

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" LA DEPRESION DURANTE EL CLIMATERIO EN MUJERES QUE TRABAJAN
FUERA DEL HOGAR Y EN AMAS DE CASA"

A S E S O R D E T E S I S
DR. JULIAN MACGREGOR Y SANCHEZ NAVARRO

Tesis que para optar por el
Título de Licenciado en
Psicología presentan:
Ma. Norma Aguila Noriega
Esther Ptak Maneyich

Noviembre de 1983.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z5053.08
UNAM 110
1983.

M.-20511

Jps. 1062

I N D I C E

815

RESUMEN	
INTRODUCCION	
CAPITULO I	DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA MUJER
CAPITULO II	FISIOLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA DEL APARATO SEXUAL FEMENINO, CLIMATERIO Y SINTOMATOLOGIA
CAPITULO III	ASPECTOS PSICOSOCIALES
CAPITULO IV	LA DEPRESION EN LA HISTORIA
CAPITULO V	TRABAJO DE INVESTIGACION
	- Objetivos
	- Planteamiento del problema
	- Hipótesis
	- Definición de Variables
	- Definición de Instrumentos
	Cuestionario elaborado para la investigación
	Prueba de la Depresión de W. Zung
	- Tipo de Estudio
	- Tipo de diseño
	- Definición de la Muestra
	- Desarrollo
	- Procedimiento
CAPITULO VI	RESULTADOS
CAPITULO VII	DISCUSION
CAPITULO VIII	CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA	
APENDICES	

RESUMEN

La etapa del climaterio ha sido estudiada por endocrinólogos, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos y sociólogos, los cuales han establecido y señalado desde sus particulares puntos de vista diferentes tipos de problemática de la mujer en esta época de su vida.

El climaterio es un proceso que se caracteriza por el declinar de los ciclos sexuales, los cuales se hacen irregulares y terminan por desaparecer. En el climaterio la mujer sufre una variación de su constelación endócrina que se manifiesta en trastornos y alteraciones variables según la constitución y la personalidad de la mujer.

En el estudio cronológico del climaterio se pueden distinguir tres etapas:

- a) Premenopausia - periodo en el cual se inicia una baja de la función ovárica.
- b) Menopausia - es la etapa de cesación de la menstruación.
- c) Postmenopausia - periodo que comprende desde la cesación de la menstruación en adelante.

Durante la etapa del climaterio pueden surgir una serie de síntomas, los cuales pueden dividirse en tres grupos:

- a) Aquéllos relacionados con el sistema nervioso Autónomo, tales como bochornos, sudoraciones nocturnas, palpitaciones, etc.
- b) Psicósomáticos, tales como: irritabilidad, insomnio, depresión, inestabilidad emocional, etc.
- c) Somáticos, tales como: vaginitis, irregularidades menstruales, etc.

Esta sintomatología puede derivarse a su vez de tres factores principales:

- a) Una disminución en la actividad ovárica, lo cual origina una deficiencia hormonal.
- b) Factores psicológicos que dependen de elementos que

constituyen la personalidad de la mujer.

c) Factores culturales y sociales que constituyen el medio ambiente en el que se desarrolla la mujer.

Estudiando los conflictos de la mujer frente a los diferentes cambios ocurridos en el transcurso de su vida, así como la actitud que tome ante estos, dependerán gran parte de su historia individual y del contexto cultural y social. Así, aquéllas mujeres que fueron incapaces de adaptarse a la declinación hormonal premenstrual y que sufrían de depresión premenstrual, dismenorrea, etc., usualmente sufren cuando cesa permanentemente la actividad ovárica.

La menstruación le marca un momento especial, ya que de niña pasa a ser mujer y biológicamente, ha madurado. Al llegar a esta etapa tiene capacidad de amar y ser correspondida, estando capacitada para el sexo y la maternidad y todo gira alrededor de los años "reproductivos", pero una vez que ha pasado la época reproductiva ¿qué ocurre? ¿qué preparación tiene la mujer para enfrentarse a esta nueva y temida situación?

Cuando la mujer pierde su menstruación puede entrar en una etapa de crisis, ya que analizando la relación existente entre menstruación, femineidad, maternidad y capacidad sexual, no es de extrañar que algunas mujeres al entrar a la etapa de climaterio sienten que han perdido femineidad o su capacidad para tener una vida sexual normal.

En algunas culturas distintas a la Occidental, el llegar a esa etapa significa más que una pérdida, un logro, ya que se da gran valor a la experiencia que acumuló durante su vida, por lo tanto se ha observado que los síntomas atribuidos generalmente como depresión, ansiedad, irritabilidad, etc., son menos frecuentes.

Aunque en la actualidad existen para la mujer mayores posibilidades de elección en la medida que puede realizarse no sólo como compañera sexual, esposa o madre, para aquéllas que se involucran profundamente en el papel de madre y que mantienen relaciones de sobreprotección, lo más significativo durante la menopausia será, por un lado la falta de

ocupación, y por el otro, su poder reproductivo, más que la pérdida de su belleza o atractivo, a lo cual no le da tanta importancia, así como a actividades e intereses fuera del hogar. El entrar a esa etapa podría desencadenar -por el temor a hacerse "vieja" versus "inútil" - ansiedad angustia y depresión, sintomatología atribuida muchas veces a la menopausia.

Esta depresión puede ser apenas perceptible por una mujer que ha tenido una vida productiva, que encuentra nuevos modos de realización al desempeñarse fuera del núcleo familiar, reportándole mayores gratificaciones y nuevas fuentes de estima.

La mujer que ha sido educada en un ambiente restrictivo en el cual se considera legítimo al sexo, sólo en función de la procreación y no como un medio para también proporcionar placer, al presentarse la menopausia puede sentir una disminución en el deseo sexual y rechazarlo.

Esto difiere con la actitud que asume la mujer que encuentra en la sexualidad el deseo de gratificarse y de tener una respuesta positiva por parte de su pareja, de modo que puede experimentar una intensificación del impulso sexual durante la menopausia.

En resumen, se ha visto que los factores que pueden influir en la actitud que tomen las mujeres frente a los cambios propios de la menopausia son, la importancia que se de a:

- a) Su capacidad reproductora
- b) Su atractivo, belleza física y juventud
- c) El significado que tenga para ella, sexualidad-reproducción.
- d) Su campo de intereses individuales, trabajo-hogar.

La presente investigación es un estudio comparativo entre un grupo control de 60 mujeres, 30 amas de casa y 30 mujeres que trabajan fuera del hogar en la etapa del climaterio; dicho estudio pretende describir las características más importantes del mismo en lo que respecta a la aparición, frecuencia y desarrollo de la depresión durante el climaterio.

Con este fin se hizo un estudio transversal de dos muestras independientes para confirmar o rechazar las hipótesis de trabajo, y comprobar si existen diferencias significativas en cuanto a depresión, autoestima, actitud sexual y campo de intereses durante esta etapa.

Para determinar estadísticamente dichas diferencias se aplicó un cuestionario y se utilizó en primer lugar, la prueba de la Mediana para analizar los resultados y en segundo lugar, la prueba X^2 para determinar el nivel de significancia en la diferencia de la distribución de los dos grupos en cuanto a autoestima, actitud sexual y campo de intereses.

Se encontró:

a) Que el grupo de mujeres que tienen un trabajo remunerado presenta una mayor autoestima que las amas de casa, con lo que se acepta la hipótesis 1 (H_1).

b) Que no existen diferencias significativas en cuanto a actitud sexual en ambos grupos de mujeres, con lo cual se rechaza la hipótesis 2 (H_2) y se acepta la Hipótesis Nula (H_0).

c) Que el campo de intereses es más amplio en el grupo de mujeres que tienen un trabajo remunerado a diferencia del de las amas de casa, con lo que se acepta la hipótesis 3 (H_3).

Para medir la depresión entre ambos grupos de mujeres se aplicó la prueba de W. Zung, y para determinar las diferencias existentes en los puntajes obtenidos se utilizó la prueba de T Student con lo que se obtuvieron diferencias significativas que indican que las mujeres que tienen un trabajo remunerado durante el climaterio presentan menos depresión que las amas de casa, de esta manera se acepta la Hipótesis General.

INTRODUCCION

El climaterio es el conjunto de trastornos neuroendocrinos que aparecen en la mujer como consecuencia de la declinación de la función ovárica. Este proceso tiene una duración aproximada de 15 a 20 años.

Dentro del contexto del climaterio, la menopausia es un evento que ocurre en un período relativamente breve-un año o dos-durante el cual suceden cambios biológicos específicos.

Al iniciarse este siglo, la menopausia ocurría entre los 40 y 50 años de edad y el promedio de vida era entonces de 49 años, por lo que la menopausia era un suceso que tenía lugar antes de la muerte.

En nuestros días, la mayoría de las mujeres llega a la menopausia a la edad de 50 años y tiene un promedio de vida de unos 75 años.

Las mujeres que ahora están pasando por esta experiencia crecieron en una época en la que la concepción del papel femenino aceptada por la mayoría, voluntariamente o con renuncia, se centraba alrededor de la fertilidad y la maternidad.

En la década actual a pesar de ciertos avances y de las oportunidades que hasta cierto punto han aumentado, todavía se pasan por alto el estado social y el papel que desempeñan las mujeres menopáusicas.

Cuando se discute la menopausia, se hace dentro del contexto socialmente aceptable de sus problemas fisiológicos, no obstante no se considera la posición de la mujer menopáusica en la sociedad.

La menopausia es generalmente percibida por la cultura occidental como un evento estigmatizante para las mujeres, pues marca el fin de la función reproductora y por consiguiente de su función social.

Por la influencia de este patrón cultural, la menopausia puede significar el fin de la femeneidad y la pérdida de la sexualidad.

La mujer climatérica puede sentir que pierde el papel de madre activa, en tanto sus hijos se van de la casa: incertidumbre por no saber quien la necesitará, ni de que manera vivirá sus últimos años, que sucederá con el marido, etc.

Una mujer en esta situación puede llegar a sentirse inútil, improductiva y deprimida y su reacción ante la menopausia dependerá en gran parte de factores tales como: su historia individual; nivel social, ocupación, información, etc.

Para la mujer que ha estado buscando una mayor libertad social, la menopausia puede significar una oportunidad para dirigir su tiempo y energías a nuevas actividades. En el caso de las mujeres que trabajan fuera del hogar, para las cuales el mundo no se limita sólo al marido y los hijos, su actitud ante la menopausia puede llegar a ser menos conflictiva. Dentro de los efectos que pueden llegar a ocurrir durante la menopausia, la depresión puede ser el más frecuente.

La depresión se caracteriza por un descenso del estado de ánimo, inhibición en las actividades mentales y físicas, una baja en la autoestima, sentimientos de culpa, etc.

Los estados depresivos pueden presentarse en varios grados de intensidad -leve, moderado, y severo-. Pueden ser clasificados en endógenos y exógenos o reactivos, según la causa que determine su aparición.

Los diferentes tipos de depresión serán analizados en detalle en el capítulo IV, del presente estudio.

Al revisar la literatura existente sobre el tema del climaterio publicada en las cuatro últimas décadas, se observó que si bien en los últimos años se ha estudiado con más profundidad dicha etapa, los resultados no son del todo halagadores, pues no se han satisfecho la necesidad de unificar los criterios de los enfoques biológico, psicológico y social para facilitar la comprensión al respecto.

Con el incremento del número de mujeres en la etapa del climaterio que buscan ayuda psicológica y (o) fisiológica, hay una necesidad de aumentar la información acerca de los factores que contribuyen al surgimiento de problemas durante este período.

A los fines de este trabajo, se han revisado distintos tipos de estudios hechos por investigadores de la materia.

Estudios acerca de la sintomatología durante el climaterio especialmente durante la menopausia (tanto de los derivados de factores biológicos como psicológicos o sociales).

Estudios acerca de la condición social de la mujer.

Estudios acerca de la sintomatología que presentan las mujeres que tienen un trabajo remunerado, en comparación con las amas de casa.

En la presente investigación, nuestro propósito es demostrar que existen diferencias en cuanto a la autoestima, la actitud sexual y el campo de intereses; factores que intervienen en la depresión; entre las amas de casa y las mujeres que tienen un trabajo remunerado, durante el período del climaterio.

El aumento del número de mujeres de edad madura, entusiastas con energía, pero sin saber que hacer con su tiempo libre, ha despertado en nosotras un interés por el tema. Con el fin de contribuir a esbozar propuestas alternativas, para que dichas mujeres cuenten con más posibilidades de mantener la salud, el vigor y el entusiasmo por la vida.

Creemos que la mujer puede desarrollarse plenamente como individuo si tiene la posibilidad de una elección además de la de madre y esposa.

Un trabajo productivo y una mayor información acerca del período por el que atraviesa, le ayudará a combatir la depresión, a enfrentar los problemas que surjan y a favorecer su adaptación.

En esta tesis no intentamos hacer una crítica y síntesis de las diferentes teorías y escuelas, sino estudiar en particular la relación que guarda la depresión con el trabajo durante el climaterio.

El material se ha dividido en dos partes. La primera parte está dedicada a la discusión teórica y la segunda consta de un trabajo de investigación basado en un cuestionario elaborado expresamente por las autoras y en la prueba de W. Zung para medir depresión.

El orden de los capítulos es el siguiente:

PRIMERA PARTE

CAPITULO 1

DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA MUJER

Se ha observado que existe una interacción entre los factores psicológicos y fisiológicos en las funciones sexuales de la mujer, así como principios dinámicos de la psicopatología relacionados con las funciones reproductivas de la misma.

La teoría psicoanalítica está basada en el axioma de que las fuerzas motivacionales tienen un origen orgánico. La postura temprana de Freud, de que el impulso sexual y su energía psíquica concomitante "Libido" se originaba en un fenómeno sexual específico, estableció su concepto del rol que juega la energía sexual en el desarrollo e integración de la personalidad.

En estudios posteriores, en los que se aislaron y sintetizaron hormonas esteroides en mamíferos inferiores, se estableció que en las especies mamíferos la función cíclica de los órganos sexuales gobierna su conducta sexual, y el apareamiento ocurre durante el período de celo. Sin embargo observaciones hechas en primates, revelaron que éstos pueden ser estimulados en la actividad sexual por una variedad de factores independientes del ciclo (estro).

En el hombre, la conducta sexual no puede ser explicada simplemente en términos de la función gonadal, ya que existe una compleja y variable estimulación que motiva la conducta sexual, pudiendo encubrir casi por completo el ciclo fisiológico.

Los factores ambientales, los cuales modifican los estímulos que interactúan con el organismo pueden causar variaciones en la organización de la personalidad, y por lo tanto respuestas individuales a los estímulos.

Es la cualidad específica humana de su aparato psíquico la que conduce a la variabilidad de los patrones conductuales en respuesta a la estimulación hormonal.

Factores en el desarrollo psicosexual de la mujer

El desarrollo en el recién nacido, está definido de modo significativo por una simbiosis entre la madre y el niño. A través de la lactancia y del cuidado materno, se da una interacción recíproca entre ambos, la cual determina el significado de la identificación primaria con la madre y las estructuras primarias del yo que resultan de ello.

En la niña, la estructura primaria del yo, determina el contenido emocional de posteriores identificaciones con su madre, así su femi- nidad se desarrolla paso a paso por identificación con la madre. Un balan- ce psicológico positivo durante la lactancia que le proporcione seguridad, fa- cilitará un desarrollo relativamente menos conflictivo.

Las reacciones en cambio asociadas con la frustración (ambi- valencia) cargan la identificación materna con tendencias hostiles, las cuales interfieren con el desarrollo de la feminidad.

Hasta lo que se conoce en la actualidad, las hormonas no jue- gan un papel discernible en las manifestaciones psíquicas del desarrollo - pregenital.

Hasta la edad de seis o siete años, en ambos sexos hay pre- sencia de hormonas de niveles de baja oscilación androgénica y estrogénica. Posteriormente hay un agudo incremento en la producción de hormonas en am- bos sexos, coincidiendo con el período de lactancia. Ambas hormonas mues- tran un lento pero firme aumento hasta la edad de diez a once años. La pro- ducción de hormonas en esta fase se origina en la corteza suprarrenal y no en las gónadas.

El período de lactancia se dirige hacia el período el cual - Helen Deutsh definió como prepubertad, caracterizándose por ser la base - del proceso de maduración fisiológica.

Desde la pubertad hasta la completa madurez funcional pasan varios años. Esta es inducida por el funcionamiento del lóbulo anterior de la glándula pituitaria, la cual segrega una hormona ganadotrópica que esti- mula a los ovarios a producir hormonas estrogénicas y promover el creci- miento de los folículos ováricos.

Entre los diez a once años, las niñas muestran un marcado incremento en la producción de estrógenos, pero no en las sustancias androgénicas. La primera menstruación puede ocurrir en cualquier momento, desde el comienzo de la pubertad a través de la adolescencia. El comienzo de la mestruación juega un papel importante de entre todos los eventos en la niña y es de esperarse sea acompañada por reacciones emocionales.

La expectación a la menstruación y las respuestas concisas a esta están influenciadas por factores culturales.

En nuestra civilización, la educación y la higiene, preparan a la niña para este evento, ésto la ayuda a disminuir la sublevarción en - contra de la menstruación y en cambio la espera ansiosamente.

Aun así el sangrado y la incomodidad suelen despertar una ansiedad latente (originada en el aspecto del desarrollo bisexual).

Esta fué una de las primeras observaciones psicoanalíticas: la mujer conecta la menstruación con la idea de mutilación, le predice el - color de la desfloración y más aún del parto. Refuerza el conocimiento del útero a través de más o menos dolor e incomodidad. Al mismo tiempo activa el proceso de integración parcial de una latente identificación con la madre para la futura tarea de parto.

Cuando la menstruación estimula el conocimiento del útero como una parte integral del cuerpo, "la madre se introduce en el cuerpo".

El siguiente paso en el desarrollo de la niña es aceptar "madre-matriz", como una parte de sí misma, y con ello aceptarse como futura madre y la maternidad como una meta de su feminidad.

La maduración hacia la meta de la reproducción femenina, depende del previo desarrollo de la identificación con la madre, si ésta no está cargada de hostilidad, la niña será capaz de aceptar su heterosexualidad sin ansiedad. Este aspecto determina la reacción de la niña hacia - la menstruación. Si la función sexual femenina es deseada, la niña acepta la menstruación sin una excesiva protesta. En contraste si la fijación fálica (bisexual) domina el desarrollo psicosexual, la protesta en contra - de la menstruación es una continuación de la hostilidad hacia la madre y - contra otros aspectos de la feminidad.

En el momento de la disposición sexual o en el caso de frustración de la misma, el incremento de la tensión emocional de la fase preovulatoria puede ser reconocida. Después de la ovulación la tensión repentinamente es aliviada y viene un período de relajamiento, por lo que se ha podido deducir que la ovulación es un evento psicológico único, acompañado por reacciones sistemáticas.

Psicológicamente, la sensación de relajamiento y bienestar parece fluir con la libido, como si el aparato psíquico hubiera registrado la preparación somática para el embarazo. Esta es una fase de alto nivel hormonal desde el momento en que se producen ambas hormonas: estrógeno y progesterona.

Así la activa tendencia heterosexual aparece con la declinación de la producción de la progesterona siguiendo la fase premenstrual. Paralelamente con el decrecimiento de la producción hormonal, una regresión de la integración psicosexual toma lugar: manifestaciones pregenitales de la uretra-anal y tendencias genitales eliminativas motivan las tendencias psicodinámicas.

Muy pocas mujeres están completamente libres de incomodidad durante esa parte del ciclo.

Hay diversas variaciones de síntomas: aprehensión de lo que pueda pasar al cuerpo, miedo a la mutilación, repetición de fantasías sexuales infantiles, irritabilidad, enojo, dando lugar a la ansiedad. En otros casos hay fatiga, sensibilidad de sentirse herida, etc.

La regresión psicodinámica y el incremento de irritabilidad generalizada del sistema nervioso simpático son manifestaciones de una moderada deficiencia ovárica del período premenstrual.

Estos factores son responsables de que en esos momentos todas las necesidades y deseos aparecen imperativos y las frustraciones parecen intolerables.

Las emociones se pueden controlar menos que en otros momentos durante el ciclo.

Antes el comienzo de la menstruación se entendía como un signo de maduración sexual; ahora se acepta que la menstruación comienza en la mayoría de las niñas antes de que los ovarios sean capaces de reproducir el huevo maduro y la ovulación pueda tomar lugar antes de que el útero sea lo suficientemente maduro como para soportar una gestación normal, trayendo como consecuencia un período de esterilidad en la adolescencia.

Conociendo la lucha del adolescente para lograr la madurez psicosexual en nuestra sociedad, uno se inclina a asumir que el proceso que conduce al desarrollo del super yo, (esto es la incorporación de las inhibiciones culturales y parentales) es dirigido a retrasar la maduración fisiológica de las funciones reproductivas.

La maduración psicológica puede verse inhibida debido a factores emocionales, pero ésto no significa que a causa de la ansiedad, prohibiciones y culpas, la maduración sexual se retrase!

La menstruación es la piedra angular del desarrollo femenino, un punto focal donde los factores psicológicos, fisiológicos y sociales interactúan, pudiendo manifestarse si la adaptación sexual será un éxito o un fracaso.

Entre la función endócrina y los procesos psicodinámicos existe una interacción gracias a la producción de las hormonas ováricas, observándose que las manifestaciones emocionales del impulso sexual se desarrollan en relación con la hormona que produce el ovario, el ciclo gonadal y el patrón de respuesta psicodinámica, representando así una unidad psicosomática el ciclo sexual.

El ciclo comienza con la producción gradual de estrógeno, paralelamente las emociones están dirigidas a una activa tendencia heterosexual.

La finalidad biológica es la copulación. La fase estrogénica está usualmente acompañada por una sensación de bienestar y actividad. Si el deseo no es satisfecho, la tensión emocional aumenta, insomnio, irritabilidad, son los signos de la urgencia sexual frustrada en la mujer adulta.

Mientras ésto puede explicar la repetición neurótica de la mujer, son también significativas las manifestaciones del comportamiento sexual.

El deseo heterosexual que es estimulado por la producción de estrógeno de la fase premenstrual, aparece más intenso y demandante que el deseo sexual durante la ovulación.

El final del ciclo sexual, es marcado por el flujo menstrual que dura varios días anunciando el decrecimiento de la producción hormonal.

Cuando se ha establecido el flujo menstrual, la tensión y el mal humor se relaja, la excitación decrece, parece que la mujer acepta el flujo menstrual con alivio.

El humor depresivo usualmente dura más que la excitabilidad premenstrual y continúa durante el primer día del flujo.

Este humor depresivo continúa hasta que la fase estrógenica se restablece. Después de unos días, normalmente durante el flujo, comienza la producción de estrógeno y paralelamente el estado de bienestar ocurre. Esto con el incremento sexual es el comienzo de un nuevo ciclo.

De esta manera se ha podido observar la influencia que ejercen las hormonas en el estado emocional.

La duración del ciclo, el tiempo de la ovulación, la frecuencia de ciclos anovulatorios, síntomas menstruales, etc. son específicos de cada individuo.

Los intervalos entre menstruaciones son generalmente de 28 - días, pero el rango normal va desde 21 días hasta 35 días.

Organización del impulso sexual reproductivo:

Se ha visto que el impulso sexual se organiza de manera diferente en ambos sexos hombre-mujer, ya que la función reproductiva masculina está bajo el control de un grupo de hormonas (andrógenos) que es descargada en un acto y el impulso sexual femenino está dispuesto para motivar - este acto.

Correspondiendo a las dos fases de la reproducción femenina, el impulso sexual está dirigido a: motivar el acto heterosexual y a proveer una correlación psicodinámica entre el embarazo y la lactancia.

La sexualidad femenina es desde el punto de vista de la reproducción sólo un acto preparatorio: embarazo y lactancia, constituyendo el fin de la maduración reproductiva y psicosexual de la mujer; Helen Deutch asume que el impulso sexual femenino obtiene su descarga orgásmica con el embarazo y el parto.

Parto sin embargo, no es orgasmo no obstante la inmensa descarga. Freud asume que la maduración psicosexual en la mujer está conectada con su primacía genital culminando en orgasmo vaginal, paralelamente el orgasmo masculino.

Orgasmo

El significado de orgasmo en la mujer se ha confundido con el concepto de que la sensación localizada en el clítoris debe ser transferida con una maduración genital a la vagina y el clítoris debe perder importancia para la obtención del orgasmo. Esto asumiría que el orgasmo vaginal es análogo al orgasmo masculino siendo entonces el distintivo de la maduración genital.

Recientes investigaciones histológicas, han demostrado que las células sensoriales conocidas como corpúsculos genitales órganos terminales para la percepción del orgasmo, están situados predominantemente en el clítoris, también se encuentran en el labio menor y en los músculos de la parte inferior de la vagina. En general la vagina no tiene nervios sensoriales.

El mecanismo del orgasmo femenino y el interjuego entre la experiencia orgásmica clitoral y vaginal, no es a través de la enervación neurológica central.

Influencias corticales, atracción sexual, amor, fantasía y la aceptación del rol sexual, no solamente estimula el centro espinal, sino que permite a la mujer relajarse y experimentar sensaciones placenteras que comienzan en el clítoris, se extiende a través de las paredes vaginales

y finalmente circunada en orgasmo.

Si el centro espinal responde con un reflejo a la estimulación mecánica, el orgasmo clitoral puede realizarse, sólo se reprime el reflejo si la inhibición cortical es muy severa.

Disfunciones heterosexuales.

El proceso del desarrollo psicosexual puede predisponer a la mujer a una patología, ya sea en el aspecto heterosexual o en el embarazo.

Sin embargo, debido a la recíproca interacción entre las fases del ciclo sexual y los procesos emocionales, la manifestación de síntomas puede representar disturbios en ambas fases de las funciones reproductivas.

La mayoría de los síntomas psicósomáticos son originados por los conflictos heterosexuales y por las inhibiciones del desarrollo heterosexual.

Frigidez.

Es una disfunción psicosexual frecuente y puede estar relacionada con la función ovárica, en casos de severo hypogonadismo.

En otros casos, la mujer puede tener alguna forma o grado de frigidez y al mismo tiempo una función ovárica normal.

La relación sexual es una interacción fisiológica y emocional entre dos: la excitación mutua facilita el proceso que la lleva al orgasmo. En mujeres más que en hombres, la calidad de la experiencia sexual depende del compañero, de su potencialidad, habilidad y destreza para vencer su temor a lo sexual.

La complejidad de la maduración sexual en la mujer, puede crear defensas contra la sexualidad. Miedo a ser lastimada por el pene, temor al embarazo, envidia y hostilidad al hombre, frecuentemente inhiben la capacidad orgástica.

La mujer puede llegar a sofocar sus propias necesidades sexuales como un "arma" contra sus maridos, incrementando una frustración

anticipada, esperando el acto sexual con ansiedad y hostilidad.

Psicoanalíticamente, este comportamiento es una defensa narcisista originada en la envidia al pene.

Las mujeres menos ansiosas y más receptivas, son gratificadas emocionalmente aún con una descarga orgásmica parcial.

Dyspareunia

Puede deberse a un trauma local o a una inflamación causada por anomalías de la estructura urogenital.

Es psicogénico cuando el miedo al dolor se utiliza como defensa contra el acto sexual, convirtiéndolo en intolerable e insatisfactorio.

Vaginismo

Es un espasmo involuntario de los músculos vaginales, siempre de origen psicogénico, mientras éste protege a la mujer del miedo al dolor durante el acto sexual, ella sufre un dolor que provoca inconscientemente (es un síntoma conversivo). Tendencias sadomasoquistas se fusionan en este síntoma con tendencias eliminativas y retentivas uretral y anal.

El vaginismo puede compararse con la eyaculación precoz o eyaculación retardada. La vagina es un órgano receptivo, el vaginismo puede ser considerado como una expresión de poder con tendencias incorporativas. Parece ser la realización de la idea de "una vagina dentada".

El vaginismo ocurre usualmente en mujeres jóvenes cuya estructura psicosexual manifiesta además de fijaciones pregenitales un infantilismo sexual general, pudiendo revelarse no solo en su vida emocional sino también en ciclos incompletos. Es justificable asumir que los factores que causan la frigidez suprimen la función del ovario a través de la media emocional del enojo, miedo y frustración.

La frigidez psicogénica es considerada un factor causante en el organismo de vulvitis, leukorrea, vaginitis, una forma de endometritis y hasta tumores en el útero.

Los mecanismos por los cuales la tensión genital se convierte en orgánica y en síntomas psiquiátricos son múltiples y dependen de -

de cada individuo.

Freud asume que en caso de frustración crónica la libido es la causa de los síntomas de la actual neurosis del individuo que pueden manifestarse en ansiedad, hipocondria, dolores pélvicos, etc. Esto nuevamente puede ocasionar más síntomas orgánicos a través de la complicación de la enervación autónoma, causando vasodilatación en la pelvis, en los tejidos sexuales. Dado que los factores psicológicos pueden ocasionar frigidez alterando las funciones del ovario por una falta de química sexual.

En general los factores psíquicos juegan un papel importante en todas las formas de los desórdenes menstruales.

La menstruación por si misma es considerada como un factor precipitante, el cual moviliza inconscientemente conflictos relacionados con la función sexual femenina.

El término "dysminorrea" designa varias formas de dolores menstruales.

Cada individuo tiene esencialmente el mismo síntoma en cada período dysmenorreal. Esto sugiere alguna predisposición a factores orgánicos tales como: inmadurez en los órganos pélvicos, defecto gonadal o un desbalance autónomo o circulatorio.

El cólico menstrual es la forma más frecuente de la dysminorrea. La tendencia a sufrir dysminorrea puede deberse a una personalidad infantil con un ego débil, o a otros factores tales como la baja tolerancia al dolor, con lo cual aumenta la angustia anticipada a la menstruación y estimula las defensas emocionales contra ella.

Clinicamente es útil diferenciar entre la ocurrencia del dolor premenstrual común de la tensión y depresión más severa que puede ocurrir en el ciclo mensual, la cual puede venir acompañada de cólera, frustración, enojo, fatiga, etc. La depresión premenstrual puede también caracterizarse por una incrementada sensibilidad y ansiedad hipocondriaca, migraña u otras formas de dolor de cabeza y tristeza sin una causa aparente.

Oligomenorrea

Se refiere a la escasa menstruación por largos intervalos, debido a un retraso de la maduración sexual por hipogonadismo, aunque usualmente se manifiesta como defensa contra la sexualidad. Ologomenorrea se asocia frecuentemente con la obesidad.

Bajo la influencia emocional, la menstruación puede desaparecer varios meses o aún por años. Entre los casos psicogénicos de amenorrea pueden diferenciarse dos grupos principales, uno puede estar relacionado con la represión de los impulsos heterosexuales y puede suceder que aún en la mujer joven después de que la menstruación ha sido establecida se suprima el ciclo mensual, como defensa contra la madurez sexual.

La otra forma de amenorrea, puede ocurrir como consecuencia del síndrome de pseudocyesis, debido frecuentemente a un deseo y miedo a la vez del embarazo con lo cual desaparece la menstruación por semanas o aún por meses. La amenorrea de larga duración con una distensión abdominal, cambios mamarios, aumento de peso, que imita al embarazo, son casi siempre síntomas psicósomáticos complejos, los cuales ocurre en mujeres con una estructura histérica del carácter, o pueden ser signo de una esquizofrenia incipiente.

Menorragia

El sangrado uterino que ocurre fuera del ciclo, puede deberse ocasionalmente a una tensión emocional inesperada o relacionarse con la anticipación o el deseo de la relación sexual.

Se ha visto que existe un control emocional sobre la menstruación aunque los mecanismos fisiológicos son desconocidos.

La menorragia también es frecuentemente un síntoma del desbalance hormonal que anuncia la menopausia. Así el síntoma tiene diferentes significados en la vida psicosexual de la mujer, dependiendo de su edad y de las condiciones las cuales provocaron el síntoma.

La maternidad

Es una característica fisiológica de la mujer en las que sus funciones reproductivas requieren del incremento de los procesos metabólicos.

Cada fase de la función reproductiva-la fase progesterónica, el embarazo mismo y la lactancia-van mano a mano con un incremento en las tendencias receptiva-retentiva: estas son la representación psíquica del combustible necesario para suplir o para completar la energía necesaria para el crecimiento.

Embarazo

La psicología del embarazo se entiende mejor si se conceptúa como un incremento en la fase progesterónica: el alto nivel de los procesos metabólicos generales y hormonales que son necesarios para mantener y propiciar un crecimiento normal del feto, aumentan la energía vital de la madre. Es una manifestación de la simbiosis-interacción entre la madre y el hijo-que el cuerpo de la mujer embarazada se llene de sentimientos placenteros.

Mientras algunas mujeres disfrutan de este estado narcisista en una calma vegetativa, otras, especialmente en el segundo trimestre del embarazo encuentran displacentero y ajeno a su bienestar físico este estado.

Mientras la madre siente una creciente capacidad para amar y cuidar del bebé experimenta una mejoría en su estado emocional. Se ha observado en mujeres que han sufrido de severas ansiedades, se liberan de ellas durante el embarazo; en otras, a pesar de presentar malestares entre náuseas, mareos, vómitos, etc. se sienten emocionalmente estables encontrando su mejor época en el embarazo. Así la mujer saludable muestra durante el embarazo como en las fases de alto nivel hormonal un incremento en la capacidad integrativa del yo.

A pesar de que el embarazo es biológicamente normal pone a prueba las reservas psicológicas y fisiológicas de la mujer, ya que existen muchas actitudes, miedos, temores reales y ansiedades neuróticas las cuales perturban el deseo de embarazo. Algunas pueden tener fundamentos

reales debidos a un mal matrimonio, preocupaciones económicas una concepción fuera del matrimonio, pueden ser causa de que se rechace al bebé. Aún así tales embarazos siguen un curso más o menos normal.

Solo si la organización psicosexual se carga de conflictos hacia la maternidad en las condiciones presentes se remueven los conflictos pasados y perturban el balance psicofisiológico del embarazo.

Debido a que los complejos pasos hacia la madurez sexual y la maternidad comienzan en la propia fase oral del desarrollo, es posible describir los procesos psicodinámicos del embarazo normal o patológico en términos de la fase de la dependencia oral.

Las necesidades pasivo-dependientes se reviven o avivan y la mujer embarazada espera una mayor atención de su medio; si sus deseos no son satisfechos su frustración puede motivar síntomas tan conocidos como un apetito excesivo, náusea o malestares.

Los síntomas subjetivos del embarazo son mínimos en mujeres que cuentan con la participación amorosa del esposo en tan grata experiencia.

Aún así el desbalance en el humor ocurre en casi todos los embarazos, especialmente en el primer trimestre cuando el ajuste metabólico y endocrinológico llegar a causar fatiga, sueño, insomnio, dolor de cabeza, vértigo, vómitos, etc. síntomas que generalmente desaparecen al final del tercer mes.

Durante los últimos meses el incremento en el malestar corporal, los disturbios en el sueño y los temores conectados con el parto interfieren en el humor de la mujer embarazada. Centrada en si misma y dominada por tendencias pasivo-retentivas-receptivas se encuentra en un estado vulnerable del yo. El incremento fisiológico en las necesidades receptivo-retentivas, la regresión libidinal, etc. conducen a una regresión del yo. Al evaluar el significado psicodinámico de esta regresión, uno debería considerar que la tarea integral del embarazo y la maternidad-biológica, psicológica y real, es mucho mayor de lo que nunca antes la mujer había afrontado y experimentado.

Generalmente la regresión biológica del embarazo y la lactancia sirve como una fuente para el crecimiento y desarrollo. El mismo proceso sin embargo puede causar daño a aquellas mujeres que no resisten los procesos inherentes a la función reproductiva.

Es un concepto conocido de la teoría psicoanalítica que la regresión a la fase oral del desarrollo es la condición psicodinámica de la depresión y que tal regresión es inherente al embarazo y a la lactancia aún en la fase progesterónica del ciclo. Las depresiones varían en intensidad y las condiciones psicosomáticas de la estructura oral son las manifestaciones básicas de la psicopatología en la función reproductiva de la mujer.

El contenido del útero tiene varios significados ya que durante el embarazo las fantasías individuales pueden influir emocionalmente durante el curso del mismo. Tal influencia puede ser benéfica o productora de ansiedad y hostilidad. Puede ponerse ansiosa por sentir que no es hábil para satisfacer a su bebé. Si la hostilidad se centra en el embrión puede tener fantasías de que alberga un monstruo, un tumor canceroso, etc. Esto puede llevarla a una condición de pánico o a síntomas hipocondriacos; la anorexia, los vómitos y los consecuentes disturbios metabólicos severos tales como la eclampsia pueden expresar tendencias destructivas de la mujer.

Freud asumió que la frustración causada por la carencia de pene es la principal motivación en el desarrollo de la mujer y concluye que el deseo de la mujer por su hijo es motivado por la tendencia de reter el pene -en el sentido del complejo de Edipo el pene del padre- de acuerdo con esto, el niño represente la compensación del deseo reprimido original.

El feto es una parte del cuerpo materno ¿que parte de su imagen corporal representa?. Puede ser el pene deseado, el codiciado embarazo de la propia madre de la mujer, pero con frecuencia el feto es el símbolo del amor por si misma, esto sin embargo no siempre significa emociones placenteras por las manifestaciones ambivalentes hostiles de los sentimientos enfocados hacia si misma.

Muchas mujeres identifican el feto con las heces y reviven durante el embarazo fantasías sexuales infantiles de la fase anal.

La ansiedad y la depresión causada por tales motivaciones pueden permanecer en un nivel neurótico, en tales casos dependiendo de la predisposición de la personalidad, la ansiedad puede activar una verdadera psicosis con alucinaciones, defensas paranoides y reacciones esquizofrénicas que dañan y ponen en peligro a la mujer y a su hijo.

Parto

Generalmente se supone que el miedo al parto es universal, en algunos casos representa el miedo inmediato a la muerte, pero aún en los casos donde no existe miedo a la labor de parto, puede suceder que durante el embarazo se presente repentinamente y se incremente durante la fase crítica del parto. El dolor es una experiencia subjetiva que depende de una manera particular en la experiencia del yo. Desde que el Dr. G.D. Read describió el síndrome temor -tensión-solor en el trabajo de parto -muchos obstetras utilizan la higiene mental en el embarazo, intentando disminuir el temor al parto y reducir la respuesta tensión. Read cree que una persona condicionada adecuadamente a minimizar las molestias del trabajo de parto puede tener un alumbramiento libre de molestias observables -nacimiento natural-.

Por muchas décadas se utilizó la anestesia general por considerarla adecuada para proteger a la madre de los dolores de parto, aunque este método priva a la madre de la profunda satisfacción que le brinda el poder cooperar despierta en esta experiencia, por lo que los procesos psicodinámicos involucrados en el parto dan como resultado que la anestesia sea solamente usada como último recurso o cuando se tiene que proceder quirúrgicamente.

Durante el trabajo de parto puede llegar a presentarse complicaciones psicológicas, una de ellas es la propia desilusión de la mujer por su conducta al no poder conducirse durante el trabajo de parto tal y como ella lo esperaba. El sentimiento de fracaso puede activar sentimientos de inferioridad ocultos bajo la cubierta de un yo ideal perfeccionista. El efecto psicopatológico de esto varía de acuerdo con la personalidad de la madre y la madurez que presente hacia la maternidad.

Período pos parto

El trauma del nacimiento interrumpe la simbiosis biológica existente entre la madre y el niño, los cambios hormonales que inducen y controlan el parto, los dolores y la excitación ante el nacimiento interrumpen la unidad emocional entre la madre y el niño.

Las depresiones incipientes que ocurren después del alumbramiento son frecuentes, ya que la mujer que acaba de dar a luz debido a su condición fisiológica tiende a la regresión y por consecuencia una gran necesidad de ser atendida, mimada, consentida, etc.

A través del amor que ella reciba es que ella pueda vencer sus tendencias a alejarse de su bebé y se prepare biológica y psicológicamente a continuar con la simbiosis a través de la lactancia.

Durante la lactancia tal y como durante la fase progesterónica del embarazo las tendencias receptoras se intensifican y se convierten en el eje central alrededor del cual giran y se centran las actividades de la maternidad.

El deseo de la madre de nutrir a su bebé, de estar cerca corporalmente, representa la continuidad de la simbiosis generada no solamente por el niño sino en la madre también. Mientras el niño incorpora el pecho, la identificación con el bebé permite a la madre regresar, repetir y satisfacer a un nivel inconsciente sus propios deseos receptoras de incorporación.

La lactancia permite así una lenta integración de la maternidad. A pesar del control hormonal la lactancia está influenciada por emociones, la suspensión de la producción en la leche debido a una actitud consciente contra la lactancia misma conduce a una relación tal como "la capacidad de nutrir es equivalente a la voluntad de nutrir".

El amor maternal en los humanos se desarrolla a través de la cíclica repetición de la estimulación hormonal, la cual interactuando con otros deseos y aspiraciones de la personalidad, alcanza madurez emocional a través de un complejo proceso de desarrollo de la personalidad.

En cada fase de la maternidad, aún en cada acto materno podemos diferenciar dos niveles de motivación como de acción.

Uno es dominado por la manifestación de las tendencias pasivo-receptivo-retentivas, y la otra más accesible a la conciencia, moviliza las actividades afectivas y solícitas de la madre.

En las sociedades primitivas las aspiraciones biológicas y - del yo de la mujer, son fácilmente integrados en su yo ideal.

Nuestra cultura sin embargo transfiere un yo ideal, masculino y activo, esto puede chocar con las tendencias pasivas inherentes a la función reproductiva y no permitirse a si mismas ser pasivas y disfrutar de la lactancia respondiendo con ansiedad y culpa, con una sensación de frustración por su incapacidad para cumplir con las funciones biológicas de la maternidad.

No sólo la actitud de protesta masculina complica la actitud maternal; existen mujeres para las cuales la gratificación fisiológica de la maternidad permanece en forma duradera, la cual la hace gozar del embarazo, la lactancia y cuidado del bebé mientras éste lo requiera y sea completamente dependiente, como si la función procreativa de esas mujeres estuviera completamente bajo los controles fisiológicos, son incapaces de desarrollar una relación objetiva con el niño más allá de su infancia.

Psicológicamente, tales mujeres no maduran a través de la maternidad, ellas descuidan a cada uno de sus hijos al volverse a embarazar ya que no pueden enfrentarse con la responsabilidad de la maternidad para un crecimiento personal.

Las grandes necesidades afectivas de la madre, su necesidad de dar amor y recibir, su deseo de estar con el bebé, la sobreprotección - de éste, son todas manifestaciones exageradas de las emociones, las cuales se originan en los procesos psicobiológicos de la maternidad.

La intensidad de esas emociones indican el significado del trauma de la separación durante el parto y el afecto maternal se fusiona con una necesidad urgente de incorporar al bebé y apoyarse en él. como la

madre se adhiere al niño, él se convierte para su economía psíquica en el objeto amado, necesitado, recíprocamente el niño afectado por la necesidad incorporativa de la madre, la cual no permite la propia diferenciación, responde a cualquier intento de independencia como si ello significara la separación.

Esterilidad

La esterilidad si no es causa de una patología orgánica, puede ser considerada como una defensa contra los peligros inherentes a la función procreativa.

Todos aquellos conflictos que interfieren con la evolución normal de la función procreativa, pueden llevar a la esterilidad si el individuo está constitucionalmente predispuesto a ello. Los mismos conflictos que causan un pánico hipocondríaco en una mujer o la depresión pos parto en otra, pueden ser considerados como un factor causal de la esterilidad en otra. La mujer que sufre de una esterilidad funcional está a salvo de la consciencia de sus conflictos, ansiedades y hostilidades. Al considerar la procreación, ellas pueden estar seguras de su actitud no ambivalente hacia la maternidad.

La esterilidad funcional es relativa, puede ser temporal y desaparecer con la madurez tanto fisiológica como de los procesos emocionales involucrados con la maternidad.

La esterilidad puede deberse a una profunda insatisfacción con el esposo o por un mal ajuste sexual.

La frustración sexual crónica puede llevar a la esterilidad. Esto les sucede frecuentemente a aquellas mujeres que después de haber practicado por varios años el control natal, pueden no tener facilidad para embarazarse. Una esterilidad relativa puede ser el resultado de la inhibición del impulso sexual. Las mujeres pueden parecer estériles si el deseo de una relación sexual se suprime durante el período fértil y el coito tiene lugar solamente durante el período estéril.

Los conflictos inconscientes que pueden llevar a la esterilidad pueden operar a través de la interacción de los procesos psíquicos, neurológicos y hormonales, pero también pueden actuar a través de reflejos los cuales tienen su origen en sensaciones primitivas de miedo y rabia. La acción puede tomar lugar en la esterilidad causada por el espasmo en las trompas de falopio impidiendo que el óvulo pueda alcanzar el útero. Este espasmo puede ser transitorio o persistente, esto es que pueda ser una respuesta que agudiza el miedo al embarazo o puede ser un síntoma conversivo, el cual suele ocurrir en mujeres ansiosas o histéricas.

Aborto

Existen casos en los cuales el aborto no es causado por conflictos emocionales. Se habla de aborto psicósomático solo en aquellos casos donde éste se vuelve un hábito y se presenta con frecuencia. El aborto psicósomático puede ser considerado como una variedad de la esterilidad. Los mismos conflictos que producen la patología psiquiátrica durante el embarazo, también pueden ser los causantes de un aborto espontáneo. Los síntomas pueden ser mediados por un desequilibrio autonómico que causa irritabilidad en el útero, esto a la vez puede ser secundario a un balance endócrino insuficiente para mantener el embarazo.

El significado psicológico de los abortos repetidos puede ser revelado si se analizan las motivaciones que conducen a tal suceso; éste puede deberse a factores sociales, éticos y económicos, pero también a miedos inconscientes, causando esterilidad o un aborto espontáneo.

Menopausia

De hecho son pocas las mujeres que carecen de información acerca de la menopausia; algunas pueden llegar a presentar ciertos síntomas asociados con ésta, y otras mujeres en cambio no presentar casi ninguno.

En una menopausia natural los síntomas muestran grandes variaciones individuales tanto en intensidad como en duración, dichos síntomas pueden deberse a un desbalance hormonal más que a la falta de estrógenos.

Cuando la estimulación hormonal (ovárica) cesa permanentemente, generalmente hay una respuesta emocional ante tal suceso que puede traducirse en síntomas.

Esta etapa puede ser considerada como el fin de una vida plena donde no solo cesa el período reproductivo, sino también el atractivo físico, la capacidad para el goce sexual, etc.; así el stress durante esta época puede aumentar debido a un golpe narcisista. Esto ocurre generalmente en mujeres que poseen una conducta sexual regresiva e inmadura, al contrario de la mujer que no se ve amenazada severamente por esta pérdida, ya que no sólo la función reproductiva sino también la realización del desarrollo total de su personalidad la sostendrá en esta etapa de transición.

Así como en la niñez, la represión de los impulsos sexuales permite la formación del super yo y la socialización, la menopausia libera nuevos ímpetus para el aprendizaje, pudiendo considerarse a ésta, en sentido psicológico como una fase del desarrollo. En cualquier caso es un desafío para la reorganización de la personalidad. Muchas de las actitudes de la mujer cambian y encuentran nuevas miras para su energía psíquica.

Muchas mujeres sin embargo llegar a sufrir padecimientos neuróticos, psicosomáticos o psicóticos en una variedad de formas y de gravedad y debido a que ocurren durante el climaterio usualmente son atribuidos a las tensiones propias de la menopausia. Estudios realizados al respecto revelan que tales manifestaciones ya existían antes, o se han formado por una precaria integración de la personalidad. El papel del aspecto endocrinológico de la menopausia, como un disparador para los problemas psiquiátricos, puede ser entendido en términos de la psicodinámica de la fase premenstrual del ciclo.

La irritabilidad general, la pérdida de la estabilidad emocional y la disminución de la capacidad integrativa que acompañan a la declinación hormonal, interactúan con los factores del desarrollo psíquicamente determinados; influyendo así en la experiencia de frustración interna durante el climaterio.

En psicoanálisis el término frustración, indica que un impulso es impedido para alcanzar su meta. Así la frustración puede ser el resultado de prohibiciones externas o prohibiciones internas del super yo que excluyen la necesidad instintiva de gratificación.

Aquí sin embargo, el término de frustración interna se refiere a la incapacidad del individuo de sentirse gratificado. Al correlacionar el sentido de frustración interna con la ineficiente función ovárica, puede suponerse que ello expresa la carencia de emociones libidinosas más que su ausencia.

Describiendo ésto desde el punto de vista de la experiencia afectiva, pareciera como si el yo, enterado de esta disminuida capacidad integrativa respondiera a la incapacidad de sentir, de actuar, de amar como antes, con ira y hostilidad hacia si misma. La frustración interna es el punto central de la experiencia emocional de la mujer climatérica. Los síntomas que se desarrollan como resultado de la frustración interna dependen de la total personalidad del individuo. Esta determina la intensidad del sentido de frustración, así como su futura elaboración patológica.

C A P I T U L O II

FISIOLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

La Medicina moderna tiende, cada vez más, a considerar al hombre como una unidad biológica. Cada persona es fundamentalmente diferente a las demás, aunque todas tengan una estructura común; esta individualidad se debe a la constitución del sujeto, la cual le da matiz y carácter. Viene determinada por la herencia aunque a su vez dicha herencia está condicionada por las hormonas*, que son los factores que ponen de relieve un conjunto de manifestaciones propias de cada individuo. Para muchos autores tal constitución endócrina es la que define las características de cada sujeto en particular.

En la mujer predominan las hormonas ováricas y la tiroides que influyen sobre su fondo psíquico, afectivo y emocional. Las crisis endócrinas que regulan toda la vida de la mujer desde la pubertad hasta la menopausia, pasando por el embarazo, parto y puerperio, así como su constitución orgánica y su situación frente a la vida y la sociedad, hacen de la mujer un ser básicamente generativo.

EL CICLO OVARICO MENSUAL Y LA FUNCION DE LAS HORMONAS FEMENINAS

El aparato genital femenino tiene dos glándulas importantes denominadas ovarios, situadas en una concavidad denominada foseta ovárica y se encuentran a los lados de las paredes de la pelvis, uno a la derecha y otro a la izquierda; son del tamaño de una almendra y tienen bastante movilidad.

Los ovarios están compuestos de una porción de tejido conectivo biliar a través de la cual penetran los vasos sanguíneos, y una porción cortical destinada principalmente al desarrollo de los huevos y a la secreción de hormonas ováricas. La superficie externa del ovario está revestida de un epitelio germinativo, que embriológicamente proviene en línea directa del epitelio de los pliegues germinativos.

* Hormona: "Es una substancia química secretada en los líquidos corporales por una célula o un grupo de células, que ejerce efecto fisiológico sobre otras células de la economía".

Durante la vida fetal, y en menor grado durante la infancia y los principios de la vida sexual, los huevos primordiales se diferencian del epitelio germinativo y emigran hacia la sustancia de la corteza ovárica, llevando consigo una capa de células granulosa epitelioideas. El huevo rodeado de una sola capa de células granulosa epitelioideas se denomina folículo primordial.

El ovario es la glándula productora de las células sexuales femeninas -los óvulos- y es estimulado por las hormonas folículo estimulante y luteinizante provenientes de la hipófisis. El óvulo se origina a partir de células más sencillas que se van desarrollando hasta alcanzar un tamaño aproximado a unas doscientas micras (0.2mm) siendo por lo tanto la célula de mayor tamaño en la especie humana.

El proceso de formación de óvulos es cíclico, periódico, madurando en condiciones de normalidad un óvulo cada mes. Se calcula que un ovario de recién nacida contiene unos cuatrocientos o quinientos mil óvulos sin madurar en los llamados folículos primarios; sin embargo durante la vida sexual de la mujer sólo crecen y expulsan sus huevos unos trescientos setenta y cinco de tales folículos, el resto degenera (se hacen atrésicos) de manera que al final de la vida sexual y en la menopausia sólo quedan unos pocos folículos primordiales.

La vida sexual normal de la mujer se caracteriza por cambios mensuales periódicos en la secreción de hormonas sexuales y los correspondientes cambios en los órganos sexuales mismos. Este tipo rítmico de cambio recibe el nombre de ciclo sexual femenino; su duración es en promedio de 28 días, aunque puede variar entre 20 y 45 días en mujeres normales. Todo este ciclo gira sobre el fenómeno de la ovulación en el ovario; está regido y ordenado desde el cerebro por el hipotálamo y por la hipófisis, que marcan el ritmo propio de cada mujer y que además pueden explicar las alteraciones del ciclo por causas psíquicas como fuertes emociones, terror, ansiedad, etc.

El hipotálamo es un grupo de células cerebrales altamente especializadas, del tamaño de una nuez, las cuales forman el centro de

control para varios sistemas básicos del cuerpo. Uno de los núcleos hipotalámicos o conjunto de células de función especializada controla la producción de las hormonas sexuales femeninas. Una vez que se ha alcanzado el peso decisivo y que el hipotálamo ha recibido el mensaje a ese efecto, envía un mensaje químico a la glándula pituitaria o hipófisis. Esta glándula, que se encuentra ubicada abajo del hipotálamo, reacciona al mensaje químico produciendo hormonas de importancia fundamental. De esta manera el ciclo sexual depende completamente de las hormonas gonadotrópicas secretadas por la denohipófisis, que son tres y son esenciales para la plena función de los ovarios:

la hormona estimulante del folículo (FSH), la hormona luteinizante (LH) y la hormona luteotrópica (LTH).

Una vez que el hipotálamo indica a la hipófisis que debe empezar la manufactura de la hormona estimulante del folículo, el sistema de alimentación hormonal, que comunica al hipotálamo, la hipófisis y los ovarios, ya está funcionando, y continuará dirigiendo cada uno de los ciclos subsiguientes desde la primera menstruación hasta la última.

Durante cada mes sexual hay un aumento y una disminución cíclicos de la hormona estimulante de los folículos y de la hormona luteinizante, quizás también de la hormona luteotrópica. Estas variaciones periódicas explican los cambios cíclicos del ovario. Durante cada ciclo mensual quizás 20 o más folículos primordiales se desarrollan, pero de ordinario uno de los folículos crece mucho más que los otros y este folículo ovula, o sea que expelle su huevo y los demás degeneran.

A medida que los folículos se desarrollan, manufacturan otra hormona sexual, el estrógeno, el cual es secretado y al circular por la corriente sanguínea es absorbido por la hipófisis. Cuando existe un nivel decisivo de estrógeno la hipófisis disminuye la producción de hormona estimulante del folículo y empieza a producir la hormona luteinizante.

Poco antes de la ovulación la pared externa del folículo que hace protección se hincha rápidamente y en el centro de esta zona de

hinchazón, una pequeña área denominada estigma, se eleva como un pezón. En otra media hora aproximadamente el estigma se rompe y empieza a escapar líquido del folículo, unos dos minutos más tarde cuando el folículo ha disminuido por la pérdida de líquido, es eliminado un líquido más viscoso que contiene el huevo y una masa de células de granulosa y tecaes. La causa de la ovulación parece ser la necrosis o la debilitación de las células del estigma o de la sustancia de cemento que hay entre ellas.

La hormona luteinizante es necesaria para el crecimiento folicular final y la ovulación. Pocas horas después de expulsado el huevo por el folículo, las células tecaes y las granulosa empiezan la luteinización y la masa de células se transforma en un cuerpo amarillo, que secreta principalmente progesterona, y también grandes cantidades de estrógeno. En la mujer normal el cuerpo amarillo llega a tener aproximadamente 1.5 cm. a los 7 u 8 días de producida la ovulación. Más tarde empieza a involucionar y pierde sus funciones secretoras; durante las semanas siguientes éste degenera más todavía hasta que queda sustituido por el tejido conectivo.

A la vez, en el útero o matriz, durante los primeros quince días del ciclo se suceden cambios en su pared y en su estructura bajo la influencia de la hormona estimulante de los folículos. Dado que el útero es el lugar donde debe anidar el huevo, su pared crece y prolifera aumentando su vascularización en la segunda mitad del ciclo, bajo la influencia de la hormona luteinizante. Esta pared que previamente ha proliferado, se carga de glucógeno y de sustancias nutritivas para el huevo, constituyendo el endometrio.

Acompañando a la producción cíclica de estrógenos y progesterona por el ovario, se produce un ciclo endometrial que pasa por tres etapas; proliferación del endometrio, cambios secretorios del mismo y descamación del endometrio conocida como menstruación.

Unos dos días antes de terminar el ciclo sexual las hormonas gonadotrópicas y las hormonas ováricas disminuyen bruscamente hasta valores muy bajos de secreción y todo ello va seguido de la menstruación.

Hay dos tipos de hormonas sexuales femeninas, los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos provocan principalmente proliferación de células específicas en el cuerpo, y son causa del crecimiento de los órganos sexuales y de la mayor parte de los caracteres sexuales en la mujer. La progesterona se relaciona casi totalmente con la preparación del útero para el embarazo, o de las mamas para la lactancia. La mujer normal no embarazada secreta estrógenos en cantidades importantes solamente por los ovarios y cantidades mínimas por las cortezas suprarrenales. Durante el embarazo también secreta cantidades enormes la placenta, hasta trescientas veces la cantidad secretada por los ovarios durante un ciclo sexual normal.

En la pubertad, los estrógenos afectan al cierre de la línea epifiseal de los huesos largos y la altura del individuo, causando también un efecto especial en el ensanchamiento de la pelvis; mantienen además la densidad de los huesos. Se le han atribuido efectos en la masa cardíaca y sobre la piel, dándole a ésta una textura especial blanda y generalmente lisa.

Durante la infancia los estrógenos son secretados en muy pequeñas cantidades, pero después de la pubertad aumentan mucho por influencia de las hormonas gonadotrópicas hipofisiarias hasta 20 o más veces. Se entonces cuando los órganos sexuales femeninos pasan de ser infantiles a presentar los caracteres de la vida adulta.

Las trompas de falopio, el útero y la vagina aumentan de volumen; también se desarrollan los genitales externos depositándose grasa en el monte de venus y labios mayores, con agrandamiento considerable de los labios menores.

Además del aumento de volumen de la vagina, los estrógenos modifican el epitelio vaginal que pasa de cúbico a estratificado, considerablemente más resistente a los traumatismos y a las infecciones que el epitelio prepuberal.

Durante los primeros años que siguen a la pubertad, las dimensiones del útero aumentan al doble o al triple. Por influencia de

los estrógenos se provoca una gran proliferación del endometrio con desarrollo de glándulas adecuadas que más tarde servirán para ayudar a la nutrición del huevo implantado. A su vez, tienen sobre el revestimiento mucoso de las trompas de falopio un efecto similar al que ejercen sobre el endometrio uterino. Las células glandulares proliferan y el número de células epiteliales cicliadas que revisten las trompas del falopio aumentan.

Los estrógenos también estimulan el desarrollo de las mamas y del aparato productor de leche; son la causa de la aparición de las características de la mama femenina madura, pero no completan el trabajo de convertir las mamas en órganos productores de leche, ya que son la progesterona y la hormona luteotrópica o prolactina las encargadas de estimular la secreción de leche.

La otra hormona sexual femenina es la progesterona y casi toda la secretada por la mujer no embarazada proviene del cuerpo amarillo durante la segunda mitad de cada ciclo ovárico. Sin embargo, las suprarrenales producen una pequeña cantidad de progesterona o compuestos con actividad progestérgica; durante el embarazo se forma progesterona en grandes cantidades por la placenta, cerca de 10 veces la cantidad mensual normal, especialmente después del cuarto mes de gestación.

La progesterona es un esteroide de estructura molecular no muy diferente de la que tienen otras hormonas esteroides, los estrógenos, la testosterona y los corticoesteroides.

La progesterona es secretada por los ovarios en cantidades mucho mayores que los estrógenos, pero su potencia por unidad de peso es mucho menor que la de estos últimos.

Entre las funciones de la progesterona están: Un efecto sobre el útero; la función más importante de la progesterona es provocar los cambios secretorios en el endometrio, preparando así la matriz para la implantación del huevo fecundado; además de ese efecto sobre el endometrio, la progesterona disminuye la frecuencia de las contracciones uterinas, lo cual ayuda a evitar la expulsión del huevo implantado.

La progesterona también estimula los cambios secretorios de la mucosa que reviste las trompas de falopio. Así mismo, estas secreciones son importantes para la nutrición del huevo que está empezando a dividirse cuando sigue todo el trayecto a lo largo de las trompas de falopio antes de implantarse en el útero.

La progesterona estimula el desarrollo final de los lobulillos y alveolos de las mamas, haciendo que las células alveolares proliferen, aumenten de volumen y adopten carácter secretor, sin embargo, la progesterona no provoca en realidad secreción de la leche por los alveolos, pues esto sólo ocurre después que la mama preparada es estimulada secundariamente por la hormona luteotrópica de la adenohipófisis.

Aunque en el ciclo sexual normal este efecto probablemente no tenga importancia, posiblemente la tenga durante el embarazo, cuando es necesario movilizar proteínas para que pueda utilizarlas el feto.

Anomalías en la secreción de los ovarios

El hipogonadismo o secreción ovárica menor que la normal, puede depender de ausencia de ovario o de falta de desarrollo del mismo.

Cuando una mujer plenamente desarrollada pierde sus ovarios* los órganos sexuales involucionan hasta cierto grado, de manera que el fero alcanza volumen infantil, la vagina se hace menor y el epitelio vaginal se vuelve delgado lesionándose fácilmente. Las mamas se atrofian y el pelo púbico es mucho menos frondoso. Los mismos cambios se producen en la mujer después de la menopausia. Cuando hay hipogonadismo o cuando las gónadas secretan pequeñas cantidades de estrógeno a consecuencia de otros factores, como hipotiroidismo, el ciclo ovárico tiene gran tendencia a no producirse normalmente. Por lo contrario, pueden pasar varios meses entre cada período menstrual o la menstruación puede desaparecer totalmente.

En forma característica, los ciclos ováricos prolongados suelen asociarse con el fracaso de la ovulación, probablemente por secre-

* Ovarectomía

ción insuficiente de hormona luteinizante o de otras hormonas necesarias para la ovulación.

Climaterio femenino

El climaterio es el conjunto de hechos de índole general que acompañan el declinar de los ciclos sexuales, en un período de tiempo que se inicia ya antes de la menopausia y se acaba después. Podríamos decir que el climaterio es a menopausia lo que pubertad es a menarca. En el climaterio se produce una crisis endócrina y vegetativa que se caracteriza por una serie de fenómenos que afectan a todo el organismo.

El climaterio significa todo el período de tiempo que dura desde unos meses a varios años, durante el cual los ciclos sexuales se hacen irregulares y acaban por desaparecer. Es durante este período que la mujer debe adaptar su vida sexual que había sido estimulada fisiológicamente por sus estrógenos, a otra vida sin ellos. La cantidad de estrógenos disminuye rápidamente y ya no secreta nada de progesterona después del último ciclo ovulatorio.

En el estudio cronológico del climaterio pueden distinguirse, siguiendo a Marañón, tres períodos: Premenopáusicos, Menopáusicos y Postmenopáusicos.

En el período premenopáusicos se presentan los fenómenos involutivos que preceden a la aparición de las primeras manifestaciones del climaterio. Estos fenómenos -prodromos del climaterio- afectan tanto al aparato genital como al organismo en general. Así como la primera regla precede a la fertilidad y existe entre ambas un período de esterilidad fisiológica, al alejarse la mujer de la madurez sexual recorre en sentido inverso el mismo camino, y al superar los cuarenta años sólo en pocos casos conserva la capacidad de fecundación descendiendo el índice de fertilidad hasta los cuarenta y cinco o cincuenta años en donde el ciclo sexual suele hacerse irregular y no se produce ovulación en muchos de los ciclos. Después de unos cuantos meses o años, los ciclos cesan completamente. En otras palabras, durante toda la vida sexual de la mujer, muchos de los folículos primordiales crecen transformándose en folículos vesiculares con

cada ciclo sexual y casi todos los huevos acaban degenerando o son ovulados. Por lo tanto, a la edad de aproximadamente cuarenta y cinco años sólo quedan unos pocos folículos primordiales dispuestos a ser estimulados por hormonas hipofisarias.

La producción de estrógenos por el ovario empieza a disminuir cuando el número de folículos primordiales se acerca a cero; cuando la producción de estrógenos queda por debajo del valor crítico y ya no puede inhibir la producción de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante en grado suficiente para provocar un ciclo oscilatorio. En consecuencia se producen cantidades elevadas de hormonas estimulante de los folículos y algo de luteinizante, a partir de aquel momento.

Mientras empieza el periodo de la pérdida de la función ovárica, ocurren cambios anatómicos en el ovario, los cuales pueden considerarse en la patofisiología observada. Probablemente en un principio el ovario desprenda gametos anormales (esto puede notarse por el aumento estadísticamente comprobado de la incidencia de anomalías congénitas en niños nacidos en este periodo de vida de la mujer), como consecuencia de esto no solamente hay una alteración en la aparición del óvulo, sino también un cuerpo lúteo de pobre funcionamiento. Como falla la función del cuerpo lúteo, el ovario cae en la anovulación. El ovario se vuelve entonces resistente a las gonadotropinas y finalmente es relativamente deficiente en la producción de estrógenos.

Bruscamente el ovario empieza a perder masa y volumen y se torna algo más pequeño que durante los años reproductivos. Hay evidencia de que el ovario, sin embargo, tiene la capacidad para producir postmenopáusicamente cantidades mínimas de estrógeno. Desde el punto de vista endócrino el climaterio se caracteriza por la reducción progresiva de la secreción de hormonas ováricas e incremento de las gonadotropinas hipofisarias.

En el periodo menopáusico se presentan en la mujer manifestaciones de desequilibrio endócrino que acompañarán al declinar sexual, producidas al decaer y alterarse la secreción del ovario y de las demás

glándulas endócrinas que intervienen en la función sexual.

El ovario al desaparecer el cuerpo lúteo y la hormona segregada por el mismo -la hormona folículo estimulante- altera el ritmo de maduración de los folículos; con el último ritmo menstrual y la cantidad de secreción de hormona estrogénica, culmina el cese de la regla.

Esta no se produce porque el ovario deje de segregar hormonas sino por la pérdida del ritmo de las secreciones; por lo tanto, la causa de la menopausia (supresión de los ciclos sexuales) parece ser un agotamiento de los ovarios.

La menopausia tendrá lugar cuando han transcurrido doce meses consecutivos sin menstruación.

En el periodo postmenopáusico el ovario queda totalmente inactivo y en la mayor parte de las mujeres esto origina un descenso de la actividad hormonal correspondiente (estrógenos) ya que éstos son producidos en cantidades subcríticas por cierto tiempo después de la menopausia, pero al cabo de unos pocos años, cuando los últimos folículos primordiales se vuelven atrésicos, la producción ovárica de estrógenos cae hasta cero.

La fuente de estrógenos en la mujer postmenopáusica está relacionada principalmente a la secreción en el ovario y en la glándula suprarrenal.

Síndrome del Climaterio

"El síndrome climatérico es el nombre técnico para todos los síntomas asociados con la transición en los niveles hormonales sexuales durante un periodo de quince años () aunque se piensa que los síntomas relacionados con la menopausia (la suspensión de la menstruación) tiene lugar cerca de la época de la menopausia, los síntomas del cambio menopáusico se pueden presentar, y lo hace, en cualquier momento durante el periodo climatérico" (1)

Este grupo de síntomas que sufren algunas mujeres en el climaterio pueden variar en un amplio rango de un individuo a otro y su severidad puede depender de tres factores: la pérdida de estrógenos y de la escala en que esta pérdida ocurre; del estado psicológico y del significado que la menopausia puede tener para la mujer; y de los factores sociales que rodean a ésta y que constituyen su medio ambiente.

Varios investigadores, entre ellos Novak E. (1940) Greenblatt R.B. (1955); Malleson J. (1956); Prados M. (1967); Walsh J.W. (1968) y Somerville B.W. (1972) concluyeron que los síntomas que se presentan durante la menopausia tienen como causa un desbalance hormonal. Síntomas tales como dolor de cabeza y depresión son consecuencia natural de un desajuste endócrino; el grado de desórdenes psicológicos comúnmente atribuidos a la menopausia están en función de la rapidez de la declinación ovárica susceptible del sistema nervioso autónomo, y consideran que la causa de la neurosis es biológica. (2)

Hoskins R.G (1944) a su vez expresa en la ansiedad que se presenta durante la menopausia es causada indirectamente por cambios endócrinos y por un incremento en la estimulación del sistema nervioso simpático. (3).

En oposición, Farrell D.M. (1948), Jeffcoat T.N.A. (1960); Slater E. y Roth M (1969) y Kistner R.W. (1974) concluyeron en sus investigaciones que las quejas psicológicas de la mujer durante la menopausia no tienen un origen hormonal. Síntomas tales como dolor de espalda, de piernas, parestesia, irritabilidad, dolor pélvico, dispareunia y flujo vaginal no son debidos a una deficiencia estrogénica sino que ocurren como resultado de factores tales como la herencia, antecedentes físicos, patrones sociales, etc. La historia de un sujeto y su estilo de vida es probablemente más importante que los cambios endócrinos en la producción de síntomas psicológicos durante el climaterio. (4)

Considerando las estadísticas "Entre 75% y 80% de mujeres menopáusicas padecen uno o más síntomas, otro 10 padece síntomas muy severos y se ven por lo menos parcialmente incapacitadas". (5)

Sin embargo los resultados de algunas investigaciones no han mostrado uniformidad en cuanto a la presencia del síndrome menopáusico en tales proporciones. De este modo, Filskov A. (1936); Campbell C.H. (1937); Jacobi E. (1939); Grenhill M.H. (1946); Rybo G. (1971); McKinlay S. (1972) y Thompson B. (1973) informan que ninguno de los síntomas (autónomo, psicósomático y somático) es único durante la época del climaterio, por lo que la posibilidad de un síndrome es considerada sólo en una relativamente pequeña proporción de mujeres. Así los síntomas psicológicos no pueden ser incluidos en un síndrome menopáusico. (6)

Roddick J.W. (19177) señaló que la pérdida de estrógenos no ocurre al mismo tiempo en todos los individuos; no causa los mismos síntomas ni la misma severidad. Aunque la mayoría de las mujeres puede llegar a presentar algunos síntomas o signos durante y después del climaterio, muchas no requieren de un tratamiento activo, algunas requieren de un tratamiento mínimo y el resto de una ayuda hormonal y psicológica. Los síntomas específicos que son más comunes en una mujer sin producción de estrógenos incluyen irregularidades en la menstruación producida por anovulación, inestabilidad vasomotora que se manifiesta por bochornos y frecuentemente por sudoración, cambios de humor tendientes a la depresión y a la ansiedad. (7)

Los síntomas comúnmente atribuidos al climaterio se dividen en tres grupos distintos: aquéllos relacionados con el sistema nervioso autónomo, entre los que pueden observarse los bochornos, sudoraciones nocturnas, comezón en las extremidades, molestias gastrointestinales, adormecimiento y escozor en los dedos; los psicósomáticos tales como dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, insomnio, cambios en el deseo sexual y quejas vagas sistemáticamente irracionales; y por último los somáticos, que son aquellas molestias debidas a alteraciones del aparato reproductivo, disfunciones menstruales, cambios en el sistema musculoesquelético como la artritis, bursitis, osteoporosis, etc., cambios en la piel y alteraciones metabólicas, cambios atróficos en la vagina, como dispareunia y vaginitis.

Los bochornos son tal vez los síntomas más conocidos y que se presentan con mayor frecuencia durante la menopausia. Estos se descri-

ben como sensaciones repentinas de abrumante calor de la cintura o del pecho hacia arriba, que se difunden sobre el cuello, el rostro y las extremidades superiores; a menudo provocan un rostro enrojecido, un sudor copioso y en ocasiones van acompañados de una sensación de sofoco. Cada una de esas condiciones resulta de los cambios repentinos en el diámetro de los vasos sanguíneos. (8)

Mc Dowell J.G. y Paterson A.S. (1940); Rybo G. y Westerberg H. (1971); Thompson B (1973) y Mc Kinaly S. y Jefferys M. (1972, 1974) observaron en sus investigaciones que los bochornos y sudoraciones nocturnas están claramente asociados con el inicio de una menopausia natural y ocurren en la mayoría de las mujeres.

Los bochornos fueron reportados como los que ocurren más frecuentemente (casi diario) y más excesivos en mujeres cuyo flujo menstrual mostraba evidencia de cambio o cesación y en el 25% de mujeres cuya menstruación había cesado por lo menos por un año, los bochornos persistían por cinco años o más. Otros 6 síntomas específicos como dolor de cabeza, palpitaciones, confusión, vértigo, depresión y aumento de peso mostraron relación indirecta a la menopausia aunque tienden a ocurrir juntos; cada uno fue reportado por casi un 30 a 50% de las encuestadas, con pequeñas variaciones de acuerdo a la condición o estado de la menopausia. (9)

La exacta etiología de los bochornos es todavía desconocida y nadie sabe cual es el cambio fisiológico que provoca las alteraciones vasculares; los bochornos podrían ser el resultado de las oscilaciones irregulares del estrógeno y la progesterona, ya que el estrógeno hace descender la temperatura del cuerpo y la progesterona la aumenta. Sin embargo, las oscilaciones irregulares de la producción hormonal son características del cambio de la pubertad a la época de la primera menstruación y no por esto las adolescentes padecen bochornos.

EDAD DE LA MENOPAUSIA Y FACTORES PRECIPITANTES

Con el intento de establecer cual es la edad promedio en que se presenta la menopausia se han hecho varias investigaciones en diversos países, encontrándose poca variación entre los resultados de una y otra investigación.

Backman G. (1948) concluyó que la edad de la menopausia era alrededor de los 40 años en épocas antiguas y cerca de los 45 años entre los años 1500 a 1830, edad que se ha ido incrementando hasta llegar a los 48-50 años en el último siglo. (10)

Amundsen D.W. y Diers C.J. (1970) en oposición a la hipótesis de Backman, establecieron que durante la época de la Roma y Grecia Clásicas, la edad promedio en que se presentaba la menopausia era alrededor de los 50 años. (11)

Mc Kinlay S.M.; Thompson B y Jefferys M. (1972) encontraron al estudiar a un grupo de mujeres londinenses, que la edad común de cesación de la menstruación es entre los 50 y 51 años de edad, no habiendo evidencia de alguna variación en la edad durante los últimos 100 años. (12)

Frommer D. J. (1964) en una investigación que realizó con 443 mujeres inglesas intentó estimar la edad de la menopausia usando como definición de ésta "un lapso de por lo menos 9 meses desde que se presenta el último sangrado menstrual"; concluye que la edad promedio en que se presenta es de 50 años, edad que se ha considerado con una variación de 5 años desde mediados del siglo XIX. (13)

Burgh P.R. y Gunz F.W. (1967) encontraron que la edad en que se presenta la menopausia en mujeres de Nueva Zelanda es de 50 años promedio. Este dato fue comparado con estudios previos, razón por la cual los autores observaron que no hubo cambios en lo que a edad se refiere. (14)

Walsh J.W. (1968) realizó un estudio entre mujeres del área metropolitana de Sidney (Australia) y encontrando que la edad en que se presentó la menopausia (de modo espontáneo) fue a los 50 años. (15)

EDAD DE LA MENOPAUSIA Y FACTORES PRECIPITANTES

Con el intento de establecer cual es la edad promedio en que se presenta la menopausia se han hecho varias investigaciones en diversos países, encontrándose poca variación entre los resultados de una y otra investigación.

Backman G. (1948) concluyó que la edad de la menopausia era alrededor de los 40 años en épocas antiguas y cerca de los 45 años entre los años 1500 a 1830, edad que se ha ido incrementando hasta llegar a los 48-50 años en el último siglo. (10)

Amundsen D.W. y Diers C.J. (1970) en oposición a la hipótesis de Backman, establecieron que durante la época de la Roma y Grecia Clásicas, la edad promedio en que se presentaba la menopausia era alrededor de los 50 años. (11)

Mc Kinlay S.M.; Thompson B y Jefferys M. (1972) encontraron al estudiar a un grupo de mujeres londinenses, que la edad común de cesación de la menstruación es entre los 50 y 51 años de edad, no habiendo evidencia de alguna variación en la edad durante los últimos 100 años. (12)

Frommer D. J. (1964) en una investigación que realizó con 443 mujeres inglesas intentó estimar la edad de la menopausia usando como definición de ésta "un lapso de por lo menos 9 meses desde que se presenta el último sangrado menstrual"; concluye que la edad promedio en que se presenta es de 50 años, edad que se ha considerado con una variación de 5 años desde mediados del siglo XIX. (13)

Burgh P.R. y Gunz F.W. (1967) encontraron que la edad en que se presenta la menopausia en mujeres de Nueva Zelanda es de 50 años promedio. Este dato fue comparado con estudios previos, razón por la cual los autores observaron que no hubo cambios en lo que a edad se refiere. (14)

Walsh J.W. (1968) realizó un estudio entre mujeres del área metropolitana de Sidney (Australia) y encontrando que la edad en que se presentó la menopausia (de modo espontáneo) fue a los 50 años. (15)

Frere G. (1971) intentó estimar la edad de presentación de la menopausia entre un grupo de 744 mujeres blancas y 1319 negras en Sudáfrica y encontró que la edad promedio fue de 50.4 años en las blancas y 49.7 en las negras, habiendo una diferencia de 9 meses. (16)

MacMahon B. y Worcester J. (1966) al investigar un grupo de 3581 mujeres -entre los 18 y 79 años- encontraron que la edad promedio en la cual se suspendieron las menstruaciones definitivamente, fue entre los 49 y 50 años. Dicho estudio fue realizado con mujeres de E.E.U.U. (17)

También se ha intentado establecer si la edad de ocurrencia de este fenómeno está de algún modo relacionado con eventos psicológicos o patológicos, o bien a situaciones tales como la aparición de la primera menstruación; para ello se han realizado diversos estudios e investigaciones de los cuales se ha concluido que al parecer algunos factores pueden mostrar una relación directa con la edad de aparición de la menopausia, mientras que otros solo mostraron muy poca o indirecta relación.

Así por ejemplo, Mc Kinaly M y Jefferys M (1972); Soberón J. Calderón J. y Goldzieher J.W. (1966) consideraron que existía una posible asociación entre la edad en que se presenta la menopausia y el número de hijos que se han tenido, siendo ésta una relación directamente proporcional -a mayor número de hijos, más temprano se presenta la menopausia-; sin embargo Mc Kinaly y Jefferys años más tarde (1974) concluyeron que tal relación es en verdad poco significativa, por lo que no puede establecerse que la edad dependa del número de hijos. (18)

Mc Dowell J.G. y Paterson A.S. (1940) consideraron que existía una posible asociación entre el número de hijos y la sintomatología que se presenta en el climaterio; supuestamente a mayor número de hijos, mayores eran los problemas que se presentaban; sin embargo sus resultados no fueron lo suficientemente evidentes. (19)

Achté K. (1970) encuentra a su vez que los síntomas menopáusicos ocurren con mayor frecuencia en mujeres que han tenido un mayor número de hijos en comparación con aquellas que han tenido pocos o ninguno.

También señala que tales síntomas -sobre todo los neurovegetativos- son más frecuentes en pacientes a las cuales se les ha practicado la histerectomía, y también mujeres que ya han sufrido previamente de dismenorre (dolores menstruales). La mujer soltera que no ha tenido disturbios menstruales es la que está en la mejor posición al respecto. (20)

Walsh R.J. (1978) demostró que son falsas las creencias con respecto a que existe una relación entre la edad de la menarca, o la edad que tenía la mujer al quedar embarazada por primera vez, así como el número de hijos, con la edad en que se presenta la menopausia, ya que no hubieron suficientes datos que apoyaran este supuesto, y no hubo una correlación estadísticamente significativa entre tales factores. (21)

Lindquist O. y Bengtsson C. en 1979, reportaron la presentación de la menopausia en edades tempranas -antes de los 49-50 años- en mujeres fumadoras en comparación con las no fumadoras (datos que confirmaron los resultados de estudios similares anteriores). La posible razón para explicar dicha diferencia puede ser que se presenta una insuficiencia ovárica temprana, en aquellas mujeres que fuman, por una obturación de las vías del sistema hormonal ovárico a causa de las toxinas del cigarro. (22)

En general, se concluyó que hay un mayor número de fumadoras entre las mujeres postmenopáusicas de 50 años de edad, que el número de mujeres de la misma edad que aún menstruan. La diferencia fue estadísticamente significativa. El descubrimiento de un gran número de mujeres postmenopáusicas entre las fumadoras podía ser explicado de dos formas: Si es la mujer que fuma la que presenta la menopausia más temprano que una que no fuma, o la mujer comienza a fumar como consecuencia de la menopausia. Los resultados mostraron claramente que la segunda posibilidad no era válida. Muy pocas mujeres habían comenzado a fumar en años recientes: la menopausia precoz es así una consecuencia del fumar y no viceversa. (23)

ASPECTOS PSICOSOCIALES

En toda existencia humana hay períodos de transición en los cuales se producen verdaderas crisis fisiológicas que pueden acarrear trastornos físicos y psíquicos más o menos importantes. Los antiguos creían, con Hipócrates, que tales crisis eran muy frecuentes. Persuadidos de que la renovación íntegra de la sustancia corporal se producía cada siete años, habían dado a este número y a sus múltiplos un valor considerable y designaban con el nombre de años "climatéricos" (del griego Klimakter, periodo de la vida o literalmente escalón) o críticos a aquellos en que habrían de sobrevenir accidentes temibles y, con frecuencia, la muerte.

Los años más críticos eran los 49 y los 63, éste el más climatérico de todos. Estas viejas doctrinas, sin el menor fundamento serio, no se aceptan ya desde hace mucho tiempo. Hoy día se admite que en la vida existen dos periodos críticos: el paso de la infancia a la adolescencia o pubertad y el paso de la edad madura a los umbrales de la vejez, denominado cambio de edad o edad crítica.

Es frecuente la confusión entre la generalizada expresión de edad crítica -adoptada también por la medicina tradicional- y el término menopausia (del griego men-mes y pausis-cese) cuyo empleo es relativamente reciente.

La menopausia, como su etimología indica, no es, sino un fenómeno aislado: la cesación del flujo menstrual. El climaterio o edad crítica en cambio es una etapa más o menos larga de la vida caracterizada por un conjunto de complejas alteraciones del organismo.

El corte de la función menstrual, aún siendo el fenómeno "crucial" de la edad crítica, solo representa uno de los elementos entre otros muchos trastornos, sobre todo de orden circulatorio y nervioso. La desaparición de las reglas se produce a veces con gran rapidez mientras los incidentes que gravitan alrededor de dicha edad surgen mucho antes y persisten hasta mucho después de tal desaparición.

En el transcurso de la vida de la mujer ocurren varios eventos psicológicos, biológicos y sociales: la infancia, la pubertad-durante la --cual se inician los años de fecundidad -el matrimonio, la llegada de los hijos y su educación, la edad madura -menopausia- y la última fase de la vida que conduce a la vejez. Cada una de estas etapas está marcada por una crisis la cual no implica una catástrofe, sino un punto decisivo, crucial y vulnerable, en el cual se pueden alcanzar logros o producir fracasos.

Como etapas críticas la pubertad y la menopausia tienen un punto en común, ya que ambas están marcadas por tensiones psicológicas provocadas y acentuadas por las modificaciones que sufre el organismo. Lazarsfeld S. y Kadis A., en 1954, notaron en un estudio realizado, una gran similitud entre las reacciones psicológicas de la pubertad y de la menopausia (1). A su vez Neugarten B.L. y Kraines R.J. en 1965, en un estudio realizado con -460 mujeres entre los 13 y 64 años, encontraron un incremento en la frecuencia de síntomas psicológicos, tanto en la adolescencia como en el climaterio, aunque no observaron similitud en el tipo de síntomas (2).

Helene Deutsch (1.c) ve en el climaterio y sus reacciones psicológicas y somáticas tanto una repetición como la contraparte de la menarquía. La mujer pasa por un estado psicológico de dudas, vacilaciones, temor al futuro, intensificación y rechazo de su sexualidad, de oscilación entre deseos de aislarse y una gran actividad social, etc., que se parece en mucho a las reacciones de la niña púber. Además, hasta parte de las reacciones físicas, como por ejemplo, los frecuentes trastornos vasomotores, son parecidas. Helene Deutsch dice que estudiando los conflictos de determinada mujer frente a su menarquía se pueden prever sus futuras dificultades climatéricas. Pero esta semejanza está en contraste con una diferencia fundamental: todo lo que la niña adquiere en la menarquía, la mujer madura lo pierde en la menopausia. Esta significa para ella una muerte parcial y su anulación para las funciones dedicadas a la especie. Por eso mientras que el clima de las fantasías, los deseos y conflictos puberales es el resignado "demasiado temprano", la mujer climatérica tropieza en sus intentos de realización con un triste "demasiado tarde". Los parecidos y el carácter de crisis del estado psicológico de ambas etapas provienen de esa imposibilidad de realización impuesta por la edad, demasiado corta en la niña, demasiado avanzada en la

mujer envejecida (3).

Si en ciertas mujeres "idealmente normales", el climaterio puede limitarse al cese de las reglas, en otras puede ir acompañado por una serie de trastornos tanto biológicos como psicológicos. Sea cual fueren los desórdenes fisiológicos del climaterio, quizás el principal interés debe estar en sus repercusiones psicológicas. "La edad peligrosa" se caracteriza por determinados trastornos orgánicos, pero lo que los agrava es el valor simbólico que revisten (...). En esta coyuntura, como en otras tantas, las molestias de la mujer provienen menos del cuerpo mismo que de la conciencia angustiada que de ella toma. Generalmente el drama moral comienza antes de presentarse los fenómenos fisiológicos y no termina sino mucho después de liquidados" (4). Helen Deutsch ve la crisis psicológica que acompaña al climaterio como inevitable, pero explica como sus características y su intensidad están determinadas por la estructura psicológica de la mujer, por sus conflictos infantiles y por sus logros o fracasos durante su época biológica (5). La manera en que la mujer se haya enfrentado a los cambios que ocurren en el transcurso de su vida, dependerá de la imagen que tenga de sí misma, del primer período (menarca), la primera experiencia sexual, el embarazo, el parto, la menopausia; el significado que le de a los aspectos del cambio hormonal, así como el que le conceda a cualquier sintoma que se presente, dependerá de una interrelación de factores psicológicos, biológicos y sociales. "El cambio concreto, biológico que experimenta la mujer en esta época de su vida, revivirá en su inconsciente las experiencias y los conflictos psicológicos de cambios vividos anteriormente por ella" (6).

Uno de los temores que experimenta la mujer en el climaterio es a los cambios. La menopausia es un signo específico del paso del tiempo y es motivo de gran preocupación, no sabe si seguirá siendo desahogada como compañera, necesitada por sus hijos, etc.

Rogers, Mannes, Jaszmann, Van Ltn, Osofsky y Seidemberg, en una investigación realizada a mujeres menopáusicas, concluyeron que las restricciones de las normas sociales en la mujer son causa posible de la sintomatología que se presenta durante esta etapa, como resultado de una expectativa social de sometimiento y obediencia. Durante esta época la mujer se

retira de su actividad más importante (el cuidado de los hijos) para lo cual la mayoría de las mujeres no están preparadas (7).

Seyle, observó que la mujer sufre de una gran presión social al rededor de la etapa de la menopausia, ya que ésta simboliza el comienzo de la edad madura en una sociedad en donde el atractivo sexual se relaciona con la juventud, la vitalidad, la belleza, etc. La respuesta a estas exigencias tiene repercusiones psicológicas (8).

Paulina Bart puso énfasis en la finalización de los roles tradicionales en la época de la menopausia; roles instrumentales (trabajo del hogar), roles expresivos (lazos afectivos). Los hijos que se van y menos ocupación en las tareas domésticas (9).

Marmor, apuntó que las mujeres en la edad madura manifestaron - desórdenes psiquiátricos tres o cuatro veces mayor que en los hombres, lo atribuyó a las exigencias sociales -belleza, juventud, etc.- de la cultura occidental. Al hombre en cambio, se lo ubica en el trabajo (10).

"Se teme a la menopausia porque va asociada con el envejecimiento, se considera a la juventud como una bendición y el final de ella por definición es un evento amenazante; la actitud hacia la menstruación y hacia la menopausia reflejan ese patrón: cuando la niña tiene su primera menstruación se la recibe con la exclamación de que ya es una mujer y ante los primeros indicios de la menopausia el mensaje que recibe es de que se terminó su tarea como mujer reproductora"...(11).

Ocurre también en esta etapa el surgimiento de temores debidos a la ignorancia, a los mitos, a la falta de información, etc., la mujer suele tener dudas y ansiedad por lo que le puede acontecer en la menopausia.

Roddick observó que los antecedentes familiares, culturales y la educación son los factores que influyen en el desarrollo de los síntomas climatéricos. Por ejemplo, la mujer cuya madre y abuela tuvieron síntomas severos en la menopausia, con el paso del tiempo puede padecer ella también de síntomas, debido a factores hereditarios o estar condicionada por sus vivencias familiares (12).

Neugarten, Wood, Kraines y Loomis, observaron que la ansiedad en la menopausia, ocurre por falta de información y de mitos. Adjudicaron una actitud positiva ante la menopausia en mujeres con una mayor educación (13).

La primera imagen con que toda niña se identifica, su modelo en las primeras etapas del desarrollo, es la madre, y por lo tanto, establecer su identidad es llegar a ser madre en su propio hogar: el matrimonio es el camino celebrado hacia la identidad femenina.

"Erick Erickson... al advertir que las mujeres jóvenes se preguntan a menudo si pueden tener una identidad propia antes de saber con quien se van a casar y con quién van a fundar un hogar... explico que gran parte de la identidad de la mujer ya está definida en la calidad de sus atractivos y en la selección que opera en la búsqueda del hombre (o los hombres) por los que quiere ser buscada... la realización de la mujer madura - reside en el hecho de que la configuración somática de la mujer prepara un espacio interior destinado a llevar el hijo del nombre elegido" (14).

"Cuando al final de la adolescencia se vuelve imperioso demostrar que uno puede hacer algo, hacer que una cosa funcione gracias a uno mismo, el lugar más sencillo al que puede dirigirse una joven es a su útero. La ocupación de hacedoras de bebés es siempre accesible y le proporciona una clara identidad. La maternidad puede ser una ocupación muy satisfactoria pero detrás de ella pueden ocultarse los temores de no estar a la altura del mundo" (15).

Los patrones cristalizados a través de milenios predeterminan de manera absoluta la formación y el destino social del ser humano según nazca macho o hembra; la mujer es biológicamente diferente del hombre, pero hay diferencias y diferencias; algunas la hacen aparecer como inferior y son las que están determinadas socialmente... Las conductas que la denuncian no han sido dictada a la mujer por sus hormonas, ni han sido prefiguradas en su mente, sino que son las señaladas por su situación". (16).

Las diferentes características que se le asignan al ser humano en cuanto a carácter, temperamento, inclinaciones, gustos, dotes, etc., que

se suponen inherentes a cada sexo, son considerados como caracteres sexuales secundarios, biológicamente determinados.

"como se caracterizan las mujeres en nuestra cultura? inconsistentes, emocionalmente inestables, carente de consciencia y de un super yo fuerte, dependientes, mas débiles, nutricias más que productivas, intuitivas más que inteligentes, hechas para el hogar y la familia; la lista forma un estereotipo de inferioridad, en este sentido se le condena a ser la niña eterna" (17).

Los rasgos que la caracterizan dulzura, pasividad, resignación, reatar y dependencia al mundo cerrado de la familia son reunidos bajo el pseudónimo de femineidad "Mucho de los defectos que se les reprocha, mediocridad, pereza, frivolidad, etc., sólo expresan el hecho de que se les empuja el horizonte"(18).

Tratando de explicar qué factores determinaron el carácter de la mujer, algunos teóricos en psicología expusieron sus teorías. Contemporáneos de Freud, como Moebius y Marañón, describieron a la mujer como un hombre incompleto. Para Weininger, representante de la idea de la bisexualidad, la mujer era la antítesis del hombre. Pero para los tres "la hembra era inferior al macho"y tanto Marañón como Weininger, valorizaban a la mujer homosexual pues de acercaba más al ideal varonil que a la mujer femenina.

Cuál era el criterio de Freud sobre la mujer? "ideas que desarrolló en sus trabajos pertenecientes a la primera década de nuestro siglo y que fué modificando paulatinamente.

Freud estudió primero y principalmente el desarrollo de la sexualidad infantil en el varón. Para él, el sexo "standart" era el masculino después le atribuyó a la mujer, el mismo desarrollo, hasta el momento en que la niña se da cuenta por primera vez de la diferencia anatómica entre los dos sexos (reconocimiento que generalmente ocurre a los tres o cuatro años) reaccionando con un sentimiento de envidia ante el descubrimiento de que no posee un genital masculino ella también, por lo que se siente inferior y desprecia su propio sexo.

La interpretación es que ella ha sufrido una mutilación genital, pasada la primera desilusión, la niña llega, paulatinamente y a través de muchos conflictos a reconciliarse con su propio sexo, aunque subsiste - cierto resentimiento por ser mujer.

Además su falta de pene, que considera casi una inferioridad orgánica, tiene tal vez como consecuencia una inferioridad en el plano psicológico, cultural y moral. Pero como existen rasgos de los dos sexos tanto en el hombre como en la mujer (concepto de la bisexualidad) esta inferioridad no estaría en oposición con las dotes afectivas e intelectuales - de determinadas mujeres superiores, ya que su capacidad sería sencillamente una manifestación de tendencias masculinas en ella... Toda esta situación de inferioridad sería consecuencia del desarrollo psicobiológico de - la mujer y así hasta cierto punto, independiente de su contexto familiar y cultural (19).

Sin embargo en algunas publicaciones como "La moral sexual, - cultural y el nerviosidad moderna", Freud atribuyó la inferioridad intelectual femenina a la prohibitiva y cerrada educación sexual que la mujer sufre desde la infancia, reconociendo de esta manera, la importancia que tiene el factor cultural y social en la determinación de ciertas características femeninas.

El concepto de Freud, sobre la femineidad provocó una serie - de discusiones científicas y aunque fue aceptado por sus primeros colaboradores y psicoanalistas -entre ellas mujeres- menores que Freud en varios - decenios lo objetaron.

Primeramente fue la psicoanalista Karen Horney quien investigó este tema profundamente y en su obra "The flight from the womanhood" - consideró que la investigación psicoanalítica primero incursionó en el - sexo masculino por el hecho de Freud y sus colaboradores eran hombres, interesándose más por la psicología de su propio sexo, y cuando investigaron los procesos psicológicos femeninos lo hicieron con un enfoque masculino,

típico de una sociedad patriarcal que adoptó criterios de valor, de moral, de ética, al carácter masculino.

De este modo las mujeres consideraron inconscientemente que todo lo positivo que pudieran tener era masculino y todo lo negativo femenino. Criticó también Karen Horney el concepto de que la femeneidad era para la mujer un sustituto de sus deseos varoniles y la maternidad una compensación del pene deseado.

En el año de 1923, en su obra sobre la génesis del complejo de castración femenina, Karen Horney, cuestiona que la envidia al pene sea en realidad el motivo de casi todos los trastornos neuróticos de la mujer y admite que lo que envidia es en realidad el poder masculino. Critica además el que se tome como irrefutable la posición psicoanalítica de la envidia fálica, ya que de ser cierto la mitad de la raza humana estaría desconforme con su sexo.

La psicoanalista Helen Deutsch, admitió que es posible que la niña sea más pasiva biológicamente que un niño, sin que por ello intervenga el factor envidia al sexo masculino y consideró que sería una exageración interpretar que la mayoría de las dificultades de la mujer se deban a la envidia fálica. "El conflicto básico de la niña no proviene pues, de su envidia al pene, sino de su carencia definitiva de un órgano sexual activo y falta temporaria o subjetiva del órgano receptivo pasivo, la vagina, en la cual sólo más tarde centrará toda su sexualidad femenina adulta"(20).

Los conceptos de Melanie Klein (y su escuela inglesa), están en discordancia con los conceptos freudianos. Ella consideró que la mujer ya nace como hembra y que no es psicológicamente un hombre castrado. De acuerdo a su teoría, basándose en el concepto de fantasía inconsciente, logró demostrar que tanto la niña como el niño actúan y reaccionan prácticamente desde el principio de su vida, de acuerdo con su sexo y su biología.

En lo que concierne a las diferencias psíquicas entre los sexos, Melanie Klein atribuyó mucho valor, al hecho de que la niña esté más expuesta a angustias en su desarrollo temprano que el varón, por no poder comprobar la integridad de sus genitales y ver a la maternidad como algo lejano para ella.

A partir de estos diferentes criterios, puede observarse que para algunos investigadores, el carácter femenino está determinado por factores biológicos y para otros lo que influye es la situación social y cultural de la mujer.

Si consideramos al ser humano desde el punto de vista histórico, puede estudiarse la posición de la mujer en la sociedad y el origen de la diferenciación en el rol de cada sexo. En el curso de sus fases iniciales la vida social se mantuvo dentro del marco de comunidades (hordas o bandas) muy aisladas entre sí y el trabajo se hacía en común dentro de cada una de ellas.

Durante el pleolítico superior y el neolítico se diferenciaron y se desarrollaron las funciones individuales y los instrumentos de trabajo dentro de cada comunidad.

Con el aumento del trabajo productivo, se estimuló el intercambio entre comunidades, originándose un excedente de productos por encima de las necesidades de la subsistencia. El mantenimiento de dicho excedente y la producción gracias al trueque entre las comunidades dieron lugar a la unificación y al aumento de la población.

La posición de la mujer dentro de esta sociedad estaba determinada por el valor del trabajo productivo que realizaba (fuera de las tareas domésticas). en la comunidad, la preparación de los alimentos, el cuidado de los niños y en general todas las labores domésticas se realizaban en conjunto.

Cuando se establece la propiedad privada vastos sectores de la población femenina asumieron la responsabilidad del trabajo doméstico quedando así la mujer confinada a un papel social más bien restringido.

Con esta división en el trabajo, se origina el patriarcado, las mujeres se sometieron y aceptaron la ocupación destinada al mantenimiento de la familia dentro de los confines del hogar, y se consolidó así una tipología humana característica, cuyos orígenes económicos y sociales se esconden tras la apariencia de las diferencias biológicas sexuales.

La sociedad patriarcal continuó por muchos siglos, fue la revolución francesa con su lema de igualdad, quien puso por primera vez en duda la dependencia de la mujer.

Aunque en la clase media y alta de Europa, no se produjo ningún cambio inmediato en la posición social de las mujeres, en la clase baja sí fue notable la transformación que éstas sufrieron.

Tanto en la familia del campesino como en la del artesano, esposa e hijos habían compartido el trabajo con el hombre, alternando esta tarea con la del hogar.

Con la revolución industrial y con el advenimiento de la tecnología el hombre pasó a trabajar a las fábricas que se crearon para tal fin disminuyó el trabajo en pequeña escala y tuvieron que seguirlo la mujer y los hijos, para la subsistencia de la familia.

Posteriormente con la legislación del trabajo, resultado de las luchas para el mejoramiento social, se estableció que los niños de cierta edad no podían efectuar el trabajo en las fábricas, convirtiéndose en una carga más para la mujer que debía ahora trabajar para el sostenimiento de estos, a la par del esposo.

En la mujer campesina, los cambios ocurrieron más tarde y de dos maneras; en primer lugar, las familias campesinas emigraron a los centros urbanos, con el consiguiente problema de desubicación que trajo como consecuencia el desarraigo, la prostitución, hijos ilegítimos, etc. En segundo término, el trabajo rural se industrializó y se hizo semejante la familia del campesino a la del obrero.

Estos cambios no afectaron a la mujer de la clase media y alta hasta la primera guerra mundial, ya que de pronto las mujeres de los diversos países en guerra cuya única ocupación había sido el hogar y su núcleo social, tuvieron que realizar tareas -hasta entonces consideradas imposibles para ellas- que les proporcionó una mayor independencia y responsabilidad.

"La mujer de la posguerra... había logrado mucho, pero en una sociedad falocéntrica sus logros lo eran también... Por eso mismo el hombre se sentía despojado por ella y en la medida en la cual la mujer se sentía menos "femenina" el hombre temía por su virilidad. Paulatinamente cambió la situación... Los hombres de la generación siguiente ya aceptaban que sus hijas estudiases y trabajases" (21). Sin embargo muchas jóvenes abandonaron demasiado pronto la búsqueda de su propia formación e identidad, ante la necesidad de escoger entre una carrera y ser madres, elección que no se le impone a ningún hombre.

Es importante destacar que en la vida de la mujer se producen varios hechos dignos de atención, pues mientras sus hijos están creciendo ella es el centro de ese universo, es esencial y vital para su familia. Ella que como la mayoría de las mujeres están ocupadas en la educación de sus hijos y en las tareas del hogar, súbitamente se da cuenta de que su vida empieza a cambiar, los hijos crecen, buscan su propio camino al marido lo absorbe su trabajo y para ella el trabajo en cambio disminuye, tiene más tiempo, queda así ociosa por primera vez.

"Liberada de sus deberes descubre al fin su libertad, por desgracia en la historia de cada mujer se repite la circunstancia que hemos comprobado en el transcurso de la historia de la mujer; aquella descubre esa libertad cuando ya no encuentra que hacer con ella. Esa repetición no es nada casual, la sociedad patriarcal ha dado a todas sus funciones femeninas la figura de una servidumbre y la mujer solo escapa a la esclavitud en los momentos en que pierde toda eficacia. Hacia los cincuenta años se encuentra en plena posesión de sus fuerzas y se siente rica en experiencia. A esa misma edad el hombre accede a altas situaciones y a los puestos más importantes, pero a ella la han puesto de retiro.

Sólo le han enseñado entregarse con toda devoción y ahora ya nadie se la reclama, inútil e injustificada, contempla los largos años sin promesa que le quedan por vivir y murmura ¿nadie me necesita? (22). Esta combinación de factores -los hijos que se van, las múltiples - - -

ocupaciones del marido, los cambios propios de la edad y la menopausia pueden afectar la autoimagen de la mujer y producir modificaciones en la personalidad de ésta, en su contacto interpersonal, etc.

"La mujer que envejece sabe muy bien que si deja de ser un objeto erótico no es sólo porque su carne ya no entrega frescas riquezas - al hombre, sino también porque su pasado y su experiencia hacen de ella, le guste o no, una persona" (23).

"En la menopausia se espera que una mujer se vuelva más independiente aún cuando ella haya vivido durante treinta o cuarenta años de acuerdo con las instrucciones que le fueron impartidas en la primera menstruación, su misión a los demás.

Si ha seguido celosamente esa primera enseñanza estará en la posición del sentido más exiguo de autodefinición en el cual depender durante la menopausia. Cuando una mujer está de acuerdo en convertirse en una buena mujer pagará el precio de la pérdida de su identidad a lo largo de toda su vida" (24).

Aunque la menopausia es un fenómeno universal dictado biológicamente, la respuesta psicológica ante tal evento está determinada por la personalidad y el medio ambiente de cada mujer. Therese Benedek se basó en diversos datos antropológicos y observó que la reacción de la mujer ante la menopausia está determinada por su historia individual y también por la actitud que tome la sociedad frente a la mujer madura; ya que será distinto en una sociedad que únicamente se da valor a los atractivos físicos de la mujer, a otra, en que al envejecer se le ofrezca posibilidades basadas en su experiencia (25).

Por ejemplo, en algunas sociedades primitivas, el climaterio, no siempre tienen carácter traumático, sino según Therese Benedek "es una fase evolutiva".

George Devereux señaló que entre las mujeres de la tribu de los indios Mohave, la menopausia es una señal de logro, la mujer no restringe su vida sexual en esa época y nuevos casamientos son frecuentes;

el hombre viudo busca a la mujer madura por considerarla experta y dispuesta a cuidar de él y de sus hijos. En esta época sus nietos quedan a su cuidado, ocupa un lugar importante en la tribu, consolidando así todo lo que obtuvo en su juventud, adquiriendo nuevos valores. La mujer mohave está en libertad de flirtear, trabajar y ser sabias durante la madurez (26).

Clara Thompson observó que: los mayores riesgos durante la menopausia son inducidos culturalmente y estos no se desvanecen tan fácilmente con unas cuantas píldoras; una psiquiatra que trabajaba en China le informó que nunca había visto una psicosis menopáusica en una mujer china, - ella atribuía el hecho de que en la China la mujer de edad cuenta con una posición estable y condictada (27).

La fundación internacional de la Salud hizo una investigación a un grupo de 2,000 mujeres cuyas edades oscilaban entre 45 y 55 años de edad de diferentes nacionalidades, británicas, belgas, francesas, alemanas occidentales e italianas, acerca de la actitud que tenían ante la menopausia. Las respuestas a cada una de las trece preguntas sobre la menopausia fueron interesantes, por ejemplo: "La vida se vuelve menos interesante" o "La menopausia trae consigo perturbaciones físicas", fueron dos respuestas con las que la mayoría estuvieron de acuerdo (más del 50%); cuando se les preguntó acerca de si la menopausia marca el principio de la vejez, - más del 60% de las belgas y de las italianas estuvieron de acuerdo, las británicas en un 25%. El 39% de las germanas y el 13% de las británicas respondieron que la menopausia significaba un deterioro para el vínculo matrimonial (las mujeres americanas en un estudio parecido, reaccionaron igual que las alemanas). Cuando se les preguntó a las alemanas y a las británicas si la menopausia significaba el final del atractivo hacia el hombre, el 34% de las alemanas estuvieron de acuerdo afirmándolo, el 9% de las británicas afirmaron lo anterior (28).

La diferencia de actitudes entre una nacionalidad y otra sugiere la importancia de la cultura para el enfoque que se le pueda dar a las mismas situaciones. ¿Acaso las mujeres británicas respondían con su flemma tradicional? o será que de acuerdo a su cultura predomina en ellas la importancia que puedan tener más como individuos que el que le dan al atractivo físico.

Podría suponerse que la proporción de la disminución hormonal y los síntomas que se desarrollan en la menopausia se presenta de igual manera en todas las mujeres del mundo, sin diferencia de raza, religión, etc.; sin embargo, en una investigación hecha por Pauline Bart (1972) al estudiar la depresión como síntoma frecuente en el periodo de la menopausia, observó en una comparación entre grupos étnicos que la mujer judía presentaba depresión en una proporción más elevada, la anglo-sajona en una proporción intermedia y la negra más baja.

De acuerdo con este estudio, las mujeres judías tradicionalmente se involucran intensamente con la vida familiar y una vez que los hijos de independizan no tienen otros intereses que le compensen "la pérdida". En el rol de la mujer negra, los patrones de comportamiento rara vez dan como resultado la depresión durante la menopausia ya que con frecuencia la abuelita o la tía viven con los hijos y cuidan a los niños, mientras los padres salen a trabajar, de modo que la mujer de edad avanzada se mantiene ocupada en el hogar (29).

Con lo que se deduce que es la actitud cultural hacia la mujer de edad avanzada y no la realidad biológica de la menopausia la que es responsable del significado que se le concede a la menopausia como también de los síntomas que se puedan desarrollar en esta etapa.

Así como existen diferentes actitudes ante la menopausia según la cultura de que se trate, también pueden encontrarse diferencias de una mujer a otra según su historia previa.

Stafford en una investigación realizada a mujeres durante el climaterio observó que las que tenían un mayor índice de síntomas, habían pasado al menos durante su vida adulta por considerables frustraciones y desiluciones. Estas mujeres caían dentro de dos categorías: las que se veían a sí mismas poco atractivas y por lo tanto, se sentían desadaptadas y las que daban una gran importancia al atractivo físico y a la sexualidad, asimismo aquellas mujeres que tenían buenos matrimonios mostraron menos síntomas menopaúsicos; las mujeres que tenían un alto grado de satisfacción por sus logros, ya fueran profesionales o amas de casa manifestaron también pocos síntomas (30).

"Las mujeres de ajuste sexual pobre, de carácter rígido con dificultades para adaptarse a los cambios y con un limitado campo de intereses corren riesgos al envejecer..." (31).

"La mujer que concentró toda su capacidad en cultivar y conservar sus atractivos físicos, el advenimiento de la menopausia le significa la vejez, que tendrá una consecuencia catastrófica para ella porque le representa una pérdida irremediable y definitiva. "Las dificultades de la menopausia se prolongarán -a veces hasta la muerte- en la mujer que no se decide a envejecer, si no tiene más recursos que la explotación de sus encantos luchará a brazo partido para conservarlos..." (32).

En cambio para la mujer del tipo maternal es más dolorosa la pérdida de su capacidad de reproducir que el de perder parte de sus encantos físicos. Esta clase de mujer se consagró al hogar y a los hijos, no se ocupó en actividades fuera de su hogar, por lo que durante la menopausia son las mujeres que tienden a presentar mayores problemas ya que no les es fácil dedicarse a una nueva vida.

Greenleigh observó que generalmente muchas mujeres de la clase media llegar a reemplazar al marido con los hijos, ya que el padre pasa muchas horas fuera de su casa y está menos comprometido con la educación de los hijos. A esta situación la ha llamado "síndrome del padre ausente". Esta situación contribuye a un involucramiento exagerado entre la madre y los hijos, de tal manera que siente más cuando los hijos se independizan, coincidiendo este episodio con la etapa del climaterio, por lo que contribuye al desencadenamiento de una serie de síntomas (33).

Neugarten, Kraines, Wood y Loomies han observado en una investigación realizada con mujeres de la clase trabajadora durante el climaterio y con mujeres de nivel socio económico medio, que las primeras aceptan y toman el evento de la menopausia en forma natural, ya que esto significa para ellas que no correrán más el riesgo de un embarazo indeseado. Al mismo tiempo sugirieron que las mujeres de la clase trabajadora eran menos sofisticadas y tenían poco tiempo para ocuparse ellas mismas, con lo cual estaban menos propensas a tener síntomas en este período (34).

Cuando la mujer llega a la edad de 45 y 50 años, sus hijos serán para entonces independientes o habrán abandonado el hogar; numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que las mujeres de esta edad que tienen un trabajo o profesión que las mantienen ocupadas soportarán mejor los cambios incluyendo los cambios físicos. "La mujer que siempre tenía intereses múltiples renunciará más fácilmente y casi sin darse cuenta a su capacidad de crear biológicamente, ya que es creativa en otros terrenos" (35).

En una encuesta realizada por ginecólogos de los Estados Unidos, se observó que la mujer que tiene una ocupación en la segunda mitad de su vida se enfrenta generalmente a menos problemas que la que no sabe como emplear su tiempo libre; la mujer que había tenido un hijo alrededor de los 40 años y por consiguiente tenía que ocuparse de un niño pequeño presentaba menos trastornos que las que habían tenido uno o varios hijos.

La explicación a este fenómeno se debe a que una mujer sin hijos se ocupa de actividades diferentes a las del hogar, ya sea un trabajo, alguna actividad social, etc. (36).

Así mismo Wood observó que la actitud negativa de la mayoría de las mujeres hacia la menopausia se debe a la falta de ocupación (37).

Pauline Bart en una encuesta realizada entre amas de casa y mujeres que tenían un trabajo fuera del hogar, observó una respuesta definitiva ante la menopausia. Las mujeres que se involucran demasiado o que mantienen una actitud de sobreprotección con su familia tienen mayor tendencia a la depresión en su periodo posmaternal que las que tenían otro tipo de ocupación aparte del hogar. Así mismo las amas de casa tenían una proporción más elevada de síntomas que las mujeres con un trabajo (38).

Buchmann investigó a un grupo de mujeres profesionistas y amas de casa, entre las amas de casa un 66.66% tenían problemas durante la menopausia en contraste con un 25% de las mujeres profesionistas (39).

En una investigación realizada por el Boston Womens Health Collective, reveló que de las 484 mujeres entrevistadas, alrededor de las dos terceras partes de este grupo trabajaban fuera de hogar. Estas manifestaron una actitud positiva ante la menopausia debido al papel activo que desempeñan y no reportaron la pérdida de la fertilidad como un motivo de preocupación ya que aunque nuestra cultura le ha atribuido gran importancia a la capacidad reproductora de la mujer, después de la menopausia pudieron valorarse y tuvieron la oportunidad de desarrollarse más allá de la procreación. Para la mayoría de estas mujeres la aceptación del cambio biológico era una parte natural del crecimiento (40).

Kruschwitz, Kramer y Voss establecieron una correlación entre trabajo y la sintomatología durante la menopausia en particular y la salud en general. Investigaron a mujeres campesinas, observando que las mujeres dedicadas a la agricultura reportaron menos síntomas menopaúsicos así como otras enfermedades. Estas se sentían más saludables en el trabajo que si estuvieran únicamente realizando tareas del hogar. La motivación hacia el trabajo es un aspecto que tiene una gran influencia sobre la sintomatología que suele presentarse en esta etapa (41).

Schneider y Brotherton en una investigación realizada con mujeres durante la época del climaterio, observaron que aquellas mujeres con síntomas severos eran en general poco amistosas y renuentes al contacto social, expresando también mayor tensión ante las tareas domésticas. Las mujeres que tenían un trabajo fuera del hogar de medio tiempo manifestaron respuestas menos depresivas, así como menos trastornos cardíacos funcionales y menos síntomas en general, en comparación con las mujeres dedicadas únicamente al hogar (42).

Al mismo tiempo una mujer que se siente útil, más independiente, estimulada por otras actividades aceptará su sexualidad más libremente en esta etapa, ya que otro temor al que se enfrenta la mujer climatérica es al de perder su capacidad de goce sexual.

Muchos hombres creen que la mujer que está en la menopausia ya no es interesante desde el punto de vista sexual y que tampoco tienen ningún interés por la sexualidad.

La mujer que se sirva de manera inequívoca del tabú de la menstruación, que lo refuerza con su comportamiento está reforzando la asociación de la menstruación con la sexualidad femenina y puede estar perturbando la creencia de que la sexualidad de la mujer termina cuando termina la menstruación (43).

Anteriormente a diferencia de lo que ocurre en la actualidad, la sexualidad no tenía más finalidad que la reproducción; que se obtuvieran satisfacciones de la sexualidad carecía de importancia y por lo que se refería a la mujer era totalmente inhabitual. "Esto se debía a una extensión del panorama moral y legal de siglos anteriores de la cultura judaica y cristiana y del lejano oriente. El papel de la mujer en el acto sexual indicaban una prostituta probable oral..." (44).

Es fácil comprender que si la sexualidad era conceptualizada de tal manera, la edad crítica aportaba por lo tanto un cambio profundo en las relaciones sexuales de la pareja, ya que el único propósito era la procreación.

Los tiempos han cambiado así como la manera de considerar las relaciones sexuales, ya que el placer que proporcionan y la felicidad que la pareja pueda darse mutuamente, tiene tanta importancia como la reproducción misma.

De hecho, en el ser humano el sexo es completamente independiente de la reproducción en muchos aspectos, a diferencia de las hembras de otras especies mamíferas; la actividad sexual de la mujer no está moldeada por la capacidad biológica de la concepción y su sexualidad está presente desde el nacimiento hasta la muerte.

Si existe una correlación entre la necesidad sexual y los ciclos de la menstruación. Durante los años de la menstruación el ciclo sexual es paralelo al ciclo menstrual; el punto culminante de la necesidad

sexual tiene lugar con el apogeo de la producción de estrógenos y con los períodos de baja producción del mismo. El patrón de los deseos sexuales se ve afectado por los niveles existentes de estrógeno, pero la existencia de los mismos no está determinada por la presencia de niveles particulares de esta hormona sexual. Ni la extirpación quirúrgica de los ovarios, ni la interrupción natural de la producción de hormonas ováricas ni de la expulsión del óvulo tiene por lo general, ningún efecto sobre la intensidad del interés o de las necesidades sexuales de la mujer (45).

En una investigación hecha al respecto, Greenleigh señaló que los temores exagerados respecto a la pérdida del interés sexual y de la vitalidad durante la edad crítica, no concuerdan con los hechos descu--biertos, ya que las mujeres son capaces de participar sexualmente duran--te toda su vida; los factores psicológicos son los principales obstácu--los para la actividad sexual, aunque factores tales como trabajo excesi--vo, fatiga, exceso en comidas o bebidas, uso de drogas antidepresivos o tranquilizantes o problemas graves de la salud, pueden ser los responsa--bles. Así mismo el grado de interés sexual de una mujer dependerá del --grado de actividad del compañero, ya que la actividad sexual puede redu--cirse porque el hombre se encuentra asimismo menos deseoso que antes - (46).

De acuerdo a Masters y Jonhson hay dos conceptos básicos en la respuesta sexual de la mujer en la menopausia: un estado de salud adecuado y un compañero interesado. Estos autores efectuaron un estudio muy interesante con 510 parejas entre los 50 y 70 años de edad que tenían diversas formas de "incompatibilidad sexual". Los resultados mos--traron "causas bilaterales" para dicha incompatibilidad en 223 casos, o sea, en un 43.7% ambos eran responsables -el hombre y la mujer-. En los casos restantes, o sea en las 287 parejas, la causa del problema era unilateral, con predominio del hombre como responsable, ya que abarcó 171 casos de las 287 parejas analizadas. Esto nos lleva a varias conclu--siones, entre otras, que la problemática del sexo y la menopausia debe ser abordada por la pareja y que debe desterrarse la idea del "rechazo al sexo" en esta etapa (47).

Que el deseo sexual cambie o no, durante el climaterio, dependerá más de la actitud que tome la mujer frente a su sexualidad, que la de la menopausia en sí. De hecho se llegan a presentar alteraciones de la sexualidad que pueden variar en su expresión, pues así como en muchas mujeres puede existir una disminución en el deseo sexual, en otras puede haber un incremento progresivo de éste o apenas cambios notables.

Si para una mujer las relaciones sexuales tienen como único fin la procreación, su deseo sexual disminuirá seguramente (como si siguiera la ley fisiológica según la cual la degeneración del órgano va seguida invariablemente de la abolición de la función). Asimismo, considerará la desaparición de la menstruación como un hecho lamentable, sintiendo a partir de ese momento que ha dejado de ser una mujer en el sentido pleno del término, que ha dejado de ser femenina.

Por el contrario, para una mujer para la cual la sexualidad no está solo al servicio de la reproducción, esta etapa no tendrá porque aportarle ningún cambio en cuanto al deseo sexual.

Clara Thompson señala que muchas mujeres tienen una especie de renacimiento después de la menopausia, su salud general es mejor, están menos preocupadas de un posible embarazo, su vida sexual con frecuencia se vuelve más espontánea y satisfactoria, y aunque ya no exista la pasión de la juventud, el sexo puede convertirse en una expresión de compañerismo e intimidad (48).

Suele ocurrir también una disminución del deseo sexual debido a una gradual indiferencia hacia el mismo, lo que le puede ocasionar una fuerte aversión hacia todo lo relacionado con el sexo en general y en particular hacia el sexo contrario, llegando incluso a sentir la mujer verdadera repulsión hacia el acto sexual, lo que puede acarrearle problemas conyugales; mujeres que aún amando a sus maridos no pueden soportar el contacto físico; aunque a veces puede ser el hombre el que reaccione rechazando de principio cualquier contacto sexual con su compañera, lo que contribuirá a reafirmar la idea en la mujer de que debido a la menopausia es que ha dejado de ser atractiva sexualmente.

Sin embargo la disminución del deseo sexual en la edad crítica dista de ser una regla general y por el contrario puede llegar a presentarse un aumento.

En la menopausia la sexualidad recobra todo su sentido para ser más espontánea y satisfactoria, y la mujer puede disfrutar completamente de ella a pesar de que haya decrecido la producción de estrógenos. La noción de que la mujer se vuelve sexual con la primera menstruación y deja de serlo en la menopausia, es parte del tabú menstrual que tiene muy poco que ver con los hechos que se han observado.

LA DEPRESION EN LA HISTORIA

Desde que el hombre comenzó a estudiar sobre su conducta ha dejado testimonios acerca de individuos que presentaban tendencia hacia la depresión. La Biblia ha informado dos casos de enfermedad mental en la que interviene la depresión: los reyes Saul y Nabucodonosor. Desde su juventud, el comportamiento de Saul había sido un tanto anormal. En la madurez su conducta se caracterizó por una falta de dominio de sus impulsos, suspicacia y extrema irritabilidad, hasta que terminó suicidándose: ésto demostró la gravedad de su depresión. Si Saul hubiera vivido en nuestra era, probablemente se le hubiera clasificado como maníaco depresivo.

En cambio, Nabucodonosor, no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo: sólo padeció de melancolía que se caracterizaba por irritabilidad anormal.

En el siglo IV antes de J.C., Hipócrates (460-380) trata de sistematizar la depresión y la considera una locura relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla, y flema. Su descripción, conocida como melancolía fué atribuída a la atrabilis o bilis negra de donde proviene su nombre (melanos-negro, choles-Bilis).

"Cuando el temor (phobos) o la tristeza (distimia) permanecen largo tiempo, es un estado melancólico. Hipócrates opone la melancolía a la manía, caracterizando esta enfermedad como un estado de alegría, de exhuberancia y más aún de cólera y violencia...(1).

Entre los romanos, en el siglo I antes de nuestra era, tanto Asclépiades como Celso introducen el concepto de psicoterapia en Roma. Asclépiades recomendaba los estímulos intelectuales, la música agradable y las buenas relaciones emocionales para las depresiones.

Celso destacó la importancia de la relación personal entre médico y paciente, además de las recreaciones en grupo.

Dos siglos después, otro médico romano, Ateneo de Capadonia, habla de los ciclos maniaco-depresivos y describe el tratamiento de ciertas clases de melancolía que se alternaban con ciclos maníacos. Un siglo más tarde Sorano es el primero en utilizar el teatro como medio terapéutico y sugiere a los sujetos deprimidos participar en comedias y a los maníacos actuar en tragedias.

Galeno (siglo II a. J.C.) decía "la melancolía depende de un exceso de bilis en la sustancia cerebral; el humor melancólico es un estado espesado en la sangre semejante a la bilis, la cual, evaporándose en el cerebro, causa los síntomas melancólicos que afectan la mente los melancólicos están siempre invadidos por temores, pero las imágenes fantásticas no se presentan a ellos siempre de la misma manera..." (2).

Después de Galeno se inició un largo período de oscurantismo en la investigación psiquiátrica, debido a la influencia de la Iglesia.

La demonología, sus causas y consecuencias se transformó en la base de toda referencia a las enfermedades mentales. Los enfermos mentales y sobre todo los melancólicos histéricos, fueron considerados poseídos por el demonio, terminando, muchos de ellos en la hoguera.

Durante la edad media, se atribuía la melancolía a los espíritus o a causas naturales. Como causas naturales figuraban el exceso de trabajo y la actividad sexual y como causas espirituales estaban los demonios o el castigo divino.

Constantino el Africano, fundador de la Escuela de Medicina de Salerno se hizo famoso a fines de la Edad Media por sus descripciones de los estados depresivos. Señalaba como causas una disfunción orgánica que al producir exceso de bilis producía dos tipos de melancolía distintos, una localizada en el cerebro y otra en el estómago. Constantino es el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimiento religioso y ansiedad. También afirmaba

que eran de buen pronóstico las afecciones en las que no predominaba un excesivo retraimiento y las melancolías de tipo agudo.

Tomás de Aquino atribuyó también la melancolía a un cambio en los humores corporales, pero sostuvo la creencia de que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrológicas.

La creencia de que las influencias espirituales eran causa de la depresión se mantuvo hasta fines de 1630, cuando Roberto Burton publica su famoso tratado "Anatomía de la Melancolía" que facilita apreciablemente la identificación de los estados depresivos.

"En el siglo XVIII se inicia... un nuevo período en el cual la interacción de los factores físicos y psíquicos es discutida y la psicología se acerca a la medicina práctica. Esta influencia se inicia con G. E. Stahl (1660-1734) y es ejercida a través de su doctrina animista, y vitalista en la que señala la influencia de la vida psíquica sobre los fenómenos orgánicos" (3).

Uno de los sistemas nosológicos de mayor prestigio en esa época fué el que construyó Francois Boissier de Sauvage de la Croix (1706-1777): este se constituía por las siguientes entidades clínicas: la manía o delirio parcial, la demencia o abolición del pensamiento y la idiocia, que comprendía todos los estados de debilidad mental y se agregaba algunas veces el frenesí, que comprendía delirios generales acompañados de fiebre.

Esquirol en 1838 sustituye el término de melancolía por el de monomanías a la que divide en expansivas y depresivas.

"Según G. Demy y Paul Gamus, la evolución histórica de la psicosis maniaco depresiva puede dividirse en tres períodos, el primero se extiende desde las épocas más lejanas hasta la mitad del siglo XIX y el punto interesante es que todos los médicos consideraron la manía como

entidades diferentes..

El segundo período comprende la segunda mitad del siglo XIX y corresponde al descubrimiento de la locura circular y de la locura a doble forma...

El tercer período o período contemporáneo fué también llamado período alemán y se inicia con Kraepelin en 1899..." (4).

Kraepelin llegó a la noción de estados mixtos y englobó todas las psicosis ubicándolas dentro de la "locura maniaco-depresiva" a la que consideraba como una psicosis esencialmente constitucional.

Después de Kraepelin y con el inicio de los estudios genéticos en psiquiatría se supuso que todos los síntomas depresivos formaban parte de la psicosis maniaco depresiva. Fué hasta el año 1930 en que todo paciente que presentaba un cuadro de depresión se consideraba que padecía del síndrome maniaco depresivo y se le etiquetaba de psicótico aunque sus síntomas fueran leves.

Siguiendo a Kraepelin, a principios de este siglo, se estableció una identificación de los cuadros depresivos de acuerdo a la sintomatología que se pueda presentar.

Se puede definir a la depresión de acuerdo a los siguientes atributos.

- 1.- Una alteración específica del estado de ánimo; tristeza, soledad, apatía .
- 2.- Sentimientos de inutilidad, de autorreproche o de culpa excesiva.
- 3.- Sentimientos repetitivos de muerte, ideas suicidas.
- 4.- Cambios vegetativos; poco apetito con pérdida significativa de peso, disminución del deseo sexual.
- 5.- Actividad retardada o agitación.

Una de las dificultades para definir el concepto de depresión es esencialmente semántico, dado que el término ha sido utilizado para

designar a un tipo particular de sentimientos o a un síntoma: o a un conjunto de síntomas (o síndrome): y a una entidad nosológica bien definida.

Frecuentemente, una persona normal dice estar deprimida cuando su estado de ánimo es triste, se siente solo, sin esperanzas y el término depresión se utiliza para etiquetar subjetivamente este estado.

La palabra depresión se usa para designar un complejo patrón de alteraciones en los sentimientos, la cognición y la conducta; lo que no se considera como un desorden psiquiátrico específico. En este caso se dice que la depresión se presenta como un síndrome o un conjunto de síntomas.

Al conjunto de síntomas y signos se lo considera algunas veces, como una dimensión psicopatológica que varía en intensidad (o en grado de anormalidad) de leve a severo. El síndrome de la depresión puede aparecer concomitante con un desorden psiquiátrico definido como una "reacción esquizofrénica acompañada de depresión". Algunas veces el síndrome puede ser una manifestación, o un fenómeno secundario, de una afección orgánica, lesiones cerebrales por tumor, trastornos vasculares, atrofas neuronales, arterioesclerosis, intoxicaciones, perturbaciones metabólicas o endócrinas. También puede resultar de las curas por desintoxicación en alcohólicos y toxicómanos o como reacción a determinada medicina.

Finalmente, el término depresión ha sido utilizado para designar una entidad nosológica específica. En general, va acompañado de un adjetivo que indica el tipo de depresión de que se trata: depresión reactiva, reacción depresiva psicótica.

Cuando se la considera como una entidad específica se supone que la depresión posee ciertas características que consisten en signos y síntomas típicos; estas características incluyen un tipo reconocible de comienzo, desarrollo, duración y término de la enfermedad.

MANIFESTACIONES EMOCIONALES:

El término manifestaciones emocionales se refiere a los cambios en los sentimientos del paciente o en su comportamiento habitual. Para evaluar

dichos cambios es importante tener en cuenta: la historia individual del paciente, su edad, sexo y grupo social. La ocurrencia de llanto, por ejemplo: en un individuo que raramente lloraba antes de estar deprimido puede ser un indicador de su depresión.

Las características de estado de ánimo del paciente deprimido pueden ser descritas por el paciente de diferente manera. Cualquiera sea el término que el paciente utilice para describir sus sentimientos el médico debe explorar más allá. Si el paciente usa la palabra "deprimido" el médico no debe tomar esa palabra al pie de la letra, sino que debe determinar las connotaciones que ésta tiene para el paciente. Puede ocurrir que personas que de ninguna manera están clínicamente deprimidas, utilicen la palabra "deprimido" para designar sentimientos transitorios de soledad, tedio o desánimo.

Algunas veces el sentimiento se expresa principalmente en términos somáticos, tales como: "tengo un nudo en la garganta, tengo una sensación de vacío en el estómago", "una sensación pesada o de tristeza en mi pecho".

El médico puede medir la intensidad de la alteración del estado de ánimo del paciente. Algunos de los criterios generales para medir el grado de depresión son las palabras que el paciente utiliza para describir su estado, "ligeramente" o "muy"; y el grado de tolerancia que expresa para con el sentimiento (por ejemplo: "me siento tan mal que no puedo soportarlo un segundo más").

De acuerdo con esto la depresión puede ser leve, moderada o severa. Cuando se trata de un caso leve, el paciente indica que se siente triste. Este sentimiento desagradable fluctúa considerablemente durante el día y hay momentos en que desaparece, en los cuales la persona puede llegar a sentirse alegre. El sentimiento de melancolía puede aliviarse parcial o completamente como consecuencia de estímulos externos, como un cumplido, un chiste o un hecho favorable.

Cuando se trata de depresión moderada, la melancolía tiende a

ser más pronunciada y persistente. Es menos probable que los sentimientos del paciente puedan modificarse ante los intentos por tratar de animarlo y cualquier alivio de esta naturaleza es temporal. También es frecuente que se produzca variación durante el día, la melancolía en general es más fuerte en las mañanas, tiende a mejorar a medida que progresa el día.

En los casos severos, el paciente afirma sentirse "sin esperanza". La mayoría de los pacientes severamente deprimidos indican que se sienten tristes todo el día y que "no pueden salir de esto", están tan tristes que le resulta doloroso y no pueden soportarlo.

SENTIMIENTOS NEGATIVOS

En general Los pacientes deprimidos expresan sentimientos negativos hacia sí mismos (autodepresión, culpa, autoacusación). Estos sentimientos pueden estar relacionados con el sentimiento de melancolía descrito, pero difieren por el hecho de estar específicamente dirigidos contra el mismo.

PERDIDA DE LA GRATIFICACION

La pérdida de la gratificación es un síntoma tan predominante en las personas deprimidas que muchos lo ven como una característica central de su enfermedad. Al comienzo, este síntoma se presente en algunas de las actividades del paciente y a medida que progresa la depresión, se va extendiendo a prácticamente todo lo que el paciente hace. Aún actividades que se consideran necesidades biológicas, como el comer o el deseo sexual, se ven afectadas.

DISMINUCION DE LOS CONTACTOS INTERPERSONALES

La pérdida del interés por las actividades de otras personas, usualmente acompaña a la pérdida de gratificación. Esto se manifiesta por la disminución del grado de interés, de afecto o de preocupación por otras personas sean o no de su familia, preocupa al paciente y constituye uno de los factores principales que le impulsan a buscar la atención médica.

PERIODOS DE LLANTO

Crecientes períodos de llanto son un hecho frecuente en los pacientes deprimidos. Esto es así, en especial, en el caso de las mujeres deprimidas. Algunos pacientes que raras veces lloraban cuando no estaban deprimidos, pudieron detectar el comienzo de la enfermedad al observar en ellos un fuerte deseo de llorar.

PERDIDA DE LA RESPUESTA DE GOZO

Con frecuencia los pacientes deprimidos manifiestan haber perdido el sentido del humor. La dificultad radica en que no responden al humor de la manera usual, no se divierten, no sienten deseos de reír y no experimentan ningún sentimiento de satisfacción ante una broma, chiste, etc.

MANIFESTACIONES COGNITIVAS

Las manifestaciones cognitivas de la depresión incluyen diversos fenómenos. Un grupo de estos síntomas lo constituye la visión distorcionada de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro. En este grupo se puede incluir la baja autoestima, la imagen corporal distorcionada y las expectativas negativas.

Otros síntomas son la autoacusación, el paciente se acusa de cualquier dificultad o problema que encuentre y la indecisión, el paciente vacila y esta indeciso.

BAJA AUTOESTIMA

La baja autoestima es característica de la depresión, la autodepresión, aparentemente es parte del patrón que hace que el paciente se vea a sí mismo como una persona deficiente en aquellas áreas que son especialmente importantes para él: habilidad, desempeño, inteligencia, salud, atractivo personal, progreso económico, etc. Con frecuencia esta deficiencia se expresa en términos de "soy inferior", "soy incapaz".

EXPECTATIVAS NEGATIVAS

Se encuentra estrechamente ligado con el sentimiento desesperanzado que

ya se mencionó. La inclinación a esperar lo peor y el rechazo a cualquier esperanza de mejoría, presenta una enorme dificultad para lograr comprometer al paciente con el tratamiento. El paciente imagina un futuro en el cual sus malas condiciones (económicas, físicas o sociales), continuarán o serán peores.

SENTIMIENTO DE CULPA Y DE AUTOACUSACION

La persistencia en el paciente depresivo de los sentimientos de culpa y de autoacusación, se encuentra, al parecer realacionada con su egocentrismo y su fuerte tendencia a criticarse por supuestas deficiencias.

El paciente manifiesta una pronunciada inclinación a culparse por hechos adversos y censurarse por poseer defectos. En los casos más severos, el paciente puede culparse por hechos con los que no está de ninguna manera relacionado.

INDECISION

La dificultad para tomar decisiones, la dificultad para optar ante diferentes alternativas y las decisiones cambiantes son características de la depresión y, generalmente, constituyen elementos irritativos para la familia del paciente y para el paciente mismo.

En apariencia en esta indecisión existen dos facetas. La primera ocurre principalmente en la esfera cognitiva, el paciente piensa que tomará la decisión incorrecta; cada vez que considera las diversas posibilidades tiende a verlas como incorrectas y a pensar que se arrepentirá si la elige. La segunda faceta es principalmente motivacional y está relacionada con la "parálisis de la voluntad", las tendencias evasivas y la dependencia. La persona carece de motivación para realizar las operaciones mentales necesarias para arribar a una conclusión.

Además la idea de tomar una decisión representa una carga para él que desea evadirse o por lo menos recibir ayuda para resolver situaciones que visualiza como una carga.

IMAGEN CORPORAL DISTORCIONADA

La visión distorcionada de su propio cuerpo constituye un rasgo característico frecuente en la depresión.

Esto ocurre con más frecuencia en mujeres pacientes que en hombres.

MANIFESTACIONES MOTIVACIONALES

Dentro de estas manifestaciones se incluye la experimentación consciente de deseos e impulsos característicos de la depresión. Este patrón motivacional puede inferirse de la observación del comportamiento del paciente y también de las respuestas de éste a preguntas directas sobre sus motivaciones.

Una de las características fundamentales de las motivaciones comunes en los pacientes deprimidos es su naturaleza regresiva. El término "regresivo" resulta adecuado en el sentido de que el paciente tiende a preferir actividades que son las que menos exigen de él, ya sea en términos de responsabilidad, de iniciativa o de la cantidad de energía que debe invertir.

En consecuencia el paciente se aleja de las actividades que están específicamente asociadas con el rol del adulto y busca las que son más típicas del niño.

PARALISIS DE LA VOLUNTAD

La pérdida de la motivación positiva constituye un rasgo característico del paciente deprimido.

Puede ocurrir que para la persona resulte muy problemático movilizarlo para realizar aún las funciones más elementales y vitales como el comer, etc.

La esencia del problema parece ser que aunque el paciente pueda definir lo que debe hacer, no logra experimentar el estímulo interno para hacerlo.

Ocasionalmente, un cambio o la posibilidad de un cambio en la situación de vida del paciente puede servir para movilizar sus motivaciones constructivas.

EVASION Y RETRAIMIENTO

El deseo de romper los patrones de la rutina es una manifestación común de la depresión. El empleado desea dejar su trabajo administrativo, el estudiante sueña con lugares lejanos y el ama de casa anhela dejar sus deberes domésticos. El individuo deprimido ve sus obligaciones como algo sin sentido o como una carga y quiere escaparse a alguna actividad que le ofrezca tranquilidad o refugio.

TENDENCIAS SUICIDAS

Las tendencias suicidas se han asociado históricamente con la depresión.

Si bien es cierto que éstas pueden darse en personas no deprimidas, la frecuencia es substancialmente más alta entre los pacientes depresivos.

AUMENTO DE LA DEPENDENCIA

El término "dependencia", se utiliza para designar el deseo de recibir ayuda, guía o consejo, y no al proceso de depender realmente de otra persona .

El deseo de recibir ayuda parece trascender la necesidad real y esa ayuda suele tener un significado emocional especial para el paciente que va más allá de su importancia práctica.

MANIFESTACIONES FISICAS Y VEGETATIVAS

Pérdida del apetito

Para muchos pacientes, la pérdida del apetito es con frecuencia el primer signo de una depresión incipiente y la recuperación del mismo suele ser el primer signo de que la depresión comienza a mejorar.

PROBLEMAS CON EL SUEÑO

La dificultad para dormir es uno de los síntomas más notables de la depresión, aún cuando constituya una molestia frecuentemente en personas no deprimidas.

Los estudios al respecto indican que los pacientes deprimidos duermen menos que las demás personas y que, en general, presentan un grado de inquietud y movimiento durante el sueño, también mayor.

Con frecuencia, los pacientes afirman que despiertan antes de la hora acostumbrada (media hora o una hora en casos leves y moderados y hasta cinco a seis horas en casos graves).

PERDIDA DEL DESEO SEXUAL

La pérdida del deseo sexual está relacionada con la pérdida del apetito y del interés y afecto por otras personas. Esta manifestación puede presentarse en forma leve, moderado o seria.

En algunos casos, cuando se trata de una depresión moderada el deseo sexual puede aumentar.

En los casos severos el paciente llega a experimentar aversión por el sexo.

FATIGA

Algunos pacientes experimentan fatiga como un fenómeno absolutamente físico: sienten pesadez en las extremidades o sienten que el cuerpo en su conjunto pesa mucho. Otros la experimentan como pérdida de la energía y se quejan de sentirse "agotados", "demasiado débiles para moverse", "indiferentes", etc. Por esta razón, muchas veces es difícil distinguir la fatiga de la pérdida de motivaciones y de los deseos de evasión.

Existe similitud con la melancolía en cuanto a variaciones diurnas. El paciente suele sentirse más fatigado por las mañanas, pero menos fatigado a medida que progresa el día.

Se ha atribuido la fatiga a los problemas en el sueño, pero los estudios que se han hecho demuestran que aún después de una mejoría en el sueño, los pacientes presentan síntomas de fatiga.

Es importante destacar que todas las manifestaciones mencionadas pueden presentarse con distintos grados de intensidad; desde leve o moderado hasta severo.

DESARROLLO Y PRONOSTICO

Depresión como una entidad clínica

Hasta aquí se ha tratado la depresión, como una dimensión psicopatológica o como síndrome. A continuación se tomará la depresión como una entidad clínica específica (i.e reacción maniaco depresiva o reacción neurótica depresiva) que tiene ciertas características específicas de desarrollo, comienzo, recuperación y recurrencia.

Como entidad clínica o como reacción a la depresión tiene varias características sobresalientes que la distinguen de otras entidades clínicas como la esquizofrenia; aún cuando éstas puedan contener elementos depresivos asociados.

Entre las características importantes de la depresión como entidad clínica se puede citar: generalmente existe un comienzo definido, una progresión en la severidad de los síntomas hasta que irrumpen y luego una mejoría constante hasta que el episodio depresivo concluye.

La disminución de los síntomas es espontánea; existe una tendencia a la recurrencia; durante los intervalos entre ataques no se presentan síntomas (5).

Kraepelin, 1913, estudió el desarrollo general de 899 casos de psicosis maniaco depresiva. El período de observación varió considerablemente; con algunos pacientes el seguimiento tuvo una duración breve y con otros hasta 40 años.

Este estudio proporcionó información con respecto a episodios recurrentes como frecuencia y duración de los ataques y duración de los intervalos entre ataques.

Su muestra consistió en: 263 de depresión leve; 177 casos de depresión recurrente; 106 bifásicos simples (\bar{a}); 214 combinados recurrentes; 102 casos de maniacos simples y 47 de maniacos recurrentes.(6).

(a) El término bifásico se usa para denotar casos en que ocurren episodios de maniacos y depresivos. Estos casos también se nombran compuestos, mixtos, combinados, de doble forma, ciclotímicos y cíclicos.

COMIENZO DEL EPISODIO DEPRESIVO

El promedio de edad del episodio de la depresión es tan variable que no se pudieron sacar conclusiones definitivas. La estadística para la década pico de incidencia fué para Kraepelin de 20 a 30 años, para Stenstend, Cassidy, Flanagan y Sepellman de 30 a 39 años, para Rennie fué de 45 a 55 años y para Lundsquit de 50 años en adelante (7).

La media de duración de los ataques es de aproximadamente de seis meses entre los pacientes internos y de aproximadamente tres meses entre los pacientes ambulantes. Los casos más severos, que requieren hospitalización tienen una duración más larga que los casos menos severos.

Cuando el ataque inicial ocurre antes de los treinta años tiende a ser más corto que cuando ocurre después de los treinta. Si el comienzo es agudo favorece una duración más corta.

Contrariamente a lo que se cree no existe una tendencia a la prolongación de los ataques cuando estos son recurrentes, los últimos ataques duran aproximadamente igual que los primeros.

La posibilidad de recurrencia es mayor en los casos bifásicos que en los casos de depresión sin un fase maniaca.

La recuperación completa de un episodio de depresión ocurre

en el 70% a 95% de los casos. Aproximadamente el 95% de los pacientes jóvenes se recupera totalmente (8).

CLASIFICACION DE LOS DESORDENES AFECTIVOS

Encontrar los distintos tipos de depresión en la nomenclatura de la A.P.A. es difícil, debido entre otras cosas a la unión realizada por Kraepelin de todos los desórdenes afectivos dentro de la categoría maniaco-depresivo; al descubrimiento de nuevas entidades tales como la reacción neurótica depresiva o reactiva y al intento por dividir los desórdenes afectivos sobre la base de presuntas diferencias etiológicas.

En la sección de "Desórdenes psicopáticos" de la nomenclatura de la A.P.A., el título "Desórdenes debidos a alteraciones del metabolismo, crecimiento, nutrición o función endócrina" agrupa a una sola categoría: reacción psicótica involutiva.

Esta clasificación etiológica confunde porque sugiere que existe una base orgánica de la depresión involutiva, aún cuando no existen más evidencias de organicidad para esta forma de depresión que para cualquier otra.

Bajo el título de "Desórdenes de origen psicogénico o sin una causa claramente definida o cambio estructural", encontramos la reacción maniaco depresiva y la nueva categoría reacción depresiva psicótica.

La inclusión de dichas reacciones depresivas bajo este título es cuestionable ya que no existen más evidencias de origen psicogénico de estos desórdenes que de cualquier otro desorden afectivo.

Reacción depresiva, que es la forma corriente de depresión reactiva, previamente considerada como una derivación de la psicosis maniaco depresiva, gana completa autonomía bajo la clasificación de "Reacciones psiconeuróticas" (9).

DERIVACION EN EL SISTEMA DE CLASIFICACION

Esta clasificación representa una combinación de las ideas de tres escuelas de pensamiento: la de Emil Kraepelin y sus seguidores, la de Adolph Meyer y la de Freud.

La división de las diferentes categorías nosológicas, particularmente de la psicosis, refleja la delimitación realizada por Kraepelin.

Las modificaciones en la terminología refleja la influencia de Mayer, éste rechazó el concepto Kraepeliano de enfermedad y formuló la teoría de "reacciones". La reacción fué concebida por Meyer como el resultado de la interacción entre la herencia y el medio ambiente que actúa sobre el organismo.

La influencia de Freud, se ve en las descripciones de las categorías específicas en el glosario del manual de la A.P.A. Aquí los síndromes se definen de acuerdo con la teoría psicoanalítica, los distintos tipos de desórdenes afectivos, se presentan en términos de concepto de culpa, hostilidad introyectada y defensas contra la ansiedad.

En general, para distinguir la diferencia del grupo de los desórdenes depresivos de otros desórdenes psiquiátricos, se toman en cuenta los siguientes puntos:

- 1.- Los desórdenes depresivos tienen una tasa relativamente alta de recuperación completa, una baja proporción de recaídas dentro de los tres años del diagnóstico inicial y una baja proporción de casos crónicos.
- 2.- La esquizofrenia tiene una alta tasa de recaídas y una alta proporción de casos crónicos.

En algunos casos pacientes que manifestaban síntomas clínicos de depresión, desarrollaron más tarde síntomas de esquizofrenia.

Sin embargo no es frecuente que un paciente con síntomas de esquizofrenia desarrolle más tarde síntomas maniaco depresivo.

Algunos investigadores sostienen que la depresión es una entidad simple, mientras otros dividen el síndrome. Esta diferencia revela los diferentes puntos de vista entre la escuela unitaria y la escuela separatista.

La escuela unitaria, sostiene que la depresión es un solo desorden clínico que puede expresarse de diferentes formas; los separatistas, que existen distintos tipos diferenciables de depresión.

Se puede decir que otra dicotomía es la que se establece entre la etiología endógena y exógena de la depresión.

Los casos de depresión endógena son aquellos cuyas causas son internas y los casos exógenos son los causados por factores externos.

Algunos autores hacen una distinción entre tipos de depresión sobre la base del grado de reacción a hechos externos.

Gillespi, describió varios grupos de pacientes deprimidos que diferían en su respuesta a los factores externos. Aquellos casos que seguían su desarrollo independientemente de cualquier influencia favorable del medio ambiente, los llamó "autónomos", aquellos que respondían a los estímulos y a la comprensión los llamó "reactivos" (10).

DIFERENCIA ENTRE LA DEPRESION ENDOGENA Y EXOGENA

En general existen dos características principales de la depresión endógena: primero se la equipará con la psicosis y en consecuencia se la distingue de la depresión neurótica; segundo, se considera que la causa proviene de factores internos (psicológicos), a diferencia de la depresión reactiva producida por factores de índole externos.

La etiología de la depresión endógena se ha atribuido a agentes químicos tóxicos, a factores hormonales o a alteraciones metabólicas.

Se consideró a la autonomía de los estímulos del medio ambiente como una característica esencial de la depresión endógena.

La sintomatología específica se caracteriza por: variaciones fásicas entre la mañana y la noche; continuidad; retraimiento; poco contacto con la realidad; pérdida del afecto y de la capacidad de compadecerse de otros.

El rol de la herencia en la depresión endógena ha sido destacada por varios autores. Una historia familiar de psicosis es común en el grupo de pacientes, Gillespi y Buzzard, (11), afirman que el suicidio y el alcoholismo son frecuentes en la historia familiar de este tipo de pacientes.

La depresión exógena o reactiva, se distingue de la endógena porque fluctúa de acuerdo con factores psicológicos previsibles. En términos de sintomatología, las características distintivas son: una tendencia a culpar al medio ambiente y conciencia de que la condición por la que está pasando es anormal.

DESORDENES SOMATICOS QUE PUEDEN PRODUCIR DEPRESION

Se ha observado que la depresión puede estar asociada con una amplia variedad de desórdenes no psiquiátricos. En algunos casos la depresión aparece como una manifestación de desórdenes físicos causados por enfermedad o agentes tóxicos.

En otros casos, la depresión aparece como una reacción psicológica al hecho de estar enfermo, ya sea en forma aguda o crónica.

En cualquier caso, la sintomatología de la depresión en si, no se distingue de la de depresiones causadas por otros factores.

También se ha observado que la depresión puede surgir como una complicación del uso de drogas tranquilizantes.

Otros tipos de desórdenes somáticos generalizados en donde puede aparecer la depresión son: ciertas enfermedades infecciosas, especialmente la hepatitis, gripa, mononucleosis, neumonía atípica, fiebre reumática, y tuberculosis; desórdenes llamados psicosomáticos,

como la úlcera, el asma, la neurodermatitis, artritis reumatoide; anemias; tumores; alteraciones endócrinas.

Se ha notado que ciertas enfermedades de las glándulas endócrinas están asociadas con una alta frecuencia de depresión.

REACCIONES DEPRESIVAS NEUROTICAS Y PSICOTICAS

Existen controversias entre los investigadores acerca de la separación de las depresiones psicóticas y neuróticas.

Según Hoch (12) "las manifestaciones dinámicas, la oralidad, la estructura del super yo, son las mismas en ambas, y en general la diferenciación se hace en forma arbitraria."

Actualmente no existen diferencias entre las llamada depresión psicótica y la llamada depresión neurótica y es sólo un problema de grado.

"La A.P.A. en su manual de diagnóstico caracteriza a la reacción depresiva psiconeurótica como una reacción que es precipitada por una situación como por ejemplo, una pérdida que sufre el paciente y que se encuentra frecuentemente asociada con un sentimiento de culpa por fracasos o hechos pasados... el término es sinónimo de depresión reactiva y se lo debe diferenciar del que describe a la reacción psicótica. Para esta diferenciación se deben considerar los siguientes puntos:

- 1.- Historia del paciente con especial referencia a sus cambios de humor (que podrían sugerir reacción psicótica) a la estructura de personalidad (neurótica o ciclotímica) y a factores externos desencadenantes.
- 2.- Ausencia de síntomas tales como: hipocondria, agitación alucinaciones, ensoñamientos, agudos sentimientos de culpa, insomnio intratable, tendencias suicidas, retardo psicomotor, lentitud de pensamiento y estupor" (13).

"En la definición psicodinámica, se dice que la ansiedad (b) en la reacción psiconeurótica se mitiga y por lo tanto, se alivia parcialmente por la depresión y la baja autoestima... el grado de reacción en estos casos depende de la intensidad de los sentimientos ambivalentes del paciente respecto a su pérdida (amor, posesión) y también de las reales circunstancias de la pérdida" (14).

(b) Ansiedad: es un sentimiento de temor difuso, desagradable, vago, y que se acompaña de una o más sensaciones corporales, la ansiedad puede producir confusión y distorsión de la percepción. Puede existir a tres niveles:

- 1.- neuroendócrino,
- 2.- viceromotor y
- 3.- a nivel consciente.

Aunque no se especifica en el manual, que las características que definen a la reacción depresiva psiconeurótica, son las que generalmente se aceptan como atributos de la depresión.

Los autores consideran que la presencia de tendencias suicidas excluyen el diagnóstico de depresión neurótica.

Según Beck (15), cuando un paciente manifiesta síntomas de baja autoestima, indecisión y posiblemente algunos de los síntomas físicos y vegetativos ya mencionados, se puede considerar que sufre de una neurosis depresiva.

REACCION DEPRESIVA PSICOTICA

El término reacción depresiva psicótica aparece antes del final de la Segunda Guerra Mundial a finales de 1951, en la clasificación oficial de la A.P.A.

Se la describe como una depresión severa y como una condición en la que el paciente evidencia poco contacto con la realidad y algunas veces ensoñaciones y alucinaciones.

En esta nomenclatura se distinguen la reacción psicótica de la maniaco depresiva sobre la base de las siguientes características: ausencia de una historia de depresión repetitivas o de una marcada variación en el estado de ánimo y la presencia de factores externos desencadenantes.

Las características generales de la reacción depresiva psicótica: se presentan signos típicos de depresión, desesperanza, autoacusación; no hay signos o síntomas además de las ensoñaciones, que distingan a la depresión psicótica de la neurótica y cuanto más severo sea el síntoma, existen más posibilidades de que el diagnóstico sea de depresión psicótica. En lo que concierne a los síntomas específicos, la diferencia entre depresión neurótica y psicótica es cuantitativa más que cualitativa.

REACCION MANIACO DEPRESIVA

El concepto de desorden maniaco depresivo deriva directamente del Trabajo de Kraepelin.

En 1913 Kraepelin afirmó que "la enfermedad maniaco depresiva comprende por un lado el dominio de las llamadas enfermedades periódicas y circulares, y por el otro lado la manía simple, generalmente distinguida de las anteriores..." (16).

En la definición de la A.P.A. se describe a las reacciones maniaco depresivas como sigue: "estos grupos comprende las reacciones psicóticas que se caracterizan principalmente por grandes cambios del estado de ánimo y una tendencia a disminuir y a recurrir. Se pueden agregar síntomas secundarios como: ilusión, ensoñación, y alucinaciones a la alteración afectiva fundamental". (17)

SINTOMATOLOGIA DE LA FASE MANIACA

La sintomatología de esta fase, presenta un notable contraste con la fase depresiva. Existe una oposición francamente bipolar.

COMPORTAMIENTO OBSERVADO EN LA FASE MANIACA

Durante la fase maniaca la conducta, el habla y el temperamento del paciente son muy característicos. El paciente tiende a mostrarse vital, agresivo, deshinibido e hiperactivo. Se lo ve impulsivo, audaz. Es una persona sociable, ocurrente y exhibicionista. Una de las características más destacables es la capacidad que posee para contagiar su buen humor a otras personas.

Sin embargo cuando se frustra, el paciente maniaco puede exteriorizar un alto grado de hostilidad y acusar en forma vulgar y brusca a las personas que ve como sus frustradores. A veces puede actuar violentamente.

Algunos pacientes alternan estados de alegría y extroversión con comportamiento paranoide, retraimiento, sospecha, etc.

El habla del paciente en general aumenta y le es difícil parar de hablar.

Manifiesta fluctuación de ideas al pasar de un tema al otro. En contraste con la fluctuación del esquizofrénico, cuyas ideas son desconectadas, el maniaco expresa un tema unificado.

El paciente da la impresión de ser extremadamente susceptible a los estímulos internos y externos.

Los pacientes maniacos depresivos no sufren deterioro de sus facultades mentales aunque en casos muy avanzados pueden cometer errores por distracción.

PERIODICIDAD DEL COMPORTAMIENTO MANIACO DEPRESIVO

Muchos autores han notado cierta regularidad o ritmo en el comportamiento de pacientes maniacos depresivos. Esto es más evidente en las reacciones diurnas del estado de ánimo y en la regularidad de la ocurrencia de las fases maniacas depresivas. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de casos presenta ciclos fijos y los períodos varían enormemente.

Se ha sugerido que ciertos factores bioquímicos inciden en estas fluctuaciones.

COMPARACION DE SINTOMAS MANIACO DEPRESIVO

MANIFESTACIONES EMOCIONALES

Maniaco	Depresivo
Excitación	Depresión
Aumento de gratificación	Pérdida de gratificación
Apreciación de sí mismo	Autodepreciación
Aumento de lazos afectivos	Pérdida de lazos afectivos
Aumento a la respuesta de gozo	Pérdida de la respuesta de gozo

MANIFESTACIONES COGNITIVAS

Autoimagen positiva	Autoimagen negativa
Expectativas positivas	Espectativas negativas
Culpar a otros	Autoculpa
Negación de problemas	Exageración de problemas
Toma de decisiones	Indecisión
Autoimagen engrandecida	Autoimagen empobrecida

MANIFESTACIONES MOTIVACIONALES

Estimulado e impulsivo	Parálisis de la voluntad
Deseos orientados hacia la acción	Deseos de escapar
Deseos de independencia	Incremento de dependencia
Deseos de engrandecimiento	Deseos de morir

MANIFESTACIONES FISICAS Y VEGETATIVAS

Hiperactividad	Retardo-agitación
Hiperactivo	Fatiga
Apetito variable	Pérdida del apetito
Aumento del deseo sexual	Pérdida del deseo sexual
Insomnio	Insomnio

REACCION PSICOTICA INVOLUTIVA

La nomenclatura de la A.P.A. (1952), el término reacción psicótica involutiva engloba al concepto de la depresión que es específica para el período de involución. El manual de diagnóstico especifica cinco criterios: la etiología se indica al ubicar esta condición bajo el título "desórdenes debido al metabolismo, el crecimiento, la nutrición o funcionamiento endócrino".

La edad en que se presente la enfermedad se define como "período involutivo".

La sintomatología consiste en: "preocupación, insomnio intratable, culpa, ansiedad, agitación, preocupaciones somáticas". Esta categoría incluye un tipo paranoide primario así como el tipo depresivo que es el que nos interesa en este caso.

El desarrollo se describe como "prolongado" y la personalidad premórbida, como "compulsiva".

HISTORIA DEL CONCEPTO

En su formulación original de las dos grandes divisiones de las enfermedades mentales, demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva, Kraepelin concibió a la depresión de la edad madura como una entidad completamente independiente con un pronóstico variable.

Para Thalbitzer y para Dreyfus la llamada melancolía involutiva, podía ser englobada en un síndrome maniaco depresivo.

Finalmente Kraepelin aceptó el punto de vista de ambos e incluyó a la melancolía involutiva en la categoría de la psicosis maniaco depresiva.

Después de varios años de controversia (1908-1943) la nomenclatura oficial en los Estados Unidos siguió el sistema de Kraepelin en líneas generales, pero partiendo de la taxonomía que considera a la melancolía involutiva como una entidad diferenciada. (18)

ETIOLOGIA

La incidencia de esta condición durante el período de la menopausia en las mujeres (y posiblemente en edad más avanzada), ha llevado a algunos autores a atribuir un papel fundamental a las variaciones hormonales o bioquímicas que ocurren en esta etapa de la vida.

Este argumento recibió un apoyo fugaz de algunas estudios que sugerían que la condición respondía a un tratamiento estrogénico. Sin embargo estudios posteriores, Palmer, Hastings y Sherman (19), demostraron que la terapia estrogénica era menos efectiva que el electro shock.

Ripley, Shore y Papanicolaou -1940- (20), realizaron un estudio sobre la depresión en el período involutivo y encontraron que efectivamente, el tratamiento estrogénico no modificaba directamente la depresión de la paciente, aunque si proporcionaba algún alivio a los síntomas vaso motores típicos asociados con la menopausia.

Según Beck (21), en la actualidad los estrógenos se utilizan muy raramente en el tratamiento de la depresión en el período involutivo.

Tampoco existen evidencias experimentales que ligen a la depresión involutiva con anomalías de crecimiento, metabolismo o funcionamiento endócrino.

Henderson y Gillespi (22) reportaron en un estudio realizado en el hospital mental de Glasgow que en un 57% de mujeres la crisis era resultante de factores psíquicos, mientras que los factores físicos representaron sólo un 21% de los casos.

Stern y Prados (23) han mostrado evidencias de que muchas mujeres que presentan síntomas fisiológicos y psicológicos en la menopausia, tienen una historia previa de desórdenes emocionales (depresión, insomnio, inestabilidad emocional, etc.) y que la depresión durante la menopausia es solamente consecuencia de la agudización de de sajustes previos usualmente asociados con el matrimonio y la reproducción.

Ackte (24), encontró que la menopausia frecuentemente es acompañada por síntomas físicos leves, y que enfermedades mentales como la esquizofrenia, la psicosis maniaco depresiva (tipo depresivo) tienen que ver con desajustes previos, la menopausia puede contribuir a su desencadenamiento.

McKinlay y Jefferys investigaron a 650 mujeres entre 45 y 54 años de edad que vivían en Londres, los resultados indicaron que de ocho síntomas estudiados (véritgo, depresión, palpitaciones, aumento de peso, dolor de cabeza, insomnio, bochornos y sudoraciones), excluyendo los bochornos, entre un 30 y 50% de los casos, la depresión fué más frecuentemente reportado y mostró junto con los demás síntomas una relación indirecta de la menopausia, aunque tendían a ocurrir juntos (25)

Greenhill (26) en un estudio en donde participaron 250 mujeres, menopáusicas, observó que las que reportaron síntomas psicóticos, ya habían presentado alguna crisis con anterioridad. Este grupo representó la minoría, la mayoría sin un aparente desorden psicológico previo, experimentó solo reacciones autónomas leves. Concluye que los síntomas psicológicos no pueden ser incluidos en un síndrome menopáusicos; aquellas mujeres que no pudieron adaptarse a la declinación hormonal premenstrual y que sufrieron de depresión premenstrual y de dysminorrea, generalmente tienen trastornos emocionales durante la época de la menopausia.

Filskov (27) en una investigación hecha a 2017 mujeres en edad climatérica, encontró que sólo 188 mujeres tuvieron una reacción depresiva psicótica al presentarse la menopausia, de las cuales 168 aparentemente por primera vez, la mayoría de este grupo fueron depresivas y paranoides.

En cuanto a la diferenciación entre depresión involutiva y síndrome maniaco depresivo que ocurre durante el mismo período de edad (etapa del climaterio), se ha asumido que el comienzo del desorden maniaco-depresivo ocurre más temprano que el de la depresión evolutiva.

Driess (28), realizó un estudio de 103 casos de depresión con pacientes climatéricas y encontró que sólo el 17% de las pacientes experimentaron depresión por primera vez.

SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION INVOLUTIVA

La sintomatología de la depresión involutiva es la agitación, cuyas características son: actividad constante, inquietud, incapacidad de estar-se quieto insomnio, etc.

PERSONALIDAD PREMORBIDA

En un estudio realizado por Titley (29) con diez pacientes que presentaban depresión involutiva, diez maniacos depresivos y diez que formaban el grupo control, se reportó que las pacientes que sufrían de depresión involutiva recibieron una calificación más alta (en una escala de uno a cinco) para las siguientes características: código ético, ahorro, reticencia, sensibilidad, obstinación racionalidad, meticulosidad en el trabajo y pulcritud en su personal.

Otros estudios apoyaron la hipótesis de Titley de una personalidad premórbida típica para la depresión involutiva, aunque aún no se ha resuelto el problema si existe o no tal personalidad en esta clasificación de la depresión.

Tampoco existe un acuerdo respecto al período de edad en que se presenta la depresión involutiva, más allá de términos vagos "período involutivo" o "climaterio". Se supone que se presenta diez años más tarde en el hombre que en la mujer.

En conclusión, se ha observado que no queda claro si es posible clasificar a la depresión involutiva dentro de una categoría nosológica independiente. Tampoco existe evidencia de que los cambios hormonales que ocurren durante el climaterio sean causa de la depresión que puede ocurrir durante este período. (30)

A la luz de la evidencia con que se cuenta, no existe más justificación para llamar a la depresión que se presente en el "período llamado involutivo" "depresión involutiva", que la que existe para etiquetar a otras categorías de acuerdo a la edad, como depresión adolescente o depresión de la edad madura (31).

Winokur (32), en una investigación realizada observó que el riesgo calculado para un primer episodio de depresión involutiva es de casi un 20% entre los 50 y 60 años de edad; no encontró evidencias significativas que demostraran así mismo, que la menopausia sea un factor causante de desórdenes afectivos.

Según Cameron en esta etapa de la vida "existe una pérdida gradual del vigor físico y de la salud, las enfermedades crónicas del paciente de sus familiares o amigos, son cada vez más frecuentes y le hacen prestar atención al pasaje del tiempo. El logro de ciertos objetivos obviamente es menos probable. Hay una tendencia a ser menos flexible socialmente y a sentir menos interés por amigos nuevos o experiencias diferentes. En las mujeres la pérdida de la juventud y el fin de su capacidad reproductora y en los hombres la perspectiva de pérdida de poder y el retiro funcionan como factores etiológicos"(33).

SEGUNDA PARTE

C A P I T U L O V

TRABAJO DE INVESTIGACION

OBJETIVOS

Los objetivos específicos de la investigación son:

- a) Determinar si existen diferencias en cuanto a depresión entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y amas de casa durante el climaterio.

- b) Determinar si existen diferencias en cuanto a autoestima, actitud sexual y campo de intereses entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y amas de casa durante la época del climaterio.

PROBLEMA GENERAL

¿Influye el trabajo remunerado en que las mujeres presenten o no síntomas de depresión durante el climaterio?

HIPOTESIS GENERAL

Es menos probable que se presenten síntomas de depresión entre las mujeres que durante el climaterio realizan un trabajo remunerado, que entre las mujeres que sólo se dedican al hogar.

HIPOTESIS NULA

No existen diferencias significativas entre los síntomas de depresión observados en las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa.

SUBPROBLEMA 1

¿Cómo influye el trabajo remunerado sobre la autoestima de las mujeres que se encuentran en la época del climaterio?

HIPOTESIS 1

Las mujeres que tienen un trabajo remunerado durante la época del climaterio tendrán una autoestima mayor que las que sólo se dedican al hogar.

HIPOTESIS NULA 1

No existen diferencias significativas entre la autoestima de las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa, durante el climaterio.

SUBPROBLEMA 2

¿Cómo influye el trabajo remunerado en la actitud sexual de la mujer durante el climaterio?

HIPOTESIS 2

Las mujeres que tienen un trabajo remunerado durante el climaterio tendrán una actitud más positiva frente a su sexualidad, que la que sólo se dedica al hogar.

HIPOTESIS NULA 2

No hay diferencias significativas en la actitud sexual de las mujeres durante el climaterio, tengan o no un trabajo remunerado.

SUBPROBLEMA 3

¿Cómo influye el trabajo remunerado sobre el campo de intereses de las mujeres durante el climaterio?

HIPOTESIS 3

Las mujeres que tienen un trabajo remunerado durante el climaterio, tendrán un campo de intereses más amplio que las que sólo se dedican al hogar.

HIPOTESIS NULA 3

No hay diferencias significativas en el campo de intereses de las mujeres durante el climaterio tengan o no un trabajo remunerado.

HIPOTESIS CONCEPTUAL

El Dr. Leo Srole y la doctora Anita Fischer (1) realizaron un estudio mediante el cual pudieron comprobar que en las encuestas realizadas en 1954 a mujeres de entre 40 y 49 años de edad, investigadores en salud mental habían observado el deterioro de la salud mental del 21% de las mujeres entrevistadas, mientras que en 1974, la misma encuesta resultó en que sólo el 8% de las mujeres entrevistadas tuvo ese diagnóstico. Los doctores Srole y Fisher atribuyeron este último resultado a los efectos del cambio social producido en esos años, en cuanto al rol de la mujer, afirman los autores que la igualdad es la mejor medicina preventiva en este caso y que el trabajo es un factor clave en la relación entre igualdad y salud mental.

Por su parte, la investigadora Constance Nathanson afirma que se han registrado altos índices de enfermedad entre las amas de casa en comparación con los registrados entre las mujeres que trabaja. Nathanson explica este fenómeno diciendo que el trabajo ha sido definido como el vínculo más importante del individuo con la sociedad y que el efecto positivo del trabajo sobre la salud mental se debe, principalmente, a los sentimientos de satisfacción y a la alta autoestima que produce el realizar una labor socialmente valorada. En el caso de las amas de casa, según la autora, la labor que realizan se encuentra desvalorizada socialmente (2).

Con respecto a la relación entre climaterio y salud mental, la socióloga Seyle H. demostró, en 1976, que muchas mujeres sufren una gran presión social en la época de su menopausia, ya que esta simboliza el comienzo de la edad madura en una sociedad donde el atractivo sexual se relaciona con la juventud y la belleza. La respuesta a este tipo de presiones es causa frecuente de las enfermedades de la cultura occidental, durante esta época (3).

A su vez, el Dr. Saúl Gusberg del Hospital Mount Sinai de Nueva York, afirma que no existen un síndrome típico de la menopausia y que en la mayoría de los casos, las mujeres que experimentan un sentimiento de pérdida durante el climaterio son aquellas que no han tenido una

vida satisfactoria. (4)

En una investigación llevada a cabo por el Colectivo de Mujeres de Boston con el fin de ampliar su libro "Our Bodies Ourselves", las investigadores encontraron que de las 484 mujeres entrevistadas las dos terceras partes de ese grupo trabajaban fuera del hogar y atribuyeron a este hecho muchas de las actitudes positivas de estas mujeres climáticas. Concluyeron que la actitud positiva frente a este periodo de vida proviene del papel activo que las mujeres entrevistadas desempeñaban en el mundo. (5)

Partiendo de este marco conceptual, las autoras de este trabajo realizaron una investigación sobre la depresión durante el climaterio en mujeres que trabajan fuera del hogar y amas de casa, residentes en México.

DEFINICION DE VARIABLES

Climaterio.-

El climaterio describe la transición que se lleva a cabo durante un periodo de 15 a 20 años entre el estado biológico de la edad medio y de la avanzada, durante el cual, los ciclos sexuales se hacen irregulares y acaban por desaparecer. Este periodo se extiende aproximadamente de los 40 a los 60. (6)

Menopausia.-

La menopausia es la etapa en la que cesa el ciclo menstrual. Se presenta a lo largo de un lapso de por lo menos un año, durante el cual tienen lugar cambios biológicos sumamente específicos. Dentro del contexto del climaterio, la menopausia es solamente un evento que tiene lugar en el cuerpo femenino. (7)

Depresión.-

Estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo tales como: tristeza, infelicidad, vacío, soledad, etc., disminución de la autoestima asociada con autodesprecio, inhibición (y a veces agitación) psicomotriz, disminución de los contactos interpersonales, deseos de morir, y síntomas vegetativos, tales como insomnio y anorexia. (8)

Trabajo remunerado.-

Esfuerzo que demanda la realización de una tarea, por la que se recibe remuneración o salario.

Trabajo no remunerado.-

Esfuerzo que demanda la realización de una tarea por la que no se recibe remuneración o salario.

Autoestima.-

Es la percepción que tiene el individuo de sí mismo, dentro de una escala de valores. (9)

Actitud sexual.-

Es el grado de aceptación de la mujer de su condición femenina.

Campo de intereses.-

Es la diversidad de intereses a los que se brinda atención. Se entiende por interés al sentimiento que acompaña la atención especial hacia algún contenido. (10)

DEFINICION OPERACIONAL

Climaterio.-

Para considerar que una mujer está en la etapa del climaterio, se tomará en cuenta su edad, que deberá oscilar entre los 39 y 50 años de edad. Para obtener esta información se elaboró la pregunta No. 2 del cuestionario de esta investigación.

Menopausia.-

Se considerará menopaúsica a la mujer que haya pasado por lo menos nueve meses continuos sin flujo menstrual. Para obtener esta información se elaboró la pregunta No. 58 cuya respuesta deberá ser negativa.

Depresión.-

En esta investigación se considerará que una mujer presenta síntomas de depresión, si obtiene en la "Prueba de la Depresión" de W. Zung una calificación superior a los 50 puntos de acuerdo con el índice E.A.M.D.

Trabajo remunerado.-

Se considerará que una mujer trabaja si responde afirmativamente a la pregunta No. 71 del cuestionario que se elaboró para obtener esta información.

Trabajo no remunerado.-

Se considerará que una mujer no tiene un trabajo remunerado si responde negativamente a la pregunta No. 71 del cuestionario.

Autoestima.-

para evaluar el grado de autoestima de las mujeres entrevistadas, se incluyeron en el cuestionario elaborado para la presente investi-

gación 20 preguntas relacionadas con satisfacción de sí mismas, actitud frente a los cambios físicos ante la menopausia, seguridad e independencia, percepción de sí misma como persona útil y necesaria, autosuficiencia, comunicación con los demás, autoimagen. Se considerará que una mujer posee un mayor grado de autoestima cuando sus respuestas señalen una actitud favorable hacia el contenido de los reactivos.

Actitud sexual .-

Para detectar la actitud sexual de la mujer entrevistada se incluyeron en el cuestionario 22 preguntas relacionadas con: la experiencia de la primera menstruación y su actitud frente a ella, actitud frente a las relaciones sexuales durante el climaterio, apreciación de su atractivo en la edad madura, relación de pareja. Se considerará que una mujer tiene una actitud sexual positiva cuando sus respuestas señalen una dirección favorable hacia el contenido de los reactivos y una actitud sexual negativa cuando sus respuestas sean la dirección opuesta.

Campo de intereses.-

Para evaluar el campo de intereses de la mujer entrevistada se incluyeron en el cuestionario 19 preguntas relacionadas con: actitud frente al trabajo, motivaciones, intereses específicos fuera del trabajo, y del hogar, deseos de superación, actitud ante nuevas relaciones personales y nuevas experiencias, posición frente a la independencia de los hijos, expectativas en la edad madura. Se considerará que una mujer tiene un campo de intereses limitado cuando sus respuestas indiquen la carencia de los mismos y su campo de intereses es amplio cuando sus respuestas indiquen la presencia de los mismos.

INSTRUMENTOS

Cuestionario.-

Para los fines de esta investigación, se elaboró un cuestionario específico, cuya fundamentación puede encontrarse en el material teórico revisado y expuesto.

Antes de aplicarlo, el cuestionario fue revisado y aprobado por cuatro jueces que se desempeñan como docentes de la Facultad de Psicología en la U.N.A.M.

El cuestionario que se presenta abarca las siguientes áreas:

- a) Datos personales (ficha de identidad)
- b) Area de salud general
- c) Area sexual (menarca y menopausia)
- d) Area ocupacional
- e) Area de intereses personales
- f) Area emocional y de percepción de sí misma
- g) Area de relaciones familiares
- h) Area de relaciones conyugales

El material se agrupó luego en tres áreas que se correlacionaron entre mujeres con un trabajo remunerado y amas de casa, a saber:

- a) Autoestima
- b) Campo de intereses
- c) Actitud sexual

Estas tres áreas se eligieron por la relación estrecha que guardan con la depresión, tema fundamental de este trabajo.

Hay en el cuestionario dos tipos de reactivos: de sí-no y de elección de respuestas.

Todas las preguntas están formuladas en un lenguaje claro y accesible, con el fin de que puedan ser comprendidas fácilmente por las mujeres participantes de la prueba.

Para poder ajustar las calificaciones a una escala ordinal, se tomó en cuenta únicamente los reactivos dicotomizados sí-no, se otorgó un punto a la pregunta contestada en la dirección contraria. En consecuencia el área de autoestima quedó integrada por 20 reactivos. Ver apéndice 1. Siendo el mayor puntaje obtenible dentro de esta escala de 20 puntos.

Por su parte el área de actitud sexual, constó de 22 reactivos. Ver apéndice 2. Siendo el mayor puntaje obtenible dentro de esta escala de 22 puntos.

En cuanto al área de campo de intereses, los reactivos fueron en total 19. Ver apéndice 3. Siendo el mayor puntaje obtenible dentro de esta escala de 19 puntos.

Las respuestas a las preguntas abiertas fueron tomadas en cuenta a fin de obtener información general, controlar variables y elaborar las conclusiones a partir de los resultados obtenidos. El cuestionario fue aplicado de manera idéntica a mujeres con un trabajo remunerado y amas de casa. Los resultados por área se obtuvieron de cada uno de estos grupos y se compararon.

Prueba de Zung.

La medición de la Depresión del Dr. William Zung (11) destinada a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales, el uso de la escala puede descubrir y medir las llamadas "depresiones ocultas".

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 enunciados. Cada enunciado se refiere a una característica específica y usual de la depresión. Los 20 esbozan de manera comprensible, los síntomas ampliamente reconocidos como relativos a la depresión.

A un lado de los enunciados aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen: Muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo, y continuamente. Los enunciados de la escala están redactados en len-

guaje común. Se le da al sujeto la lista de enunciados y se le pide que ponga una marca en el cuadro que corresponda a su caso en el momento de hacer la prueba.

Para medir la depresión del sujeto, se coloca la escala terminada bajo la cubierta transparente para calificar las respuestas, se escribe en el margen el valor indicado por cada enunciado, luego se suma.

Esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100. La escala está diseñada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

La mitad de las delcaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativa. Por ejemplo: el primer enunciado "me siento abatido y melancólico" es positivo. El segundo "en la mañana me siento mejor", es un enunciado negativo que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, quienes se sienten peor en las mañanas. Los temas redactados en forma negativa se identifican mediante los asteriscos de la cubierta transparente, y las palabras clave de las delcaraciones negativas, aparecen con letras mayúsculas en la tabla 3. Se ha omitido una posible columna cuyo encabezado sería Nunca, que algunas veces podría ser apropiada para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativamente mensurables. Además, se usa un número par de columnas y no un número non, para impedir la posibilidad de que el sujeto marque una columna central con el fin de dar una apariencia de promedio. Ap B.

La prueba se aplicó de idéntica manera a mujeres que tenían un trabajo remunerado y a amas de casa. Los resultados de ambos grupos fueron luego comparados.

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sea emocionales o físicas. La presente prueba no está destinada a diferenciar la depresión como síntoma de la depresión como enfermedad, sino que mide la intensidad de la depresión.

Tipo de estudio

La presente investigación se realiza en base a un estudio descriptivo que trata de describir el fenómeno tal y como se presenta en la realidad, con el cual se intenta confirmar o rechazar la hipótesis de trabajo para arribar a conclusiones generales con respecto al fenómeno estudiado.

Tipo de diseño

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio transversal de dos muestras independientes tomadas de la misma población con el fin de comprobar si existen diferencias significativas con respecto a campo de intereses, autoestima y actitud sexual durante el periodo del climaterio, entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y amas de casa.

Muestreo

La muestra quedó constituida por 60 mujeres, de las cuales 30 tienen un trabajo remunerado y 30 son amas de casa solamente. Para la selección de ambos grupos se siguieron los criterios de selección siguientes:

1. Edad: 39 a 51 años
2. Escolaridad: mínimo 9 años
3. Nivel socioeconómico: medio alto. (Las característica que definen a una familia de clase media alta son: el jefe de familia tiene un trabajo permanente con un ingreso regular, es propietario de su vivienda, posee automóvil propio, su casa está equipada con enseres electrodomésticos, la educación de los hijos se realiza en escuelas privadas).
4. Número de hijos: 2 como mínimo
5. Estado civil: casadas y que lleven una vida conyugal (convivencia y cohabitación de la pareja).
6. Estado de salud: sin problemas serios de salud
7. Que no hayan sufrido una pérdida reciente o problema grave que pudiera ser causa de depresión.

Debido a la especificidad de las muestras, este estudio es

no probabilístico y por cuota, ya que las muestras no fueron tomadas al azar.

Desarrollo

La investigación se llevó a cabo en un consultorio ginecológico privado en el cual se aplicaron el cuestionario y la prueba de la depresión de Zung.

Procedimiento

Previamente, se realizó una entrevista con cada sujeto posible a fin de determinar si la persona cumplía con los requisitos determinados para la investigación. Los instrumentos se aplicaron en forma individual en presencia de dos entrevistadoras, quienes dieron como única instrucción a las participantes que contestaran todas las preguntas de acuerdo a su situación real y actual.

RESULTADOS

Comparación entre dos grupos de mujeres: amas de casa y mujeres que trabajan fuera del hogar.

Con el objeto de definir si existen diferencias significativas en la distribución de los dos grupos en cuanto a autoestima, actitud sexual, y campo de interés se utilizó la prueba de la Mediana (12) que es un procedimiento para probar si dos grupos independientes difieren en sus tendencias centrales. El primer paso para la aplicación de esta prueba fue determinar el puntaje de la mediana para el grupo combinado (es decir la mediana para el puntaje de ambas muestras); posteriormente se dicotomizaron los conjuntos de puntajes de la mediana combinada y se distribuyeron en una table de 2 x 2 clasificando a los sujetos de uno y otro grupo que se encontraban por arriba y por abajo de la mediana, en segundo lugar se aplicó la prueba de la X^2 para determinar la significancia de la diferencia de la distribución de los grupos.

Como se puede observar en el cuadro No. 1 la mediana obtenida para el grupo combinado en autoestima fue de 15, al dicotomizar los datos se puede observar que el 66.6% del grupo de las mujeres que trabajan fuera del hogar se encuentra por arriba de la mediana y el 76.67% del grupo de las amas de casa queda por debajo de la misma; en el momento de aplicar la X^2 se obtiene una diferencia significativa $X^2 = 9.70$ $p \geq .01$ que confirma la diferencia de distribución de los dos grupos.

Siguiendo el mismo procedimiento se pudo observar que en el área de actitud sexual la distribución fue más homogénea entre los dos grupos, es decir, que se observó una mayor concentración de sujetos por debajo de la mediana en ambos grupos, 60% de las mujeres que trabajan fuera del hogar y 73.33% de las amas de casa. Ver cuadro #2. $X^2 = 0.68$ n.s.

En el área de interés, el valor de la mediana fue de 17. Esto se debió principalmente a que el 76.67% de las mujeres que trabajan se encontraron por arriba de la mediana, mientras que el 96.67% del grupo de las amas de casa tuvieron una distribución que osciló entre 0 y 17. Ver cuadro #3, esta diferencia de distribuciones observable a primera vista

quedó corroborada al aplicar la χ^2 cuyo valor fue de $\chi^2 = 30.63$ $p \geq .01$.

Comparación de los puntajes obtenidos en la prueba de W. ZUNG para medir depresión entre dos grupos de mujeres: amas de casa y mujeres que tienen un trabajo remunerado.

Para determinar si existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos en la escala para medir la depresión entre los dos grupos, se utilizó la prueba de T de Student (13) que permite identificar si la diferencia entre las medias de los dos grupos es significativa cuando las n(s) son pequeñas.

En esta forma obtuvimos una T igual a 3.90 que nos indica una diferencia significativa entre los puntajes de las dos muestras. Ver cuadro #4. El primer paso para aplicar esta prueba fue convertir los puntajes crudos a puntajes normalizados, posteriormente se obtuvo la varianza promediada de las varianzas de ambos grupos y finalmente la T cuyo valor fue de 3.90 que nos indica una diferencia significativa entre los dos grupos.

	Grupo I	Grupo 2	
16 a 20	A 20	B 7	27
0 a 15	C 10	D 23	33
	30	30	60

Grupo 1 : Mujeres que trabajan fuera del hogar

Grupo 2 : Amas de casa

La χ^2 de tabla con un grado de libertad , con un nivel de significancia de 0.005 es de 7.87, y la χ^2 obtenida es de 9.7 , por lo tanto es significativa con una probabilidad $>$ de .005

$$\chi^2 = 9.70 \text{ } P > .005$$

Grupo 1	$\bar{X} = 16.30$	$SD\bar{X} = 1.66$
Grupo 2	$\bar{X} = 12.40$	$SD\bar{X} = 4.05$

	Grupo 1	Grupo 2	
18 a 22	A 12	B 8	20
0 a 17	C 18	D 22	40
	30	30	60

Grupo 1 : Mujeres que trabajan fuera del hogar

Grupo 2 : Amas de casa

La χ^2 de tabla con un grado de libertad con un nivel de significancia de 0.005 es de 7.87, y la χ^2 obtenida es de 0.68 , por lo tanto no hay diferencia significativa en la distribución .

$$\chi^2 = 0.68 \text{ ns}$$

Grupo 1	$\bar{X} = 16.83$	$SD\bar{x} = 2.48$
Grupo 2	$\bar{X} = 14.87$	$SD\bar{x} = 4.02$

	Grupo 1	Grupo 2	
18 a 19	A 23	B 1	24
0 a 17	C 7	D 29	36
	30	30	60

Grupo 1 : Mujeres que trabajan fuera del hogar

Grupo 2 : Amas de casa

La χ^2 de tabla con un grado de libertad con un nivel de significancia de 0.005 es de 7.87, y la χ^2 obtenida es de 30.63 y por lo tanto es significativa con una probabilidad \geq de .005

$$\chi^2 = 30.63 \text{ P } \geq .005$$

Grupo 1 $\bar{X} = 17.97$ $SD\bar{X} = 2.3$

Grupo 2 $\bar{X} = 12.80$ $SD\bar{X} = 3.51$

	Grupo I	Grupo 2
$\sum X$	(n=30) 1129	(n=30) 1421
\bar{X}	37.63	43.37
SD \bar{X} =	2.50	P \geq .01
t =	3.90	

Grupo 1 : Mujeres que trabajan fuera del hogar

Grupo 2 : Amas de casa

Se obtuvo una t = 3.90 que nos indica una diferencia significativa entre los puntajes de las dos muestras.

$$SD\bar{X} = 2.50$$

$$t = 3.90 \quad P \geq .01$$

ANALISIS DE RESULTADOS

Características de la muestra

Edad

La primera fase del análisis de datos, consistió en obtener las medidas básicas que nos permiten describir a nuestra población (medias y porcentajes) para lo cual optamos por dividir a la muestra en dos sub-grupos: mujeres que tienen un trabajo remunerado y amas de casa. En esta forma, encontramos entre las mujeres que tienen un trabajo remunerado que un 40% tenían 39 y 43 años de edad, que el 46.67% entre 44 y 47 años de edad y el resto, es decir un 13.33% tenía una edad que oscilaba entre los 48 y 51 años de edad.

En el cuadro #1 se puede ver que la media de edad del grupo tiene un valor de 44.23.

Por otro lado, en el grupo de las amas de casa un 46.67% de mujeres tenían entre 29 y 43 años de edad, un 20% entre 44 y 47 años y un 33.33% entre 48 y 50 años de edad; la media de este grupo tiene un valor de 44.66 años de edad, como lo indica el cuadro #2.

Escolaridad

Encontramos en el grupo de las mujeres que tienen un trabajo remunerado que en un 20% su escolaridad corresponde a un nivel de secundaria, un 20% a un nivel de preparatoria y un 60% tiene un grado profesional. Ver cuadro #3.

Por otro lado, en el grupo de las amas de casa el 60% obtuvieron el grado de secundaria, el 36.67% de preparatoria y únicamente un 3.33% el grado profesional. Ver cuadro #4.

Se encontró que dentro del grupo de las mujeres que trabajan fuera del hogar el 60% que tiene educación profesional realiza actividades relacionadas con su profesión en diferentes ramas; del 40% restante, el 26% se dedica al comercio, el 6.6% a la docencia y el 3.3% al arte.

Se observó además que el 100% de las amas de casa no realizan ninguna actividad que sea remunerada.

Edad de casamiento

En cuanto a la edad de casamiento de las mujeres que tienen un trabajo remunerado, el 26.67% contrajeron matrimonio entre los 15 y 20 años de edad; el 60% entre los 21 y 24 años de edad y el 16.65% entre los 25 y 34 años de edad. La media de edad fue de 22 años. Ver cuadro #5.

Se observó en este grupo que un 83.23% realizó un matrimonio civil y religioso en contraste con un 16.67% que sólo realizó un matrimonio civil.

En el grupo de las amas de casa el 59.99% se casó entre los 15 y 20 años, el 30% entre los 21 y 24 años y el 10% entre los 25 y 28 años. La media de edad de casamiento de este grupo fue de 20.56 años. Ver cuadro #6.

En este grupo se observó que un 90% tuvo un matrimonio religioso y civil, mientras que el 10% fue únicamente por el civil.

Número de hijos

En el grupo de mujeres con un trabajo remunerado se encontró que el 30% tiene cuatro hijos, el 36.37% tiene tres hijos y el 33.33% tiene dos. Ver cuadro #7.

En el grupo de las amas de casa se encontró que el 46.67% tiene tres hijos, el 16.67% tiene cuatro y dos respectivamente, el 6.67% seis hijos y el 3.33% siete hijos. Ver cuadro #8.

En el grupo de las mujeres con un trabajo remunerado se observó que el 36.67% tiene tres hijos viviendo en el hogar, el 33.33% tiene dos, el 13.33% tiene cuatro viviendo en el hogar, el 10% tiene uno y el 6.67% no tiene ningún hijo viviendo en el mismo.

Dentro del grupo de las amas de casa se encontró que el 30% tiene tres hijos viviendo en el hogar, el 26.67% tiene dos hijos viviendo en el hogar, el 23.33% tiene un hijo viviendo en el mismo, el 6.67% tienen cuatro y en la misma proporción tienen cinco y seis hijos viviendo en el hogar.

Edad de inicio de la menstruación

Se observó que en el grupo de las mujeres que tienen un trabajo remunerado la edad de la menstruación tuvo un rango entre los diez y quince años, el 23.34% una edad de inicio entre los diez y once años; un 56.66% entre los doce y trece años y un 20% entre los catorce y quince años. Ver cuadro #9.

En este grupo el 50% fue informado previamente acerca de la menstruación y el 50% restante no lo fue.

Se observó, además, que el 57% de las mujeres de este grupo que trabaja fuera del hogar, tuvieron reacciones del tipo de enojo, miedo pena, desconcierto, indiferencia y el 43% restante, sintieron emoción y alegría al inicio de la misma.

Así mismo, los íntomas experimentados por estas mujeres durante sus periodos menstruales fueron de irritabilidad en un 6.67%; irritabilidad y depresión en un 6.67% y de ausencia de síntomas en un 86.67%. La edad de inicio de la menstruación en las amas de casa osciló entre los diez y dieciseis años. Encontramos que en el 16.66% la edad de inicio fue entre los diez y once años, en el 43.33% entre los doce y trece años y en el 40% entre los catorce y dieciseis años. Ver cuadro #10.

Se observó que el 30% de este grupo obtuvieron información previa acerca de la menstruación, mientras que el 70% no la tuvo.

El 60% de las amas de casa experimentó reacciones como: enojo, miedo, pena, desconcierto e indiferencia frente al inicio de su menstruación, y el 40% restante fue de emoción y alegría.

Por otro lado, el 13.33% de las mujeres del grupo de las amas de casa presentaron síntomas de depresión ante sus periodos menstruales, el 20% irritabilidad, el 26.67% irritabilidad y depresión y el 40% ausencia de síntomas.

Periodo menstrual durante los últimos nueve meses

Se encontró que dentro del grupo de mujeres que tienen un trabajo remunerado el 66.67% han tenido su periodo menstrual en los últimos nueve meses, mientras que el 33.33% ha tenido ausencia del mismo. Ver cuadro #11.

Dentro del grupo de las mujeres que trabajan fuera del hogar la media de edad de cese de la menstruación fue de 41.3 años. La frecuencia y porcentaje de edad de cese de menstruación de este grupo puede observarse en el cuadro #12.

Dentro del grupo de las amas de casa el 53.33% tuvieron su periodo menstrual en los últimos nueve meses, mientras que el 46.67% tuvo ausencia del mismo. Ver cuadro #13.

La media de edad de cese de la menstruación de este grupo fue de 44., 28 años. La frecuencia y porcentaje se pueden observar en el cuadro #14.

En algunos reactivos fue importante analizar la respuesta de los dos grupos de mujeres y son las siguientes:

¿Se siente satisfecha consigo misma?

Se encontró que dentro del grupo de las mujeres con un trabajo remunerado el 93.33% se siente satisfecha consigo misma y sólo un 6.66% no lo está.

En el grupo de las amas de casa el 63.33% no está satisfecha consigo misma, mientras que el 33.66% si lo está.

¿Se siente útil y necesaria?

El 76.66% de las mujeres con un trabajo remunerado se sienten útiles y necesarias y el 23.33% no.

Dentro del grupo de las amas de casa un 56.66% no se siente útil y necesaria y un 43.33% sí.

¿Siente que vive una vida plena y satisfactoria?

Dentro del grupo de las mujeres que tienen un trabajo remunerado el 93.33% afirma que tiene una vida plena y satisfactoria y el 6.66% no.

El 66.66% de las amas de casa no sienten que viven una vida plena y satisfactoria, no así el 33.33% de las mujeres restantes.

¿Si sólo se dedica al hogar, le gustaría trabajar?

El 93.33% de las amas de casa contestó afirmativamente, no así el 6.66% restante.

En cuanto a las razones por las que no trabajan, se observó que el 56.66% no desea desatender el hogar, el 39.99% por no tener una preparación adecuada y el 3.33% porque estudia.

¿Qué siente cuando los hijos se van?

Dentro del grupo de las amas de casa el 56.66% siente gusto y el 43.33% siente soledad, cuando los hijos dejan el hogar.

En el grupo de las mujeres que tienen un trabajo remunerado el 76.66% siente gusto y el 23.33% siente soledad cuando los hijos dejan el hogar.

C A P I T U L O VII

DISCUSION

De la muestra de 60 mujeres climatéricas tomadas para esta investigación, 30 son amas de casa y 30 tiene un trabajo remunerado.

De la comparación de los dos grupos surgen los siguientes datos:

Con respecto a la edad, en ambos grupos la media fue de aproximadamente 44 años, por lo que se pueden considerar homogéneos a los grupos. El estado general de salud es bueno en ambos grupos.

Las mujeres que tienen un trabajo remunerado se casaron mayores (22) que las amas de casa (20), ya que las primeras en general, completaron sus estudios profesionales antes del matrimonio.

Una gran proporción de las mujeres con un trabajo remunerado, son profesionales (18), mientras que el grupo de las amas de casa la mayoría cursó sólo hasta la secundaria (18).

Los resultados indicaron que el número de hijos es menor en el grupo de mujeres que trabajan fuera del hogar (máximo 4) que en el grupo de las amas de casa (máximo 7). En cuanto a los hijos que aún viven en el hogar, en el primer grupo se encontró que van de ninguno a 4 y en el segundo de 1 a 6.

Estos dos factores (el número de hijos y también la falta de preparación académica) aparecieron con frecuencia en las respuestas de las amas de casa como una limitación para realizar una actividad remunerada, aunque manifestaron en su gran mayoría el deseo de hacerlo, ya que consideran que la mujer que trabaja fuera del hogar es más independiente, y por consiguiente tiene más seguridad en sí misma.

Si bien las amas de casa expresaron deseos de superación, no realizan actividades concretas dirigidas a lograrlo; en este sentido, cuando se les preguntó de qué manera buscaban superarse, sus respuestas fueron generales y vagas, por ejemplo: "realizando cursos", viajando, interesán-

dome por lo que pasa alrededor", "manteniéndome informada", "yendo a conciertos", "estando siempre activa", "siendo más responsable y productiva", "buscando alguna ocupación", "logrando una solidez cultural", "no tengo idea de como hacerlo".

Por el contrario, en el grupo de las mujeres con un trabajo remunerado, la mayoría se destacó por realizar actividades encaminadas hacia la superación en su campo de trabajo. Entre las profesionales muchas manifestaron su deseo de avanzar en su carrera , realizando una maestría o un doctorado.

En cuanto a las lecturas que realizan en el grupo de las amas de casa varias mujeres afirmaron que no les interesa leer. De las que sí están interesadas, la mayoría lee novelas, periódicos y revistas.

Las mujeres con un trabajo remunerado, se interesan en su totalidad por la lectura y el material que leen es el relacionado con su profesión, material científico y temas relacionados con la política, el arte y la ficción.

La diferencia entre el campo de intereses de las mujeres de ambos grupos básicamente fue cualitativa, es decir, que los intereses que manifestaron son de distinto orden.

El hecho de que en el grupo de las amas de casa los deseos de realizar actividades tales como el trabajo remunerado o algún estudio académico no haya sido llevado a la práctica, está relacionado con la insatisfacción que manifestaron al responder a la pregunta de si se sienten satisfechas con la vida que llevan.

En el grupo de las mujeres que tienen un trabajo remunerado, la mayoría respondió en forma afirmativa a la misma pregunta.

Por otro lado, se encontró que la media de edad de la menstruación fue de 12 años para las mujeres que tienen un trabajo remunerado y de 13 para las amas de casa. En cuanto a la información previa que las mujeres recibieron respecto de la menstruación, en el grupo de las amas de casa el número de mujeres que obtuvieron información fue notable-

mente menor que en el otro grupo. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la actitud frente a la menstruación, ya que en ambos grupos predominaron sentimientos de enojo, miedo y desconcierto.

Ambos grupos manifestaron que la única ventaja que ofrecía la menstruación era la capacidad de procrear, por lo demás representaba una molestia. Esta actitud negativa puede ser resultado del tabú cultural con respecto a la menstruación, que ha existido durante siglos, debido a que se basa sobre suposiciones acerca de cómo debe sentirse y comportarse la mujer.

Se encontraron diferencias en cuanto a síntomas tales como depresión e irritabilidad; entre las amas de casa sólo un 40% manifestó no tener síntomas; las mujeres con un trabajo remunerado tuvieron una proporción mucho mayor de no síntomas. (86.67%).

Dentro de esta categoría, el síntoma de irritabilidad y depresión tuvo una incidencia del 26.67% en las amas de casa y del 6.67% en las mujeres que tienen un trabajo remunerado, lo que nos hace pensar que el interés por el trabajo unido al hecho de que la mujer se siente capaz de realizar una actividad productiva son aspectos que pueden influir sobre la sintomatología.

En el grupo de mujeres con un trabajo remunerado se observó que el 66.66% tienen su periodo menstrual y el 33.33% no. La media de edad del cese de la menstruación de estas últimas fue de 44 años.

Entre las amas de casa se observó que el 53.33% tienen su periodo menstrual y el 44.66% no. En este caso la media de edad del cese de la menstruación fue de 41. años.

Ambos grupos asisten a consulta ginecológica periódicamente (cada seis meses o un año).

Las mujeres que tienen un trabajo remunerado afirmaron en su totalidad que las relaciones sexuales en la edad madura no son menos satisfactorias y que el deseo sexual permanece igual.

En el grupo de las amas de casa el 46.66 manifestó que las relaciones sexuales son menos satisfactorias y en cuanto al deseo sexual el 53.33% afirmó que se mantiene igual y el 46.66% que disminuye.

Ambos grupos consideraron que la mujer no se siente menos segura de sí misma cuando cesa la menstruación, no evita las relaciones sexuales durante el climaterio ni teme al rechazo físico del compañero; sin embargo expresaron temor ante los cambios físicos que puedan presentarse.

El 91.66% de las mujeres con un trabajo remunerado afirmaron que las relaciones sexuales son importantes para mantener el vínculo matrimonial. El 36.66% de entre las amas de casa manifestó que no eran importantes.

Ambos grupos consideraron que una mujer madura es atractiva y manifestaron preocupación por mantener y mejorar su apariencia física. Cabe destacar que entre los atributos mencionados figuraron principalmente, la experiencia y la sabiduría y no aspectos físicos.

Casi la totalidad de las mujeres que trabajan fuera del hogar, manifestaron satisfacción por su apariencia física, se consideraron atractivas para su esposo y expresaron confianza en su capacidad para lograr lo que se proponen.

En el grupo de las amas de casa, sólo el 40% manifestó satisfacción por su apariencia, el 66% se consideró atractiva para el esposo y el 53.33% afirmó sentirse capaz de lograr lo que se propone.

Ambos grupos coincidieron en afirmar que el papel de la mujer no se limita tan sólo al de esposa y madre; sin embargo las amas de casa el 63.33% experimentaron sentimientos de temor, soledad y tristeza ante la partida de los hijos.

Por el contrario el 80% de las mujeres con un trabajo remunerado experimentaron alegría, paz y gusto ante la misma situación.

En los resultados obtenidos en la prueba de la depresión se encontró que entre las amas de casa, la depresión tiene una incidencia mayor que entre las mujeres con un trabajo remunerado.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto anteriormente se puede concluir:

1.- Que el trabajo remunerado tiene influencia sobre el hecho de que las mujeres presenten o no síntomas de depresión durante el climaterio.

Las mujeres que tienen ocupaciones distintas a las tareas del hogar se preocupan menos ante la proximidad de la menopausia.

Las personas que participaron en la encuesta así lo afirman y los resultados de la prueba de la depresión confirman nuestra hipótesis de que entre las mujeres que realizan un trabajo remunerado, la depresión es menos frecuente que en las amas de casa.

2.- Que el trabajo remunerado influye positivamente sobre la autoestima de las mujeres climatéricas.

Una mujer que comprueba su capacidad para realizar tareas fuera del ámbito específico del hogar, se siente más segura de sí misma, más independiente, más eficiente y útil, así como más capaz de emprender nuevas actividades con éxito.

Los resultados obtenidos comprueban la hipótesis de que las mujeres con un trabajo remunerado, tienen una mayor autoestima que las mujeres dedicadas exclusivamente al hogar.

3.- Que en el área sexual, tanto las mujeres que tienen un trabajo remunerado, como las amas de casa, presentan una actitud similar ante la sexualidad.

Las mujeres de ambos grupos consideran como factor importante al aspecto sexual para mantener al vínculo matrimonial y la unidad familiar.

La importancia que le concede nuestra cultura al aspecto sexual tiene mayor influencia sobre la actitud que asumen ambos grupos.

ante la sexualidad, que el factor trabajo. Con lo cual, se rechaza la hipótesis de que las mujeres que tienen un trabajo remunerado durante el climaterio asumen una actitud más positiva ante su sexualidad, que las que sólo se dedican al hogar; debido a que no se encontraron diferencias significativas en las respuestas de ambos grupos, se acepta la Hipótesis Nula (H_0).

4. Que el trabajo remunerado influye en forma positiva sobre el campo de intereses de la mujer climatérica.

La mujer que trabaja fuera del hogar tiene un campo de intereses más amplio y se preocupa por aumentar sus conocimientos y avanzar en su trabajo o profesión, sin descuidar el aspecto familiar.

Los resultados obtenidos comprueban la hipótesis de que las mujeres con un trabajo remunerado tienen un mayor campo de intereses que las que sólo se dedican al hogar.

Se ha podido observar que la preocupación frente a la madurez es distinta entre las mujeres que tienen otra actividad además de la del hogar; aún cuando estas mujeres se sienten afectadas por la pérdida de su fertilidad y por los cambios físicos en general, debido a que su autoestima es mayor y su campo de intereses no es limitado, se enfrentan a esta etapa con mayor optimismo, y por lo tanto la depresión como síntoma no se presenta con tanta frecuencia.

Por lo expuesto, consideramos que es importante la preparación psicológica de la mujer para los acontecimientos que se desencadenarán cuando alcance la edad madura; dicha preparación consiste en reiniciar o buscar un trabajo fuera del hogar para que desarrolle sus ambiciones y luche por sus metas, el cual no tiene que ser necesariamente remunerado, ya que puede tratarse de una labor social, como voluntaria en alguna institución, actividades creativas, culturales, etc.

Una mujer sana mentalmente, no sufre síntomas psíquicos en una forma considerable, está emocionalmente balanceada, es capaz, y está adaptada. La propia identidad tiene que ver con la habilidad de que se es capaz, para evitar la excesiva dependencia y defender lo que para ella es importante.

Limitaciones

Aunque en las tres últimas décadas se ha intentado investigar con mayor profundidad la etapa del climaterio y la menopausia específicamente, aún no se han unificado los criterios biológico, psicológico y social para facilitar la comprensión de este evento y así favorecer la investigación.

Es muy poco lo que se sabe acerca de la experiencia de la menopausia, ya que se ha observado inconsistencia en las definiciones, tratamiento y composición de las poblaciones a través de los estudios realizados. Como consecuencia de esto, hay una ausencia de réplicas, ya que cada estudio define separadamente a los grupos de mujeres menopáusicas, tratamientos y síntomas; tal situación tiene dos implicaciones:

- a) Los resultados de muchos estudios parecen ser contradictorios.
- b) El conocimiento bajo esta circunstancia no puede ser acumulativo, ya que los resultados de estudios anteriores no pueden ser comparados y por lo tanto, no se puede generalizar.

Otro punto relevante, es la escasez de literatura confiable acerca de estudios relacionados con la menopausia misma.

Sugerencias

Finalmente, como recomendaciones y sugerencias para futuras investigaciones sería importante:

- a) Realizar una réplica del presente estudio en grupos de mujeres climatéricas pero de nivel socioeconómico bajo.
- b) Estandarizar el cuestionario utilizado en la presente investigación para el planteamiento de estudios posteriores más estructurados.
- c) Considerar la elaboración de estudios comparativos entre grupos de jóvenes de nivel socioeconómico medio y bajo, con el fin de conocer específicamente los alcances y limitaciones con que las jóvenes cuentan para continuar con estudios académicos que les permitan autodesarrollarse.

d) Realizar investigaciones con mujeres menopaúsicas que no presenten síntomas, a fin de analizar qué factores han influido en su salud.

e) Establecer si es o no un hecho el síndrome climatérico y si éste existe, qué síntomas abarca.

f) Hacer una réplica de esta investigación, pero utilizando otros instrumentos estandarizados tales como: Hamilton, la escala 2 (dp) MMPI, escala 0 de Catell (PF16) , etc., ya que el cuestionario utilizado es atribuible exclusivamente a la muestra estudiada.

MUJERES QUE TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO

Edad	Frecuencia	Porcentaje
(3) 39	117	10.00 %
(1) 40	40	3.33 %
(5) 41	205	16.67 %
(1) 42	42	3.33 %
(2) 43	86	6.67 %
(5) 44	220	16.67 %
(5) 46	230	16.67 %
(4) 47	188	13.33 %
(1) 48	48	3.33 %
(2) 50	100	6.67 %
<u>(1) 51</u>	<u>51</u>	<u>3.33 %</u>
30	1327	100.00 %

$$1327 \div 30 = 44.2333 \quad \text{Media de edad}$$

EDAD

CUADRO # 2

AMAS DE CASA

Edad		Frecuencia	Porcentaje
(3) 39	117	.1	10.00 %
(3) 40	120	.1	10.00 %
(2) 41	82	.0667	6.67 %
(2) 42	84	.0667	6.67 %
(4) 43	172	.1333	13.33 %
(1) 44	44	.0333	3.33 %
(2) 45	90	.0667	6.67 %
(3) 47	141	.1	10.00 %
(4) 48	192	.1333	13.33 %
(2) 49	98	.0667	6.67 %
<u>(4) 50</u>	<u>200</u>	<u>.1333</u>	<u>13.33 %</u>
30	1340		100.00 %

 $1340 \div 30 = 44.6667$ Media de edad

ESCOLARIDAD

CUADRO # 3

MUJERES QUE TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
(6) SECUNDARIA	20 %
(6) PREPARATORIA	20 %
<u>(18) PROFESIONAL</u>	<u>60 %</u>
30	100 %

AMAS DE CASA

CUADRO # 4

(18) SECUNDARIA	60. %
(11) PREPARATORIA	36.67 %
<u>(1) PROFESIONAL</u>	<u>3.33 %</u>
30	100.00 %

EDAD DE CASAMIENTOCUADRO # 5MUJERES QUE TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO

Edad de casamiento		Frecuencias	Porcentaje
(1) 15	15	.0333	3.33 %
(1) 16	16	.0333	3.33 %
(2) 18	36	.0667	6.67 %
(2) 19	38	.0667	6.67 %
(2) 20	40	.0667	6.67 %
(6) 21	126	.20	20.00 %
(5) 22	110	.1667	16.67 %
(4) 23	92	.1333	13.33 %
(3) 24	72	.1	10.00 %
(1) 25	25	.0333	3.33 %
(1) 26	26	.0333	3.33 %
(1) 28	28	.0333	3.33 %
(<u>1</u>) 34	<u>34</u>	.0333	<u>3.33</u> %
30	658		100.00 %

$$658 \div 30 = 21.933$$

EDAD DE CASAMIENTO

CUADRO # 6

AMAS DE CASA

Edad de casamiento		Frecuencias	Porcentaje
(1) 15	15	.0333	3.33 %
(1) 16	16	.0333	3.33 %
(2) 17	34	.0667	6.67 %
(1) 18	18	.0333	3.33 %
(7) 19	133	.2333	23.33 %
(6) 20	120	.20	20.00 %
(2) 21	42	.06667	6.67 %
(4) 22	88	.1333	13.33 %
(2) 23	46	.0667	6.67 %
(1) 24	24	.0333	3.33 %
(1) 25	25	.0333	3.33 %
<u>(2) 28</u>	<u>56</u>	.0667	<u>3.33</u> %
30	617		100.00 %

$$617 \div 30 = 20.5667$$

NUMERO DE HIJOS

CUADRO # 7

MUJERES QUE TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO

Número de hijos	Porcentaje
(10) 2	33.33 %
(11) 3	36.67 %
(<u>9</u>) 4	<u>30.00</u> %
30	100.00 %

AMAS DE CASA

CUADRO # 8

Número de hijos	Porcentaje
(5) 2	16.67 %
(14) 3	46.67 %
(5) 4	16.67 %
(3) 5	10.00 %
(2) 6	6.67 %
(<u>1</u>) 7	<u>3.33</u> %
30	100.00 %

EDAD DE INICIO DE LA MENSTRUACIONCUADRO # 9MUJERES QUE TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO

Edad		Frecuencia	Porcentaje
(2) 10	20	.0667	6.67 %
(5) 11	55	.1667	16.67 %
(10) 12	120	.3333	33.33 %
(7) 13	91	.2333	23.33 %
(5) 14	60	.1667	16.67 %
(<u>1</u>) 15	<u>15</u>	.0333	<u>3.33</u> %
30	361		100.00 %
	361 ÷ 30 = 12.033 años		

AMAS DE CASACUADRO # 10

Edad		Frecuencia	Porcentaje
(1) 10	10	.0333	3.33 %
(4) 11	44	.1333	13.33 %
(6) 12	72	.20	20.00 %
(7) 13	91	.2333	23.33 %
(6) 14	84	.20	20.00 %
(5) 15	75	.1667	16.67 %
(<u>1</u>) 16	<u>16</u>	.0333	<u>3.33</u> %
30	392		100.00 %
	392 ÷ 30 = 13.0667 años		

PERIODO MENSTRUAL DURANTE LOS ULTIMOS 9 MESES

CUADRO # 11

MUJERES QUE TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO

Período menstrual	Porcentaje
(20) Si	66.67 %
(<u>10</u>) No	<u>33.33</u> %
30	100.00 %

EDAD DE CESACION

CUADRO # 12

Edad	Frecuencia	Porcentaje	
(1) 32	32	.1000	10.00 %
(1) 37	37	.1000	10.00 %
(1) 38	38	.1000	10.00 %
(1) 39	39	.1000	10.00 %
(1) 40	40	.1000	10.00 %
(1) 41	41	.1000	10.00 %
(2) 45	90	.2000	20.00 %
(1) 47	47	.1000	10.00 %
(<u>1</u>) 49	<u>49</u>	.1000	<u>10.00</u> %
10	413		100.00 %

$$413 \div 10 = 41.30 \text{ años}$$

AMAS DE CASA

Período menstrual	Porcentaje
(16) Si	53.33 %
(<u>14</u>) No	<u>46.67</u> %
30	100.00 %

EDAD DE CESACION

CUADRO # 14

Edad	Frecuencia	Porcentaje
(1) 35	35	.0714 7.14 %
(1) 39	39	.0714 7.14 %
(2) 40	80	.1429 14.29 %
(2) 44	88	.1429 14.29 %
(1) 45	45	.0714 7.14 %
(1) 46	46	.0714 7.14 %
(2) 47	94	.1429 14.29 %
(3) 48	144	.2143 21.43 %
(<u>1</u>) 49	<u>49</u>	<u>.0714</u> <u>7.14</u> %
14	620	100.00 %

$$620 \div 14 = 44.2857 \text{ años}$$

A P E N D I C E

Este es un cuestionario en el que se trata de ver que piensa y opina acerca de las amas de casa y de las mujeres que trabajan fuera del hogar, en relación a diversos aspectos familiares, laborales, recreativos, etc. No existen respuestas buenas ni malas, ya que pueden haber diversas formas de pensar o sentir acerca de esto.

Toda la información obtenida será confidencial, por lo tanto trate de que sus respuestas sean lo más sinceras posible.

14. ¿Su padre vive? Sí No Edad: _____

Ocupación: _____

15. ¿Su madre vive? Sí No Edad: _____

Ocupación: _____

16. Si su padre falleció, diga en qué fecha y motivo o enfermedad:

17. Si su madre falleció, diga en qué fecha y motivo o enfermedad:

18. ¿Cuántos hermanos tiene y qué lugar ocupa usted en su familia? _____

19. ¿Ha sufrido la pérdida de una persona querida recientemente?

 Sí No

Si es afirmativo, ¿quién? _____

20. ¿Qué edad tiene su esposo? _____

21. ¿Qué escolaridad tiene su esposo? _____

22. ¿Cuál es la ocupación de su esposo? _____

23. ¿Trabaja su esposo en la actualidad?

 Sí No

24. Si no trabaja, ¿cuál es el motivo? _____

25. ¿Cuánto percibe su marido mensualmente? _____

26. ¿Cuántos hijos tienen? _____

27. ¿Cuántos viven todavía con ustedes? _____

28. Datos de sus hijos:

Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación
------	-------------	--------------	-----------

40. ¿Cambió su actitud hacia los muchachos cuando comenzó a menstruar?

Sí

No

41. Si cambió, ¿en qué forma? _____

42. ¿Cambió su actitud hacia usted misma cuando comenzó a menstruar?

Sí

No

43. Si cambió, ¿en qué forma? _____

44. Cree que la menstruación ofrece alguna ventaja o desventaja a las mujeres.

Ventaja

Desventaja

45. ¿Cuál? _____

46. ¿Los hombres tienen alguna ventaja o desventaja porque no menstruan?

Ventaja

Desventaja

47. ¿Cuál? _____

48. ¿Percibe algún cambio de tipo físico o emocional antes o después del ciclo menstrual? Sí No

49. ¿Cuál? _____

50. Durante la época de la menstruación tuvo molestias tales como:

Cólico

Dolor de cabeza

Naúseas

dolor de cintura

mareos

desmayo

Otros (especifique)

51. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

Sí

No

52. Si su respuesta es sí ¿qué método utiliza? _____

53. ¿Desde cuando utiliza dicho método anticonceptivo? _____

54. ¿Ha afectado el uso de anticonceptivos su ciclo menstrual y/o flujo?

Sí

No

55. Si lo hace, ¿en qué forma? _____

56. ¿Ha modificado el uso de anticonceptivos sus relaciones conyugales?

Sí

No

57. Si lo hace ¿en qué forma? _____

58. ¿Ha tenido su periodo menstrual en los últimos 9 meses?

Sí

No

59. Si sus periodos menstruales han cesado ¿qué edad tenía cuando esto ocurrió? _____

60. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica que haya causado la suspensión de su ciclo menstrual?

Sí

No

61. Si la ha tenido ¿de qué tipo y en qué fecha? _____

62. ¿Ha sentido o siente últimamente?

Bochornos

Sudor abundante

Sensación de frío

Mareo

Fatiga

Dolor de cabeza

Irritabilidad

Depresión

Insomnio

Aumento de peso

Estreñimiento

Prurito (comezón y hormigueo de los órganos sexuales)

Si ha sentido o siente algún otro síntoma no incluido en la lista anterior, menciónelo: _____

63. ¿Qué entiende usted por menopausia? _____

64. ¿Las relaciones sexuales en la edad adulta son menos satisfactorias para la mujer? Sí No

65. Con la aparición de la menopausia ¿se incrementa el deseo sexual, se decrecienta o se mantiene igual? _____

78. ¿La mujer que trabaja fuera del hogar es más independiente?
SÍ No
79. ¿El trabajo remunerado da seguridad en sí misma a la mujer?
SÍ No
80. ¿Si no es por necesidad económica, la mujer casada y con hijos debe trabajar fuera del hogar?
SÍ No
81. ¿Quién tiene más motivaciones, la mujer que trabaja fuera del hogar o la que sólo se dedica a éste? _____
82. ¿La mujer que trabaja fuera del hogar, desatiende a su esposo e hijos?
SÍ No
83. ¿Quién tiene más motivos para arreglarse, la mujer que trabaja fuera del hogar o la que sólo se dedica a este? _____
84. ¿La mujer que trabaja fuera del hogar se preocupa menos por su envejecimiento?
SÍ No
85. ¿La mujer se preocupa menos por la pérdida de su fertilidad si tiene un trabajo productivo fuera de las labores del hogar?
SÍ No
86. ¿Tiene intereses aparte del hogar y el trabajo (hobbies, arte, deportes, etc.)
SÍ No
87. ¿Ha tratado de cultivar algo que le interese y le dé placer?
SÍ No
88. ¿Le gusta leer?
SÍ No
- ¿Qué tipo de lectura? _____

89. ¿Trata de superarse intelectualmente?

Sí

No

¿De qué manera? _____

90. ¿Estudia en la actualidad?

Sí

No

91. Si estudia ¿qué estudia? _____

92. ¿Desea superarse en el futuro?

Sí

No

¿De qué forma? _____

93. ¿Tiene iniciativa para entablar nuevas amistades?

Sí

No

94. ¿Le gustaría tener más amistades de las que ya tiene?

Sí

No

95. ¿Practica algún deporte?

Sí

No

¿Cuál? _____

96. ¿Usted y su esposo pertenecen o han pertenecido a algún club?

Sí

No

¿De qué tipo? _____

97. ¿Hace algo para mejorar su apariencia física?

Sí

No

¿Qué hace? _____

98. ¿Está satisfecha consigo misma?

Sí

No

99. ¿Siente que vive una vida plena y satisfactoria?

Sí

No

112. ¿Reconoce con facilidad sus errores?
SÍ No
113. ¿Asume más de las responsabilidades de las que le corresponden?
SÍ No
114. ¿Pierde el control fácilmente?
SÍ No
115. ¿Considera ser una persona optimista?
SÍ No
116. ¿Considera ser una persona pesimista?
SÍ No
117. ¿Se altera con facilidad ante algún contratiempo?
SÍ No
118. ¿Siente que puede esperar algo de la vida?
SÍ No
119. ¿Se siente débil o fatigada en relación con sus actividades diarias?
SÍ No
120. ¿Ha perdido el interés en sus actividades diarias?
SÍ No
121. ¿Ha disminuido el tiempo que le dedica a sus actividades diarias?
SÍ No
122. ¿Siente que ha sufrido muchas decepciones?
SÍ No
123. ¿Se siente satisfecha con la vida que lleva?
SÍ No
124. ¿Se siente a gusto con sus familiares, amigos, compañeros, etc.?
SÍ No
125. ¿Tiene comunicación con las personas que quiere?
SÍ No

126. ¿La misión de la mujer termina cuando los hijos se independizan del hogar?

Sí No

127. Cuando los hijos se independizan del hogar, la mujer siente:

Tristeza	Soledad	Enojo
Tranquilidad	Gusto	Temor
Paz	Añoranza	Otro (especifique)

128. ¿El papel de la mujer se limita a ser sólo esposa y madre?

Sí No

129. ¿La mujer madura dedicarle tiempo a su arreglo personal?

Sí No

130. ¿La mujer madura tiene atractivos?

Sí No

¿Cuáles? _____

131. ¿Usted y su familia realizan actividades juntos?

Sí No

¿cuáles? _____

132. ¿Qué comidas realizan juntos usted y su familia? _____

133. Si sus hijos ya no viven con usted, ¿se reúnen con frecuencia?

Sí No

134. ¿Realizan usted y su esposo viajes con sus hijos?

Sí No

135. ¿Se siente a gusto con su familia?

Sí No

136. En general ¿quién toma las decisiones en su familia?

Usted	Su esposo	Sus hijos	En conjunto
-------	-----------	-----------	-------------

137. Cuando su esposo no trabaja ¿le dedica tiempo a usted y/o a sus hijos?

Sí No

138. ¿Le dedica tiempo su esposo al hogar?

Sí No

139. ¿Está satisfecha con su pareja?

Sí No

140. ¿Comparte con su marido los incidentes del trabajo y del hogar?

Sí No

141. ¿Una buena relación de pareja está basada en compartirlo todo?

Sí No

142. ¿Se fortalecen o se debilitan los lazos sentimentales de la pareja cuando los hijos se van? _____

143. ¿Habla usted con su esposo acerca de lo que le preocupa?

Sí No

144. ¿El se acerca a usted cuando lo necesita?

Sí No

145. ¿Siente que su esposo la comprende?

Sí No

146. ¿La mujer teme que su esposo la abandone cuando sus hijos se independizan del hogar?

Sí No

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En las mañanas me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

A U T O E S T I M A

67. ¿La mujer teme a los cambios físicos que se presentan durante la menopausia?
- SÍ No
69. ¿Con el cese de la menstruación la mujer se siente menos segura de sí misma?
- SÍ No
78. ¿La mujer que trabaja fuera del hogar es más independiente?
- SÍ No
79. ¿El trabajo remunerado da seguridad en sí misma a la mujer?
- SÍ No
84. ¿La mujer que trabaja fuera del hogar se preocupa menos por su envejecimiento?
- SÍ No
97. ¿Hace algo para mejorar su apariencia física?
- SÍ No.
- ¿Qué hace?
98. ¿Está satisfecha consigo misma?
- SÍ No
100. ¿Se siente útil y necesaria?
- SÍ No
101. ¿Se ha sentido menos atractiva últimamente?
- SÍ No

102. ¿Ha aprendido a desarrollar sus cualidades y a superar sus defectos?
- Sí No
103. ¿Siente que es atractiva para su esposo?
- Sí No
104. ¿Está satisfecha con su apariencia física?
- Sí No
105. ¿Se considera una persona eficiente en lo que hace?
- Sí No
106. ¿Tiene confianza en su capacidad para lograr lo que se propone?
- Sí No
107. ¿Es temerosa e indecisa en cuanto a sus capacidades?
- Algunas veces Nunca
108. ¿Necesita de la aprobación y del estímulo de los demás?
- Frecuentemente Algunas veces Casi nunca
110. ¿Siente que puede expresar sus afectos con facilidad?
- Sí No
125. ¿Tiene comunicación con las persona que quiere?
- Sí No
129. ¿La mujer madura debe dedicarle tiempo a su arreglo personal?
- Sí No
130. ¿La mujer madura tiene atractivos
- Sí No

A C T I T U D S E X U A L

37. ¿Había sido informada en forma adecuada sobre la menstruación?

Sí No

38. ¿Quién le dió la información? _____

39. Cuando tuvo su primera menstruación sintió:

Miedo	Asco	Vergüenza
Angustia	Tristeza	Alegría
Gusto	Emoción	Enojo
Orgullo	Indiferencia	Desconcierto
Fastidio	Pena	Confusión

40. ¿Cambió su actitud hacia los muchachos cuando comenzó a menstruar?

Sí No

42. ¿Cambió su actitud hacia usted misma cuando comenzó a menstruar?

Sí No

44. ¿Cree que la menstruación ofrece alguna ventaja o desventaja a las mujeres?

Ventaja Desventaja

46. ¿Los hombres tienen alguna ventaja o desventaja porque no menstruan?

Ventaja Desventaja

50. Durante la época de la menstruación tuvo molestias tales como:

Cólico	Dolor de cabeza
náuseas	dolor de cintura
mareos	desmayos
Otros (especifique)	

64. ¿Las relaciones sexuales en la edad adulta son menos satisfactorias para la mujer?
- Sí No
65. Con la aparición de la menopausia ¿se incrementa el deseo sexual, se decrementa o se mantiene igual? _____
66. ¿La mujer durante la menopausia evita la relación sexual por temor a ser rechazada?
- Sí No
68. ¿Las relaciones sexuales durante la edad madura son importantes para mantener unido al matrimonio?
- Sí No
70. ¿Afecta emocionalmente a la mujer el fin de la vida fértil y el cese de la menstruación?
- Sí No
85. ¿La mujer se preocupa menor por la pérdida de su fertilidad si tiene un trabajo productivo fuera de las labores del hogar?
- Sí No
139. ¿Está satisfecha con su pareja?
- Sí No
140. ¿Comparte con su marido los incidentes del trabajo y del hogar?
- Sí No
141. ¿Una buena relación de pareja está basada en compartirlo todo?
- Sí No

142. ¿Se fortalecen o se debilitan los lazos sentimentales de la pareja cuando los hijos se van? _____

143. ¿Habla usted con su esposo acerca de lo que le preocupa?

Sí

No

144. ¿El se acerca a usted cuando lo necesita?

Sí

No

145. ¿Siente que su esposo la comprende?

Sí

No

146. ¿La mujer teme que su esposo la abandone cuando sus hijos se independizan del hogar?

Sí

No

99. ¿Siente que vive una vida plena y satisfactoria?
- Sí No
109. ¿Se siente libre para disfrutar de experiencias placenteras como realizar un viaje, ir a un concierto o espectáculo, salir con amigas, etc.?
- Sí No
118. ¿Siente que puede esperar algo de la vida?
- Sí No
123. ¿Está satisfecha con la vida que lleva?
- Sí No
124. ¿Se siente a gusto con sus familiares, amigos, compañeros, etc.?
- Sí No
126. ¿La misión de la mujer termina cuando los hijos se independizan del hogar?
- Sí No
127. Cuando los hijos se independizan del hogar, la mujer siente:
- | | | |
|--------------|----------|---------------------|
| Tristeza | soledad | enojo |
| tranquilidad | gusto | temor |
| paz | añoranza | otros (especifique) |
128. ¿El papel de la mujer se limita a ser sólo esposa y madre?
- Sí No

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS : CAPITULO II

- 1) Guyton Arthur C. " Tratado de Fisiología médica" p. 1011 ,
Editorial Interamericana, México , 1975

- 2) Novak E. " The management of the menopause" American Journal Obstet.
Gynec. 40: 589, 1940

Greenblatt R.B. " Metabolic and psychosomatic disorders in menopausal
women " Geriatrics 10: 165, 1955

Malleon J. " Climacteric Stress; its empirical management" British
Medical Journal ii: 1422 , 1956

Prados M. " Emotional factors in the climacterium of women" Psychoter
and psychosom 15: 231, 1967

Walsh J.W. " The menopause" Rhode Isl. Med. J. 51: 548, 1968

Somerville B.W. " The influence of hormones upon migraine in women"
Medical Journal Australia Suppl. 2 : 6 , 1972

- 3) Hoskins R.G. " The psychological treatment of the menopause"
J. Clin. Endocr. Metab. 4: 605, 1944

- 4) Farrell D.M. " Dangers in the management of the climacteric"
Med. Clins. N. Am. 32: 1523 , 1948

Jeffcoate T.N. " Psychiatric morbidity and the menopause" British
Medical Journal 1: 340 , 1960

Slater E. y Roth M. " Clinical Psychiatry " Bailliere, Tindall and
Cassell, London 1969

- Kistner Robert W. " The menopause" S. Afr. J. Obstet. Gynaecol
6: 106-129 , 1974
- 5) Weideger Paula " Menstruación y menopausia]" p. 64, Editorial Diana
México , 1979
- 6) Filskov A. " On the frequency of psychoses in the climacteric"
Danish Ugeskr Laeg 98: 235 , 1936
- Campbell C.H. " Mental aspects of the menopause" J. Okla. St. Med. Ass!
30: 12 , 1937
- Jacobi E. " Die psychoneurosen im klimakterium und der involution, -
einschliesslich des klimakterium virile" Zentbl. Psychoter 5: 32,1939
- Greenhill M.H. "A psychosomatic evaluation of the psychiatric and endocri-
nological factors in the menopause" Sth. Med. J. Nashville 39: 786,1946
- Rybo G. y Westerberg H' " Symptoms in the postmenopause -a population
study" Acta Obstet. Gynec. Scand 50: 25 , 1971
- Mc. Kinlay S. ; Jefferys M. y Thompson B. " An investigation of the age
at menopause" J. Biosoc. Sci. 4: 161 , 1972
- Thompson B.; Hart S.A. y Durno D. " Menopausal age and symptomatology in
a general practice " J. Biosoc. Sci. 5: 71 , 1973
- 7) Roddick J.W. " Use of estrogens in the climacteric and postmenopausal -
years " Clinical Obstetrics and Gynecology V. 20 No. 4 , 903-911
1977
- 8) Mc Kinlay S. y Jefferys M. " The menopausal syndrome"
Brit. J. Prev. Socl Med. 28: 108-115 , 1974
- 9) Mc Dowell J.G. y Paterson A.S. " The physical and psychological symptoms
of the menopause" J. Obstet. Gynaec. Br. Emp. 47: 319 , 1940

- Rybo G. y Westerberg H. Ob. Cit p. 27
- Thompson B.; Hart S.A. y Durno D. Ob. Cit p.73
- Mc. Kinlay S.; Jefferys M. y Thompson B. Ob. Cit p. 165
- Mc. Kinlay S. Y Jefferys M. Ob. Cit p. 112
- 10) Backman G. " Die Beschleunigte entwicklung der jugend" Acta Anat.
4: 421 , 1948
- 11) Amundsen D.W. y Diers C.J. " The age of menopause in classical Greece
and Rome" Hum. Biol. 42: 79 , 1970
- 12) Mc Kinlay S. ; Jefferys M. y Thompson B. Ob. Cit p. 165
- 13) Frommer D.J. " Changing age of the menopause" Br. Med. J.ii : 349, 1964
- 14) Burg P. R. y Gunz F.W. " The distribution of the menopausal age in New
Zealand; an exploratory study" N. Z. Med. J. 66: 6, 1967
- 15) Walsh R.J. " The age of the menopause of Australian women " Med. J. Aust.
2: 181-215 , 1978
- 16) Frere G. " Mean age at menopause and menarche in South Africa "
S. Afr. J. Med. Sci. 36: 21 , 1971
- 17) Mc. Mahon B. y Worcester J. " Age at menopause: United States,1960-1962"
US Vital and Health Statistics Series 11, Number 19, 1966
- 18) Mc. Kinlay S. y Jefferys M. y Thompson B Ob. Cit p. 166
- 19) Mc Dowell G. y Paterson A.S. Ob. cit.p. 320

- 20) Achte K. " Menopause from the psychiatrist's point of view"
Acta Obst. Jan 27: 7-17 , 1970
- 21) Walsh R.J. Ob. Cit p. 181
- 22) Lindquist Olof y Bengtsson C. " Menopausal age in relation to smoking"
Acta Med. Scand 205: 73-77, 1979

NOTAS BIBLIOGRAFICAS CAPITULO III

- 1) Lazarsfeld S. y Kadis A. " L' age critique est-il un age critique?
Psyché-Paris 9: 152, 1954
- 2) Neugarten B.L. y Kraines R.J. " Menopausal symptoms in women of various
ages" " Psychosom Med. 27: 266 , 1965
- 3) Langer Marie " Maternidad y sexo" 226. Editorial Paidós , Buenos Aires,1978
- 4) De Beauvoir Simone " El segundo sexo" 376, Ediciones Siglo XX, Buenos Aires,
1968
- 5) Langer Marie Ob. cit p. 227
- 6) Idemp. 226
- 7) Rogers J. " The menopause" New Engl. J. Med. 254: 697 , 1956
- Mannes M. " Of time and the woman " Psychosomatics Sect. 2 (July-
August) 1968
- Jaszmann L.; Van Lith N.D. y Zatt J.C.A. " The age at menopause in the
Netherlands " Int. J. Fert. 14: 106 , 1969
- Osofsky J.H. y Seindenberg R. " Is female menopausal depression inevitable?
Obstet. Gynec. N.Y. 36: 611 , 1970
- 8) Selye H " Stress in health and disease" 9-14 , Butterworth, London, 1976
- 9) Bart Pauline" Depresión en las mujeres de edad madura" p. 176 , en women in
sexist society,editado por Vivian Gornick y Barbara K. Moran; Nueva York
New American Library , 1972

- 10) Marmor J. " The crisis of middle age " Psychiat. Dig. 29: 18, 1968
- 11) Rose Louisa " El libro de la menopausia" 21 , Edamex, México , 1980
- 12) Roddick J.W. " Use of estrogens in the climacteric and postmenopausal years" Clinical Obstetrics and Gynecology V. 20 No. 4: 903-911, 1977
- 13) Neugarten B.L. ; Wood V. ; Kraines R.J. y Loomis B. " Women's attitudes towards the menopause" Vita Hum. 6: 140 , 1963
- 14) Weisstein Navoni " La liberación de la mujer, año cero" 103-104, Granica Editor, Barcelona, 1977
- 15) Sheehy Gail " La crisis de la edad madura" 128, Editorial Pomaire, Barcelona , 1978
- 16) De Beauvoir Simone Ob. Cit p. 397
- 17) Weisstein Navoni Ob. Cit p. 115
- 18) De Beauvoir Simone Ob. Cit p. 403
- 19) Langer Marie Ob. Cit. p. 31
- 20) Idem p. 43
- 21) Idem p. 16
- 22) De Beauvoir Simone Ob. Cit p. 385
- 23) Idem p. 379
- 24) Weideger Paula " Menstruación y Menopausia" 219, Editorial Diana, México 1979

- 25) Benedek Therese " Climacterium: a developmental phase"
The Psychoanalytic Quarterly Vol. XIX No. 1, 231, 1950
- 26) Devereux George " The psychology of feminine genital bleeding"
International Journal of Psychoanalysis Vol. XXXI No. V: 232, 1950
- 27) Weideger Paula Ob. Cit p. 256
- 28) Rose Louisa Ob. Citp. 29-30
- 29) Bart Pauline Ob. Cit p. 177-178
- 30) Stafford Lois J. " A descriptive explorative study of some variables influencing psychological symptoms in climacteric women"
Dissertation Abstracts International May . Vol. 39 (11-B) 5590-5591,1979
- 31) Langer Marie Ob. Cit p. 226
- 32) De Beauvoir Simone Ob. Cit p. 383
- 33) Greenleigh L."Facing the challenge of change in middle age" Geriatrics
November : 61-68 , 1974
- 34) Neugarten B.L. ; Wood V.; Kraines R.J. y Loomis B. Ob. Cit p. 142
- 35) Langer Marie Ob. Cit p. 226
- 36) Van Keep P.A. ; Jaszmann L. " Cómo afrontar los años difíciles" 52-53
Editorial Argos Vergara , Barcelona, 1979
- 37) B. Dowty N.; Antonovsky A.y Wijsenbeek H. " Female attitudes to the menopause " Soc. Psychiatry 5: 35, 1970
- 38) Bart Pauline Ob. Cit p. 179
- 39) Buchmann Von W. " Gedanken zur berufstätigkeit der frau im klimakterium"
Zbl. Gynäk 96: 747-751, 1974

- 40) Rose Louisa Ob. Cit p. 36-37
- 41) Kruschwitz S.; Kramer R. y Voss J. " Uber das klimakterium der in der landwirtschaft berustigten frau " Zentrabl Gynacol (Germany East) 100/21: 1375-1380 , 1978
- 42) Schneider M. y Brotherton P. " Physiological , psychological and situational stresses in depression during the climacteric" Australia Maturitas (Netherlands) 1/3: 153: 158, 1979
- 43) Weideger Paula Ob. Cit p. 168
- 44) Felstein Ivor " Amor y sexo después de los cuarenta" 103, Editorial - Pax-México , México 1977
- 45) Weideger Paula Ob. Cit p. 169
- 46) Greenleigh L. Ob. Cit. p. 64
- 47) Gantus Meray Víctor" La segunda edad de la mujer" 57, Editorial Diana, México , 1980
- 48) Weideger Paula Ob. Cit. p. 260

NOTAS BIBLIOGRAFICAS:CAPITULO IV

- 1) Pichon-Rivière Enrique " La psiquiatría, una nueva problemática" 177 , Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1977
- 2) Idem p. 182
- 3) Idem p. 183
- 4) Idem p. 187-188
- 5) Beck Aaron T. " Depression; causes and treatment" 44, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1982
- 6) Idem p. 46
- 7) Idem p. 49
- 8) Idem p. 50-59
- 9) Idem p. 60-61
- 10) Idem p. 63
- 11) Idem p. 66-67
- 12) Hoch P.H. y Zubin J. " Current Problems in psychiatric diagnosis" 46-50 , Grune I Stratton , New York , 1953
- 13) Beck Aaron T. Ob. Cit p. 76
- 14) Idem p. 76

- 15) Idem p. 77
- 16) Idem p. 87
- 17) Idem p. 88
- 18) Idem p. 100-101
- 19) Palmer H.D. ; Hastings D.W. y Sherman S.H. " Therapy in involuntional melancholia" Amer. J. Psychiat 97: 1086-1111 , 1941
- 20) Ripley H.S. ; Shorr E. y Papanicolau G.N. " The effect of treatment of depression in the menopause with estrogenic hormone " Amer. J. Psychiat . 96: 905-914 , 1940
- 21) Beck Aaron T. Ob. Cit p. 102
- 22) Idem. p. 102
- 23) Stern K. y Prados M. " Personality studies in menopausal women" Am. J. Psychiat. 103: 358, 1946
- 24) Achté K. "Menopause from the psychiatrist's point of view " Acta Obst. Jan 27: 7-17 , 1970
- 25) Mc. Kinlay S. y Jefferys M. " The menopausal syndrome" Brit. J. Prev. Soc. Med. 28: 108-115 , 1974
- 26) Greenhill M.H. " A psychosomatic evaluation of the psychiatric and endocrinological factors in the menopause" Sth. Med. J. Nashville 39: 786 , 1946
- 27) Filskov A. " On The frequency of psychoses in the climacterium" Danish: Ugeskr Laeg 98: 235 , 1976

28) Beck Aaron T. Ob. Cit p.103

29) Idem p. 105-106

30) Idem. p. 107

31) Idem p. 107

32) Winokur George M.D. " Depression in the menopause" Brief communications
Am. J. Psychiatry130: 92-93 , 1973

33) Beck Aaron T. Ob. Cit p. 102-103

NOTAS BIBLIOGRAFICAS: CAPITULO V

- 1) Srole Leo, Fisher Anita " Managing the menopause" Newsweek February 9: 92 , 1981
- 2) Nathanson Constance " Social roles and health status among women; the significance of employment" Social Science and Medical Vol. 144 463, 1980
- 3) Selye H. " Stress in health and disease" 9-14, Butterworth, London, 1976
- 4) Gusberg Saul " Managing the menopause" Newsweek March 10, 62: 1981
- 5) Rose Louisa " El Libro de la menopausia" 36-37 , Edamex, México , 1980
- 6) Weideger Paula " Menstruación y menopausia" 244 , Editorial Diana, México 1979
- 7) Idem p. 244
- 8) Beck Aaron T. " Depression ; causes and treatment" 3-6 , University of Pennsylvania , Press, Philadelphia , 1982
- 9) Diccionario de Psicología p. 123, Howard C. Warren Editor , Fondo de Cultura Económica, México ,1975
- 10) Idem p. 186
- 11) Zung William . W! K. " La medición de la depresión " publicada por - Farmacéuticos Lakeside S.A. México 1980
- 12) Sidney Siegel " Estadística no Paramétrica" 137-143 , Editorial Trillas, 1982
- 13) Downie N.M. " Métodos estadísticos aplicados" 193-199 , Editorial Harla, Harper I Row Publishers Inc. , México , 1973

B I B L I O G R A F I A

" A "

Achté K. " Menopause from the psychiatrist's point of view"

Acta Obst. Jan 27: 7-17 , 1978

Amundsen D.W. y Diers C.J. " The age of menopause in classical Greece

and Rome" Hum. Biol. 42: 79 , 1970

" B "

Backman G. " Die beschleunigte entwicklung der jugend" Acta Anat.

4: 421 , 1948

Bart Pauline" Depresión en las mujeres de edad madura" en Women in sexist society; editado por Vivian Gornick y Barbara K. Moran, New American Library, Nueva York , 1972

Beck Aaron T. " Depression; causes and treatment" 3-107 , University of Pennsylvania Press, Philadelphia , 1982

Benedek Therese" Climacterium; a developmental phase" The Psychoanalytic Quarterly Vol. XIX , No. 1, 231, 1950

Benedek Therese" American Handbook Psychiatry" Vol. I, Cap. 37 " Sexual - Functions in women and their disturbance" 727-747, Editorial Board, Basic Books Inc. Publishers., New York, 1959

Buchmann Von W. " Gedanken zur berufstätigkeit der frau im klimakterium" Zbl. Gynäk 96: 747-751 , 1974

Burgh P. R. y Gunz F.W. " The distribution of the menopausal age in New Zealand; an exploratory study" N.Z. Med. J. 66: 6 , 1967

" C "

Campbell C.H. " Mental aspects of the menopause"
J. Okla St. Med. Ass 30: 12, 1937

" D "

De Beauvoir Simone "El segundo sexo" Tomo II , Ediciones Siglo XX,
Buenos Aires , 1968

Deutsch Helene "La psicología de la mujer" Editorial Lozada , Buenos
Aires , 1947

Devereux George "The psychology of femenine genital bleeding"
International Journal of Psychoanalysis , Vol. XXXI No. V
p. 232 , 1950

Downie N.M. "Métodos Estadísticos Aplicados" p. 193-199, Editorial
Harla; Harper I Row Publishers Inc. , México , 1973

" E "

Ey Henri ; Bernard P; Brisset Ch. "Tratado de Psiquiatría" Editorial
Toray-Masson S.A. , Barcelona , 1975

" F "

Farrell D.M. " Dangers in the management of the climacteric "
Med. Clins. N. A.m 32: 1523 , 1948

Felstein Ivor " Amor y sexo después de los cuarenta" Editorial Pax México 1977

Filskov A. " On the frequency of psychoses in the climacteric"
Danish Ugeskr Laeg 98: 235, 1936

Freedman Alfred; Kaplan Harold I. y Benjamin Sadock J. " Compendio de Psiquiatría" Editorial Salvat, Barcelona , 1977

Frere G. " Mean age at menopause and menarche in South Africa "
S. Afr. J. Med. Sci. 30: 21, 1971

Frommer D.J. " Changing age of the menopause"Br. Med. J. ii: 349,1964

" G "

Gantus Meray Víctor " La segunda edad de la mujer" Editorial Diana, México 1980

Greenblatt R.B. " Metabolic and psychosomatic disorders in menopausal - women" Geriatrics 10: 165 , 1955

Greenhill M.H. " A psychosomatic evaluation of the psychiatric and endocrinological factors in the menopause" Sth. Med. J. Nashville 39: 786, 1946

Greenleigh L. " Facing the challenge of change in middle age"
Geriatrics November: 61-68 , 1974

Gusberg Saul " Managing the menopause" Newsweek March 10: 62, 1981

Guyton Arthur C. " Tratado de Fisiología Médica" 1011-1027, Editorial
Interamericana, México , 1975

" H "

Hoch P.H.; Zubin J. " Current problems in psychiatric diagnosis"
46-50 , Grune I Stratton, New. York , 1953

Hoskins R.G. " The psychological treatment of the menopause"
J. Clin. Endocr. Metab. 4: 605, 1944

Howard C. Warren Editor" Diccionario de Psicología" p. 123, 186 ,
Fondo de Cultura Económica, México, 1975

" J "

Jacobi E. " Die psychoneurosen im klimakterium und der involution ,
einschliesslich des klimakterium virile " Zentbl. psychoter
5: 32 , 1939

Jaszmán L; Van Lith N.D. y ZattJ.C. " The age at menopause in the
Netherlands" Int. J. Fert. 14: 106, 1969

Jeffcoate T.N.A. " Psychiatric morbidity and the menopause"
British Medical Journal 1: 340, 1960

" K "

Kistner Robert W. " The menopause" S. Afr. J. Obste. Gynaecol
6: 106-129 , 1974

Kolb Laurence C. " Psiquiatría Clínica Moderna" Editorial La Prensa
Médica Mexicana , México, 1976

Kruschwitz S; Kramer R; y Voss J. " Uber das klimakterium der in der
landwirtschaft berufstätigen frau" Zentrabl Gynacol Germany
East 100/21: 1375-1380 , 1978

" L "

Langer Marie " Maternidad y sexo" Editorial Paidós, Buenos Aires, 1978

Lazarsfeld S.y Kadis A. " L' age critique est-il un age critique? "
Psyché , Paris 9: 152, 1954

Levin Jack " Fundamentos de Estadística en la Investigación Social"
Editorial Harla Latinoamérica , México , 1982

Lindquist Olof y Bengtsson C. " Menopausal age in relation to smoking"
Acta Med. Scand 205: 73-77 , 1979

" M "

Malleson J. " Climacteric Stress; its empirical management"
British Medical Journal ii: 1422 , 1956

- Mannes M. " Of time and the woman" Psychosomatics Sect. 2
(July-August) 1968
- Maoz B; Dowty N.; Anatonovsky A y Wijsenbeek H. " Female attitudes to
the menopause" Soc. Psychiatry 5: 35 , 1970
- Marmor J. " the crisis of middle age" Psychiatr. Dig. 29: 18 , 1968
- Mc. Dowell J.G. y Paterson A.S. " The physical and psychological symptoms
of the menopause" J. Obstet. Gynaec. Br. Emp. 47: 319 , 1940
- Mc. Guigan F.J. "Psicología Experimental" Editorial Trillas , México
1975
- Mc. Kinlay S. y Jefferys M. " The menopausal syndrome" Brit. J. Prev. Soc.
Med. 28: 108-115 , 1974
- Mc. Kinlay S.; Jefferys M. y Thompson B. " An investigation of the age
at menopause" J. Biosoc. Sci. 4: 161, 1972
- Mc. Mahon B. y Worcester J. " Age at menopause: United States,1960-1962"
US Vital and Health Statistics Series 11, Number 19, 1966

" N "

- Nathanson Constance " Social Roles and health status among women; the
significance of employment" Social Sciences and Medical
Vol. 144: 463, 1980
- Neugarten B.L. ; Wood V.; Kraines R.J. y Loomis B. " Women's attitudes
towards the menopause" Vita Hum. 6: 140, 1963

Neugarten B.L. y Kraines R.J. " Menopausal symptoms in women of various ages" Psychosom. Med. 27: 266, 1965

Novak E. " The management of the menopause" American Journal Obstet. Gynec. 40: 589, 1940

" 0 "

Osofsky J.H. y Seindenberg R. " Is female menopausal depression inevitable ? " Obstet. Gynec. N. Y. 36: 611, 1970

" p "

Palmer H.D.; Hastings D.W. y Sherman S.G. " Therapy in involuntional melancholia" Amer. J. Psychiat. 97: 1086-1111 , 1941

Pelkonen Risto" Metabolic aspects of the climacterium " Acta Obstet. Gynec. Scand 50: 16-23 , 1971

Pichon-Riviere Enrique" La psiquiatría, una nueva problemática" 177-201 Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1977

Pick Susan y López Ana Luisa " Cómo investigar en ciencias sociales" Editorial Trillas , México, 1983

Prados M. " Emotional factors in the climacterium of women " Psychoter. and Psychosom. 15: 231 , 1967

" R "

Ripley H.S. ; Shorr E. y Papanicolaou G.N. " The effect of treatment of depression in the menopause with estrogenic hormone"
Amer. J. Psychiat. 96: 905-914 , 1940

Roddick J.W. " Use of estrogens in the climacteric and postmenopausal years" Clinical Obstetrics and Gynecology V. 20, No. 4: 903-911 , 1977

Rogers J. " The menopause" New. Engl. J. Med. 254: 697 , 1956

Rose Louisa " El libro de la menopausia " Edamex, México, 1980

Rybo G. y Westerberg H. " Symptoms in the postmenopause-A population study" Acta Obstet. Gynec. Scand 50: 25 , 1971

" S "

Sarason Irwin G. " Psicología Anormal" Editorial Trillas , México , 1977

Schneider M. y Brotherton P. " Physiological, psychological and situational stresses in depression during the climacteric" Australia Maturitas (Netherlands)1/3: 153-158 , 1979

Seyle H. " Stress in health and disease " 9 - 14 , Butterworth, London, 1976

Sheehy Gail " La crisis de la edad adulta" Editorial Pomaire, Barcelona , 1978

Sidney Siegel " Estadística no Paramétrica" 137-143 , Editorial Trillas,
México , 1982

Slater E. y Roth M'. " Clinical Psychiatry" Bailliere, Tindall and Cassell
London, 1969

Soberón J.; Calderón J. y Goldzieher J.W. " Relation of parity to age at
menopause" Am. J. Obstet. Gynec. 96: 96 , 1966

Somerville B.W. " The influence of hormones upon migraine in women"
Medical Journal Australia Suppl. 2 : 6, 1972

Srole Leo y Fisher Anita" Managing the menopause"Newsweek February 9 :
92, 1981

Stafford Lois J. " A descriptive explorative study of some variables -
influencing psychological symptoms in climacteric women"
Dissertation Abstracts International May. Vol. 39(11-B)
5590-5591 , 1979

Stern K. y Prados M. " Personality studies in menopausal women"
Am. J. Psychiat. 103: 358 , 1946

" T "

Thompson B.; Hart S.A. y Durno D. " Menopausal age and symptomatology in
a general practice" J. Biosoc. Sci. 5: 71 , 1973

" V "

Van Keep P.A. y Jaszmann L. " Cómo afrontar los años difíciles"
Editorial Argos Vergara, Barcelona, 1979

" W "

Walsh J.W. " The menopause" Rhode Isl. Med. J. 51: 548, 1968

Walsh R.J. " The age of the menopause of Australian women" Med. J. Aust.
2: 181-215 , 1978

Weideger Paula " Menstruación y Menopausia" Editorial Diana, México, 1979

Weisstein Navoni " La liberación de la mujer, año cero" Granica Editor,
Barcelona, 1977

Winokur George M.D. " Depression in the menopause" Brief communications
Am. J. Psychiatry 130: 92-93 , 1973