación no se indagó sobre las etapas de la menopausia. Estas investigadoras tratan de explicar que en la menopausia no todo es negativo, siendo en parte el alcance de la presente investigación con el aporte de un enfoque de la mujer en la edad madura, en una forma positiva.

Refiriéndose particularmente a la mujer en edad madura es preciso destacar, lo que Frankl (1995) describe como “higiene psíquica de la madurez”:

A la misma le afectan dos tipos de miedo, aquel que se tiene a esos años “críticos” se deben en parte a un malentendido a la confusión entre “madurar” y “envejecer”. Sólo aquellas mujeres maduras, que se preocupan demasiado por parecer más jóvenes son las que tienen motivos y razones para alarmarse. Otro, es el miedo a la muerte, que en el fondo es un temor de la conciencia el cual es provocado por las oportunidades y ocasiones que se han dejado escapar en la vida (p. 23).

Lo señalado por Frankl (1995) nos permite establecer que a pesar de estar viviendo la edad madura como etapa crítica, la problemática entre madurar y envejecer es vista bajo diferentes miradas, ya sea hombre o mujer, prevaleciendo en esta última dos tipos de miedos: el miedo a envejecer y el miedo a la muerte. Con respecto a la muerte, en una de las preguntas de cuestionario PIL, se indaga sobre esta temática: si se “está preparado o no” y el “temor a morir” y sobre el suicidio como una salida.

Otra característica socio demográfica analizada en esta investigación es el estado civil, el cual puede influir en el bienestar en el contexto del envejecimiento (Carmona, 2009). La categoría estado civil varía de acuerdo a los vínculos de una persona con otra y le da una connotación jurídica o de legalidad, que cada estado o país establece. Por lo tanto una

persona puede tener un estado civil casado pero no convive con su pareja o puede tener un estado civil soltero y tener una pareja.

Al comparar a los casados con los solteros, las diferencias fueron estadísticamente significativas para los hombres maduros casados, donde el promedio del PIL es mayor que en el resto de los grupos. Al respecto Pinguart y Sorensen (2001) señalan que en el caso de los adultos maduros casados, la pareja representa un importante recurso de apoyo. Igualmente, Reyes, Camacho, Eschbach y Markides (2006) indican que el matrimonio constituye un apoyo fundamental dentro de la familia, especialmente para los hombres.

En los estudios revisados no se encuentran datos relacionados entre sentido de la vida y el estado civil, sin embargo es conveniente mencionar otros estudios donde se incluye esta variable ya que correlaciona positivamente el sentido de la vida y los constructos bienestar, bienestar psicológico y la satisfacción familiar (Rolan García, García Bermejo y Villarubia, 2011; García, 2009, con religiosidad y sentido de la vida). En este sentido, Carmona (2009) refiriéndose al adulto mayor, señala que ni el estado civil, el género, la edad y el estrato socioeconómico pudieran no contribuir significativamente al bienestar personal.

Para Fernández, Almuniña, Alonso y Blanco (2001) los adultos mayores casados o que tienen pareja informan mayor nivel de bienestar psicológico global que los que no se encuentran en pareja. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que las personas que se encuentran sin pareja estable (separados o divorciados) presentarían más dificultades para adaptarse física y psicológicamente, porque también presentan menor apoyo social percibido, el cual sería un importante recurso de afrontamiento del estrés psicosocial. Al examinar las dimensiones del bienestar psicológico, se observa que existen diferencias significativas entre ambos grupos sólo en la dimensión de relaciones positivas con otros, lo cual apoyaría la interpretación anterior, en el sentido de que sería el apoyo social percibido el que explicaría en gran medida la diferencia en bienestar psicológico global entre ambos grupos. Es decir, la variable estado civil no afectaría por sí misma el bienestar psicológico del adulto mayor, siendo mediada esa relación por la evaluación subjetiva de los propios recursos personales y del entorno.

Por su parte, García (2002) revela que el matrimonio tiene un efecto sobre el bienestar que no se explica por un mero factor de selección; al casarse o continuar casadas las personas manifiestan ser más felices. La satisfacción marital repercute significativamente sobre la satisfacción global con la vida y en este sentido, la satisfacción con el matrimonio y con la familia es uno de los factores más importantes asociados al bienestar personal (Oramas, Santana y Vergara, 2006).

Con los planteamientos antes señalados el estado civil casado y el mayor promedio del PIL, solo fue significativo en el hombre maduro, por lo que se pudiera suponer que existe una relación directa entre el matrimonio o el estar casado y el sentido de la vida y el bienestar, por los resultados de nuestro estudio, por lo tanto se hace necesario indagar en otras investigaciones sobre estos hallazgos.

En relación al nivel de instrucción, la formación intelectual y académica influye de manera positiva en la utilización de elementos lógicos, concretos y planteamientos de metas (Sain-Pateur, 2003). Por otra parte, siendo Mérida una ciudad estudiantil y universitaria con accesibilidad a la educación y a formación de pre y postgrado, las personas tienen más posibilidades de para optar a mayores niveles académicos. Así lo demuestran los resultados, pues el hecho de que más del 50 % de los adultos maduros y jóvenes tengan profesión universitaria, habla de logros educacionales y profesionales, con oportunidades de crecimiento personal y estatus laboral, además de compaginar la profesión, el trabajo y el matrimonio (más del 50 % de los adultos maduros están casados o tienen pareja estable) lo que nos indica que son personas productivas y muchas de ellas, probablemente se encuentran en el nivel más alto de su carrera (Craig y Baucon, 2001).

No se observaron diferencias significativas en los valores de la escala promedio del sentido de la vida (PIL) con respecto al nivel de instrucción ni en la mujer madura ni en los diferentes grupos de adultez; como era de esperarse de acuerdo a lo que plantea Frankl (2003a) que el sentido de la vida es independiente del nivel académico. De acuerdo a

Moreno (2014) a mayor experiencia universitaria (cursos superiores) mayor sentido de la vida, expresión que solo coincide con el hombre maduro de nuestro estudio, (sin

significancia estadística); al igual a los resultados reportados por Risco (2009) en los que obtiene una evolución del sentido de la vida en relación a mayor nivel académico.

En la mujer madura que tiene hijos el sentido de la vida fue más alto con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Según Lorenzo (2012) los padres y las madres son personas con mayores niveles de felicidad y tienden a percibir que su vida tiene sentido comparada con aquellas que no tienen hijos. Así lo demuestran los estudios realizados en la Universidad de California en Riverside, de Standford, Estados Unidos y la de Bristish Columbia, Canadá, hallazgos que coinciden con nuestros estudios. Con respecto a estos resultados Frankl (1995, p. 24) señala que entre las posibilidades que se le ofrecen a una mujer para dar sentido a su existencia se destaca el hecho de ser esposa y ser madre. Referente a este aspecto se describe la experiencia de Frankl en una entrevista realizada a una paciente de 80 años que padecía de cáncer en fase terminal, donde Frankl (2001) le pregunta: ¿Piensa usted que la vida tiene más sentido sólo cuando se tienen hijos? Y la paciente le responde “si son buenos hijos no deja de ser una bendición” (p.101). Se hace alusión a esta experiencia donde Frank señala “que si el único sentido de la vida fueran los hijos, la vida perdería todo sentido, porque procrear algo que en sí no tiene sentido sería la cosa más sin sentido de todas; lo que cuesta e importa en la vida es más bien hacer y conseguir algo”.

Los resultados de la presente investigación orientan a un mayor sentido de la vida en la mujer que tiene hijos y lo aportado por Frankl da respuesta a una de las inquietudes planteadas por la investigadora donde el sentido de la vida no tiene relación necesariamente con tener o no hijos.

En cuanto a la maternidad como tal, ésta parece fundamental para la construcción de la identidad femenina, representando una fuente de poder de las mujeres, porque la maternidad les da sentido a sus vidas, las enaltece frente a la sociedad y les autoriza a ejercer control e influencia sobre los hijos, hijas, nueras y yernos (González 1994, citado en García, 1999).

Por otra parte, la paternidad representa una etapa donde fluye con mayor firmeza la generosidad, el altruismo, el desinterés y el sacrificio de los padres a favor de sus hijos; es una relación que motiva a los varones a no centrarse solo en ellos, sino que ahora existe otra persona que les ocupa sus sentimientos, emociones, pensamientos, deseos, planes y motivaciones; se consideran verdaderos adultos, con argumentos validos para madurar y dar sentido a la vida, es decir, aspectos que resaltan las repercusiones de convertirse en padre sobre la identidad y el sentido de la propia vida (Ortega, Torres y Salguero. 2009).

Si bien en la presente investigación no se indagó sobre la estructura y funcionalidad familiar, es importante realizar algunas acotaciones sobre la familia popular venezolana, la cual se caracteriza por su diversidad en la variedad de uniones, tipo y número de miembros que conforman los grupos familiares, así como en la dinámica de su funcionamiento donde se puede apreciar que la madre y los hijos son los miembros incondicionales del grupo y juntos caracterizan una experiencia de vida. Es lo que Moreno (1993-1995) identifica como "matri centrismo" (citados por Mora, Otálora y Recagno-Puente, 2005).

El perfil familiar del grupo de mujeres en edad madura del presente estudio se puede decir que presenta estas características, pues más de las tres cuartas partes, tienen hijos; la mitad se encuentran divorciadas, en unión estable o son viudas y algunas han tenido a sus hijos en soltería; solo el 40% tienen pareja y conforman una familia nuclear.

Para Campo y Andrade (2007), el hijo representa el capital emocional de la madre venezolana. Cuantos más hijos tenga, mayor será su imperio emocional. La familia popular venezolana se acerca más al modelo de la familia extendida que al de la familia nuclear: las hijas y los hijos con frecuencia siempre vivirán junto a sus madres.

Según Moreno (1995) citado por Monasterios (2001):

La familia popular venezolana no sólo es matri-centrada, en tanto se destaca la madre como punto de confluencia y de producción de los vínculos a partir de los cuales se genera la estructura familiar y el sentido de la vida para los miembros del grupo, sino como modelo cultural se ha estructurado y se mantiene sobre una praxis que va más allá de las estructuras sociales y económicas de corto o mediano plazo, hacia un modo de vida permanente a través del tiempo. Es decir, la familia popular se ha edificado en la

práctica y continúa haciéndolo, convirtiéndose en modelo cultural propio de la sociedad venezolana (pp. 67-68).

Los hijos constituyen parte vital, esencial del ser mujer-madre. En síntesis, es a través de los hijos que la mujer se puede desplegar y es a través de ellos que tiene la posibilidad de obtener seguridad, afecto, protección y el reconocimiento de ser mujer-madre.

Sobre el hecho de tener un hijo, algunas madres venezolanas exponen los siguientes relatos (Mora, Otálora y Recagno-Puente, 2005, p.126):

- Los hijos son parte de su esencia y existencia, de su realización personal.
- Es el motivo de los afectos y la razón de la felicidad.
- A ellos se les otorga, con respecto a la propia vida de la mujer madre, un sentido de completitud, continuidad, orientación para la vida, proyecto de vida.
- La vida sin ellos se plantea como otra diferente a la vida que comienza a ser a partir de los hijos”.
- A partir de los hijos se vive una plenitud de esencia, de *ser*:...
- Los hijos son lo máximo.
- Es lo ideal, es lo primero, es lo principal, es mi base, es todo, un todo yo. Ellos, sobre todo, son primero.
- Los hijos dan sentido al "Yo" y sus realizaciones.
- Los hijos se experimentan como elementos centrales para la vida, como fin primero y último.
- La maternidad lleva a la mujer a reorganizar sus planes de vida.
- Cuando el hijo nace, hace factible la continuidad de la vida, se convierte en el motivo central y único que la posibilita.

Muchas de las expresiones antes citadas, están relacionadas con el sentido de la vida, lo que justifica en parte las puntuaciones del PIL, más altas en la mujer madura.

La etapa del adulto maduro, se caracteriza fundamentalmente por la generatividad, descrita por Erickson (1982) e incluye la productividad, la creatividad y las relaciones sociales, más significativas en el trabajo, compartido con la familia y el hogar, como así se presentan en los resultados, donde hubo un predominio del estado civil casado, nivel educativo universitario y la tenencia de hijos.

En el presente estudio no se profundizó sobre la etapa del ciclo vital ni la composición familiar, por lo que pareciera que este grupo de mujeres en la edad madura, en particular se

encuentra en la fase de lanzamiento descrita por De La Revilla (1998) que incluye desde que el primer hijo se va del hogar hasta la partida del último hijo, y que aproximadamente coincide con las edades de 52 años para la madre y 54 años para el padre. En nuestro estudio, por lo menos un hijo convivía con sus padres. Cada vez hay más hijos adultos que conviven con sus padres, destacándose que alrededor del 45% de los padres entre 45 a 54 años conviven por lo menos con un hijo. En muchas familias los hijos no dejan el hogar, bien sea por condiciones económicas desfavorables, desempleo, o porque regresan después de haber enfrentado un divorcio, una separación o la viudez., aunado al rol protector de la madre y proveedor del padre, lo que indica que los mismos han seguido asumiendo la responsabilidad principal de cuidadores, donde además se agregan los “miedos” acerca de quién velará por ellos, cuando ya ellos no puedan hacerlo (Lefrancois, 2000), constituyendo una fuente de angustia, que puede dar respuesta al miedo a la muerte, especialmente en las mujeres como lo destacaremos más adelante.

En cuanto a ser padre/madre, es una de las tareas más significativas del desarrollo de la edad adulta y es el medio por el cual la mayoría de los adultos desarrollan la generatividad, como ya se señaló anteriormente (Erickson, 1982). El planteamiento de la paternidad/maternidad desde la perspectiva del ciclo vital reconoce que el rol de los padres representa un compromiso de por vida (Hansen, 2003).

Encuestas realizadas en adultos señalan que quienes tienen hijos en casa experimentan más angustia y menos bienestar que quienes no son padres (McLanahan y Adams, 1987; Umberson y Gove, 1989, citados por Hansen, 2003) y esto probablemente se deba a la inadecuada preparación para este rol que tanto exige, lo que significa que muchos adultos tal vez no tengan las habilidades o los valores (como la abnegación), para desempeñarse adecuadamente como padres.

Sin duda, el modelo familiar latino fuertemente apoyado por la tradición católica, facilita la permanencia en grupos familiares muy protectores en los que las relaciones de dependencia afectiva y material, ha estado incorporado a la cotidianidad familiar, como un valor, cuando menos, no negativo.

Para concluir sobre el estado civil y la tenencia de hijos, es importante destacar lo expresado por Frankl (1995, p. 36):

Que pobre sería la vida si no ofreciere otras posibilidades para darle un sentido; esto es, que pobre sería una vida cuyo sentido consistiera exclusivamente en casarse y tener hijos. Esta opinión desvaloriza la vida y degrada sobre todo la existencia de una mujer.

Objetivo 3.

Conocer el grado de depresión y de ansiedad en la mujer madura y compararlo con los otros grupos estudiados según características socio demográficas.

De acuerdo a los resultados de la escala HADS, casi las $\frac{3}{4}$ partes de los grupos de estudio no presentaron ansiedad, siendo los hombres (maduros, 70,59% y jóvenes, 66,67%), los menos afectados. Los casos probables de ansiedad, se presentaron fundamentalmente en la mujer madura (15,15%) y el hombre joven (10,11%) y los casos dudosos fueron mayor en los adultos jóvenes (mujer joven, 34,55% y el hombre joven, 23,22%). Según los porcentajes la ansiedad fue mayor en las mujeres que en los hombres, coincidiendo con la mayoría de los datos reportados en la bibliografía y con diferentes autores entre ellos: Riveros, Hernández y Rivera (2007); Gavidia (2009); Vilchis, Secin, López y Córdoba (2010) y OMS (2013). En el estudio realizado por Gutiérrez y Larroy (2009), en mujeres en edades comprendidas entre los 42 y 56 años, con sintomatología menopáusica, donde aplicaron la escala HADS, encontraron altos porcentajes de sintomatología ansiosa (96,%) y depresiva (39%) que difieren con los resultados encontrados en nuestro estudio, en los cuales los probables caso de ansiedad fueron menores.

Si bien en las mujeres que participaron en la presente investigación no se indagó sobre la etapa de la menopausia, las mismas se encuentran en este grupo etario. Es pertinente profundizar en estudios posteriores, sobre la ansiedad y la depresión en este grupo poblacional, en nuestro medio.

En cuanto a las diferencias al sexo en lo que se refiere a la ansiedad, con un predominio en las mujeres y específicamente en la mujer en la edad madura, existen diferentes factores que pudieran influir en la misma, entre ellos los biológicos, propios del síndrome menopáusico (entre los 40 y 60 años) con los cambios hormonales tales como el descenso en

el nivel de estrógenos Llaneza, García-Portilla, Llaneza y Armont (2012), citados por Matud, Correa, Bethencourt y Del Pino (2014). Es importante destacar que al término “menopausia” se le ha visto por la sociedad en forma despectiva, o como sinónimo de enfermedad o trastorno, por lo que su aparición puede llegar a convertirse en un suceso estresante para algunas mujeres, mas aun en nuestro medio donde la belleza y la juventud son muy valoradas por la sociedad (Gutiérrez, y Larroy (2009).

Otro factor, son las demás actividades que realiza la mujer, pues muchas de ellas, trabajan fuera del hogar, tienen mayor sobrecarga de actividades en el hogar, cuidan de otros familiares, entre ellos los hijos o la pareja, como ya se ha mencionado en capítulos anteriores. Los múltiples roles que cumple la mujer se han asociado a estrés, con mayor vulnerabilidad a sufrir de depresión y ansiedad (Matud y Bethencourt, 2000). En aquellos casos donde la mujer se encarga de la mayoría de las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos presenta mayores indicadores de ansiedad (Blanco y Feldman, 2000).

Sin duda, es la mujer en cualquier edad, pero mayor en la edad madura la que presenta mayor fragilidad para padecer trastornos de ansiedad (Riveros, Hernández y Rivera, 2007; Olmedilla, Ortega, y Madrid, 2008; Castro, Prado y Zurita, 2010; Vilchis, Secin, López y Córdoba, 2010; Marsiglia, 2010; Moreno, 2011).

Aunque la sintomatología ansiosa y depresiva parece ser mayor en mujeres que en los hombres, Matud, Guerrero y Matías (2006) afirman que el género no resulta ser la variable más determinante para la ansiedad, aunque sí para la depresión y en ambos casos los factores socio demográficos (la edad, la situación laboral, el nivel educativo o el estado civil) parecen tener gran peso respecto a las diferencias al género y entre las características socio demográficas. En la presente investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad y las características socio demográficas estado civil, nivel de instrucción y tenencia de hijos, pero a pesar de no ser significativos los resultados entre estas variables, es importante señalar algunos aspectos, específicamente de la mujer en edad madura, objeto de nuestro estudio, donde los casos probables de ansiedad se presentaron mayormente en las solteras y las casadas, con nivel de instrucción secundaria y universitaria y las que no tenían hijos (sin significancia estadística) Al respecto, en la mayoría de los

estudios realizados y bibliografía consultada estas variables no aparecen aisladamente; gran parte de los estudios se han sido realizado en personas jóvenes, estudiantes universitarios y los que existen están relacionadas con las mujeres menopáusicas y con patologías. Según Baruch y Barnett (1986) y Barnett, Marshall y Singer (1992) citados por Blanco (2004), el estado civil, la edad de la mujer, la presencia de hijos (sobre todo en edad escolar) y el estatus laboral, son factores que afectan la salud mental de la mujer.

En lo concerniente al nivel educativo, Riveros (2004) manifiesta que el mismo es un indicador relacionado con el desarrollo de habilidades y capacidades para la formación profesional, que hacen posible un mayor desarrollo intelectual, por lo tanto puede ser considerado un factor protector de trastornos emocionales como así lo afirman Carrobles, Velasco, Gómez, Duque y Sukkarieh (2013) donde a mayores conocimientos menores alteraciones neuro psíquicas, entre ellas la ansiedad. Así mismo, De La Cruz-Sánchez, Feu y Vizuite-Carrizosa (2012) indican que un nivel educativo bajo se asocia con peor salud mental, por lo que el nivel educativo es un factor asociado a diferentes dimensiones de la salud relacionadas con el bienestar subjetivo y la salud mental.

En cuanto a la depresión, según la escala HADS, los casos probables detectados fueron muy pocos (%) presentándose en la mujer madura y joven con el 1,01% y el 1,61%, respectivamente. Los casos dudosos de depresión se presentaron principalmente en el hombre joven (7,27%) y la mujer madura (6,06).

En la mayoría de estudios revisados y bibliografía consultada, los datos reportados sobre depresión, son menores que los de ansiedad. En nuestro caso, la frecuencia detectada de depresión estuvo muy por debajo de lo reportado en otros estudios (Marsiglia, 2010; Riveros, Hernández y Rivera, 2007; Kessler 2003). A excepción de Moreno (2011) quien encontró más casos de depresión en el sexo masculino y en los casados. Los casos dudosos de depresión se presentaron mayoritariamente en los jóvenes con porcentajes bajos (7,27%), los cuales no son menos importantes, pues un solo caso de depresión puede llevar a un suicidio, a la pérdida de una vida.

La mujer madura, por lo general está expuesta a variadas circunstancias tanto desde el punto de vista biológico, propias de la etapa de la menopausia, por las cuales todas tenemos que transitar, hasta las que demanda el entorno y la sociedad, con la multiplicidad de roles que le toca cumplir (Blanco y Feldman, 2000), por el trabajo de la mujer fuera del hogar, quien además tiene siempre una carga mayor de actividades en el hogar. En estudios realizados por Meneses (1994) en Venezuela, la presencia de depresión en mujeres empleadas administrativas pertenecientes al sector universitario, estuvo relacionada con la edad de los hijos y el estatus ocupacional (variables no evaluadas en el presente estudio) sin embargo no encontró relaciones significativas con respecto al número de hijos. En el estudio realizado por Riveros, Hernández y Rivera (2007), igualmente reporta que la depresión se manifiesta con mayor intensidad en mujeres que en hombres.

Objetivo 4.

Conocer si hay relación del sentido de la vida, con la ansiedad y la depresión.

En la presente investigación la ansiedad y la depresión están incluidas como alteraciones de la salud mental.

Los resultados de la presente investigación indican una correlación negativa entre el sentido de la vida (PIL) la ansiedad y la depresión, es decir, que las personas con puntuaciones más altas del sentido de la vida presentan menor ansiedad y depresión. Al respecto existen múltiples estudios donde bajas puntuaciones del PIL se asocia con diferentes alteraciones psicopatológicas (incluyendo ansiedad y depresión) o un mal ajuste social (Rodríguez, 2005), resultados que coinciden con los reportados en nuestra investigación donde los casos de ansiedad tenían puntuaciones más bajas del PIL y viceversa, las personas con altas puntuaciones del PIL, no presentaron ansiedad. Resultados similares fueron encontrados por Moreno (2013) en jóvenes universitarios, donde hubo una correlación negativa entre el sentido de la vida y afectividad negativa (ansiedad y depresión): Igualmente se reportó correlación negativa entre sentido de la vida y salud mental y depresión, la falta de significado vital como causa de aburrimiento y otros efectos negativos como ansiedad y depresión, correlación negativa entre sentido de la vida y salud mental y

depresión así como correlación inversa entre significado de la vida y aburrimiento y el bajo sentido de la vida como predictor de síntomas depresivos (Kleftaras y Psarra, 2012; Fahlam et al., 2009; Melton y Schulenberg, 2007; Lyon y Younger, 2001; citados por Moreno, 2013).

Ya se ha mencionado anteriormente lo que dice Frankl (1999c) que la carencia de significado es un indicador de desajuste emocional, lo que concuerda con nuestros resultados.

Se acepta la hipótesis de que existe relación entre el sentido de la vida y la ansiedad y la depresión, en este caso la correlación es negativa.

Con respecto a tener o no hijos, se observaron diferencias significativas con $p (0,02)$ en el factor satisfacción por la propia vida donde las personas que tienen hijos presentan un promedio más alto con respecto a los que no tienen hijos y específicamente para la mujer joven, se encontraron diferencias significativas en principalmente en las personas que tienen hijos, por lo gratificante que ello implica. El tener hijos puede tener que ver con una sensación de plenitud y logro de vida. El hijo adquiere el significado de la razón de la existencia humana y la seguridad de la continuidad, llenan un “vacío” en la vida de una madre, desde todo punto de vista (Mora 2007). Con lo planteado por Mora que el hijo llena un vacío en la vida de una madre, habría que preguntarse si esto ocurre en todas las culturas, donde el “ser madre” es algo universal y le da connotación de “un don” o privilegio de la naturaleza, motivo por el cual se generan nuevas inquietudes para seguir investigando y dando respuestas al comparar diferentes culturas.

Objetivo 5.

Establecer si hay relaciones entre los diferentes factores del PIL, las características socio-demográficas.

En la mujer madura se encontraron diferencias significativas en el factor percepción del sentido de la vida ($p 0,02$). La percepción es considerada como un proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno; la misma lleva implícita las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad. Las percepciones, juicios, acciones, reacciones y sensaciones de los seres humanos determinan las interacciones y respuestas que estos puedan tener ante

eventos particulares; la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones dándoles significado y organización (Yewoubdar, Becker y Mayen, 2002; Nieto Antolínez, 2010). Tomando en cuenta estos conceptos se justifica que este factor, percepción del sentido de la vida se presente alto en la mujer madura con hijos, recordando las preguntas que la contienen: expectativa positiva ante cada día, desarrollo de actividades después de la jubilación, vivir ha valido la pena, poder elegir y tomar sus propias decisiones, capacidad para encontrar un sentido o propósito de vida, independencia en el manejo y control de la vida, placer y satisfacción del quehacer diario, estar preparado para la muerte).

Objetivo 6.

Conocer si hay relación entre los diferentes factores del PIL y la ansiedad y depresión

Se encontraron diferencias significativas en los diferentes factores del PIL y la ansiedad, donde las personas sin ansiedad o casos dudosos, presentaron promedios más altos de estos factores con relación a las personas que presentaron ansiedad.

Hubo una relación lineal inversa (negativa) con p (0,000) en el adulto maduro y los diferentes factores del PIL, lo que indica que a mayor valoración de los diferentes factores, la ansiedad y la depresión se minimizan. En los adultos jóvenes la depresión tiene una relación inversa con los tres factores del sentido de la vida (p , 000) donde niveles bajos de depresión se relacionan con alta valoración en los diferentes factores del PIL. No ocurre así con la ansiedad donde presenta una correlación negativa en los factores percepción del sentido de la vida (p 0,046) y satisfacción por la propia vida (p 0,002). El factor significado de la vida no se correlaciona con la ansiedad en los adultos jóvenes. Resultados similares fueron encontrados por Rodríguez (2005), pero con grupos poblacionales con patologías, donde se encontraron diferencias significativas, pero con asociación negativa, entre sentido de la vida y ansiedad y depresión. Por otra parte, la percepción del self del mundo y el futuro son esenciales para la salud mental y si se tiene claro cuál es el papel en el mundo, muy relacionado con el sentido que se da a su vida y percibe el mundo en forma positiva, es más probable que alcance y conserve su estabilidad mental (Rodríguez, 2005).

Limitaciones para realizar esta investigación

1. La investigación es un estudio de corte transversal, donde se aplicó el instrumento en un momento específico, con una muestra seleccionada por conveniencia, con el fin de obtener datos del grupo poblacional en referencia - edad madura- con la finalidad de cumplir con la realización de la tesis doctoral, donde el tiempo es la limitante, ajustándose a periodos que impiden o bien aumentar la muestra o hacer estudios longitudinales. Limitantes que quedan como estímulo para seguir investigando.
2. El retardo en responder las encuestas por algunos encuestados, extravíos de algunas o llenado incompleto.
3. No se indago sobre co-morbilidad relacionada con ansiedad y depresión, variables relacionadas con el sentido de la vida. Tampoco se realizó examen físico ni valoración de la salud mental, lo que pudiera hacer pensar que el problema de ansiedad y depresión son más frecuentes pues las cifras reportadas sobre todo de ansiedad son muy semejantes a los reportados en otros estudios. En lo que respecta a los casos de depresión son muy bajos, a los encontrados en otras investigaciones, condición a tomar en cuenta ya que la depresión pudiera estar enmascarada.
4. El sentido de la vida es una temática poco conocida en nuestro medio, con poco material bibliográfico a nivel nacional, mucho menos a nivel local, que es una limitante pero a la vez le da más originalidad a la presente investigación.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. Tanto la mujer madura como los demás grupos de comparación presentan sentido de la vida alto, en comparación con los datos obtenidos en otros estudios previos.
2. Se encontró relaciones estadísticamente significativas entre el sentido de la vida y tener hijos, más no así con el estado civil y el nivel de instrucción.
3. En más de la mitad de los participantes no se reportaron casos de ansiedad. Los casos probables de depresión fueron muy pocos.
4. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la falta de sentido de la vida y probables casos de ansiedad y depresión.
5. Existe correlación negativa entre el sentido de la vida y la ansiedad y depresión,
6. Se confirman las hipótesis de que el sentido de la vida es independiente de la etapa del ciclo vital.
7. Se confirma la hipótesis de que existe relación entre el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión, en este caso la correlación es negativa.
8. Se rechaza la hipótesis de que el sentido de la vida es diferente en las mujeres y los hombres.
9. Se rechaza parcialmente la hipótesis de que existe relación entre el sentido de la vida y algunas variables socio-demográficas como nivel de instrucción y estado civil, mas no así con el tener hijos.

Reflexión Final

Los resultados de la presente investigación dieron respuesta a las inquietudes y preguntas que motivaron en parte la realización de este estudio, de las mujeres merideñas en edad madura y el sentido de la vida, la ansiedad y la depresión y su relación con las características socio demográficas como estado civil, nivel de instrucción, el tener hijos, comparadas con los hombres maduros y adultos jóvenes. Si bien la muestra estudiada es pequeña, el análisis estadístico es confiable; igualmente sirve de referencia como aporte a la comunidad científica, así como lo han sido la mayoría de los resultados de otras investigaciones donde

los grupos poblacionales no han sido muy grandes. Para el momento en que se realizó la investigación, puedo tener una visión más objetiva del sentido de la vida de la mujer merideña en edad madura lo que me permite expresar que la población que participó en la investigación tiene un sentido de la vida alto.

BIBLIOGRAFIA

- Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vásquez C. (2006). Depresión. In: Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vásquez C (Eds). Guías clínicas. La Coruña: Complejo SERGAS; Recuperado el 30-04-2015. En: www.scamfyc.org/documentos/Depresión%20Fisterra.pdf.
- Adam, F. (1970). *Concepto de Aduldez. Andragogía. Ciencia de la Educación de Adultos*. Capítulo 2. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Caracas, Venezuela. Publicaciones de la Presidencia.
- Agudelo Vélez, D., Casadiegos Garzón, C., Sánchez Ortiz D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. Vol. 1 (1): 34-39.
- Altemus, M. (2009). Neurobiología, sexo y género. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 47-62) Barcelona: Elsevier Masson
- Alvares, SM. (1988). El sentido de la vida como expresión de la motivación superior humana. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 1 (1).
- Alonso, J., Angermayer, J., Bernert, S., Bruffaerst, T., Brugha, S., Bryson, H. & cols. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.
- Antúnez, Zayra & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30 (3):49-55. Recuperado el 03 de abril de 2015, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082012000300005.
- Arias, C. (2011). *Sensibilidad emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis*. Universidad de los Andes. *Intervenciones terapéuticas*. Tesis doctoral (inedita) para optar al título de doctor. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Arias, L., Bernal, D., Cáceres, L., Dueñas, E., Gómez, B., Llanos, M., et al. (2006). *Construyendo salud desde lo local. El papel de los profesionales de la salud*. Cali. Colombia: Catorse.
- Arias, L., Montero, J & Castellano, J. (1995). *Medicina Familiar*. Enfoque Integral del adulto joven y del adulto maduro. Ministerio de la Salud. Colombia: Editorial Maldonado.

- Arenas, M.C & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psico-biológica. *Escritos de Psicología*, (3): 20-29.
- Arratia, López Fuentes, N. (Compiladora). (2014). *Bienestar y familia. Una mirada desde la psicología positiva*. Universidad Autónoma del estado de México. Toluca. México: Ediciones y Gráficos Eón. S.A. de C-V.
- Arriola, E. (2010). *Sentido de vida en estudiantes del seminario mayor nuestra señora de la asunción*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I & Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Socio familiares Asociados. *Clínica y Salud* [online]. 2009, vol.20 (2):177-187. Recuperado el 2013 -02 De: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN1130-5274.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, Vol. 23:611-626.
- Barboza, S & Pérez V. (2013). *Estilos de afrontamiento y sentido de la vida en adolescentes con cáncer y adolescentes sanos*. Tesis de grado para optar al grado de psicólogo. Universidad Rafael Urdaneta. Vicerrectorado Académico. Facultad de Ciencias Políticas, Administrativas y Sociales. Escuela de Psicología. Maracaibo. Estado. Zulia. Venezuela.
- Barco, B. (s/f). *El Sentido de la Vida*. Recuperado el 15 de enero del 2012. En: http://www.revistapsicologiayvida.com/02_17.html
- Batista, T. (2010). *Que deberías saber antes de ir al psiquiatra o al psicólogo*. Capítulo 6. Libro. Mérida, Venezuela. Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes.
- Battista, B. (2001). *El amor inteligente en la vida de pareja*. España: Editorial SAL TERRAE. Pastoral.
- Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*; 47(1):4-11

- Belloch, A., y Baños, R. (1991). *Psicopatología de la esquizofrenia*. En: Belloch, A., & Ibáñez, E. (Eds.). Manual de Psicopatología. Vol. II. Valencia: Primolibro.
- Bernardoni, C & Rincón, A. (2011). *Calidad de vida y sentido de vida en profesores jubilados de una universidad pública*. Trabajo especial de grado para optar al título de psicólogo. Universidad Rafael Urdaneta. Vicerrectorado académico. Facultad de ciencias políticas. Administrativas y sociales. Escuela de Psicología. Maracaibo Estado Zulia. Venezuela.
- Blanco, G & Feldman, L. (2000). Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Revista Salud Pública Méx*; 42(2): 217-225.
- Blanco G. (2004). Estrés laboral y salud en las enfermeras instrumentistas. *RFM*. v.27 n.1 Caracas ene. *RFM* [online]. 2004, vol.27, n.1 pp. 29-35. Recuperado el 10 de enero del 2014.
En: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07980469200400100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.
- Blanco, G. (2004). Estrés Laboral y Salud en las Enfermeras Instrumentistas. *RFM* [revista en la Internet]. Recuperado Ene 2014; 27(1): 29-35. En: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000100006&lng=es.
- Blanco, A. (1985). *Factores sicosociales de la vida adulta*. Psicología Evolutiva III. Adolescencia, madurez y senectud. En: Carretero M. et al. (Eds.). Madrid. España.
- Bueno, G. (1996). *El sentido de la vida*. Oviedo. España: Pentalfa.
- Calderón J. (2001). *La salud mental*. En: Calderón, Ocampo J & Medina A. Salud mental, sociedad y cotidianidad. Manizales. Universidad de Caldas. Departamento de Salud Mental y Desarrollo Humano.
- Carmona Valdés, S. (2009). El Bienestar Personal en el Envejecimiento. *IBEROFORUM*. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Año IV, No 7.
- Carrasco-Galán, I. & Espinar-Fellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. *Mente y Cerebro*, 31, 12-21. 48-65.

- Carrobles García, A., Velasco Abellán, M., Gómez Cantarino, S., Duque, C & Sukkarieh Noria, S. (2014). “*Climaterio, el paso de la madurez a la vejez en la mujer*. VIII Premio Nacional de Investigación en Enfermería Raquel Recuero. “El renacer de la profesión enfermera”
- Castro, Lincango., F, Prado Brito, M & Zurita Morales, J. (2012). *Frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes Asa I – II sometidos a Cirugía, en el HGI de Quito en el período de febrero a abril del 2010*. Tesis de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de Especialista en Anestesiología. Postgrado de Anestesiología Facultad de Medicina. Universidad Central del Ecuador.
- Castro Solano A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar: Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en la población argentina. *RIPED. Vol. 1(31): 37-57*.
- Castro, C. (2000). "*La vida no tiene sentido*": *El vacío existencial en estudiantes de pregrado en la U.C.A.B*. Tesis de grado para optar al título de Psicólogo. Escuela de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias económicas y sociales. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas. Venezuela.
- Cochran SV, Rabinowitz FE. (2000). *Men and Depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Código Civil Venezolano. (1982). Recuperado el 8 de marzo del 2013. En: [p://www.leyesvenezolanas.com/cc.html](http://www.leyesvenezolanas.com/cc.html)
- Craig, G & Baucon, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. 8^{va} ed. México: Pearson Prentice Hall. Hispano Americana.
- Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall. Hispano Americana.
- Crumbaugh, J. (1994). *Purpose in Life-Test*. En Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial*. 9^a ed. Barcelona. España: Herder.
- Crumbaugh, J. (1968). Cross-validation of pupose in life test based on Frankl’s concepts. *Individual Psychology, 24, 1*.
- Damásio, B., Melo, R & Pereira da Silva, J. (2013). Meaning in Life, Psychological Well-Being and Quality of Life in Teachers. *Paidéia (Ribeirão Preto), 23(54), 73-82*. Recuperado el 30, 3,2015 de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000100073&lng=en&tlng=en. 10.1590/1982-43272354201309.

Da Silva, G., Poveda, J y Mora J (2013). Prevalencia de malestar psicológico y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes. *Med-ULA*. Vol. 22 (2):88-94.

De La Cruz, E., Feu, S & Vizuite-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V. 12(1):31-40

De La Revilla L. (1998). *Conceptos e instrumentos de la Atención familiar*. Barcelona.España: Doyma

De Las Cuevas, C., García-Estrada, A & González, JL. (1995). “Hospital Anxiety and Depresión Scale” y Psicopatología afectiva. *Anuales de Psiquiatría* (2) 126-130.

Deeks, AA & McCabe, MP. (2004). Well being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social rol in premenopausal, perimeno-pausal and postmenopausal women. *Qual Life Res*. 13:389-398.

Dever, A. (1991). *Epidemiología y administración de los servicios de salud*. OPS/OMS. Maryland, E.U.A: Aspen Publishers Inc.

Diccionario de la Real Academia Española. (2001) 22.ª ed . España. Recuperado el 3-5- 2014. En: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/sobre-la-22a-edicion-2001>

Domínguez-García, V. (1991). Sobre «La melancolía» en Hipócrates. *Psicothema*. Vol. 3 (1):259-267.

Dulcey-Ruiz, E & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista latinoamericana de Psicología*. Vol. 34 (1 y 2): 17-27.

Duque, H. (2007). *Los ciclos vitales del ser humano*” Tomo 1 y 2.Bogotá. Colombia: Editorial San Pablo.

- Elkin, D & Carter, C. (2000). *Trastorno de ansiedad*. En: Elkin, D. *Psiquiatría Clínica*. Mc Graw-Hill. Interamericana Editores. México. Pp. 99-115. Recuperado el 14 de 8 del 2014. En <http://www.psiquiatria.com/congreso/2008/otras/articulos/34339/>
- Erikson E. (1982). *El ciclo vital completado*. México. D.F: Paidós.
- Fabre, B. (1998). *Test sentido de la vida PIL: Una revisión*. Memorias del I Congreso Mexicano de Logoterapia. México: LAG.
- Fernández Sánchez, N. (2000). *La edad adulta*. Recuperado el 6 de diciembre del 2014. En: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/guia/documentacion%20complementaria/15_persona_adulta.pdf
- Fernández, S., Almu, M., Alonso, O & Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 39(2):77-81.
- Florenzano, R & Zegers, B. (2003). *Las etapas de la vida*. Capítulo 6. El adulto maduro *Psicología médica*. Santiago. Chile. Editorial Mediterráneo..
- Francke Ramm, M & Cols. (2010). *El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey*. Recuperado el 9 de julio del 2014. De: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Mexico/8%20El%20sentido%20de%20la%20vida%20y%20el%20AM%20en%20Area%20Metropol%20Monterrey.pdf> .
- Francke, M. & Bello, R. (2008). *El sentido de vida en estudiantes universitarios mexicanos con alto desempeño académico en una universidad privada*. Documento presentado en el II Congreso de Investigación, Innovación y Gestión Educativas. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, México.
- Frankl, V. (1979b). *El hombre en busca del sentido*. España: Herder.
- Frankl, V. (1982). *La Psicoterapia en la Práctica Médica*. Buenos Aires. Argentina: San Pablo.
- Frankl, V. (1984). *El hombre doliente*. Barcelona. España: Herder.
- Frankl, V. (1991a). *El hombre en busca del sentido*. 12^{ava}. ed. Barcelona. España: Herder.

- Frankl, V. (1995). *La Psicoterapia al alcance de todos*. 6ª ed. Barcelona España: Herder.
- Frankl, V. (1997). *Psicoanálisis y existencialismo*. México:
- Frankl, V.E. (1999c). *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós.
- Frankl, V. (2001). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder
- Frankl, V. (2003a). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: España: Rialp.
- Frankl, V. E. (2003b). *Ante el vacío existencial*. 9ª ed. España. Editorial: Herder.
- Gallego Pérez, J. (2005). *Religiosidad, sentido de la vida y desesperanza. El suicidio en clave existencial: suicidio noógeno y logoterapia*. Recuperado el 2 de junio 2014. En: <http://tesis.com.es/documentos/religiosidad-sentido-vida-desesperanza-suicidio-clave-existencial/>
- Gallego-Pérez J., García - Alandete, J & Pérez-Delgado, E. (2007). Factores del Test Purpose in Life y Religiosidad. *Univ. Psychol.* Bogotá (Colombia) (6):213-229.
- Garay, J. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen trabajo remunerado y mujeres que tienen trabajo no remunerado (amas de casa)*. Tesis para optar al grado de doctora en psicología. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México.
- García A, J., Gallegos, P. & Pérez, D. (2008). Sentido de la vida y desesperanza. Un estudio empírico. *Univ. Psychol.* Bogotá. Colombia. V 8 (2):447-459.
- García-Alandete, J. (2010). Psicología positiva, felicidad y religión. *Religión y Cultura*. LVI 523-548.
- García-Alandete J., Martínez E & Sellés P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test. *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia Vol.12 (2):517-530

- García-Alandete J., Martínez., R., Soucase. B & Gallego-Pérez. J. (2011). Diferencias asociadas al sexo en las puntuaciones total y factoriales del Purpose- In-Life Test en universitarios españoles *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia V. 10 No. 3: 681-692.
- García-Alandete, J. (2014). Análisis factorial de una versión española del Purpose-In Life test, en función del genero y edad. *Pensamiento psicológico.* Vol. 12(1):83.98
- García-Alandete, J., Martínez, E & Gallego-Pérez, J. (2010). Diferencias en logro de sentido de la vida asociadas al sexo en universitarios españoles. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis.* pp.1-11.
- García-Alandete, J.,Martínez E., Soucase B & Gallego-Pérez J (2011). Diferencias asociadas al sexo en las puntuaciones total y factoriales del Purpose-In-Life test en universitarios españoles. *Universitas Psychologica.* Vol 10 (3):681-692.
- Gaviria S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 38(2):316-324.
- Gómez F. (2009). *El sentido de la vida, la dignidad humana, el sufrimiento y la muerte.* Recuperado el 12 de octubre del 2013. De: <http://es.catholic.net/op/articulos/33557/cat/284/el-sentido-de-la-vida-la-dignidad-humana-el-sufrimiento-y-la-muerte.html>.
- Gómez del Paso M., Medina Pacheco B & Aguilar Pizano D. ((2011). Sentido de vida y éxito. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*, 8(17): 124-146
- Góngora V & Castro A. (2011).Validación del cuestionario de significado de la Vida MLQ en población adulta y adolescente argentina. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.* Vol. 45 (3):395-404.
- González Arratia López Fuentes N. (Compiladora). (2014). *Bienestar y Familia. Una mirada desde la psicología positiva.* Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México: Ediciones y Gráficos Eón.
- González, A. (2012). *Prevalencia de patologías psiquiátricas específicas en miembros de un grupo familiar extenso originario de Bailadores. Estado Mérida.* Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en psiquiatría. Unidad de Psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de los Andes.

- Grant, B.F. y Weissmna, M.M. (2009). Género y Prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En William E. Narrow, Michael B. First, Paul J. Sirovatka y Darrel A. Regier (coor) Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico. Madrid: Elsevier Masson.
- Guadarrama, L., Escobar, A & Zhang, L. (2006). Bases neuro bioquímicas y neuro anatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*. 49:66-72.
- Gutiérrez, S & Larroy, C. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica: Resultados de un estudio Piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología. Clínica Vol. 14* No. 3 pp. 165-179.
- Hall, V. (2003). *Depresión, fisiopatología y tratamiento*. Centro nacional de información y medicamentos CIMED. Universidad de Costa Rica.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México D.F: El manual moderno.
- Havighurst, R. (1953). *Human development and education*. New York. Longmans, Green.
- Hoffman, L., Paris, S. & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. 6ª Ed. Vol.1. Madrid: Mc. Graw- Hill.
- Holzapfel, C. (2005). *A la búsqueda del sentido*. Santiago de Chile. Editorial Sudamericana.
- Index Mundi. (2012). *Venezuela Perfil Población 2012*. Recuperado el 11 noviembre 2013. En: www.indexmundi.com › Venezuela
- Instituto Nacional de Estadística. (INE). (2011). Venezuela. *Datos de población de grupos de edad y sexo*. (Censo del 2001).
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). (2009). Depresión. Recuperado el 15 de agosto del 2013. En: <http://www.nimh.nih.gov>
- Jacobson, J., & Jacobson, A, (2002). *Secretos de la Psiquiatría*. 2da. Ed. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

- Jaramillo, A., Carvajal S., Marín N & Ramírez, A. (2008). Los estudiantes Universitarios javerianos y su respuesta al sentido de la Vida. *Pensamiento psicológico*. Vol. 4 (11):199-208.
- Jeseff, J., Argüelles, I & Villasmil, J. (2008). La génesis de la consciencia moral y la búsqueda del sentido de la vida. *Kaleidoscopio*. Vol. 5 (9) Ene'-Jun', pp. 75-84.
- Jiménez, F & Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista electrónica Actualidades investigativas en educación*. Vol. 4 (2) pp1-28).
- Kaplan, H, & Sadock, B. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. 8va. edición. Cap. 15: 593-656). Editorial Panamericana.
- Kessler, RC. (2003). Epidemiología de las mujeres y la depresión. *J Affect Disorders*. 74 (1): 5-13.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelvemonth DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*. 62(6):617–627.
- Kochanek, KD., Murphy, SL., Anderson, RN., Scott C. (2004). Deaths: final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*; 53 (5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Kohn R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al., (2005). Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe: Asunto Prioritario para la Salud Pública. *Rev Panam Salud Pública* 18 (4/5):229–40.
- Kotre J. (1984). *Outliving the self. Generativity and the interpretation of lives*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kraus, T.; M. Rodríguez & Dixe M. (2009). “Sentido de vida, saude e desenvolvimiento humano”. *Revista Referencia*. Vol. II. (10): 77-88.
- Lagarde, M. (1996). “El género” fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. HORAS, España, pp. 13-38.

- Lagorreta, D. (2005). *La segunda adolescencia*. 2da edición Barcelona España. Granica.
- Lara, M., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, M & Lara, MC. (2002). Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud mental*. Vol. 25(6): 13-20.
- Lazarus, R. S. (1976). Discusión. En: Serban G. (Ed). *Psychopathology of human adaptation*. New York. Plenum.
- Leckman J, Vaccarino FM & Lombroso PJ: *Development of the symptom of anxiety*. En: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (3rd ed.) Lewis M (Ed.), Williams & Wilkins, 2002.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la Vida*. México. International Thomson Editores.
- Llusiá, B. (1990). *La edad crítica. Climaterio y Menopausia*. Barcelona. España. SALVAT.
- López, A. E. (1998). *El sentido de vida en estudiantes universitarios: reflexiones en torno a la misión de la educación en la actualidad*. Memorias del I Congreso Mexicano de Logoterapia. México: LAG.
- Lugo, M., Lara, C., González, E & Granadillo, D. (2004). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. Universidad de Carabobo. Años 1999-2000. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. Vol.50 (103): 21-29
- Lukas, E. 1986. Versión castellana de 1996). *Logo-test. Test para la medición de la 'realización interior de sentido' y de la 'frustración existencial'*. Buenos Aires. Ed. Almagesto.
- Luna M., Hamana Z., Colmenares YC & Maestre CA. (2001). Ansiedad y depresión. *Archivos Venezolanos de farmacología y Terapéutica*. Vol. 20(2):111-122.
- Luna, J. (2005). *Logoterapia: Un enfoque humanista, existencial*. Barcelona, España. Herder.

- Mágaña, L., Zavala, M., Ibarra, I., Gómez, T. & Gómez, M. (2004). El sentido de vida en estudiantes de primer semestre de la Universidad de la Salle Bajío. *Rev. del Centro de Inv.(Mex).* Vol 6.(22): 5-13.
- Maldonado de Lozada V., Arredondo F & De la Garza J. (2010). El propósito de vida y la experiencia profesional en el alumno. *Investigación y Postgrado.* Caracas. vol 25 No. 2-3 pp115-129.
- Manrique Tisnés, H (2011). Descripción del sentido de la vida en adolescentes infractores de la ciudad de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales.* (3): 1-48.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología,* Vol.3 (2): 105-116.
- Marsiglia, I. (1993). Ansiedad y depresión en el marco de la medicina interna. *Med Inter* (Caracas). 8:101-108.).
- Marsiglia, I. (2008). Depresión: Visión holística de la medicina interna. *Gac Méd Caracas* 116(1):10-17.
- Marsiglia, I. (2010). Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes. *Gac Méd Caracas,* 118(1):3-10.
- Martínez Ortiz E. (2013). Percepción del sentido de la vida en universitarios colombianos. *Pensamiento psicológico.* Vol. 11(1):71-82
- Martínez, E & Castellano C. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos. *Pensamiento psicológico.* Vol. 11 (1): 71-82.
- Martínez Garduño M & Olivos Rubio M (2014). *Satisfacción con la vida y vivencias de la menopausia en mujeres maduras de una población mexicana.* Capítulo 5. En: Arratia, López Fuentes, N. (Compiladora). *Bienestar y familia. Una mirada desde la psicología positiva.* . Universidad Autónoma del estado de México. Toluca. México Ediciones y Gráficos Eón. S.A. de C-V.pp93-104.
- Martínez Garduño, M, González–Arratia N., López–Fuentes,H & Domínguez Espinosa A. (2012). Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia. *Salud Mental.* Vol.35 (2): 91-98

- Martínez Ortiz, E, Trujillo A, Díaz del Castillo J & Jaimes J. (2011). Desarrollo y Estructura de la Escala *Dimensional del Sentido de la Vida*. *Acta Colombiana de psicología*. 14(2)113-119.
- Martínez, M & Olivos, M. (2014). *Una mirada desde la psicología positiva*. En: Gonzales Arratia López Fuentes, N. (compiladora). Bienestar y familia. (2014). Universidad Autónoma del estado de México. Ediciones y Gráficos Eón. S.A. de C-V. Toluca. México. 180 pp.
- Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos: Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez, E., Trujillo A y Trujillo C. 2012. Validación del test de propósito Vital (Pil Test-Purpose in life Test) para Colombia. *Revista argentina de Clínica psicológica*. Vol XXI:85-93
- Martínez, L. (2013). *Relación entre sentido de vida y estabilidad laboral en un grupo de conserjes de una empresa outsourcing de la ciudad de Guatemala*. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en psicología Industrial/organizacional, del campus Central. Facultad de Humanidades. Tradición Jesuita en Guatemala. Universidad Rafael Landívar.
- Martínez, M & Olivos, M. (2012). *Satisfacción con la vida y vivencias de la menopausia en mujeres maduras de una población mexicana*. En: González Arratia López Fuentes N. (Compiladora). Bienestar y familia. Una mirada desde la psicología positiva.
- Martínez, P. (2004). *Perspectiva Temporal y futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Martins D'Angelo R., & Menéndez Montañez, M. (2011). Depresion y/oCodependencia en Mujeres: Necesidad de un Diagnostico Diferencial. *Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34:125-145*.
- Matud M & Bethencourt J. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol 32 (1):91-106.

- Matud MP., Correa MC, Bethencourt & J Del Pino MJ. (2014). Relevancia del estatus menopáusico en las diferencias en salud mental entre mujeres y hombre. *Anales de Psicología*. Vol. 30, (3): 927-936
- Matud, M.P., Guerrero, K. & Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables socio demográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Mayne, J. (2001). *Emotions and Health*. En: Mayne, T, y Bonanno. G. *Emotions*. New Cork. The Guilford Press.
- Medalie, J. (1987). *Medicina de Familia. Principios y Práctica*. México. D.F. Limusa.
- Meier, A & Edwards, H. (1974). Purpose-In-Life test: Age and sex differences. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (3), 384-386.
- Meneses, R. (1994). *Desempeño de roles múltiples y salud de la mujer*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Simón Bolívar.
- Monasterios U. M. (2001). La familia venezolana desde la perspectiva de la mujer sola jefe de hogar. *Telos*. Vol. 3 (1): 64-79
- Montelongo, R; Lara A, Zaragoza A, Morales G & Villaseñor S. (2005). *Los trastornos de ansiedad*. Recuperado el 10 de abril del 2013.de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf.
- Montón, C, Pérez-Echevarría, MJ, Campos R, et al (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 12.345-349.
- Mora, L. (2007). La familia en la sociedad de hoy. Vivencias de venezolanos de clase media. *Athenea Digital* No. 11.56-82).
- Mora, L., Otálora, C & Recagno-Puente, I. (2005). El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes Voces Sobre su Significado. Universidad Central de Venezuela. PSYKHE (Santiago) Vol.14 (2), 119 -132. Recuperado en 20 de febrero de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000200010&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-22282005000200010

- Moreno Carmona, M y Rodríguez Fernández, M (2010). Sentido de la vida, inteligencia emocional y salud mental en estudiantes universitarios. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Inter psiquis*. 1-21 Recuperado el 5-10.2014 de: www.Interpsiquis.Com - Febrero-Marzo 2010psiquiatria.Com
- Moreno García, M. (2013). *Sentido de la vida y afectividad negativa Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte) en universitarios*. Tesis doctoral. Departamento de psicología y Antropología. Badajoz. Universidad de Extremadura. Salamanca. España
- Moreno, Y. (2011). *Riesgos de trastornos mentales en adultos solicitantes del certificado de Higiene Mental del Hospital Dr. Adolfo, Pons*. Tesis doctoral para optar al Grado de doctora en Ciencias Medicas. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Venezuela.
- Naugarten, B. (1999). Los significados de la edad. Herder. Barcelona. España.
- Neugarten, B. (1974). *Los significados de la edad*. España. Herder.
- Nieto, M. (2010). Viejo, mí querido viejo. Revista Un Norte, Año 8, No. 63.
- Niño-Avendaño, C., Ospina, J & Manrique, F. (2012). Episodios de ansiedad y depresión en universitarios de Tunja (Colombia): Probable asociación con uso de anticoncepción hormonal. *Investigación Andina* Vol. 16(29): 16-150).
- Noblejas, M. (1999). Estructura factorial del test PIL y Logo-test. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. (3) 67-84
- Noblejas, M. (2011). El sentido en la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la rebaremación del test PIL (Purpose In Life) en España. *Journal of Transpersonal Research* Volumen 3 (1), 2011 - www.transpersonaljournal
- Noblejas, M. (1994). *Logoterapia, Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Olmedilla, Zafra., A.; Ortega Toro, E., & Madrid Garrido, J. (2008). Variables socio demográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio

correlacional. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* 8.31 (2008): 224-243

OMS. (1986). La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe del Grupo de Estudio de la OMS. *Serie de Informes Técnicos*. 731.

OMS. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra. Recuperado el 23 de noviembre del 2013. En_ http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.

OMS (2010). *La OMS simplifica el tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos*. Centro de Prensa. Recuperado el 28 de diciembre del 2014. De: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado el 15 de mayo del 2014. De: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

OPS. (2011). *Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental*. Washington D.C.

Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013).

Ortega, M & Marván, M. (1997). Depresión y vacío existencial en mujeres profesionales que no ejercen su profesión. *Acta psiquiátr. Psicol. Am. Lat.* 43(2):122-6.

Pacheco, B & Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación *Rev Chil Pediatr*; 80 (2): 109-119.

Paredes, G. (2008). *El Sentido de la Vida en el Marabino. Aplicación de la Propuesta de Viktor Frankl*. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Magister en Filosofía. División de Estudios para Graduados. Facultad de Humanidades y Educación. La Universidad del Zulia. Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela.

- Peña, M. (2012). *Afrontamiento y Salud mental en el ámbito de la formación universitaria de enfermería*. Universidad de los Andes. Tesis doctoral (Inédita) para optar al título de doctor. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Pereira, C. (2011). *Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situaciones de alta y baja exigencia académica*. Universidad de los Andes. Universidad de los Andes. Tesis doctoral (Inédita) para optar al título de doctor. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Pinguart, M., y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56195-214.
- Pirela, A. (2011). *Sentido de la vida y apoyo social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis*. Trabajo especial de grado para optar al título de psicólogo. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo estado Zulia.
- Pollack, W. (1998). Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W, Levant R, Eds: *New Psychotherapy for Men*. New York: Wiley 147-166.
- Poveda A, JM. (1993). La depresión, ayer y hoy. En: Bailón M., Cañas F. Heras J., López-Ibor J., Polaino-Lorente A., Poveda J. M. *La Depresión*. 2da. Ed. Rialp. Madrid España. pp
- Ramírez, C. & Saavedra, C. (1981). “*El sentido de la vida*”. Tesis de maestría en educación: orientación y consejería. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. (22.^a ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Reyes, C., Camacho, M., Eschbach, K., & Markides, K. (2006). *El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano*. Colombia *Médica*, 37, 45-49
- Riberos, M., Hernández, H & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Rev. Investig. Psicol. (Online)* v.10n.1. Recuperado el 8-6-2013. En:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S160974752007000100005&script=sci_arttext

- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. 2da. ed. Estado de México. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rioseco P V., Saldivia S, Kohn R, Torres S. (2005). Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión Crítica. *Rev Col Psiqui* 34 (4):506-14.
- Riveros, M. (2003). *Características socio demográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM a través de la escala CES-D*. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología, con mención en psicología clínica. . Unidad de Postgrado. Facultad de Psicología. Universidad de San Marcos. Lima Perú.
- Rivero, R. (2015). *El sentido de la vida es una vida con sentido. La resiliencia*. Bilbao. España. Desclée.
- Rodríguez, MI. (2005). Sentido de la Vida y Salud Mental. *Revista Acontecimiento*. N° 74.año XXI. pp. 47-49
- Rodríguez, MI. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: Un estudio empírico y clínico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. Madrid. España.
- Rodríguez, MI. 2008. La cuestión del sentido y su repercusión en la vida psíquica. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. "Interpsiquis" Resumen. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/congreso/2008/otras/articulos/34339>.
- Rodríguez, J., Kohn R & Aguilar-Gaxiola S. (Eds). (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 632.
- Rollán-García, C., García-Bermejo, M y Villarrubia, I. 2005. Relación entre la satisfacción familiar, el bienestar psicológico y el sentido de la vida. *Educación y future* (12): 141-150
- Rubio, H y Rubio, R. (2011). *El envejecimiento con éxito en el adulto mayor. Algunos indicadores europeos*. En: Quintero Osorio M. (Compiladora). (2011). La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. Capítulo 2 pag-37-65. OPS. 2da. ed. Washington, D.C.

- Rubinow, DR, Schmidt PJ & Roca CA. (1998). Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry* 44(9): 839-850.
- Ruiz, A. (2000). *El ser Humano y su mundo*. Consultado: 8 de junio del 2012. En: <http://www.opuslibros.org/PDF/retegui.pdf>.
- Ruiz Picazo G (2014). Resiliencia, encontrar el camino para reconstruir mi vida. Tesina. Diplomado en Tanatología. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. México DF.
- Sain-Pateur, O. (2003). *Sentido de la Vida en padres de niños con cáncer*. Trabajo Especial de grado para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo. Estado Zulia.
- Samayo, P. (2009). *Relación entre la Calidad de Vida y el Sentido de Vida en los Jóvenes participantes del Movimiento de Encuentros de Promoción Juvenil*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala)
- Sánchez, M & Tena Saucedo, M. (2009). *El sentido de vida en mujeres profesionistas solteras*. Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.
- Sánchez, J.A & López, A. (2005). Escalas diagnosticas y de evaluación que se utilizan en Atención Primaria para depresión y ansiedad. *Salud Global. Salud Mental*. Año V (3):1-8
- Sánchez, D. (2007). Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socio espaciales en México: Retos de la planeación gerontológica. *Revista de geografía Norte Grande*. (38):45-61.
- Sánchez, N. (2000). *Características de desarrollo psicológico del adulto*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Extraído de: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/guia/documentacion%20complementaria/15_persona_adulta.pdf.
- Santis, M y Juárez, C. (2011). *Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión en español del Test PIL (Purpose-In Life) para uso en la ciudad de Guatemala*. Informe final para optar al título de licenciada en Psicología, de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- Saraiva Martins, J. (2004). La depresión: fenómeno clínico, antropología bíblica, fe cristiana. *Dolentium Hominum*. N. 55. Pp 16-20.
- Sassenfeld, A & Moncada, L. (2004). *El desarrollo humano en la psicología jungiana. Teoría e implicancias clínicas*. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Psicología. www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/.../cs39-sassenfelda8.pdf?
- Sepulveda, R. (2009). *¿Qué quiero hacer en la segunda mitad de mi vida?* Diario el Montañez. En: <http://www.eldiariomontanes.es/20091108/economia/innovacantabria/quiero-hacer-segunda-mitad-20091108.html>. Consultado el 10 de enero del 2015.
- Sheehy, G. (1984). *Las Crisis de la Edad Adulta*. Barcelona: Grijalbo.
- Silvestre, N. (1996). *Psicología Evolutiva: adolescencia, edad adulta y vejez*. Barcelona: CEAC.
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. *Manual para práctica e investigación*. México D.F. El manual moderno.
- Solórzano, L, Brandt C y Flores, O. (2001). *Estudio Integral del ser humano y su familia*. Postgrado de Medicina familiar. Caricuao. IVSS. CIMF. Caracas Venezuela.
- Stassen, Berger K. (2001). *Psicología del Desarrollo. Adultos y vejez*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.
- Tena-Suck, Rage, & Derbez, A. (1998). *Sentido de vida en profesores de la Universidad Iberoamericana, plantel Santa Fe*. Memorias del I Congreso Mexicano de Logoterapia. México: LAG.
- The World Federation for Mental Health (WFMH). (2012). *Depresión: Una Crisis Global*. Recuperado el 14 de enero del 2013. En: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- Toro, F. (1996). Determinante del éxito gerencial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 97-107.

- Torres I., Beltrán F., Barrientos C., Lin D., Beltrán Torres, A & Calderón M. (2011). Construcción, validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar el sentido de la vida en jóvenes universitarios. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. Vol.1 (3): 1-19.
- Trejo-Contreras A, Velásquez-Pérez L. (2007). Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, *Rev Ecuat Neurol*. 15(2-3):73-79.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, vol. 4(8): 47-53 [en línea]. Fecha de consulta: 30 de marzo de 2015. . Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- Vásquez, A. (2006). *La crisis de la mitad de la vida dentro del contexto general del desarrollo adulto y del estudio de la dimensión temporal*. VII Jornadas de psicología Universitaria. Montevideo. Udlla R-Fac de Psicología. 111-117.
- Velásquez, E. 2011. *Frecuencia de Síntomas de ansiedad y depresión asociados a las enfermedades de los pacientes de la consulta de Medicina Interna*. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en Psiquiatría. Unidad de psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.
- Venezuela, Instituto Nacional de Estadística (INE). 2011.
- Verbrugge, L. (1987). *From sneezes to adieux: Stages of health for American men and women*. In: R.A. Ward / Tobin S. (Eds.). *Health in aging: Sociological issues and police directions*. New York. 17-57.
- Vilchis-Aguila, A., Secin-Diep, R., Alberto López-Ávila, A & Córdova-Pluma, V. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Med Int Mex*. 26 (1):5-10
- Villanueva, Roa, JD. (2001). El aprendizaje de los adultos. *Medicina de Familia (And)* Vol. 2 (2): 165-171.
- Villarreal, C. (2009). La soltería en mujeres de mediana edad. *Rev. Reflexiones*. 87 (1): 99-111.

- Villaseñor-Ponce, M. (2010). Correlación negativa entre ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes que ingresan a la universidad. *Revista Mexicana de Psicología Educativa (RMPE)*. Vol. (1). 1:41-49.
- Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica. Com.* Vol. 7(8) Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Weffer Cifuentes, L. (2010). *Dolencias mentales en Venezuela*. Recuperado el 7 de marzo del 2012. De: <http://www.el-nacional.com>.
- World Happiness Report. (2015). *Canadá es el quinto país más feliz del mundo*. Publicado el 23/04(2015). En Noticias Montreal.com/147736/world-happiness-report-2015-reporte-felicidad-paises-mas-felices-de-mundo-canada-quinto-latinoamericana-estudio/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2011). *Depression. What is depresión?* Recuperado en: 17 abril. 2013. Disponible en http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html# Accedido
- Yalom, ID (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder. Barcelona España-
- Yépez, JC. (2011). *Resiliencia, estrés, ansiedad y depresión y su relación con el grupo sanguíneo ABO y la eritro sedimentación globular*. Tesis doctoral para optar al título de doctor. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Yewoubdar, B., Becker, G & Mayen, N.(2002) Perception of aging and sense of well-being among latino elderly. *Journal of cross-cultural Gerontology*.17 (2): p 155-172.
- Zapata, R. 1996. Valores del Venezolano. Ediciones Conciencia. Caracas. Pp 109-112.
- Zapata, R., Cano, A & Moyá Q. (2002). Tareas del desarrollo en la edad adulta. *Psiquis*. 23 (5):185-197.
- Zavala A. (2008). Síntomas de Ansiedad y Depresión en los pacientes de Primera de la Consulta de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida Universidad de los Andes.

Zavala, M., Bautista J., Quevedo E. (2009). Depresión en mujeres con peri menopausia de una comunidad rural de Huimanguillo. Tabasco. México.

Zerbe, K. (1995). Anxiety Disorder in Women. Bull Menninger Clin. 59(2A) 38-52

Zevallos, A. y Moinge, M. (2011). La edad madura según Aristóteles, LIBRO II DE LA RETÓRICA DE ARISTÓTELES. CAP. XIV: LA EDAD MADURA. <http://comunicadores-conectados.blogspot.com/2011/06/la-edad-madura-segun-aristoteles.html>

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para responder la encuesta que está realizando la Profesora Olga Quintero de Acevedo, docente del Postgrado de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Mérida Venezuela, con el propósito de evaluar el Sentido de la Vida en la mujer en la edad madura, como parte de la investigación de los estudios de los doctorado: Patología Existencial e Intervención en Crisis.

Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada con fines de investigación.

Entiendo que fui elegida para esta investigación. Además doy fe, de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aporte es confidencial de manera que no se revelará a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, incluso después de llenada la encuesta.

Además afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la profesora Olga Quintero de Acevedo, Postgrado de Medicina de Familia a través de los números telefónicos: 0274-2403548 y 0416-8739966.

Fecha: _____

Firma del /la Participante

Firma del Investigador Principal

Anexo 2

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD: 18 a 34 años 35- 39 40 - 44 45 - 49 50 - 54 55 - 59 60 - 64

ESTADO CIVIL: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión estable

NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria Secundaria Universitaria Doctoral Analfabeta

PROFESIÓN: Universitaria Técnica Obrero especializada Obrero no especializada
Ninguna

QUIENES CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR: Esposo/a Hijos Hijas Padre
Madre Otros ____ Especifique: _____

ANEXO 3

CUESTIONARIO PIL

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones. En cada una encierre en un círculo el número que estaría más cerca de la verdad para usted. Observe que los números siempre van desde un sentimiento extremo al sentimiento contrario, también extremo. La palabra **neutral** significa que no hay tendencia ni hacia un lado ni hacia otro. **Trate en lo posible de no utilizar esta puntuación.**

1. Suelo Estar 1 Totalmente Aburrída	2	3	4 Neutral	5	6	7 eufórica/alegre entusiasmada
2. La vida me parece: 1 Completamente rutinaria	2	3	4 Neutral	5	6	7 Completamente Emocionante Apasionante
3. En la vida: 1 No tengo metas ni objetivos claros	2	3	4 Neutral	5	6	7 Tengo unas metas y objetivos muy claros
4. Mi Vida: 1 No tiene ni sentido ni propósito alguno	2	3	4 Neutral	5	6	7 Tiene un gran sentido y propósito
5. Cada día es: 1 Totalmente nuevo	2	3	4 Neutral	5	6	7 Exactamente Igual al Anterior
6. Si pudiera elegir: 1 Preferiría no haber vivido esta vida más	2	3	4 Neutral	5	6	7 Me gustaría vivir varias vidas como ésta
7. Después de la Jubilación: 1 Haría ó estoy Haciendo, alguna de las cosas emocionantes que siempre he querido hacer.	2	3	4 Neutral	5	6	7 Perdería (ó estoy perdiendo) el tiempo durante el resto de mi vida.
8. En cuanto a lograr metas en la vida 1 No he Progresado Nada.	2	3	4 Neutral	5	6	7 He progresado hasta su plena satisfacción
9. Mi vida está 1 Vacía solamente hay desesperación	2	3	4 Neutral	5	6	7 Rebosante/llena de cosas buenas y emocionantes.
10. Si tuviera que morir hoy, sentiría que mi vida: 1 Ha sido muy valiosa	2	3	4 Neutral	5	6	7 No ha valido la pena en absoluto
11. Al pensar en mi vida: 1 A menudo me cuestiono el por qué de mi existencia	2	3	4 Neutral	5	6	7 Siempre veo una razón por la cual estoy aquí

12. Cuando pienso en el mundo es relación con mi vida, el mundo: 1 Me deja completamente confusa	2	3	4 Neutral	5	6	7 Concuerda con sentido con mi vida
13. Soy una persona: 1 Muy Irresponsable	2	3	4 Neutral	5	6	7 Muy responsable
14. En cuanto a la Libertad que tiene la persona de elegir, creo que la persona: 1 Es totalmente libre para elegir todo en la vida	2	3	4 Neutral	5	6	7 Está totalmente presa de las limitaciones
15. En cuanto a la muerte: 1 Estoy preparada y no tengo miedo	2	3	4 Neutral	5	6	7 No estoy preparada y estoy asustada
16. En cuanto al suicidio: 1 He pensado detenidamente en él como una salida	2	3	4 Neutral	5	6	7 Nunca he pensado en el suicidio
17. Considero que mi capacidad de encontrar un sentido, propósito o misión en la vida: 1 Es muy grande	2	3	4 Neutral	5	6	7 Prácticamente no existe
18. Mi vida está: 1 En mis manos yo la controlo	2	3	4 Neutral	5	6	7 No está en mis manos y está controlada por factores ajenos a mi
19. El enfrentarme con mis tareas cotidianas me resulta: 1 Placentera y satisfactoria	2	3	4 Neutral	5	6	7 Una experiencia dolorosa y aburrida
20. Yo: 1 No he descubierto ninguna misión o propósito en la vida	2	3	4 Neutral	5	6	7 No he descubierto una meta muy clara y un propósito que me satisface

ANEXO 4

ESCALA HADS

A continuación encontraras una serie de frases y situaciones que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Marque con un círculo la respuesta que refleja mejor como **se HA SENTIDO USTED ULTIMAMENTE, EN LOS ULTIMOS 15 DÍAS**. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1. **Me siento tensa o nerviosa:** Casi todo el día__ Gran parte del día__ De vez en cuando __ Nunca__
2. **Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:** Casi siempre__ Algunas veces__ De vez en cuando __Nunca__
3. **Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:** Sí y muy intenso __Sí, pero no muy intenso__ Sí, pero no me preocupa __ No siento nada de eso__
4. **SOY capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:** Igual que siempre__ Actualmente algo menos __Actualmente mucho menos__ Actualmente, en absoluto__
5. **Tengo la cabeza llena de preocupaciones:** Casi todo el día __Gran parte del día __De vez en cuando __Nunca__
6. **Me siento alegre:** Gran parte del día __En algunas ocasiones__ Muy pocas veces __Nunca__
7. **SOY capaz de permanecer sentada, tranquila y relajadamente:** Siempre__ A menudo__ Raras veces __Nunca__
8. **Me siento lenta y torpe:** Nunca __A veces __A menudo __Gran parte del día__
9. **Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago"** Nunca __Sólo en algunas ocasiones __A menudo__ Muy a menudo__
10. **He perdido el interés por mi aspecto personal:** Me cuido como siempre lo he hecho __Es posible que no me cuido como debiera__ No me cuido como debiera hacerlo__ Completamente he perdido el interés__
11. **Me siento inquieta como si no pudiera parar de moverme:** Realmente mucho __Bastante__ No mucho__ En absoluto__
12. **Tengo ilusión por las cosas:** Como siempre __Algo menos que antes __Mucho menos que antes__ En absoluto__
13. **Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:** Muy a menudo__ Con cierta frecuencia __Raramente __ Nunca__
14. **Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:** A menudo __Algunas veces __Pocas veces __Casi nunca __