

128
20j.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"RELACION ENTRE EL GRADO DE DEPRESION DE LA
MUJER EN CLIMATERIO Y SU HISTORIA
PERSONAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MORALES MENDOZA ROCIO EUGENIA

NIETO BARRERA MARIA ALICIA

DIRECTOR DE TESIS
LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD
DR. JOSE JUAN SANCHEZ SOSA

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION

CAPITULO 1. LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA CONQUISTA DE MEXICO

3

1.1 La mujer mexicana

4

1.2 La mujer en la Independencia y repercusiones de la Revolución en ella

6

1.3 La mujer en la actualidad

7

CAPITULO 2. DEPRESION

19

2.1 Antecedentes históricos

19

2.2 Incidencia de la depresión

19

2.3 Enfoques teóricos

20

2.4 Clasificación (DSM-III-R)

21

2.5 Causas

23

2.5.1 Causas genéticas

23

2.5.2 Causas psicológicas

24

2.5.3 Causas ecológicas

25

2.5.4 Causas sociales

26

2.6 Cuadro clínico

28

2.6.1 Trastornos afectivos

28

2.6.2 Trastornos intelectuales

29

2.6.3 Trastornos conductuales

30

2.6.4 Trastornos somáticos

30

2.7 Cambios hormonales y del estado de ánimo en la mujer

31

CAPITULO 3. CICLOS BIOLÓGICOS DE LA MUJER	33
3.1 Menstruación o catamenia	33
3.2 Embarazo	37
3.3 Post-parto	38
3.4 Climaterio	40
CAPITULO 4. METODO	45
4.1 Objetivo	45
4.2 Planteamiento	45
4.3 Diseño de investigación	46
4.4 Variables	46
4.5 Población y muestra	50
4.6 Instrumentos	50
4.7 Procedimiento	51
4.8 Pruebas estadísticas	52
CAPITULO 5. RESULTADOS	54
5.1 Descripción de los datos generales	54
5.1.1 Edad	54
5.1.2 Escolaridad	54
5.1.3 Estado civil	54
5.1.4 Edad de inicio de la relación de pareja	57

5.2 Categoría biológica	57
5.2.1 Menstruación	57
5.2.2 Embarazo	60
5.2.3 Parto	63
5.2.4 Post-parto	63
5.2.5 Climaterio	67
5.3 Categoría psicológica	71
5.3.1 Depresión	71
5.4 Categoría social	74
5.4.1 Roles	75
5.4.2 Estereotipos	75
5.4.3 Valores	77
5.4.4 Normas	77
5.5 Prueba de Automedición de Zung	77
CONCLUSIONES	82
ANEXOS	
Anexo 1	87
Anexo 2	102
BIBLIOGRAFIA	103

RECONOCIMIENTOS

Al Lic. Jorge Villatoro Velázquez jefe de la Unidad de Computo, Informática e Instrumentación de la Facultad de Psicología de la UNAM, por permitir que contáramos con la inestimable colaboración del Lic. Benito Ramírez Prado para el procesamiento de datos de esta investigación

A todos los profesores que permitieron nuestra formación profesional. También al personal administrativo que labora en esta Facultad

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora de Tesis Lic. Patricia Paz de Buen Rodríguez, por su gran apoyo, colaboración e impulso.

A nuestras sinodales María Luisa Herrán Iglesias, Teresa Gutiérrez Alanís, María Concepción Álvarez, Araceli Lambarri Rodríguez, por sus valiosas opiniones y motivación.

A Rode, por su orientación y buena disposición para atendernos.

A todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de este trabajo.

Dedico esta Tesis, con todo mi corazón, a mi esposo y a mis dos chiquitos, Nayeli y Adrián; a quienes adoro y doy mi gratitud por su amor, apoyo y comprensión.

A mis padres, a quienes amaré por siempre y agradezco lo que soy.

A mis hermanos; Gilda, Mari y Carlos a quienes quiero mucho y agradezco el ejemplo que me dieron.

A todas mis amistades por lo que me han brindado en especial a Alejandra, Martha, Margarita y Cecilia.

A mis padres Esperanza y Antonio que me dieron todo lo que ellos son.

Les agradezco mucho a mis hermanos Ignacio, José Luis, Gaby, Arturo, Rosi y Fernando que con su amor, apoyo y comprensión me impulsaron para alcanzar esta meta.

A todos mis demás familiares, que con su actitud me motivaron a luchar incansablemente.

A todos mis amigos: María Luisa, Patricia , Gabriela, Rocio del Carmen, Diana, María Eugenia y Matilde, por toda la confianza, apoyo y cariño.

A todas aquellas personas que no creyeron que se podían cumplir objetivos, por falta de capacidad y de interés.

Gracias ADONAI por manifestarte através de todos ellos, y permitirme lograr una meta más.

Por último dedico este trabajo a todas las mujeres del mundo, para que crean en ellas, se amen y se respeten.

LA MUJER ACTUAL

La mujer debe ser libre, no libertina, pero para lograr su independencia tiene que prepararse intelectualmente para ser autosuficiente y dejar de ser " la mártir" que soporta todo por no bastarse a sí misma.

En la mujer, se conjugan cualidades únicas. La mujer es fuerte y sensible, apasionada y tierna, dócil y graciosa cuando quiere.

La inteligencia de la mujer no es inferior a la del hombre, es quizá diferente.

La mujer debe renovarse y "revelarse" es decir, mostrar su verdadera esencia. Debe ser complemento importantísimo del hombre no enemiga o rival.

Ser mujer es un reto que debemos superar con dignidad demostrando nuestra capacidad.

Ser mujer es un privilegio ya que somos "socias" en el proceso divino de la creación.

Helen Hernández

INTRODUCCION

La amplia gama de estudios realizados por varios autores sobre la mujer han permitido visualizar los cambios en la condición femenina que dan pauta a un reconocimiento ante la sociedad; sin embargo, en estos mismos se reporta permanencia en determinadas actitudes y conductas establecidas culturalmente en nuestro sistema social, que han sido adoptados por la mujer a través de la historia por su condición genérica.

Para reafirmar esta información, se seleccionaron al azar mujeres en etapa climatérica, tomando en cuenta su edad y que hayan tenido hijos; sin considerar nivel socioeconómico ni lugar de residencia. A estas personas se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario elaborado con el fin de obtener las experiencias desde su infancia hasta el momento actual; tomando lo anterior como la historia personal, considerando tres aspectos fundamentales (biológico, psicológico y social), que influyen en el desarrollo humano; otro instrumento, fue la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

El interés principal de este trabajo es encontrar la relación que existe entre la depresión con los diferentes aspectos que comprenden lo biológico y social. Con el fin de conocer cómo repercuten los cambios hormonales que experimenta el organismo de la mujer y el impacto social en su condición genérica, manifestándose en ocasiones con diferentes grados depresivos influyendo en sí misma y/o en el entorno en que se desenvuelve.

Existe en el desarrollo humano una relación estrecha entre lo biológico y lo psicosocial, dándose lo primero de forma natural (factor interno) sin que influya la voluntad del individuo refiriéndonos aquí a las diferencias biológicas entre hombre y mujer (sexo). En cuanto a lo psicológico y social, se considera la formación cultural (factor externo) cuyo origen se encuentra en las ideas, creencias, actitudes, conductas que son socialmente aceptadas para un sexo u otro, es decir, con base al género.

En el presente trabajo, en lo biológico se estudiaron los periodos y etapas que comunmente vive la mujer: menstruación, tomando en cuenta las manifestaciones premenstruales, postparto considerando embarazo y parto; y climaterio con las diferentes etapas que lo comprenden: premenopausia, menopausia y postmenopausia.

En el aspecto psicológico se tomó a la depresión con sus manifestaciones tanto fisiológicas como las alteraciones en el estado de ánimo.

Lo social se refiere a factores que influyen en el estilo de vida que la mujer va incorporando durante su existencia, éstos son: roles, estereotipos, valores y normas.

Lo anterior fue tomado como las tres categorías de este estudio con sus diferentes indicadores y variables. A través de la aplicación de los instrumentos, la información arrojada con respecto a dichas categorías se analizó, presentando los resultados en forma descriptiva, en frecuencias y coeficiente de correlación de Pearson.

A continuación se hace una breve descripción del capitulado referente a los aspectos antes mencionados.

En el capítulo uno, se aborda la situación de la mujer desde la época de los mexicas, pasando por la Independencia, la Revolución hasta llegar a nuestros días.

El capítulo dos, se refiere particularmente a los antecedentes históricos, enfoques teóricos, clasificación (DSM-III-R), causas y manifestaciones de la depresión, cuadro clínico y cambios hormonales y del estado de ánimo en la mujer.

En el capítulo tres, se desglosan los ciclos biológicos considerando edades, actitudes, manifestaciones en cada uno de ellos.

El capítulo cuatro, explica el procedimiento mediante el cual se desarrolló el presente estudio.

En el capítulo cinco, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos (Cuestionario y Escala de Automedición de la Depresión de Zung).

Para finalizar la investigación se presentan los siguientes apartados: conclusiones, anexo y bibliografía.

CAPITULO 1

LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA CONQUISTA DE MEXICO

El propósito de este capítulo es hacer una revisión del papel histórico de la mujer, pues desde sus orígenes, la sociedad marcó ciertas diferencias entre el hombre y la mujer, con respecto a sus actitudes, comportamientos y actividades. Estas desigualdades sociales son justificadas por las diferencias biológicas y anatómicas en ambos sexos, en ocasiones pudiéndose presentar en ella variaciones en el estado de ánimo.

En la sociedad primitiva cuando se trataba de realizar tareas que requerían de un esfuerzo físico considerable, la iniciativa corría siempre a cargo del hombre que por medio de la pesca, caza, agricultura, guerras, artesanías o cualquier otro tipo de actividad económicamente productiva aportaba los satisfactores necesarios para la subsistencia personal y la de su familia, pero siempre ayudado aunque relativamente por la mujer; quedando ésta al margen de las actividades económicamente productivas.

Engels en 1965 (21), planteó que la primera división del trabajo se hizo siguiendo la línea de la separación de los sexos, y que así empezó la opresión de la mujer: se consideró una clase biológica antes de ser una clase económica, esto implica distinguir económica y socialmente a hombres y mujeres en la transformación de una clase biológica en una clase social.

Engels supuso que la primitiva división del trabajo (la mujer en la casa y el hombre en la caza) fue importante en la etapa histórica en que se produjo. Era más fácil, pero no más "necesario", que uno de los dos sexos se especializara en la crianza y que ese sexo fuera el que pareciera destinado a esa tarea por la naturaleza; puesto que estas condiciones han dejado de existir, esa división desaparecería por sí misma de modo necesario.

Las clases sexuales nacieron directamente de una realidad biológica: hombres y mujeres fueron creados con distinta configuración y diversidad de privilegios; esto es la causa más profunda de la división social.

La categoría de género es una nueva manera de plantear la problemática en torno a las diferencias sexuales; explica cómo las diferencias significativas entre los

sexos son las diferencias de género. Para entender este principio, es primordial

distinguir entre el concepto de "sexo" y "género" (29).

Sexo y género son términos independientes. Oakley (cit. en 29) se refiere al género como un término cultural que alude a la clasificación social entre masculino y femenino, en tanto que la palabra sexo se refiere a las diferencias biológicas entre varón y hembra.

El ser humano no es tan sólo un conjunto de órganos sino que también es historia y cultura. Esta última ha sido fuente permanente, siempre enriquecedora del patrimonio de la humanidad. En muchas ocasiones alienta al ser humano hacia increíbles desarrollos y en otras lo ata a tradiciones y prejuicios, que encarecen su vida y dificultan su realización. En este último estado se encuentra la mujer.

Para adentrarse en el mundo cultural en el que está envuelta la mujer, es necesario desentrañar los mitos creados por personajes históricos, religiosos o literarios, que han representado patrones culturales y que son básicamente contruidos por el hombre y por la sociedad en que han vivido (45).

Es indispensable recurrir a la historia para determinar las fuentes primarias que de alguna manera influyen en la mujer mexicana actual.

1.1 LA MUJER MEXICA

La cultura azteca rendía culto a una serie de deidades masculinas y femeninas; entre las segundas están Coatlicue, Tonatzin, Cihuacoatl y Tlazolteotl. Todas ellas con funciones relacionadas con la procreación y la maternidad.

Coatlicue.- Es la diosa más importante de la religión azteca, conocida también como la comedora de inmundicia o la de la falda de serpientes. Diosa de la Tierra, representa el principio de la generación primordial. De ella surgió todo ser, lo que vive o respira, así como lo que tiene forma: los dioses, los hombres, los animales y las plantas, el sol, las estrellas. Ella estaba antes de todo principio (2).

Por su función reproductiva y creadora, ha sido relacionada de manera inmediata con la maternidad y todo lo que concierne a lo femenino. La mujer queda implícitamente vinculada a la Coatlicue, y de algún modo participa de los misteriosos atributos de la diosa.

La mujer azteca, aunque limitada en su concepción humana, poseía sin embargo, caracteres y funciones que la trascendían; como Coatlicue eran madres creadoras de la vida, parían hijos y los alimentaban. Al igual que la diosa, las aztecas inspiraban temor y respeto en cuanto que participaban de sus facultades divinas; así como también adolecían de la pequeñez humana. A despecho de esas facultades, eran endebles e indefensas; estas mujeres también inspiraban

desprecio y agresión. Si ante la diosa que era ilimitada e inalcanzable los hombres aztecas se doblegaban, ante las mujeres guardaban un sentimiento ambiguo de sumisión y dominio, de temor y desprecio, de amor y de odio.

Coatlicue dió a luz a la Luna y a las estrellas sin que le pidieran cuentas de su maternidad, no fue sino hasta el nacimiento del Sol (Huitzilopochtli) cuando por primera vez se juzga la maternidad de la diosa, es en este momento cuando los hombres reclaman su participación en la procreatividad y son la Luna y las estrellas quienes no aceptan la explicación divina, es así como se revelan.

A partir de entonces, los hombres consideraron que tenían el derecho de saber y precisar su intervención en la procreación y lo exigieron de ahí en adelante; las mujeres que deseen tener hijos deberán reconocer la intervención de un hombre; para que la maternidad se cumpla (op. cit.).

El nacimiento del Sol marca el fin del matriarcado y a partir de entonces Coatlicue quedó relegada a un segundo término, este antecedente marca un punto de partida de la idiosincrasia de la tribu.

Coatlicue de alguna manera reúne el pasado del pueblo azteca, Huitzilopochtli en cambio, es el futuro, la meta proyectada en el porvenir, el líder que dirige y ordena.

El pueblo azteca llevó a la práctica la exaltación de los principios patriarcales para emular la influencia histórica de algún poderoso matriarcado.

Dada la importancia que el aspecto religioso tenía para los aztecas, ellos sostenían una lucha constante para mantener la virtud y alejarse del camino pecaminoso, el que en cierta forma representaba a la mujer, ya que el azteca se aliaba con el Sol, quien personificaba el bien, y juntos luchaban contra la Luna y las estrellas, que en forma un tanto esotérica, simbolizaban lo femenino, la mujer, o sea que ésta era el peligro y una frecuente tentación para el hombre; y por ello como se vió en las tribus ancestrales de los aztecas, a la mujer la recluían en su hogar dedicada a labores que no constituyeran peligro alguno para el papel que se le tenía asignado, viéndose así que mientras más recatadas, honestas, humildes, piadosas, hacendosas, limpias de cuerpo y pensamiento, más valor tenían ante la sociedad y ante los ojos del hombre, puesto que una mujer con estas características lógicamente no incita al pecado "promueve la virtud" (op. cit.).

El trato que se les daba al hombre y a la mujer era distinto desde el nacimiento; si se trataba de un varón le colocaban al lado una rodela, un arco y cuatro flechas, todo en pequeño y los instrumentos de oficio del padre; estos objetos significaban que el destino del hombre era combatir por su dios y su patria; por el contrario, los de la mujer expresaban recogimiento y trabajo.

La posición de la niña dentro de la sociedad azteca le permitía la identidad femenina y la preparación a la función como esposa y madre, tenía así mismo, acceso a la educación y al conocimiento de la historia y tradición de su pueblo.

Los mexicas sabían respetar la virtud y avergonzarse del vicio, prueba de ello es que las mujeres desenvueltas vivían bajo la vigilancia de matronas; a ellas se las pedían los guerreros, quienes por sus hazañas podían frecuentar a dichas mujeres. Si esto se hacía públicamente el guerrero era castigado, se le quitaban las armas, y se le despedía del ejército; por el contrario a la mujer honrada que moría en el parto dando un hijo a la patria, se le llamaba Masihuaquizqui, o hembra valerosa y la colocaban entre las divinidades Cihuapiltin (9).

La función primordial de las aztecas fue la maternidad, puesto que ellas tenían el deber de dar hijos a la patria y de procrear guerreros.

1.2 LA MUJER EN LA INDEPENDENCIA Y REPERCUSIONES DE LA REVOLUCION EN ELLA.

A partir de la conquista, toda la organización social azteca cambió y de este cambio no podía de ninguna manera, escapar la familia; sin embargo, la independencia política formal no modificó la condición de la mujer y sus costumbres heredadas de la colonia española. La mujer siguió siendo bajo la república, propiedad privada del hombre, considerada como un ser destinado a procrear hijos. Durante la colonia y después de los cambios resultantes de los movimientos de Independencia, Reforma, Revolución, habidos durante los siglos XIX y parte del XX, la organización familiar parece que ya adquiere una fisonomía propia más apegada a nuestra cultura.

Durante la Revolución, el mexicano se vincula a la mujer otorgándole una jerarquía de compañera. Por primera vez en la historia de México, la mujer desarrolla sus posibilidades al lado del hombre, en una lucha social, separándose de la cuna del hijo; compartiendo con su pareja, un gran número de experiencias.

Se dieron tres factores condicionantes que indujeron a las mujeres a abandonar sus hogares, cuando ellos se alejaban; el primero, los continuos despojos y asaltos que se acostumbraban principalmente en las aldeas y rancherías; otro motivo, el contagio social, y por último, la propagación de emociones y actitudes que en tales circunstancias se suscitaban (2).

En los principios de este siglo y hasta cierta porción de su segunda veintena, fueron muchas mujeres que participaron y quienes inspiraron al mexicano, tales como la Valentina, la Adelita y la Soldadera, que al lado del hombre aguzaban su crueldad, inspiraban sus canciones y curaban sus heridas: guerra de hombres contra hombres en presencia de mujeres (9).

Cuando las soldaderas acompañaban a sus hombres, generalmente ignoraban las razones por las que éstos iban a la batalla. Ellas no sabían de ideas políticas y ni siquiera de razones económicas. Para ellas el principal deber y obligación era seguir a su hombre, tal actitud era un verdadero principio, una ley intrínseca a su naturaleza (2).

En la cultura y psicología del mexicano hay posibilidades que respaldan este hecho; quizá la inferioridad socio-cultural de la mujer le permitía aceptar el ser llevada y traída.

Cuando en una situación de guerra un hombre se acobardaba, de seguro por aferrarse a la vida, de inmediato era comparado con una mujer, a manera de insulto y degradación, puesto que los hombres debían de ser valerosos, saber morir y matar sin temores ni conflictos, ser despiadados, desconsiderados y brutales, nada de sentimentalismos, nada de cobardías, eso hay que dejarlo para las mujeres que por ser tan débiles quedan marginadas de acontecimientos tan importantes como son las guerras (op. cit.).

En la Revolución la mujer pudo hacer expresiva una sexualidad reprimida y soterrada; fue la única forma en que pudo paternizar la fuerza de un instinto tan largo y violentamente reprimido. Todo lo masculino que en ella había, llevó a impulsar al guerrillero, el cual era su masculino proyectado, contra todo lo que la sojuzgaba y ataba. A más de eso su femineidad, en la relación con su "hombre", se hizo patente y manifiesta. Fue un momento en la historia de México en que la mujer, tal vez como nunca hasta entonces, ni después, pudo expresar su femineidad más como "mujer" que como "madre".

Una situación de mucha importancia que proporcionó la mujer post-revolucionaria, es que empezó a salir del hogar adquiriendo un mayor contacto con el mundo exterior, su mundo interno dejó de limitarse al hogar. Esto hizo que modificara sus motivaciones de vida, una mujer con un mundo interior rico en vivencias, conocimientos, experiencias, etc., no estará tan preocupada de su envejecimiento. Fueron la Revolución Industrial y las Guerras Mundiales, los acontecimientos que dieron el giro espectacular a la forma de pensar que tradicionalmente se había venido observando en relación con la mujer, más particularmente con el ingreso de esta en el campo de las profesiones, así como de la vida social (5).

1.3 LA MUJER EN LA ACTUALIDAD

El hombre y la mujer han crecido rodeados de mitos que afirman que la mujer ha alcanzado la igualdad con el varón; y la realidad es otra, por nacer mujer implica dedicarse a funciones sociales, económicas y políticas inferiores, por el supuesto ideológico que la mujer tiene la misión natural de ser esposa y madre. La mujer de

cualquier escala social sufre opresión de tipo cultural, psicológica, sexual y otro tipo de mujeres sufren opresión económica.

Muchas mujeres de todo el mundo han aceptado su condición inferior como algo natural e irremediable, por el simple hecho de pertenecer al sexo femenino.

Una situación tan especial merece un estudio profundo y una constante investigación. Es muy posible perderse en concepciones generalizantes que diluyen la significación de la mujer como ser individual y social.

El papel femenino "le viene impuesto" a la niña por la familia, por la sociedad, y ella para reducir la carga de inseguridad busca la aprobación de las personas de quien depende, emplea el mecanismo psicológico de la identificación.

El desarrollo de la mujer desde los primeros años de su vida hasta llegar a la adolescencia, es determinante y de magna importancia ya que de este desarrollo psicológico y social dependerá la elección de su futuro.

El medio ambiente del hombre no es sólo natural, también lo es social y cultural, ya que la cultura y la sociedad tratan de formar la personalidad espiritual.

La cultura que facilita el desarrollo del ser humano, que se traslada de una generación a otra con un aliento de estímulo y de nuevos horizontes, no resulta igualmente estimulante para las mujeres. También se han trasladado con esa cultura todos los factores que tradicionalmente la han limitado en su desarrollo y en su plena realización (45).

Los aspectos psicológicos de la mujer están determinados por múltiples aspectos tales como: cultura, gobierno, país, economía, educación y las características personales de cada mujer, así como por sus vivencias y experiencias, por eso se determina que el medio ambiente influye casi en la totalidad en la psicología de la mujer.

Lo femenino es también una representación cultural y social, construida a partir de las imágenes y los roles impuestos a través de la historia (se refiere aquí, a la historia de occidente), en los cuales la mujer es definida por cualidades llamadas innatas.

A las mujeres les es ofrecido un mundo privado: la familia. La familia aparece como un objeto natural, siendo en realidad una creación cultural.

Los medios de comunicación cumplen su función mandando información continua de valores culturales, dando a la mujer una imagen popular de ama de casa realizada y abnegada.

La teoría Freudiana, basándose en el aspecto biológico, plantea que: "La mujer es por naturaleza pasiva y dependiente", esto contribuyó a su situación relegada (35).

Las manifestaciones artísticas del pueblo mexicano aluden, reafirman y consagran conceptos negativos, ya sea en las novelas, en la poesía; y sobre todo en la pintura, aquí es común encontrar en los grandes murales la imagen de una mujer recostada que está dando a luz, que está siendo violada o que simplemente permanece con los ojos cerrados, indiferente a todo, mientras dinámicos hombres realizan mil actividades a su alrededor.

La ideología, en la manera de concebir el mundo, se va conformando en las mujeres desde la más tierna infancia y constituye un elemento estructurante de la personalidad.

En la familia mexicana se le asigna a la niña una serie de funciones a cumplir. Se busca encauzarla a un rol de actividades domésticas, en detrimento del desarrollo de sus aspectos intelectuales y creativos. Evidentemente ésto es resultado de una herencia cultural, puesto que la madre y otras mujeres que conviven con ella transmiten un modelo de mujer "tradicional".

Estas actitudes que ofrece la madre son aceptadas y por ende reforzadas, casi sin cuestionamiento, por la hija, pues las vive como un fenómeno "natural" ya que forman parte de la trama social.

La madre así conformada transmite las deformaciones sociales a sus hijos, distribuyendo equitativamente los valores en razón del sexo al que pertenezcan: a la niña la educa a su semejanza, le inculca su propio conocimiento implícita o explícitamente, además de que del mismo modo la obliga a servir y a respetar al hermano. Desde niña se le enseña y aprende que el objetivo principal en la vida es ser esposa.

El papel de la educación formal e informal es, en todas las sociedades, el de reafirmar y perpetuar estos roles mediante la adquisición y transmisión de conocimientos, habilidades, actitudes y valores consecuentes. Los conocimientos que se adquieren y se transmiten suponen la información y capacitación necesaria para llenar estos roles femenino y masculino.

El capitalismo y las concurrentes necesidades de una burguesía recientemente surgida, otorgó a la mujer un nuevo estatus como esposa y como madre. Sus derechos legales mejoraron; hubo fuertes polémicas sobre su posición social.

La mujer tiene el derecho de colmar sus inquietudes espirituales; de ser curiosa y versátil, de ser autónoma en la búsqueda de su identidad; de relevar y enfatizar su personalidad, de valorar sus propias necesidades, y satisfacerlas, así como

tener aspiraciones. Sin embargo, el disimulo ha prevalecido de manera total en la rutina femenina, la mujer disimula siempre, ya sea para no percatarse de una situación o para no manifestar algo, es decir, finge no darse cuenta de muchas cosas; así como también simula carecer de muchas facultades, sentimientos o afectos, y aún hasta de inteligencia.

Alienación, sinónimo de enajenación procede de Hegel y fue lanzado por Marx. Se dice que una persona está alienada cuando no es ella misma, no hace lo que le es propio y ese hacer es forzoso e impuesto desde el exterior. La persona alienada acaba cosificada, en la medida en la que se constituye en objeto de otro. La forma más profunda de alienación es aquella en la que se ha perdido toda la conciencia de la situación, la mujer no se da cuenta de ello, por lo tanto la primera condición para adquirir la libertad es despertar y ser consciente (59).

Esta forma de alienación ligada al sexo adquiere matices especiales según la clase social de la mujer. En la clase baja, por ejemplo, puede ser una forma de elevar el nivel o estatus; en la media y alta aparece disfrazado bajo las formas institucionalizadas, en las que el amor es condicionado y falseado por toda clase de intereses.

Por otro lado constituye un error hablar única y exclusivamente de la alineación de la mujer, olvidando que el hombre vive una alineación emocional análoga. En su calidad de explotador de objetos sexuales parece que tiene capacidad para controlar a la mujer y, sin embargo, sólo la "consigue" a través de actitudes que han sido reforzadas culturalmente, por lo que él también destruye la posibilidad de una relación plena entre dos personas; está igualmente alienado.

Los medios de comunicación masivos, han ayudado en gran parte a reforzar falsas imágenes, del papel que le toca jugar a la mujer. La mayoría de las mujeres alienadas se convierten en ciegas consumidoras; muchas mujeres, limitadas por discriminación que distorsiona sus vidas, hallan su única posibilidad creativa en el vestir, decoración de un hogar, diversificación del menú, etc.

A partir de 1950 cada vez más mujeres salen en busca de trabajo por necesidad económica, más no por ir en busca de una oportunidad para su propia realización (35).

Vivimos en una cultura que demanda del ser humano, en este caso de la mujer, cualidades y aptitudes cada vez más alejadas de la satisfacción procreativa. Esto trae como consecuencia que la mujer se encuentre ante un dilema muchas veces irresoluble. Optar por su condición maternal, satisfaciendo sus necesidades en esta tarea u optar por renunciar a satisfacciones procreativas por otras gratificaciones de tipo social: trabajo, participación en la cultura. Hoy en día la mujer tiene que distribuir su tiempo en el trabajo, actividades sociales, culturales y el hogar.

Cuando una mujer trabaja fuera de su hogar hay mil prejuicios en su contra. Ante todo se duda de su eficiencia, se presume que ella no necesita ganar mucho dinero, y ésto forma parte del acuerdo implícito de limitarla, porque la holgura económica es fuente de libertad.

En la medida en que sus actividades no tienen reconocimiento social explícito, las vive como sin valor, como pertenecientes a la "naturaleza femenina". La mujer realiza en el hogar una tarea socialmente necesaria, produciendo con su trabajo invisibles bienes y servicios, necesarios para que exista el sistema capitalista; dichas tareas en una sociedad capitalista, son menospreciadas por no obtener dinero a cambio. El quehacer doméstico está al margen de la economía, no se considera un trabajo. De ser remunerado habría una distribución de la riqueza.

La mujer que se siente dividida es la que expresa su crisis de identidad, la unidad en la identidad es muy difícil de alcanzar para ella. Lo que generalmente hace es encontrar soluciones de transacción donde se reparte; un poco con la pareja, los hijos, el trabajo, acumulando culpas, tratando de conciliar deseos, de satisfacerse y satisfacer. Estas soluciones de transacción producen inevitablemente síntomas psicológicos: ansiedades, miedos, depresiones, enfermedades psicósomáticas en el aparato reproductor, son las más comunes.

Un caso de ruptura de la identidad se ve en algunas amas de casa que generalmente en el momento de la adolescencia en los hijos, se descompensan psíquicamente cuando ya no se sienten necesitadas dentro del hogar y perciben que afuera es todo prohibido y persecutorio.

En muchas ocasiones la mujer no es un ser plenamente autorrealizado y creador. Quizá hoy en día la mujer, considerada como grupo, sufra una especie de crisis de identidad, la misma que en la adolescencia.

Efectivamente, se encuentra con un rol heredado que no le satisface del todo, pero todavía no ha delimitado los perfiles de las nuevas pautas de comportamiento. Sabe que no quiere ser como hasta ahora, pero entonces ¿cómo tiene que ser?

El rol de género se constituye con base en el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino; varía de acuerdo a la cultura, clase social, grupo étnico y nivel generacional de las personas, pero siempre existe (29).

Los roles sexuales no son influencias externas sino, también influencias que actúan desde dentro de cada individuo, mediante las actitudes interiorizadas (59).

Existe la tendencia a establecer una dicotomía en cuanto a la concepción de los roles sociales que deben llevar a cabo el hombre y la mujer. Dichos roles son tan

rígidos que limitan las potencialidades humanas, ya que reprimen los comportamientos no acordes con el género correspondiente.

En las diferencias sexuales se basan las distribuciones desiguales de los papeles sociales. Sin embargo, esta asignación no proviene de la biología, sino que es un hecho social. Es fundamental analizar la articulación de lo biológico con lo social, sin negar las diferencias biológicas, pero reconociendo que lo que marca la distinción fundamental entre los sexos es el género.

La forma en que un individuo interprete los fenómenos que se suscitan en torno suyo lo hacen actuar en función de lo que los demás esperan de él o por lo menos en función de como él considera que los demás desean que él actúe.

El sujeto comprende cual es el rol que debe jugar en una sociedad, va a comunicarse y a transmitir sus puntos de vista, ideas y aspiraciones a los demás individuos, todos estos aspectos son funciones de las capacidades cognitivas e intelectuales que pueda tener una persona.

Por estereotipos se entiende, como lo define Tajfel (1980), los rasgos comunes atribuidos a un grupo humano; varios autores se han cuestionado la verdad o falsedad de estos estereotipos. Klineberg en 1975, señala que deforman considerablemente los juicios; Lindgren en 1982, argumenta que se desarrollan sin ninguna base en la realidad objetiva o en la experiencia válida; Aronson en 1975, por su parte dice que regularmente son exageraciones o son totalmente "falsos", que se apoyan en rumores o imágenes distribuidos por las diferentes instancias de socialización, o que se generan en nosotros como una manera de justificar nuestra crueldad o nuestros propios prejuicios; al respecto Gómezjara y de Dios en 1973, destacan que son "Imágenes falseadas de una realidad material o valorativa que en la mente popular o de grandes masas de población se convierten en modelos de interpretación o de acción" (cit. en 60).

Dentro del contexto de su actuación en la sociedad, el estereotipo principal de la mujer es el de esposa-madre.

Otro de los "roles" sociales de la mujer es el de la "solterona". Si ésta no es madre no tiene ningún valor.

Otro "rol" femenino en nuestra sociedad es mujer-objeto sexual; su máxima expresión es la prostitución.

Los estereotipos son las percepciones simplificadas que tenemos de un objeto o grupo de objetos. En cierta manera son como las caricaturas que señalan los trozos particulares y muy específicos de la realidad que percibimos. En este sentido, los estereotipos de las mexicanas tienen una doble función: la socialización y la imposición de ciertos límites conductuales y la aprehensión

rápida y económica de los datos de nuestros sentidos. Los estereotipos corresponden a aquello que la sociedad quiere reforzar a sus miembros a fin de preservar sus estructuras. Numerosos estudios han mostrado que la influencia de los estereotipos es definitiva en la vida de la mujer desde que nace y durante todo el tiempo de su crecimiento (1).

Por una parte los seres humanos responden a las expectativas. Por lo tanto, los estereotipos sólo pueden cambiar cuando la sociedad experimenta cambios profundos. No sólo son resistentes al cambio sino que también se transmiten de generación en generación casi como un hecho biológico.

Históricamente el estereotipo de la mexicana está, por una parte, arraigado a las normas de los grupos indígenas prehispánicos, aunque los patrones de conducta aportados por los españoles tuvieron una influencia más manifiesta.

Se puede señalar que en la vida diaria nos confrontamos con los estereotipos de dos maneras. Primero: aparecen en la taquigrafía mental por la cual resumimos la personalidad de los otros en unos cuantos trazos que nos parecen sobresalientes; por otra parte, desde nuestra infancia el medio ambiente nos condiciona mediante los estereotipos proyectados sobre nosotros. Repetidas día tras día, esas afirmaciones contribuyen a reforzar o reprimir ciertas tendencias latentes, a producir confianza o desconfianza en sí misma.

La mayor parte de las mujeres dada su condición social, han de experimentar, en algún momento de su vida, una crisis de frustración, un fracaso, en ese papel único en el cual se ha proyectado toda su función psicosocial desde su nacimiento.

Esto tiene que ver en la forma en que se haya realizado tanto como persona, madre y esposa; así la mujer se puede sentir inútil, deprimida o por el contrario, productiva y entusiasta.

Existen abundantes datos respecto a la frustración, insatisfacción y sentimientos negativos que siente la mujer en relación a su vida como tal. Dando como resultado, innumerables problemas psíquicos que van desde el nivel de las enfermedades psicosomáticas pasando por la neurosis y la psicosis. Curiosamente las mujeres rara vez piensan en sí mismas, ya que a través de la historia han deformado todo su sistema de pensamiento.

La abnegación implica una idea de renuncia, un no desear nada, una perenne limitación.

La abnegación es pues, un proceso de autonegación y de disminución de los propios valores, actitud que al ser llevada a la práctica por la mujer, trae consigo la anulación de los intereses femeninos. El servilismo atávico es consecuencia y

motivo de la abnegación, el hecho de servir es para las mexicanas más que una actitud, una filosofía, no es cuanto que se hace un favor de otros, sino en la medida en que sirve con todo su ser, es decir, en cuanto se somete de manera absoluta a los intereses de quienes la rodean (op. cit.).

Mientras algunas mexicanas continuen en su actitud de víctimas, en mucho estarán propiciando el machismo, incrementando las condiciones que sustentan, su aniquilamiento.

La mujer que ha llevado una vida sexual satisfactoria y buena relación con sus hijos, al llegar a la etapa del climaterio, adquiere conciencia del cumplimiento de su misión por lo que difícilmente caerá en un desequilibrio nervioso. Esta mujer tiene entonces la probabilidad de vivir una nueva vida e iniciar una renovación intelectual y emocional, en pleno desarrollo de su energía y facultades.

Con respecto a las funciones sexuales, éstas tienen importancia en sí mismas y basta con tomar en cuenta la serie de enfermedades nerviosas y las deformaciones del carácter que tantas mujeres padecen en consecuencia de la abstención, ya que el ejercicio de la sexualidad al ser estimulante y excitante propicia no solamente tranquilidad, sino una mayor vitalidad biológica y psicológica.

En México la mujer se acerca a la edad adulta con un miedo a la sexualidad que le han remarcado desde pequeña.

Para Helen Deutsch, la niña experimenta en dos ocasiones la falta de un órgano apropiado para expresar su sexualidad, el clítoris, insuficiente en comparación al pene para expresar una sexualidad activa, y la vagina, en virtud de su desconocimiento, para expresar la sexualidad genital pasiva (cit. en 52).

Karen Horney expresa que mientras el varón puede fácilmente cerciorarse de que su genital no ha sufrido daño, la mujer en cambio nunca puede eliminar sus dudas angustiosas al respecto, porque la mayor parte de sus órganos se encuentran colocados en el interior de su cuerpo y se substraen a una revisión sistemática (op. cit.).

En la vida del ser humano en general y de la mujer en particular, existen dos momentos críticos de reajuste, adaptación, búsqueda de identidad y cuestionamiento, aunque diferentes en forma y manera de manejarse y que ocurren tanto en la adolescencia como en el climaterio.

En la pubertad y adolescencia todas las nimiedades y continuidades en que se confiaban se ponen en duda. Ante el advenimiento de la pubertad, la infancia llega a su fin, debido a que la rapidez del crecimiento corporal es la causa de la madurez genital.

La infancia y la adolescencia son las etapas más importantes en la formación de la personalidad y en la adquisición de pautas de comportamiento que ya serán muy difícilmente cambiadas.

La adolescencia es una auténtica crisis o revolución dentro del desarrollo de la persona, todos los cambios hormonales rompen el equilibrio infantil, y hasta que éste no se restablezca habrá un replanteamiento radical de la existencia, que tras él será ya adulta.

Los primeros cambios psíquicos que se presentan en la adolescencia son, primeramente la niña, logra un pensamiento formal, entiende y trabaja con conceptos, aspectos abstractos que anteriormente no le era posible manejar.

Los factores psicológicos están determinados por un sinnúmero de eventos que interactúan, dando como resultado un individuo singular, individual y único, así como diferente al resto de los seres humanos aunque puedan tener algunas características comunes, que de alguna manera permitirían realizar ciertas clasificaciones y categorizaciones muy subjetivas de la psique humana (33).

En la adolescencia, desaparece la confianza, la chica no quiere ser como su madre, de eso está convencida, pero no sabe ser de otra manera; le falta el modelo de identificación y todavía no tiene otro con que sustituirlo, éste es la crisis de identidad estudiada por Raf Carballo (cit. en 59).

Una buena adaptación social en la adolescencia es de suma importancia ya que después determinará lo que será socialmente en la adultez.

En la maternidad, otra etapa biológica importante, la mexicana, en algunas clases sociales, lejos de afirmarse se diluye. La idea de dar la vida por los hijos significa sacrificar cualquier interés o aspiración propia en favor de los descendientes.

La mujer occidental dedica con frecuencia su vida al cuidado de los hijos y no en pocas ocasiones, las relaciones maritales son sumamente distantes, por lo que la comunicación no juega el rol que debería. La mujer al perder a los hijos se queda sola. Este hecho se suma a que la mujer empieza a sentir que está envejeciendo, nota arrugas en su rostro, se entera y vive el fallecimiento de amigas o bien la enfermedad de parientes no mucho mayores que ella. Siente que su función en la vida ha concluido pues éste es característico de la cultura occidental y en muchos grupos sociales (33).

En ocasiones estas pérdidas pueden ser muy obvias, el trabajo, la salud o alguna persona amada. La persona de edad tiende a ser introvertida y a retirarse de la vida social siendo más independiente.

Wilbush sugirió que la cultura condiciona desde un punto de vista histórico los síntomas del climaterio (cit. en 33).

Uno de los principales cambios que se suscitan en el período del climaterio y es quizá el más importante y trascendental pues afecta de modo decisivo a la mujer, es el fin de la vida fértil y el cese de la menstruación.

La forma en que una mujer se enfrente a la pérdida de la fertilidad se relaciona íntimamente con su desarrollo. También dependerá de su medio ambiente cultural y socioeconómico, así como de ideas familiares y formas de considerar a la mujer dentro de su medio ambiente específico. Estos antecedentes culturales y étnicos tienen sus implicaciones sobre la actitud de la mujer menopáusica.

Las modificaciones del psiquismo en el período climatérico son muy frecuentes, tanto que podríamos considerarlas normales, pero enormemente variables en su forma e intensidad, dependiendo de múltiples factores familiares y sociales.

En resumen, el tipo de vida, experiencias, frustraciones, carencias, constitución familiar, tipo de padres que tuvo la mujer a lo largo de su desarrollo histórico y de su vida desde que fue concebida, determinan definitivamente la facilidad o dificultad con que la mujer se enfrente a la última etapa de su vida (op. cit).

Es necesario intentar comprender dentro de la ya sumamente compleja psicología femenina, los profundos trastornos que sufre la misma en una época de transición en que la naturaleza despoja a la mujer, a veces bruscamente, de sus dos características esenciales: maternidad y la decadencia física de la materia, que intenta compensarse con la maduración completa de las virtudes afectivas e intelectuales.

Es evidente que las mujeres en el climaterio deben enfrentarse a muchos cambios fundamentales en su vida social y privada. Consecuentemente los disturbios psíquicos que ocurren durante estos años, son en su mayoría indirectos y en ocasiones no del todo en conexión con su progresiva deficiencia estrogénica. Sin embargo, el rol que juega el desequilibrio hormonal se vuelve evidente.

Las mujeres maduras luchan cada una para mejorar las tareas y los métodos para tener así una buena salud física y emocional, también para evitar problemas de depresión, suicidio, enfermedades físicas y psicósomáticas.

El porcentaje de suicidios es mayor en adultos, como resultado de varias causas; una pérdida de estatus, un deseo de seguridad económica, una decisión de evitar la ayuda física y destruir el dolor.

Si una mujer se siente útil e importante, motivada hacia su profesión y tiene posibilidades de realizar su trabajo, o bien tiene mucha actividad dentro de su

casa, estará llena de estímulos y tendrá mayores posibilidades de encontrarse sana y contar con una vida excitante durante el climaterio y de padecer menor cantidad de síntomas; además disminuirán las probabilidades de encontrarse deprimida y con temores.

En este periodo de la vida, la mujer concientiza sobre su mortalidad y recapitula su existencia. Recorre sus logros y adquisiciones, frustraciones y alcances. Piensa si ha logrado lo propuesto como hija, madre, esposa, profesionista, trabajadora, empleada, etc. La mujer madura llega a tener incertidumbre por no tener datos con respecto a quién la necesitará, la forma como vivirá sus últimos años, qué sucederá con el marido y cuál será el destino de sus hijos.

Juana Alegría considera que si los valores que operan no son en un momento lo suficientemente consistentes para una mujer, ésta tiene el derecho y aún más, el deber de decirlo a grandes voces, pues cada vez que las mujeres callan ante la evidencia de su opresión, se hacen cómplices de las mismas fuerzas que las aniquilan (2).

En algunas ocasiones las mujeres ignoran las razones de su malestar y, al contrario inexplicable, experimentan sentimientos de depresión y desasosiego por saberse culpables de no poder aceptar dócilmente lo que de tan buen grado aceptan todos; estos mismos sentimientos les causan problemas y las frustran debilitándolas gradualmente. En consecuencia, tales mujeres creen vivir en el error, y se sienten inseguras y angustiadas, sin percatarse de que la razón está de su lado (op. cit.).

Lo importante es despertar en la mujer, conciencia de su situación y comprometerla en la lucha por su propia superación. Cathie Lyons en 1987 refiere que la salud de la mujer es algo más que una cuestión médica (41).

La mujer, cada vez tiene más conciencia de las circunstancias que influyen sobre su salud; condiciones del medio ambiente, recursos, modo de vida, así como las realidades políticas y económicas.

Un sujeto sano será aquel que es capaz de responder a un mundo complejo, móvil, que puede a cada momento inventar nuevas formas de conducta, y que más que ajustarse pasivamente al mundo, es capaz de modificarlo.

Para Phillis Chesler muchas mujeres del siglo XX, se les considera locas por ser infelices, autodestructivas por no tener un respaldo económico y sexualmente frustradas por experiencias desoladoras. Muchas otras son clasificadas como: extravagantes, excéntricas, desadaptadas y locas, por luchar contra el papel tradicional de la mujer, tratando de huir, de sustraerse a las leyes que les son impuestas por la sociedad. Comprendiendo que es imposible vencer una batalla

de este tipo (al menos individualmente) intentan escapar de esta suerte de semi-existencia con una tentativa de suicidio o "volviéndose locas" (cit. en 3).

CAPITULO 2

DEPRESION

El tema central de este trabajo es la depresión en la mujer, por tal motivo se consideró necesario realizar una reseña acerca de la condición de ésta desde las primeras comunidades hasta nuestros días (capítulo anterior), cubriendo con esto el aspecto social, además lo biológico entendiéndolo como los cambios hormonales en ella (siguiente capítulo); con el propósito de obtener información con respecto al impacto de los dos aspectos anteriores en lo psicológico, manifestándose, a veces, diferentes grados de depresión.

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aún, como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Hipócrates afirmaba, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (10).

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía, los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones, jovialidad. En 1630 Robert Burton publicó su tratado Anatomía de la Melancolía, obra que facilitó la identificación de los estados depresivos (cit. en 10).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos se concentraba en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaba frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas como son: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares, y en segundo lugar, las físicas como: la amenorrea y el puerperio (cit. en 10).

2.2 INCIDENCIA DE LA DEPRESION

El director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud declaró que en el mundo existen aproximadamente cien millones de personas que sufren alguna variedad del cuadro depresivo y que otros tres tantos son afectados y sufren por ella; aunque lo alarmante es que el problema tiende a aumentar en un futuro (op. cit.), por los siguientes motivos:

- En todos los países el número y porcentaje de personas tienen un mayor riesgo de presentarla.
- Por el rápido cambio del ambiente psicosocial a los que se expone el individuo y grupos sociales a un ambiente tensionante intenso, es el caso de una situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a presentarse algún tipo de trastorno psiquiátrico.
- Se ha demostrado que quienes tienen padecimientos crónicos, se asocian con depresión, como por ejemplo el reumatismo, trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares, y problemas neurológicos.
- El abuso de algunos medicamentos que causan depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y los anticonceptivos orales.

Lo alarmante de este problema es que no se han tomado medidas preventivas adecuadas y sólo un mínimo porcentaje recibe tratamiento (op. cit.).

2.3 ENFOQUES TEÓRICOS QUE EXPLICAN LA DEPRESION

Existen diferentes enfoques teóricos que ubican a la depresión, cada uno, desde su particular punto de vista:

- Psiquiátrico. Las depresiones se dividen en endógenas y exógenas. Las primeras se originan en el individuo por factores bioquímicos y genéticos, y los segundos son originados por situaciones externas al individuo (30). A su vez se dividen en neurosis depresivas y psicosis depresivas.
- Psicoanalítico. Para Freud la depresión es un estado donde las personas regresan la agresión a sí mismas, en lugar de dirigirla a los individuos que son objeto de esos sentimientos. Cualquier sentimiento negativo que antes estuvo ligado en la mente de una persona no puede expresarlo abiertamente, son sentimientos prohibidos (op. cit.).
- Cognitivo. Este enfoque argumenta que la depresión es el resultado de los pensamientos negativos que tiene el sujeto de sí mismo, de lo que le rodea y de su futuro. Esta teoría propone que las experiencias tempranas proveen las bases para formar conceptos negativos (esquemas) que están latentes pero se activan cuando se presentan circunstancias específicas (op. cit.).

- Conductual. Considera a la depresión en términos de la teoría del aprendizaje, como producto de las contingencias del reforzamiento. Existen dos formas de considerarle: 1) por pérdida del refuerzo positivo ó 2) por las experiencias del refuerzo negativo o ambos. Así, la depresión se refuerza a partir de otros y de sus interacciones (op. cit.).
- Sociocultural. Karen Horney en 1982 habla de los neuróticos, como producto de los problemas que acontecen en nuestro tiempo y en nuestra cultura. Los rasgos culturales básicos que influyen en la neurosis son: competencia individual, miedo al fracaso y autoestima. Es importante resaltar que existen contradicciones culturales, por ejemplo: alcanzar el éxito para elevar nuestra autoestima sin importar quién se quede abajo, y por otro lado, la religión dice que no se debe ser egoísta, todos somos hermanos, etc.

De acuerdo a los enfoques antes mencionados, se observa que existen diferentes factores que presentan los depresivos, como: antecedentes infantiles, educación, personalidad y sexo, por mencionar algunos. No todos los pacientes presentan los mismos síntomas y no a todos les afectan los mismos eventos al estar deprimidos, esto es algo personal que interviene en nuestro proceso de vida y el rol genérico (femenino y masculino) asignado en la sociedad. Lo anterior deja mucho que pensar, porque no existe una sola definición de depresión (op. cit.).

2.4 CLASIFICACION (DSM-III-R)

Recientemente, en el DSM-III-R la depresión queda clasificada como "trastornos del estado de ánimo". Dentro del rubro general de trastorno del estado de ánimo se tiene: el episodio depresivo mayor (crónico, melancólico y patrón estacional); trastornos bipolares (mixto, maniaco y depresivo), ciclotimia y trastorno bipolar no especificado; y los trastornos depresivos que incluyen, depresión mayor (episodio único o recurrente), distimia (o neurosis depresiva) y trastorno depresivo no especificado, (cit. en 32).

El diagnóstico de episodio depresivo mayor en el DSM-III-R (4) incluye lo siguiente:

- Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.
- Poco apetito o pérdida significativa de peso o aumento del apetito con ganancia significativa de peso.
- Insomnio o hipersomnia.

- Agitación o entretamiento psicomotor.
- Pérdida de la libido.
- Pérdida de la energía o fatiga.
- Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva o inapropiada.
- Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento.
- Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

Sintomatología asociada. Incluye llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobia (op. cit.).

Edad de comienzo. La edad media de inicio es después de los 20 años, pero un episodio de depresión mayor puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia (op. cit.).

Curso. El inicio de un episodio depresivo mayor es variable y los síntomas se desarrollan en un periodo de días a semanas; no obstante, en algunos casos puede ser brusco (por ejemplo cuando va asociado a un estrés psicosocial grave). En algunos casos puede desarrollarse síntomas prodrómicos durante meses; tales como ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobias o síntomas depresivos leves. La duración de un episodio depresivo mayor es variable (op. cit.).

La depresión se puede clasificar según su intensidad (58) en:

Leves. Sentimiento neurótico de inferioridad sin repercusión importante en cuanto a la función endógena vegetativa (alteraciones en el sueño, el apetito y la libido).

Moderadas. El sentimiento neurótico afecta ligeramente la función.

Severas o graves. Puede ser el más terrible de los síntomas que caracterizan los estados psicóticos de melancolía y pueden poner en peligro la vida.

Calderón Narváez (10), maneja dentro de los cuadros depresivos tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples.

Para diferenciar con claridad los tres tipos de depresión debemos de recalcar lo siguiente: en la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante; se caracteriza por una seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio. En la depresión

neurótica la personalidad del sujeto ha sido integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia. En la depresión simple la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se le considera un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos y sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las amineas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

2.5 CAUSAS

Calderón Narváez (op. cit.) clasifica las causas de la depresión en : genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales. Las primeras tienen mayor importancia en las depresiones psicóticas las segundas en las neuróticas y las dos últimas en las simples.

2.5.1 CAUSAS GENÉTICAS

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco depresiva. Se ha tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia (op. cit.).

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizá no podríamos hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Además, es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en algunos de sus allegados (op. cit.).

Hay investigaciones que arrojan información que indica, al menos aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento.

Los estudios de Kallmann (cit. en 10) proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Con base en su estudio de 461 personas en el que utilizó el método de parejas de gemelos, Kallmann reportó las siguientes tasas en relación con parientes cosanguíneos en psicosis maniaco depresiva:

- a) 0.4% en población general
- b) 23.5% en padres
- c) 16.7% en medio hermanos
- d) 23.0% en hermanos
- e) 26.3% en gemelos dicigóticos
- f) 100.0% en gemelos monocigóticos

En el estudio de Tienari (cit. en 10) en 1963, efectuado con gemelos nacidos en Finlandia de 1920 a 1929, no se encontró un solo caso de psicosis maniacodepresiva, pero sí reportó 16 de esquizofrenia; sin embargo empíricamente, se ha notado la posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica, hay de un 10% a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de éste, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos como tios, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 ó 4%.

2.5.2 CAUSAS PSICOLOGICAS

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo (op. cit.).

Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia, entre otros, que se conciben como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caractereológicos neuróticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas, qué circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo los matrimoniales o sexuales (op. cit.).

TIPOS DE CAUSAS PSICOLOGICAS

FACTOR	MOTIVO
Determinantes	Malta integración de la personalidad en la etapa formativa
Desencadenantes	A) Pérdida de un ser querido B) Pérdida de una situación económica C) Pérdida de poder D) Pérdida de la salud: <ul style="list-style-type: none">* Enfermedades con peligro de muerte.* Enfermedades que originan incapacidad física.* Enfermedades que determinan alteraciones estéticas.* Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia).

2.5.3 CAUSAS ECOLOGICAS

Otra de las causas de la depresión son las relacionadas con el desequilibrio ecológico; cada día el hombre moderno está expuesto a una serie de choques que le suscitan tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad. Estas causas son: la contaminación atmosférica, los problemas de tránsito y el ruido excesivo (op. cit.).

CAUSAS ECOLOGICAS DE LA DEPRESION

PROBLEMA	MOTIVO	CONSECUENCIA
Contaminación atmosférica	Productos de la combustión de vehículos de motor, industrias, talleres quemadesechos y polvo	Malta calidad del aire inhalado
Problemas de tránsito	Exceso de vehículos y falta de estacionamientos	Mayor número de accidentes, pérdida económica, disminución de las horas de descanso
Ruido excesivo	Autotransportes, aviones de reacción, fábricas metalúrgicas y equipos de sonido	Insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, sordera

2.5.4 CAUSAS SOCIALES

Estudios etiológicos demuestran que, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de la especie humana. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos a través de los siglos y que hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Un aspecto importante de dichos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos, es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye (op. cit.).

Los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo actualmente es notoria la desintegración de estas tres fuentes de apoyo (op. cit.).

Sabemos que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos, y que muchas familias sólo se reúnen en ocasiones muy especiales ya sean de alegría o de tristeza y que otro número de personas se divorcian, incrementándose los

casos día a día; otros más (jóvenes) tratan de independizarse tan luego que tienen los medios (op. cit.).

La iglesia como apoyo social ha desempeñado papeles importantes: da un sentido cognoscitivo a la vida, brinda consuelo durante los periodos de desesperación especialmente si están relacionados con la muerte, y presta servicios sociales a los enfermos, huérfanos, ancianos, etc. También este sistema en la actualidad se está debilitando, ya que se le da más importancia al materialismo ateo, en donde el individuo depende de sí mismo, sin esperar ayuda espiritual o divina de ningún tipo (op. cit.).

En cuanto a la comunidad de vecinos tenemos que el vivir en una época de acentuada movilidad personal y urbana impide establecer contacto y amistad con las personas que nos rodean. Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace unas décadas se han roto por completo (op. cit.).

Cabe señalar un problema grave que viene dándose en los últimos años, es la migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas, constituye un serio problema que afecta en forma importante el estado afectivo de grandes núcleos de población (op. cit.).

CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESION

SISTEMAS DE APOYO	MOTIVO	CONSECUENCIA
Familia	Pocas ocasiones de convivencia, divorcios y en jóvenes independencia económica	Desintegración de la familia
Iglesia	Materialismo ateo	Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
Comunidad de vecinos	Movilidad acentuada	Falta de vínculos con los vecinos
Grupos étnicos	Pérdida de sus relaciones familiares y sociales y condiciones precarias de vida	Migraciones

2.6 CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la depresión (op. cit.) se divide para su estudio en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos.
- b) Trastornos intelectuales.
- c) Trastornos conductuales.
- d) Trastornos somáticos.

2.6.1 TRASTORNOS AFECTIVOS

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no son efectivas (op. cit.).

Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad. El enfermo deprimido que presenta casi siempre éste síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad (op. cit.).

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal. Otro síntoma frecuente es el miedo, que a veces se presenta en forma no precisa; el paciente siente temor, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a "todo" o a "nada en especial" (op. cit.).

La ansiedad suele presentarse en grado variable; con frecuencia aparece en la mañana y disminuye en el transcurso del día (op. cit.).

Finalmente, la irritabilidad que muchas veces es el motivo de consulta. Matrimonios al borde del divorcio, mal funcionamiento entre los diferentes miembros de la familia, pésimas relaciones interpersonales en el trabajo, agresividad al manejar, etc. son elementos que con frecuencia traducen un estado depresivo que se está manifestando por hostilidad (op. cit.).

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

SINTOMAS	MANIFESTACIONES
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses vitales
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes"
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo miedo a bañarse)
Ansiedad	Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos
Irritabilidad	Con agresividad, da origen a problemas familiares y laborales

2.6.2 TRASTORNOS INTELECTUALES

Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de depresión; sin embargo, pueden presentarse síntomas importantes.

TRASTORNOS DE LA ESFERA INTELECTUAL

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Sensopercepción disminuida	Mala captación de estímulos
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación
Ideas de culpa o de fracaso	Autodevaluación Incapacidad de enfrentamiento
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos

2.6.3 TRASTORNOS CONDUCTUALES

Las alteraciones de la efectividad y del intelecto, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse de la vida
Impulsos a la ingestión de alcohol y de drogas	Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad

Nos damos cuenta de que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que a cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

2.6.4 TRASTORNOS SOMATICOS

Este tipo de síntomas constituye con frecuencia el motivo de la consulta del paciente, quien subestimado su problema emocional, no lo manifiesta espontáneamente al médico. A este cuadro se le llama "Depresión enmascarada".

TRASTORNOS SOMATICOS

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo del descanso, dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnía
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual
Cefalea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardíaco, disnea suspirosa, etc.
Otros	Mareos, prurito, alopecia, etc.

2.7 CAMBIOS HORMONALES Y DEL ESTADO DE ANIMO EN LA MUJER

Spiegel en 1969 (cit. en 40) estableció que hay una vulnerabilidad a la depresión como estado de ánimo de las mujeres con una base directa relacionada a las hormonas sexuales femeninas. La depresión como un síndrome clínico en las mujeres parece estar asociado al periodo premenstrual, al periodo postparto y a la menopausia, que es cuando los cambios hormonales tienen lugar. También sugirió que la combinación de cambios hormonales y ciertas situaciones de la vida pueden ocasionar depresión "clínica".

Existen diversas investigaciones que indican mayor incidencia de depresión en la mujer que en los hombres, casi en la mayoría de los países, Williams et. al. (cit. en 30). Con la aplicación de instrumentos que miden depresión como la Escala de Zung, el inventario Beck u otros Myers et. al. (cit. en 30) se reafirma lo anterior. Socialmente es más aceptado que las mujeres se depriman, por el contrario, en el hombre es tomado como signo de flaqueza.

Es probable que las características biológicas únicas de las mujeres, las predispongan a una mayor vulnerabilidad a la depresión durante los periodos que experimentan cambios en los niveles hormonales (estrógenos, progesterona, etc.).

Estos cambios hormonales se dan durante el periodo premenstrual, el postparto y la menopausia, Ganon, 1984 (cit. en 30). Los niveles de estrógenos y progesterona cambian dramáticamente durante el embarazo, el postparto y la menopausia. Durante el embarazo, estos niveles se producen en grandes cantidades y cuando nace el bebé (postparto) baja rápidamente el nivel de estrógenos y progesterona. Lo mismo ocurre en la menopausia, se mantienen bajos los niveles hormonales en el organismo de la mujer por el resto de su vida.

Algunos de los estudios que apoyan la influencia de los cambios hormonales en la depresión son: Schuckit et. al. (cit. en 30) evaluaron por medio de una entrevista estructurada a 105 mujeres estudiantes, cuestionándoles la ocurrencia de depresión, ansiedad, irritabilidad y lloriqueo durante diversos periodos del ciclo menstrual.

Otro factor importante que influye en la manifestación de depresión es el aspecto social que da como consecuencia la presentación de determinadas actitudes con respecto a los ciclos biológicos de la mujer.

Cuando las mujeres menstrúan ocultan los síntomas del sangrado y es evidente el tabú del sexo, el incremento de ansiedad y depresión en algunas mujeres durante las fases premenstrual y menstrual pueden ser reacciones psicológicas a las consecuencias negativas sociales de la menstruación y a la incomodidad física de menstruar y no directamente a los cambios biológicos, Ruble y Frieze, 1978 (cit. en 30).

En lo que respecta al embarazo (como otra función biológica de la mujer), además de los cambios hormonales están los cambios psicológicos y sociales no sólo para las gestantes, sino también para quienes las rodean; y depende de las expectativas que tengan de ese estado para que reaccionen con agrado o no ante él. Bethea, 1986 (op. cit.) menciona que entre los diversos cambios se encuentran: la alimentación, el trabajo, las actividades sociales, las emociones, por ejemplo el estado de ánimo (puede sentirse deprimida sin ninguna razón aparente) que depende de lo que ellas esperen del nuevo ser en su vida.

Dentro de las razones psicológicas y sociales que propician depresión en las mujeres en el postparto son las siguientes: dejar de ser centro de atención después del nacimiento del bebé, sentirse acosada por dudas en cuanto a la incapacidad para el cuidado de su hijo o la preocupación por la actitud de su pareja hacia lo mismo; puede estar desgastada y cansada por el embarazo y el parto, de tal forma que le es difícil afrontar las nuevas responsabilidades sin ansiedad; al inicio está excitada por el nuevo ser, cuando disminuye la excitación puede volverse depresiva, irritable, con llanto debido a los cambios hormonales, la fatiga y las molestias después del parto Richards, 1980 y Bleir, 1983 (cit. en 30).

Por otra parte, el cese de la menstruación (menopausia) influye en los niveles psicológico y social de las mujeres cuando no están preparadas para ello; Carranza y Arieti, (cit. en 30) la denominan depresión involutiva o agitada, aparece con frecuencia en la mujer, entre los 45 y 55 años de edad que coincide con jubilaciones o pérdida de bienes, de seres queridos o de prestigio; se manifiesta con insomnio severo, preocupaciones obsesivas por las funciones orgánicas y miedo a enfermarse, hipocondría, estreñimiento, sentimientos de minusvalía, llanto frecuente inmotivado, aprehensión, ansiedad, pesimismo, agitación psicomotriz, temblor digital, intento o ideas suicidas.

CAPITULO 3

CICLOS BIOLÓGICOS DE LA MUJER

Cada mujer vivirá su ciclo sexual, ovulación y menstruación y deseos sexuales, así como sus funciones procreativas, de acuerdo a su particular historia personal.

Con respecto a los puntos principales de este capítulo, en el texto: Medicina General Integral 1978 (61), se describe lo siguiente:

3.1 MENSTRUACION O CATAMENIA:

Es el rasgo más característico de la reproducción humana. Puede ser definida como una hemorragia fisiológica periódica proveniente del endometrio, que se presenta a intervalos regulares de aproximadamente cuatro semanas en respuesta a los cambios cíclicos que ocurren en el hipotálamo, el lóbulo anterior de la hipófisis y los ovarios.

DISMENORREA:

Significa menstruación dolorosa. Constituye la causa más común de ausencia al trabajo y a la escuela, ya que dicho dolor puede ser incapacitante, mientras que otras mujeres experimentan una sensación de pesantez y plenitud pélvica (comúnmente referida como inflamación).

Generalmente la dismenorrea se inicia unas horas o un día antes del inicio del flujo menstrual, y más comúnmente dura sólo el primer día de menstruación aunque pueda durar varios días. Su mayor intensidad se alcanza unas 12 horas después de iniciado el flujo menstrual cuando el desprendimiento endometrial es más rápido. El dolor es de tipo cólico, generalmente experimentado en el área suprapúbica, aunque puede involucrar la región lumbosacra y las caras interna y anterior de los músculos, las áreas reflejos de la innervación uterina y ovárica.

La dismenorrea se clasifica como sigue:

- 1.- Dismenorrea primaria: a) Fisiológica
b) Psicológica

- 2.- Dismenorrea secundaria u orgánica: a) Causas congénitas
b) Causas adquiridas

DISMENORREA PRIMARIA:

Se inicia poco después de la menarquía (ya que los primeros ciclos son anovulatorios y, por lo tanto, no dolorosos); una vez que se han establecido los ciclos ovulatorios, alcanzando su máxima intensidad entre los 17 y 19 años, con alguna mejoría espontánea subsecuentemente. Este tipo de dismenorrea generalmente es de un solo día de duración, puede acompañarse de fenómenos mediados por el sistema nervioso autónomo, tales como: náusea, vómito, cefalea, diarrea y aumento en la frecuencia urinaria; lo que la califica como dismenorrea primaria de tipo fisiológica. En la de tipo psicológica, deberá considerarse la presencia de un fuerte elemento, generalmente relacionado como una pobre aceptación del papel sexual femenino.

DISMENORREA SECUNDARIA:

Existen unas cuantas condiciones patológicas de la pelvis que pueden ser congénitas o adquiridas, que a veces producen dismenorrea. Entre las primeras (congénitas), las causas más obvias son los defectos en la salida de la sangre menstrual: himen imperforado, atresia o tabiques vaginales, lo cual producirá dolor cólico cíclico, pero sin salida de sangre menstrual. En cuanto a las causas adquiridas como son: miomatosis, pólipos, endometriosis, adenomiosis uterina, enfermedad inflamatoria pélvica (aguda o crónica), síndrome de congestión pélvica; cada una de ellas presentara un cuadro de síntomas característico. Dependiendo de la relación del dolor con los días del flujo menstrual en que se presenta puede identificarse cuál es la causa que lo origina.

Tensión Premenstrual: Abarca causas fisiológicas obvias como son: los defectos en la salida de la sangre menstrual, himen imperforado con dolor cíclico; durante los 4 ó 5 días que preceden al comienzo del flujo menstrual. Este término también incluye un síndrome compuesto por una constelación de síntomas que se presentan cíclica y regularmente antes del inicio de la menstruación. Una lista parcial de los síntomas del síndrome de tensión premenstrual incluye: irritabilidad, nerviosismo, inquietud, fatiga, aumento de la actividad física y mental, episodios de llanto, depresión, incapacidad para concentrarse, aumento del apetito, debilidad o sensación de desmayo, temblor de los dedos, dolor o distensión abdominal, cefaleas, dolores generalizados, ingurgitación mamaria dolorosa, náuseas, vómito, diarrea, constipación, insomnio, retención de líquidos, etc. Como se ve el síndrome de tensión premenstrual puede incluir casi cualquier síntoma; las mujeres con problemas psiquiátricos o de personalidad serán más incapacitadas que las emocionalmente estables. Estudios epidemiológicos han

demostrado que la mujer puede ser más vulnerable a muchos problemas en la etapa premenstrual; esto incluye la incidencia de accidentes automovilísticos, de crímenes cometidos, problemas de conducta, incidencia de suicidios, exacerbación de crisis psicóticas, etc. Por otro lado, las mujeres jóvenes tienden a tener pocos síntomas premenstruales y más molestias durante la menstruación misma, en contraste con las mujeres mayores de 30 años, en las que se aprecia lo inverso.

Pueden llegar a ser verdaderas perturbaciones premenstruales, pero lo normal es que cedan al iniciarse la hemorragia, con una sensación concomitante de alivio.

Este fenómeno biológico constituye uno de los problemas psicosomáticos más interesantes, ya que ejemplifica las relaciones recíprocas entre soma y psique.

El dolor menstrual también encuentra en el análisis algunas explicaciones: se puede relacionar a diversos tipos de fantasías (parto, desfloración, enfermedad incurable).

El ciclo menstrual: es un fenómeno cíclico, que se presenta en etapa reproductiva de la mujer no embarazada, y que involucra una serie de cambios estructurales y funcionales del aparato reproductor, siendo el más obvio de éstos el flujo mensual de sangre y detritus endometriales, una forma de regresión del endometrio (en caso de no haber implantación de huevo fecundado).

El periodo menstrual es en realidad determinado por estímulos hipotalámicos que regulan la secreción de gonadotropinas pituitarias, las que a su vez, controlan la liberación de las hormonas ováricas.

El llamado ciclo normal de 28 días, puede dividirse en dos fases de igual duración, basados en la actividad ovárica y en la respuesta endometrial. En los primeros 14 días se desarrollan los folículos, se inicia la producción progresiva de estrógenos y se observa una respuesta proliferativa o estrogénica en el endometrio. Los siguientes 14 días son caracterizados por la ovulación y la producción de progesterona con respuesta "secretora" o "progestacional" en el endometrio.

PROBLEMAS MENSTRUALES

Este es el más frecuente motivo de consulta en ginecología, con problemas que varían desde la falta de menstruación o amenorrea, que puede ser primaria o secundaria, hasta todo tipo de trastornos en el ritmo, intensidad, intervalos y duración del ciclo menstrual en cada caso en particular, así como su asociación con otros síntomas o circunstancias, su relación a situaciones emocionales,

sociales y ambientales, la presencia o ausencia de cefalea, acné, cambios en el peso habitual.

Las hormonas son las intermediarias entre las funciones corporales y las psicológicas y su papel es primordial en la pubertad; pues precisamente lo desencadenan.

Regularmente en nuestro país, la primera menstruación llamada menarquía suele darse entre los 12 y 13 años.

El intervalo menstrual que tiene como característica singular la ovulación, es tradicionalmente de 28 días, pero puede variar de 26 a 32, si el ritmo está presente será normal; aunque éste se presente de 21 o hasta 35 días.

La duración del flujo menstrual puede variar, siendo lo más frecuente una duración de 3 a 7 días. Puede haber casos en que el flujo menstrual dure de 1 a 2 días o que sea de 8 a 10 días, sin que esto signifique necesariamente un estado patológico.

En cuanto a la cantidad de sangre perdida en un periodo menstrual oscila entre 30 y 100 ml, con un promedio de 50 ml.

Cambios sistémicos durante el ciclo menstrual:

Peso: Muy frecuentemente, las mujeres refieren un aumento de peso de 1 a 3 kg durante la fase premenstrual, lo que se ha atribuido a una retención de sodio favorecido por el aumento en los estrógenos, progesterona y esteroides suprarrenales. Se han descrito numerosas alteraciones en la química y fisiología corporal que son particularmente evidentes en la etapa premenstrual y al momento de la ovulación.

Cambios emocionales: casi cada mujer, tanto estables como inestables, aprecia cambios en sus reacciones emocionales asociadas con el ciclo menstrual.

Silverman en 1968 notó que la menstruación y el nacimiento de los niños parecen estar asociados con el timing o la aparición de eventos psiquiátricos como: suicidio, admisiones a hospitales, visitas iniciales a clínicas, etc. pero no están directamente relacionadas con la enfermedad en sí (cit.en 40).

3.2 EMBARAZO

La ideología, tener niños, criarlos y cuidar del hogar forman el núcleo de la vocación natural de la mujer. Esta creencia ha cobrado una gran fuerza debido a la aparente universalidad de la familia como institución humana.

La maternidad es una forma de vida. Le permite a la mujer expresar toda su personalidad con los tiernos sentimientos, las actitudes protectoras, y el cálido amor de la mujer maternal.

Dentro del ciclo de la mujer hay dos hormonas fundamentales: la foliculina, encaminada a provocar el deseo sexual durante unos días muy receptivos, y la progesterona, productora desde el punto de vista psicológico, de los sentimientos adecuados a la maternidad.

El embarazo es considerado por la mujer de muy diversas formas: como un motivo de desarrollo, como obstáculo en su vida, como una enfermedad, etc., en algunos casos se da una auténtica fobia que impide las relaciones sexuales satisfactorias.

La capacidad de la mujer de tener únicamente los hijos que desee y de quedar embarazada sólo en los momentos que elija, tiene vital importancia para su estado general de salud y su desarrollo, así como para su libertad de participar en otras actividades, las cuales no sólo pueden mejorar su salud y su bienestar, sino también la de su familia.

Un caso especial es el embarazo imaginario, la mujer que ve como llega al final de su vida sexual, se opone a esta realidad con el síntoma neurótico de creerse embarazada. Este embarazo puede estar inconscientemente tan bien simulado, que llega incluso a engañar a los que rodean a la paciente.

Demasiadas mujeres padecen el síndrome de depresión materna, subnutridas, a menudo anémicas, y generalmente debilitadas por la carga de la reproducción excesiva, las víctimas de este síndrome son cada vez más vulnerables a la muerte durante el parto o a simples enfermedades infecciosas en cualquier momento.

En un estudio reciente se comparó la tristeza de post-parto con la depresión premenstrual, partiendo de la base de que en los dos casos existe una acentuada baja en la producción de progesterona. En ambos casos se da un sentimiento de vacío y sobreviene el llanto frecuente.

3.3 POST-PARTO

Este periodo de tristeza aparece del primero al décimo día después del parto, siendo más evidente cuando la madre regresa a su casa.

En algunas madres, el anhelo de reunirse con el bebé y por otro lado la urgencia de liberación les hace entrar en conflicto.

Muchas son pasivas y demandan amor, cuidado y atención, en otras, la aprehensión es desarrollada cuando se dan cuenta que con la nueva responsabilidad, su mundo tiene que cambiar y ésto lo manifiestan con síntomas, tales como dolores de cabeza, fatiga, dolor de espalda y muchos otros que atribuyen equivocadamente a los efectos de la anestesia.

Estas reacciones emocionales terminan cuando la madre asume la responsabilidad y provee al bebé de afecto maternal y reconoce que es absolutamente necesaria para el desarrollo psicológico y emocional del niño.

Los cambios bruscos en las hormonas ocurren unos días antes del parto y en el comienzo de la lactación.

Los niveles de progesterona son excesivamente altos, antes del nacimiento, en las mujeres que han presentado desequilibrios afectivos. Los disturbios emocionales y la tristeza en el post-parto no se encuentran siempre presentes los dos, o ausentes los dos.

Se confirmó que estos disturbios no eran, ni muy severos, ni muy prolongados. Disturbios de sueño, llanto e irritabilidad era lo más frecuente.

De acuerdo a la personalidad de cada mujer, muchos factores psicológicos y sociales influyen en el estado de ánimo de las mujeres en el post-parto, además, los cambios hormonales son un factor esencial.

Williams B. y Karacon I. en 1978 explicaron sobre los disturbios del sueño, considerándolos importantes síntomas en las primeras semanas del post-parto; posteriormente, el sueño toma su nivel normal (cit. en 40).

Explica Yalom, I. y cols en 1968, que una de las causas de la depresión es endocrinológica, por disturbios hormonales. Los cambios rápidos de niveles hormonales, por ejemplo, de progesterona y estrógenos que ocurren en el post-parto pueden acentuar cambios de conducta (cit. en 40).

La progesterona en niveles excesivamente altos o con metabolismo anormal o en desequilibrio de estrógenos o progesterona, es un depresor en el sistema nervioso central.

La depresión post-parto ocurre al mismo tiempo que los rápidos cambios en los niveles hormonales sexuales femeninos. El signo más característico de esta depresión es el llorar, que es descrito como esporádico, sin un factor precipitante y sin explicación.

El llanto es un indicador de un estado de ánimo que puede ser, pérdida de esperanza, impotencia, sentimiento de autodevaluación, etc. El llorar es una medida adicional para la comprensión de lo que es la depresión post-parto. Para algunas mujeres llorar representa un estilo de expresión, para otras; principalmente en los tres primeros días después del parto, llorar es una salida para obtener afecto y alivio.

Hay muchas causas para el llanto, como cambios en el medio ambiente, especialmente con el esposo, baja autoestima, embarazo ilegítimo, dolores de post-parto, insatisfacción con el bebé, descarga, miedo, un matrimonio mal llevado, una difícil interacción con el médico, serían algunos de los factores que podrían incrementar la susceptibilidad de la madre hacia el llanto en el periodo de post-parto.

El síndrome de angustia de post-parto es limitado y relativamente controlado por la madre.

Los primeros diez días del post-parto son de mucha vulnerabilidad y en este periodo se da más el llanto que durante los siguientes meses, observándose en algunos casos fatiga e irritabilidad.

Las razones que dan las madres para entregarse a un estado de depresión y llorar, no son suficientes.

Mearns, R. y cols en 1976 mencionan que las causas de la depresión post-parto, aparece cuando la mujer ha tenido ambivalencias en el rol femenino en particular en el rol de madre (cit. en 40).

El rechazo de la femineidad, junto con las dificultades sexuales, se pueden asociar también a la depresión post-parto.

El trauma de nacimiento interrumpe la simbiosis biológica. Los cambios hormonales que inducen y controlan el parto, el dolor del periodo del trabajo de

parto y la excitación del parto que irrumpe la continuidad emocional de la unidad madre-hijo, son un modelo biológico del trauma de separación.

Durante la última fase de la labor, generalmente la madre se concentra en su propia supervivencia. Después del parto, el amor por el recién nacido crece en ella cuando escucha el primer llanto del bebé. Esta sensación tranquiliza a la madre de la continuidad de ella con el niño.

Posteriormente, viene un sentimiento de tristeza por la sensación de vulnerabilidad, que es probable sea el resultado de un desenlace hormonal. Cabe señalar que después del nacimiento hay perturbaciones emocionales, las cuales son transitorias y normales. Por lo que generalmente se resuelven sin tratamiento.

3.4 CLIMATERIO

La capacidad de la mujer para la reproducción dura normalmente todo el tiempo que la menstruación es regular.

La terminación de la menstruación indica que la ovulación ha cesado, y que todo el aparato glandular ha interrumpido o disminuido su actividad. Los órganos genitales sufren cambios, y el resto del cuerpo muestra gradualmente síntomas de envejecimiento. A esto se denomina menopausia, fase intermedia del climaterio, en un sentido más amplio el cambio de vida o el periodo crítico; en algunas mujeres por la influencia que puede ejercer el cambio de la actividad hormonal se manifiesta una declinación orgánica presentando un cuadro psicósomático, con determinadas reacciones psicológicas. La aceptación para superar los cambios de este proceso es una tarea difícil en la vida de algunas mujeres.

De ordinario el climaterio tiene una fase preliminar caracterizada por ciertos fenómenos que presagian el fin.

Las siguientes definiciones fueron formuladas en el Primer Congreso Internacional de la Menopausia en 1976 (cit. en 33).

a) El climaterio es la fase del proceso de envejecimiento que marca la transición del periodo reproductivo de la vida a un periodo no reproductivo.

b) La menopausia marca el fin del periodo menstrual y habitualmente, ocurre entre las edades de 45 a 50 años, siendo el promedio de 51 años.

c) El climaterio se asocia, a una sintomatología que podría determinar el síndrome del climaterio.

Muchos términos han sido empleados para describir el periodo de la vida de la mujer, durante el cual cesa la función ovárica y que señala la transición de la época de madurez a la de la vejez. El término climaterio es el que mejor describe éste periodo y comprende en general de los 45 a los 60 años de edad. El climaterio es definitivamente una fase regresiva de la vida, y es la contraparte de la adolescencia, y al igual que la pubertad, los cambios en el aparato genital son un rasgo característico.

Bonilla consideró que el climaterio es el periodo comprendido por los años que preceden y que suceden a la menopausia o a la última menstruación; la menopausia, lo mismo que la menarquía es una fecha concreta, y el climaterio es un periodo de tiempo; puede decirse que hay la misma relación entre el climaterio y menopausia que entre la pubertad y la menarquía.

Según el autor antes citado, el concepto de climaterio está centrado en la biología de la mujer, pues en el hombre no existe ninguna fecha determinada en que ocurra algo paralelo, y supone la pérdida de la capacidad de engendrar aunque no la extinción de la libido (cit. en 57).

La sintomatología climatérica se deriva de tres factores (32).

1.- Disminución en la actividad ovárica originando deficiencia hormonal; decrece la producción de estrógenos y se incrementa la producción de la hormona gonadotrópica, lo cual ocasiona síntomas importantes tales como amenorrea, bochornos, atrofia vaginal, cambios metabólicos en los órganos efectores, y varios problemas cardiovasculares y circulatorios que pueden provocar: taquicardia, hipertensión arterial, cambios electroencefalográficos.

2.- Factores socioculturales que rodean a la mujer menopáusica y que constituyen su medio ambiente.

3.- Factores psicológicos que dependen de todos los elementos constitutivos de la estructura del carácter de la mujer.

En el climaterio se produce una verdadera crisis endócrina que se caracteriza por una serie de fenómenos que alteran todo el organismo.

Marañón, en el estudio cronológico del climaterio distingue tres periodos (cit. en 32):

- a) Premenopausia
- b) Menopausia
- c) Postmenopausia

PERIODO PREMENOPAUSICO

Se presentan los fenómenos involutivos que preceden a la aparición de las primeras manifestaciones del climaterio.

Estos fenómenos o prodromos del climaterio afectan tanto el aparato genital como al organismo en general. Al superar los 40 años, solamente en pocos casos, se conserva la capacidad de fecundación, descendiendo el índice de fertilidad hasta los 45 años. Esto se debe a la producción de ciclos anovulatorios y a que los folículos maduros ya no se rompen, por lo que los óvulos no se vacían, atrofiándose poco a poco sin llegar a producirse la ovulación.

PERIODO MENOPAUSICO

Se presentan las primeras manifestaciones de equilibrio endócrino producidas al decaer y alterarse la secreción del ovario y las demás glándulas endócrinas que intervienen en la función sexual.

En el ovario, al desaparecer el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo y la hormona segregada por él mismo (foliculina), se altera el ritmo de maduración de los folículos y con él, el ritmo menstrual, la cantidad de secreciones de la hormona estrogénica, culminando todo en el cese de la regla. Esta no se produce porque el ovario deje de segregar hormona sino por la pérdida del ritmo de esta secreción.

La libido en general se exacerba en la menopausia, se cree que éste hecho puede ser debido a la desaparición del temor al embarazo, pero es difícil pronunciarse por esta causa por la complejidad psicológica que entraña el apetito sexual.

PERIODO POSTMENOPAUSICO

El ovario queda totalmente inactivo, los síntomas aparatosos suelen remitir en un plazo de 4 a 7 meses tras la menopausia. El primer signo de la menopausia es la atrofia de la mucosa vaginal, a continuación se presenta un cierto grado de involución de los genitales externos, disminuye el vello, hay un aplanamiento del

monte de venus, la vagina se estrecha y pierde elasticidad; también se produce una atrofia mamaria.

Desde el punto de vista fisiológico, Marañón establece en los tres periodos lo siguiente (cit. en 57):

-Premenopáusico, viene a ser el "aviso", con alteraciones hormonales, perturbaciones del retraso menstrual que puede adelantarse o retrasarse y desequilibrios neurovegetativos.

-Menopáusicos, hay un paro de todo tipo de secreción ovárica, desaparece la regla aunque todavía puede mancharse en determinadas ocasiones y se producen los fenómenos vasomotores típicos: sofocamiento, sudores, palpitaciones, dolores de cabeza, etc.

-Postmenopáusico o climaterio real, se restablece el equilibrio y se generan hormonas masculinas con la consiguiente aparición de rasgos masculinizantes; la aplicación de estrógenos por vía oral viene a compensar en la mujer la falta de función estrogénica y evitar la virilización.

Desde el punto de vista psicológico se ha dramatizado demasiado sobre este periodo y hoy en día va dejando de ser considerado como algo mítico y misterioso. Para describir los caracteres psíquicos durante el climaterio. En la actualidad se tiene más conocimiento desde el punto de vista psicológico de este periodo. Usandizaga, ginecólogo, divide los aspectos psíquicos del climaterio en tres grupos (cit. en 57):

1.- Síntomas propios del climaterio, de apariencia física, pero influidos psíquicamente sólo se presentan en una cuarta parte de todos los casos y los más frecuentes son: oleadas de calor y crisis de sudoración, mareo, insomnio, letargo, angustia nocturna despertándose con palpitaciones, taquicardia, alteraciones del gusto, inapetencia, gastritis, diarrea, estreñimiento.

2.- Síntomas psíquicos, Marañón subraya el predominio de la inestabilidad emocional; directamente relacionada con ella está la labilidad de carácter que se exterioriza en impaciencia e irritabilidad. La mujer puede entrar en conflicto con las personas con las que se relaciona. Independientemente de las actitudes frente al exterior, en el interior de la mujer dominan los sentimientos de angustia, ansiedad y miedo.

3.- Vida sexual. ¿Qué pasa con la vida sexual durante el climaterio? sencillamente, nada que no haya pasado antes, aunque con el transcurso de los

años la libido femenina va disminuyendo insensiblemente, puede prolongarse después de la menopausia.

Otro factor fundamental es el grado de gratificación que haya encontrado la mujer en sus relaciones matrimoniales hasta entonces.

CAPITULO 4

METODO

En el presente capítulo se explica el procedimiento mediante el cual se llevó a cabo el estudio "Relación entre el grado de depresión de la mujer en climaterio y su historia personal".

4.1 OBJETIVO

Conocer la influencia que ejercen las cuestiones biológicas y psicosociales, en algunas mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio, en relación con la posible aparición de estados depresivos.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la vida de la mujer, se presentan cambios biológicos que repercuten a nivel psicológico y social; manifestándose en ocasiones en estados depresivos, que de alguna manera afectan su relación con el medio que las rodea.

La mujer en la etapa climatérica ya vivió una serie de experiencias que al referirlas aportaron información importante para esta investigación, con respecto a su historia personal; entendida ésta, como las vivencias que fueron significativas en el transcurso de su vida . De ahí surgió el siguiente planteamiento:

¿Qué relación existe entre el grado de depresión de la mujer en el climaterio y su historia personal?

Cabe señalar aspectos que influyen en la posible manifestación de estados depresivos:

Al haber cambios hormonales en las diferentes etapas por las que pasa la mujer; además, al adquirir conciencia de su condición femenina, algunas de ellas, presentan cambios en el estado de ánimo.

4.3 DISEÑO DE INVESTIGACION

En este apartado se presenta el esquema (pág.47) en el que puede observarse cada elemento que subyace al diseño de investigación del presente estudio. La primera parte se refiere al tipo de muestreo y población considerada en la selección; la segunda parte ilustra las características más importantes de la muestra; la tercera, indica los aspectos medidos, señalando los indicadores y variables de interés, dentro de cada categoría de análisis.

También se presenta en el esquema, los instrumentos aplicados a la muestra (cuestionario y prueba de La Escala de Autoestimación de Zung).

Un elemento más que se muestra en dicho esquema, es el diseño estadístico, donde se indica el tratamiento a la información obtenida y en el cual es posible ver las pruebas empleadas.

4.4 VARIABLES

En este apartado se presentan las definiciones de las variables consideradas de interés para este estudio, las cuales se encuentran comprendidas en cada una de las categorías; tanto los indicadores como las escalas establecidas fueron utilizadas para medir algunas características presentadas por la población participante.

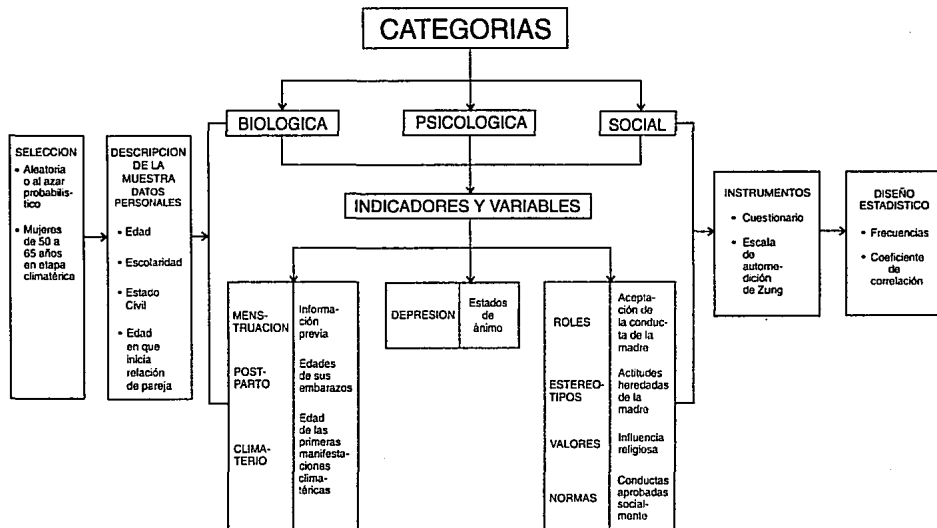
Dado lo extenso a investigar por categoría, fue necesario organizarlas por indicadores para facilitar el manejo de los datos.

A continuación se definen variables e indicadores que corresponden a las tres categorías de análisis definidas en el diseño de investigación.

CATEGORIA BIOLOGICA

En esta categoría, con las variables utilizadas se captó información relacionada con los cambios hormonales que experimenta el organismo de la mujer, por las diferentes etapas que atraviesa, hasta llegar a la del climaterio.

ESQUEMA DEL DISEÑO DE INVESTIGACION



La primer variable fue:

- Información previa a la primera menstruación, se define como: número de años cumplidos en el momento de la presentación de la primera menstruación; así como, manifestaciones premenstruales y menstruales. Para ello se utiliza el indicador:

- * Menstruación. Entendida como una hemorragia fisiológica periódica (nominal y ordinal).

La segunda variable se tituló:

- Edades en que resultó embarazada, definida como número de años cumplidos en los distintos momentos en que concibió, considerando las reacciones que presentó ante el conocimiento de su estado y posteriormente ante sus productos; así como las manifestaciones durante y después del embarazo. Conociendo qué tipos de partos experimentó, así como la actitud ante su figura y el ambiente familiar que prevalecían en esos momentos. Para ello se utilizó el indicador:

- * Postparto. Tiempo que sigue inmediatamente a un alumbramiento (nominal y ordinal).

La tercera variable se refirió a:

- Edad en que se presentaron las primeras manifestaciones climatéricas: número de años cumplidos en que se presentaron los fenómenos orgánicos, psicológicos y sociales que dan inicio a esta etapa, tomando en cuenta la actitud ante dichas manifestaciones. Para ello se utilizó el indicador:

- * Climaterio: Periodo de la vida que precede y sigue a la extinción de la función genital entendida como procreación (nominal y ordinal).

CATEGORIA PSICOLOGICA

En esta categoría se captaron datos con respecto a las manifestaciones fisiológicas y trastornos que se presentan cuando existen estados depresivos en las diferentes etapas por las que pasa la mujer, para ello se utilizó la siguiente variable:

- Estados de ánimo: cambios repentinos en el organismo y en la conducta de la mujer, tomando en cuenta las etapas por las que atraviesa; manifestándose en trastornos fisiológicos y del carácter, así como alteraciones en la emotividad, en sus necesidades primarias y además en su autoestima. Siendo el indicador:

* **Depresión:** Estado de ánimo que se manifiesta en una disminución del tono psíquico y de la actividad física e intelectual y que va acompañada de tristeza y una marcada reducción de los valores personales, todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales podrían verse afectadas.

CATEGORIA SOCIAL

En la última categoría considerada para este estudio se contemplan procesos referentes a la relación específica de los individuos con otros miembros de la especie, o hábitos característicos adquiridos por medio de la experiencia con otros individuos, para ello se utilizaron las siguientes variables:

- Grado de aceptación de la conducta de la madre, y de los distintos papeles desempeñados en las diferentes etapas de la vida: posición que tiene un individuo ante una escala de aceptación, en cuyo proceso mental consciente o no, tiende a asimilar los caracteres constitutivos propios de otro sujeto, asumiendo sus actitudes características y obrando en consecuencia; permitiendo la transmisión de éstas a las personas más cercanas de su mismo sexo. Su indicador fue:

* **Roles:** Cada individuo en cualquier sociedad que consideremos ocupa una posición o estatus, según los diversos ambientes que les rodean, dicho estatus le impone cierto número de deberes que cumplir, funciones que ejercer y derechos que puede disfrutar (nominal y ordinal).

La siguiente variable fue:

- Grado de aceptación de las actitudes heredadas de la madre: nivel de importancia a la disposición permanente de un individuo a reaccionar en un sentido sea cual fuere la situación o interés común, dándose conductas características que la misma sociedad impone. Tomando como indicador:

* **Estereotipo:** Imagen o idea aceptada, basada en prejuicios sobre la realidad o actividades de un grupo social. La presencia de estereotipos está muy difundida en la sociedad humana, actuando como elemento irracional de la actuación social.

Otra variable fue:

- Manifestación de las creencias adquiridas a través de la influencia religiosa: expresión de la acción ejercida en la mujer, por la sociedad y la religión, en la definición de sus metas durante la vida. Quedando como indicador:

* **Valores:** Motivos de gran alcance que conducen al individuo a elegir ciertas metas antes que otros, poseyendo una auténtica fuerza orientadora (nominal y ordinal).

Como siguiente variable:

- Grado de aceptación o rechazo de las conductas aprobadas socialmente preescritas en la actuación de la mujer en las diferentes etapas de su vida: nivel de conducta caracterizada por una actitud positiva o negativa, hacia determinados patrones de conducta, establecidos para la mujer por la sociedad, en diferentes momentos de su vida. Siendo su indicador:

* Normas: Implican un proceso de percepción de la persona donde existen formas generales de conducta que sirven de patrón.

Después de exponer la definición de las diferentes categorías, variables e indicadores manejados en esta investigación, se presentan las variables de interés correspondientes a la descripción de la muestra:

- Edad: Clasificación respecto al número de años cumplidos.
- Escolaridad: Conjunto de grados alcanzados dentro de los niveles educativos.
- Estado Civil: Clasificación de la situación legal en casada, viuda, divorciada, separada o unión libre.
- Edad en que inició su relación de pareja: Número de años cumplidos en el momento en que inicia una vida sexual activa.

4.5 POBLACION Y MUESTRA

La población objeto de estudio, comprende a las mujeres de 50 a 65 años, que trabajen o hayan trabajado, que tengan o hayan tenido pareja; además, de haber procreado hijos.

De dicha población se obtuvo la muestra representativa de 60 personas, sin considerar la escolaridad y nivel socioeconómico; utilizando el tipo de muestreo aleatorio o al azar probabilístico.

La selección de la muestra se realizó considerando la necesidad de obtener información acerca de las mujeres climatéricas, con el fin de conocer en cuáles etapas por las que ya pasó presentó depresión. Dichas personas pertenecían a diversas delegaciones políticas dentro del Distrito Federal.

4.6 INSTRUMENTOS

Dentro de este apartado se describen cada uno de los instrumentos que se aplicaron para lograr el objetivo de esta investigación: Cuestionario para mujeres en la etapa climatérica y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

* Cuestionario para mujeres en la etapa climatérica: Al inicio de este instrumento se incluyen los datos personales (edad, escolaridad, estado civil, número de hijos y edad en que inició su relación de pareja) y posteriormente se presentan 82 preguntas, de opción múltiple semiabiertas y abiertas. Fue diseñado por las responsables de esta investigación, para obtener información de las categorías de interés (biológica, psicológica y social), considerando los indicadores, correspondientes a cada una de ellas (menstruación, postparto, climaterio, depresión, roles, estereotipos, valores y normas), así como su opinión acerca de las causas que con mayor frecuencia originan estados depresivos (ver anexo 1).

Este cuestionario fue elaborado después de haber analizado los aspectos que se pretendieron explorar. Cabe mencionar, que se llevó a cabo un piloto de dicho instrumento, efectuando los ajustes necesarios para lograr la mayor veracidad y utilidad de la información arrojada.

* Escala de Automedición de la Depresión de Zung: Fue creada para evaluar satisfactoriamente la depresión, como síntoma, afecto o enfermedad, de forma sencilla. Para validar esta prueba en 1976, Lara Tapia y colaboradores efectuaron un estudio adaptando y estandarizando dicha escala a nuestro país; posee veinte reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa.

Para construir los reactivos se determinaron las características más frecuentes de los diversos tipos de depresión y se hizo una pregunta por cada característica que fuera representativa del síntoma (ver anexo 2).

Esta escala fue planeada de tal manera que un índice bajo indique que no hay depresión o que es de poca importancia y un índice alto señale una depresión de significación clínica.

4.7 PROCEDIMIENTO

La estrategia para aplicar los instrumentos fue la siguiente: se inició con el cuestionario dirigido a las mujeres en etapa climatérica, con el fin de obtener información acerca del grado de depresión que pudo haberse presentado en algún momento de su vida. Las instrucciones para el llenado fueron: "Para las preguntas semiabiertas, deberá marcar con una cruz la opción que elija dando siempre respuesta ¿por qué?, para las abiertas anotará la información en los espacios que se ofrecen y, para las cerradas marcar con una cruz la respuesta seleccionada". En la misma sesión se aplicó, a la misma persona, la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, con el propósito de cuantificar la intensidad de la depresión, en caso de existir; se le dio a la sujeto la lista de declaraciones y se le pidió que señalara con una cruz la aseveración que se aplicara más a su caso en ese momento, teniendo cada reactivo cuatro

alternativas de respuesta que son: a) Muy pocas veces, b) Algunas veces, c) La mayor parte del tiempo y d) Continuamente.

4.8 PRUEBAS ESTADISTICAS EMPLEADAS

Para el tratamiento de la información captada, en el siguiente apartado se especifican los distintos aspectos de las pruebas estadísticas empleadas. La información obtenida se reporta en forma descriptiva.

Después de la administración de los instrumentos, se dio sentido a la información a través de Distribuciones de Frecuencias, efectuando un conteo del número de casos en que se agrupan los datos en cada una de las categorías y variables. En el siguiente capítulo se presenta la información en prosa, cuadros y gráficas.

Por otro lado en este estudio, se manejó la información por medio del Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson. El análisis de correlación, consiste en el grado de asociación entre dos variables sin importar cuál es causa y cuál es efecto; con el fin de demostrar si existe variación de una variable con respecto a otra.

Para calcular el grado de correlación se utilizó un coeficiente (r), que indica cuánto y en qué forma dos o más variables están ligadas.

En cuanto a magnitud el coeficiente tiene un valor que va de 0 a 1, y en cuanto al signo la correlación puede ser positiva o negativa, su fórmula es la siguiente:

$$r = \pm \frac{\sum xy}{\sqrt{\sum x^2 + \sum y^2}}$$

Donde:

X Y designa las desviaciones de los valores de la serie con relación a sus respectivas medidas aritméticas.

De ahí que también el coeficiente de correlación pueda expresarse en la siguiente fórmula:

$$r = \pm \frac{\sum(x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum(x - \bar{x})^2 + \sum(y - \bar{y})^2}}$$

o bien:

$$r = \pm \frac{\sum(x - \bar{x})(y - \bar{y})}{NSX \cdot SY}$$

El coeficiente de correlación se expresa con una cifra que varía entre:

+1.00 = correlación positiva total (las líneas de regresión se confunden).

0.00 = no hay ninguna clase de dependencia (las líneas de regresión son perpendiculares).

-1.00 = correlación negativa total (las líneas de regresión se confunden).

La distribución de frecuencias y correlaciones se procesaron con el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

CAPITULO 5

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se describen los resultados del presente estudio siguiendo un orden: descripción de los datos generales y las categorías de análisis, considerando la correlación que se llevó a cabo con cada una de éstas con la Prueba de Automedición de Zung, así como los Diagnósticos de valoración obtenidos en esta prueba.

5.1 DESCRIPCION DE LOS DATOS GENERALES

En este apartado se presentan los resultados que corresponden a los aspectos que definen las características de la muestra. Cabe aclarar, que los datos se darán en frecuencias absolutas por cada uno de los aspectos.

5.1.1 EDAD

La frecuencia mayor de este dato se ubica en los 50 años presentándose ocho casos; en 53 y 59 años, seis casos en cada uno; la siguiente frecuencia en importancia, cae en 55, 61, 62 y 65 años teniendo una frecuencia de cinco, respectivamente. En último sitio están las frecuencias de menor tamaño, tales como 4, 3, 2, 1 correspondiendo a las siguientes edades: 60, 54, 63, 56, 57, 58, 64, 51 y 52 (gráfica 1).

5.1.2 ESCOLARIDAD

La escolaridad se considera determinante para el conocimiento de sí mismo y de su entorno, con la finalidad de poder resolver problemas que se le presentan en el transcurso de la vida.

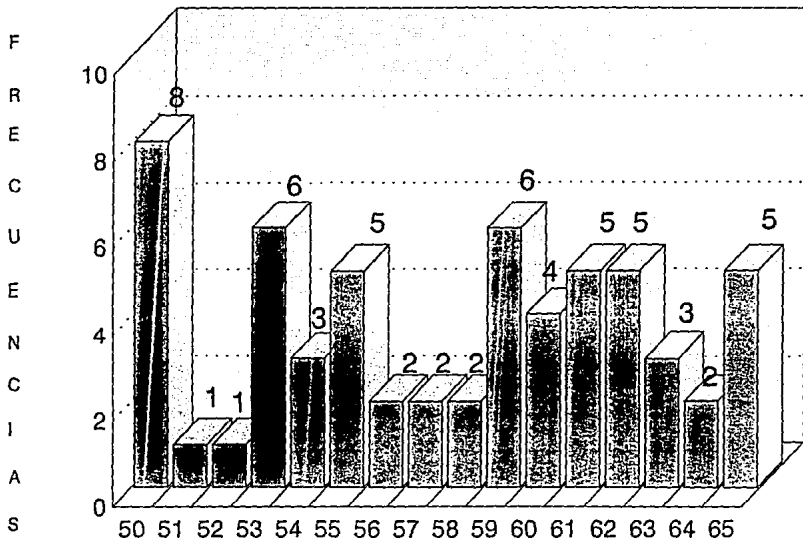
Con respecto a este punto, la muestra fue heterogénea ya que, los niveles escolares fluctúan desde analfabeta hasta profesional.

Los niveles educativos con mayor frecuencia fueron: comercio con 18, primaria completa con 17; le sigue secundaria con 9; primaria incompleta con 8; las frecuencias menores se localizan en los extremos registrados en cuanto a escolaridad, éste es; profesional con 4 y analfabeta con 2, preparatoria completa y normalista con 1 respectivamente (gráfica 2).

5.1.3 ESTADO CIVIL

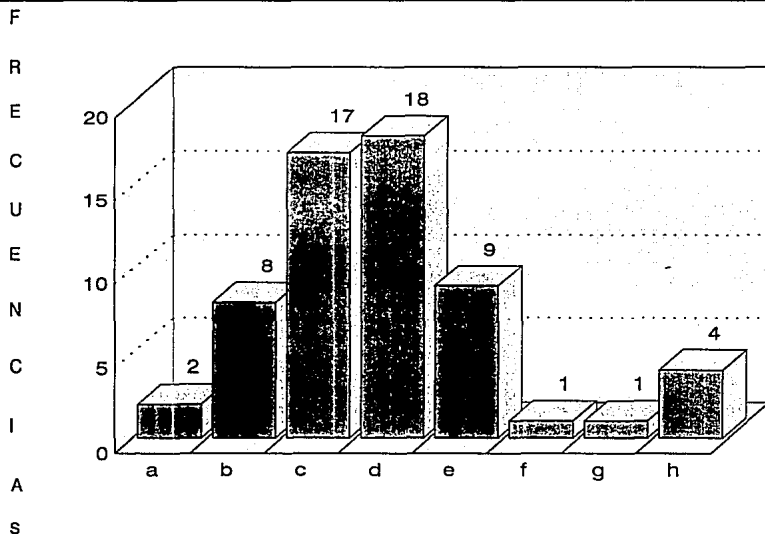
El papel de la mujer dentro de nuestra cultura demanda que cumpla con las funciones biopsicosociales que le han sido implantadas por la sociedad, reflejo de esto es que 42 casos(70%) de 60 su estado civil es casada, le sigue en orden de clasificación viudas con 14 casos (23%), continuando con 2 casos (3%)

DESCRIPCION DE LA MUESTRA



GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE LAS FRECUENCIAS POR EDADES DE LOS 60 SUJETOS EN EL MOMENTO DE LA APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS

DESCRIPCION DE LA MUESTRA



GRAFICA 2. ESCOLARIDAD ALCANZADA POR LA MUESTRA: a) ANALFABETA, b) PRIMARIA INCOMPLETA, c) PRIMARIA COMPLETA, d) COMERCIO, e) SECUNDARIA COMPLETA, f) NORMALISTA, g) PREPARATORIA Y h) PROFESIONAL.

que manifestaron estar separadas de su pareja, finalmente las que se encuentran divorciadas y en unión libre 1 caso (2%), respectivamente (gráfica 3).

5.1.4 EDAD EN QUE INICIA SU RELACION DE PAREJA

Ubicándose socialmente algunos años atrás, vemos que era importante iniciar a temprana edad su relación de pareja. Los resultados obtenidos en este apartado se presentan distribuidos de manera uniforme teniendo la mayor frecuencia con 9 casos (15%) a los 18 años continuando con 8 (13%) a los 20 años; 19 y 21 seis (10%), para cada uno; en cuanto a las siguientes edades 17, 22 y 27 alcanzaron una frecuencia de 5 (8%), respectivamente, en orden descendiente, tenemos que a los 23 años tuvimos 4 casos (7%); tocante a la edad de 25 años manifestaron 3 personas (5%) haber iniciado su relación de pareja; con respecto a las edades de 15 y 29 años se presentaron 2 casos (3%) correspondientemente; es importante hacer notar que las edades en que cae la menor frecuencia se encuentra en los extremos, presentándose 1 caso (2%) en cada una de las siguientes edades: 13, 16, 26, 28 y 35 años (gráfica 4).

A continuación se presenta los resultados que se refieren a las categorías de análisis consideradas en el diseño de investigación bajo el cual se efectuó el estudio: biológica, psicológica y social; tomando en cuenta sus respectivos indicadores.

La integración de las categorías antes mencionadas dan como resultado determinadas conductas que son consecuencia de estímulos internos o biológicos o de estímulos externos o sociales, es por esto, que se consideraron determinados aspectos de cada una de ellas, que se encuentran relacionadas con la historia personal de la población estudiada.

5.2 CATEGORIA BIOLOGICA

En la mujer la duración de su vida puede ser dividida en periodos que son un reflejo del desarrollo, el logro, mantenimiento y pérdida de su función reproductora, o sea, la infancia y niñez, la adolescencia, la edad adulta y el climaterio.

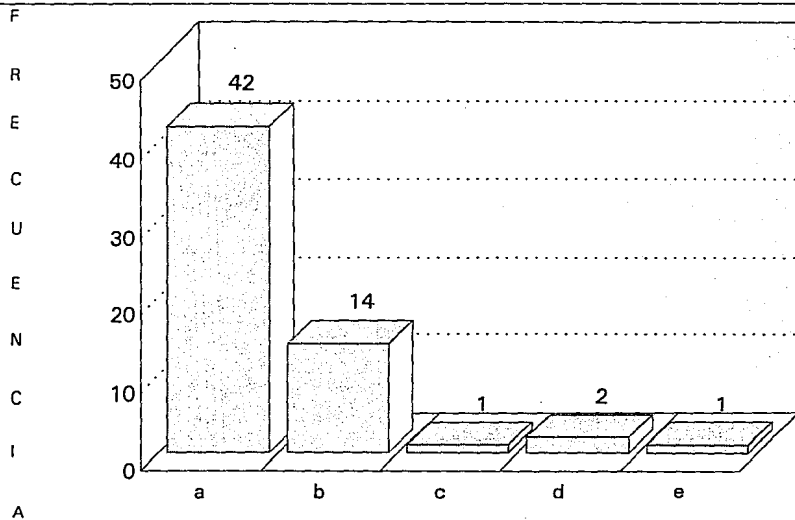
En este apartado se describen los resultados relacionados con las funciones fisiológicas que vivencia comunmente el organismo de la mujer y la experiencia tanto positiva como negativa, desde el punto de vista biológico y social.

5.2.1 MENSTRUACION

El ciclo menstrual es un fenómeno cíclico que se presenta en la etapa reproductiva de la mujer no embarazada y que involucra una serie de cambios estructurales y funcionales del aparato reproductor, siendo el más obvio de éstos el flujo menstrual de sangre.

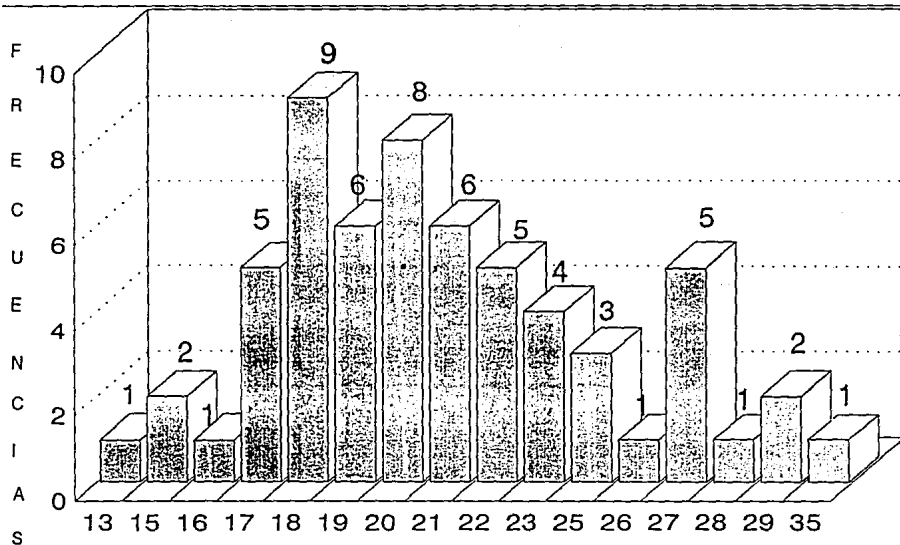
De la población encuestada (60), a 24 no se les proporcionó información antes de

DESCRIPCION DE LA MUESTRA



GRAFICA 3. CANTIDAD DE PERSONAS EN LOS DIFERENTES ESTADOS CIVILES: a) CASADAS, b) VIUDAS, c) DIVORCIADAS, d) SEPARADAS Y e) UNION LIBRE.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA



GRAFICA 4. FRECUENCIAS POR EDAD EN EL INICIO DE SU RELACION DE PAREJA

que se les manifestara su primer ciclo menstrual (gráfica 5). La mitad de la muestra inició su vida fértil entre los 13 y 14 años; 23, la iniciaron entre los 10 y 12 años.

En cuanto a la correlación de los instrumentos utilizados (Cuestionario para mujeres climatéricas y Escala de automecisión de la depresión de zung), se observó una significancia de -0.001 en el aspecto social. Se considera que este resultado es desfavorable, debido a que parte de la población no recibió información adecuada antes de presentárseles los periodos menstruales.

Al acercarse el periodo menstrual en algunas mujeres se manifiestan diversos cambios en su organismo, en éste estudio se encontraron los siguientes datos: de la población total 21 de ellas, 3 días antes percibieron diversos síntomas siendo los más frecuentes cólicos, dolor de busto, de cabeza, irritabilidad y depresión (gráfica 6), cabe señalar que otra gran mayoría 20 ningún día antes de su periodo presentaron cambios y/o malestares sin embargo, durante el ciclo menstrual lo más común son los cólicos 29 que se presentan con diferente intensidad de dolor, otro grupo 20 no presentaron malestar.

5.2.2 EMBARAZO

Es el estado fisiológico de la mujer desde la implantación del huevo o cigoto hasta la expulsión del producto la concepción se lleva a cabo cuando un espermatozoide penetra la membrana celular de un óvulo, considerándose como la primer fase llamada periodo del óvulo que dura desde este momento hasta que el cigoto (óvulo fecundado) queda firmemente adherido a la pared del útero. La segunda fase conocida como periodo embrionario, se le caracteriza por una diferenciación de todos los órganos principales. La última fase llamada periodo fetal se identifica por el crecimiento del organismo.

Veintiocho del total de las encuestadas tuvieron por primera vez este proceso entre los 20 y 25 años de edad, siendo ésta la mayor frecuencia, le sigue de 15 a 19 años con 17. De lo anterior, cabe resaltar que a pesar de tener un segundo lugar las mujeres más jóvenes de la muestra tuvieron su primer embarazo a edad temprana, ya que en generaciones anteriores era común que sucediera esto.

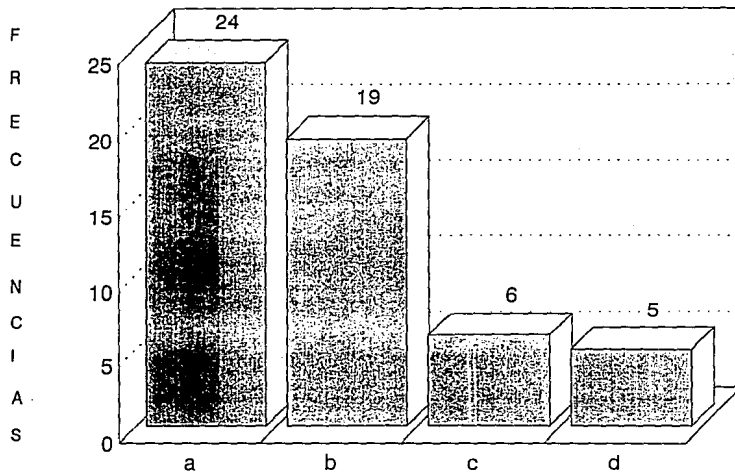
Las edades en que mayormente procrearon fue entre los 20 a 30 años de edad presentándose en 39 casos y a este le continúa el grupo que comprende de los 31 a los 35 años, 27 personas; 13 de las encuestadas fue a los 36 años, siendo ésta la edad máxima registrada en este ciclo.

Las edades en que se presentó mayor dificultad en algunos embarazos fueron de 26 a 30 años en 15 mujeres, a pesar de ser edades adecuadas para la procreación; por otro lado, 14 de la muestra no tuvieron complicación alguna en sus embarazos; 24 personas a los 36 años tuvieron su último embarazo, y 17 de los 26 a los 35 años de edad.

Más de la mitad recibieron con gusto sus embarazos, del sobrante de la muestra están equilibradas las respuestas en reacciones positivas (amor, bien, ilusión, etc.), y negativas (disgusto, angustia, tristeza, etc.).

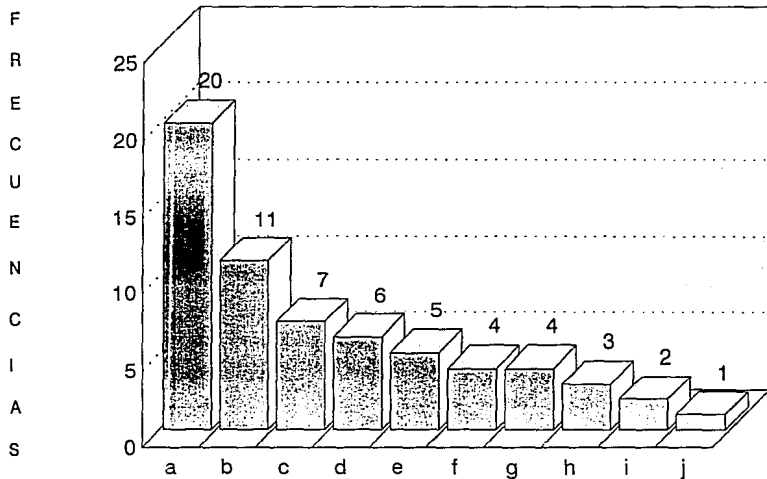
NOTA: a partir de la gráfica 5 se presentarán algunas otras gráficas con información entre paréntesis, aclarando que son varias respuestas con igual frecuencia de un mismo inciso.

MENSTRUACION



GRAFICA 5. FUENTES DE INFORMACION RELATIVAS A LOS CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS QUE SE MANIFIESTA ANTES Y DURANTE LOS PERIODOS MENSTRUALES, SON: a) NADIE, b) MADRE, c) FAMILIARES Y OTROS (6 FRECUENCIAS PARA CADA RESPUESTA), Y d) MAESTROS.

MENSTRUACION



GRAFICA 6. SINTOMAS REGISTRADOS ANTES DE CADA CICLO MENSTRUAL: a) NINGUNO, b) COLICOS, c) DOLOR DE BUSTO, d) IRRITABILIDAD, e) DOLOR DE CABEZA, f) DEPRESION, g) DOLOR DE CINTURA, h) INSOMIO, i) DESEOS DE LLORAR Y MOLESTIAS ASOCIADAS CON LA MENSTRUACION (REGISTRANDOSE, EN EL ULTIMO CASO, 5 DIFERENTES RESPUESTAS CON UNA FRECUENCIA DE 2), Y j) CAMBIOS EMOCIONALES Y TRASTORNOS FISICOS (DANDOSE 4 RESPUESTAS, PARA CADA UNO DE ELLOS CON UNA FRECUENCIA).

Es notorio que en cualquier generación a la que se refiera, las molestias características del embarazo han sido las mismas: náuseas 20 y vómito 14 presentándose en todos sus embarazos; sin embargo, se registraron otros tipos de molestias como: mareos 3, sueño 3, hinchazón 5, entre otras.

Reportaron 26 mujeres depresión en algunos de sus embarazos (gráfica 7); en 9 casos la duración fue de 2 a 4 meses, (gráfica 8); de 34 personas no se obtuvo respuesta en cuanto al tiempo que permanecieron los síntomas depresivos. La relación que mantuvieron con su médico durante sus embarazos fue favorable en la mayoría (53) de la muestra. Esto relacionado con el Zung, dió un nivel de significancia leve de -0.01 respecto a lo biológico y social. Sin embargo, existe mayor significancia en el aspecto social de poca relevancia

5.2.3 PARTO

Es el momento de expulsión o salida del feto a través del cuello uterino de la madre. El parto comprende dos etapas: en la primera se dan las contracciones y relajamientos rítmicos, termina cuando el cuello de la matriz ha llegado a su máxima dilatación; la segunda se da cuando las contracciones empujan al niño que va pasando a través del estrecho conducto hasta que la cabeza abandona el cuerpo de la madre y termina cuando el niño ha pasado totalmente al exterior.

Un parto normal es considerado como lo antes mencionado; la mayoría de las mujeres encuestadas 30% experimentaron este tipo de parto, cabe mencionar que algunas de ellas, además de lo anterior dieron a luz con cualquier otra de las siguientes formas de intervención: fórceps 14, cesárea 12 y psicoprofiláxis 1. En el reactivo que contenía esta información se podía elegir diversas opciones de respuesta; por esta razón la suma de frecuencias no da el total de 60, ya que existía la opción de elegir más de una.

Los partos en que se reporta mayor dolor fueron: el primer parto con 23 casos, le sigue en importancia el segundo parto y el último de éstos con una frecuencia de 8 respectivamente.

5.2.4 POSTPARTO

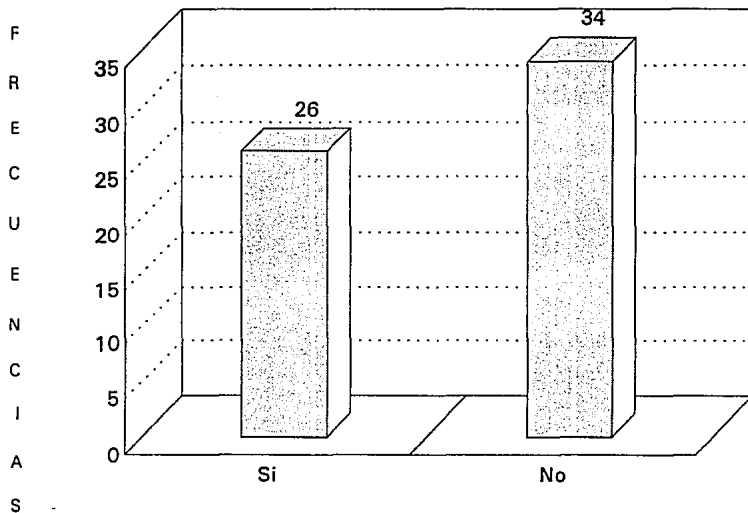
Postparto o también conocido como puerperio, es el lapso de tiempo después de un parto, en el cual los órganos encargados de la reproducción regresan a sus condiciones normales. Se clasifica en: puerperio inmediato que dura desde el primer día hasta 15 días después del parto y puerperio tardío que va desde los 16 a los 30 días.

El puerperio se identifica como: a) fisiológico, cuando se ha llevado a cabo un parto normal o b) quirúrgico (operación cesárea), cuando el nacimiento del producto ha sido a través de incisiones de la pared abdominal y del útero (10).

Hay personas que en este lapso no presentan ninguna molestia como fue el caso de 16 mujeres; por el contrario, se reportan 10 casos con depresión, 4 con molestias en los senos, por mencionar algunas (gráfica 9).

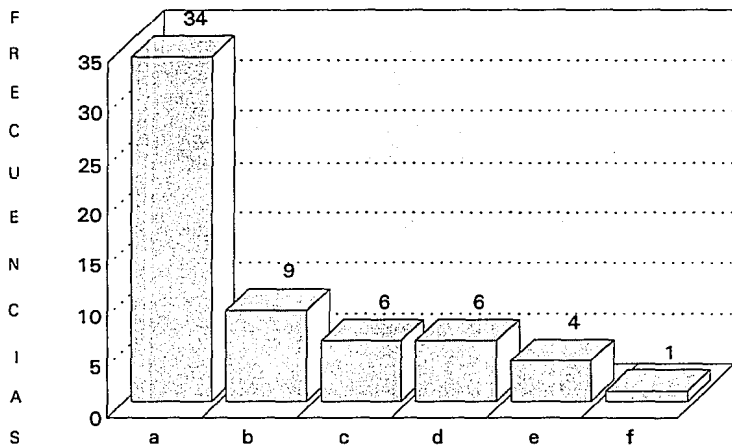
Más de la mitad de la muestra se conceptuaron de una manera positiva después del nacimiento de sus hijos esto es: bien, feliz y contenta, entre otras.

EMBARAZO



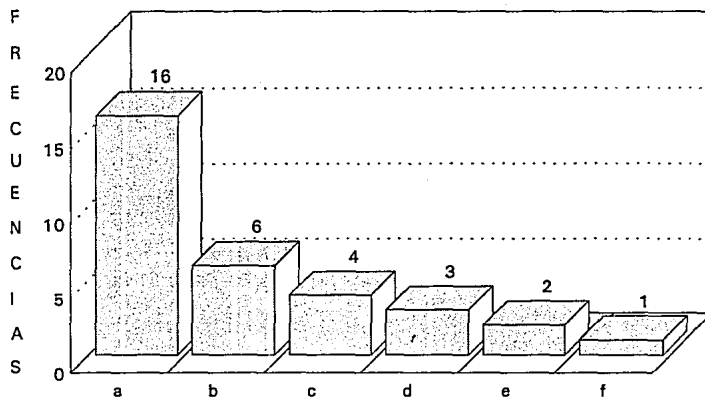
GRAFICA 7. PRESENCIA DE DEPRESION EN ALGUNOS DE SUS EMBARAZOS.

EMBARAZO



GRAFICA 8. DURACION DE LOS PERIODOS REPRESIVOS, EN ALGUNOS DE SUS EMBARAZOS: a) OMISION DE RESPUESTA, b) DE 2 A 4 MESES, c) DE 0 A 15 DIAS, d) DE 16 DIAS A UN MES, e) DE 8 A 9 MESES Y f) DE 5 A 7 MESES.

POST-PARTO



GRAFICA 9. FENOMENOS REGISTRADOS DESPUES DE CADA UNO DE SUS PARTOS: a) NINGUNO, b) DEPRESION, c) HEMORRAGIA, DOLOR EN LOS PECHOS Y FELICIDAD (CORRESPONDIENDO PARA CADA RESPUESTA 4), d) CANSANCIO Y DOLOR (REGISTRANDOSE 3 PARA LA PRIMER RESPUESTA Y 6 PARA LA SEGUNDA), e) DEPRESION ULTIMO PARTO, DOLOR ABDOMINAL Y EN LA HERIDA, ASI COMO PERDIDA DE PESO Y PROBLEMAS CIRCULATORIOS (2 FRECUENCIAS PARA CADA CASO), f) DEPRESION PRIMER Y TERCER PARTO, DESPRENDIMIENTO DEL CUERPO ASTRAL (UNA FRECUENCIA PARA CADA UNA DE ELLAS), CAMBIOS EMOCIONALES Y TRASTORNOS FISICOS (EN ESTOS FUERON CAPTADAS 12 DIFERENTES RESPUESTAS DE UNA FRECUENCIA CADA UNA).

En cuanto a su apariencia física 20 refirieron que se sentían bien, 11 estaban inconformes con su físico, 9 se percibían igual. En general, la mayoría 39 se sentía aceptada por los demás y su estado emocional fue favorable; sin embargo 8 presentaron depresión, 5 tristeza, 4 preocupación, entre otros, (gráfica 10). Gran parte de la muestra 48 estuvieron conformes con el sexo de cada uno de sus hijos. Aquí la significancia es leve de -0.01 con respecto a lo psicológico y social, relacionándolo con la Escala de Zung.

5.2.5 CLIMATERIO

Periodo durante el cual cesa la función ovárica y señala la transición de la época de la madurez a la de la vejez, comprendido en general de los 45 a los 60 años de edad. Se le considera como una fase regresiva de la vida en donde ocurren cambios en el aparato genital.

El climaterio se encuentra dividido cronológicamente en: a) periodo premenopáusico, se presentan los fenómenos involutivos que afectan tanto el aparato genital como el organismo en general precediendo la aparición de las primeras manifestaciones; b) periodo menopáusico, al decaer y alternarse la secreción del ovario y las demás glándulas endócrinas que intervienen en la función sexual, se presentan los primeros síntomas de desequilibrio endócrino que se manifiestan con el cese de la menstruación; c) periodo postmenopáusico, se considera después de un año de amenorrea. Más de la mitad de la muestra 36, expresaron haber tenido conocimiento de los cambios que ocurren en este periodo, por el contrario, 24 no contaban con información al respecto. La edad en que se presentaron las primeras manifestaciones menopáusicas en 17 mujeres fue a los 48 años en adelante y en 16 de los 45 a 46 años.

Dentro de la sintomatología climática destacan los fenómenos fisiológicos como: bochornos en 39 casos, dolor de cabeza 20, presión alta 16 y taquicardia 8, de los fenómenos psicológicos los de mayor frecuencia fueron: depresión 22, angustia e irritabilidad con 21; trastornos en el estado de ánimo e inestabilidad del carácter 18 y 16 respectivamente; por mencionar los de mayor frecuencia, (gráfica 11).

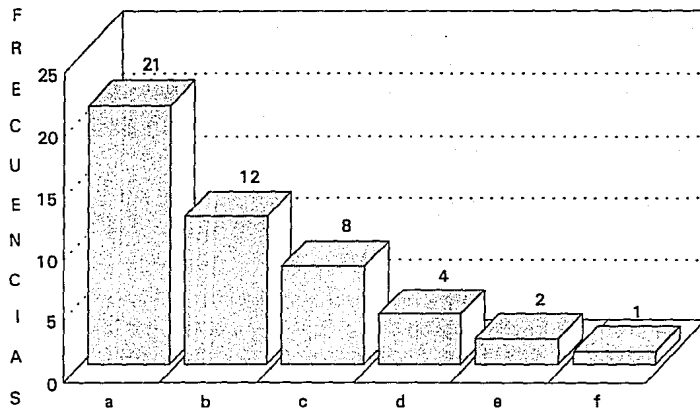
Para disminuir la sintomatología propia de la menopausia 28 personas ingirieron diferentes tipos de medicamentos, 17 llevaron un tratamiento hormonal con el fin de corregir la deficiencia estrogénica, a 5 se les administró tranquilizantes; señalando las frecuencias más representativas.

Una gran mayoría en la menopausia presenta síntomas de depresión tales como: tristeza 25, insomnio 23, ansiedad 18, episodios de llanto 14, etc. (gráfica 12).

En la edad climática la mayor preocupación son los hijos, dándose esto en 29 mujeres.

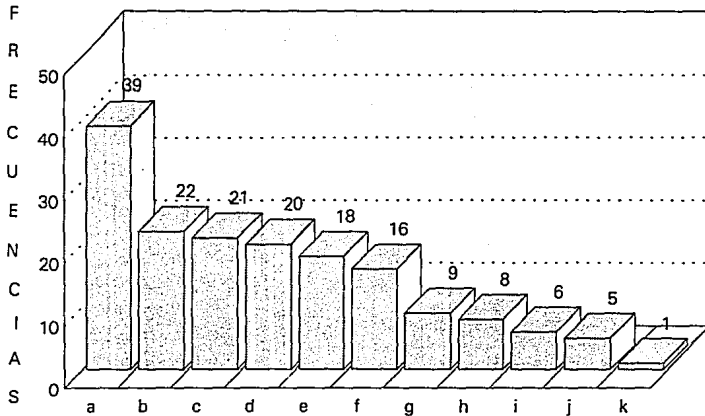
Las edades registradas en que se presentó la última menstruación fue de 43 a 46 años y de 52 en adelante con 13 mujeres en cada rango, de 50 a 51 años en 11 personas, por señalar los de mayor frecuencia, Gran parte de la muestra 51, estuvieron conformes con la edad en que dejaron de menstruar, sin embargo, 8 manifestaron inconformidad, algunas de ellas por haber sido intervenidas quirúrgicamente a temprana edad.

POST-PARTO



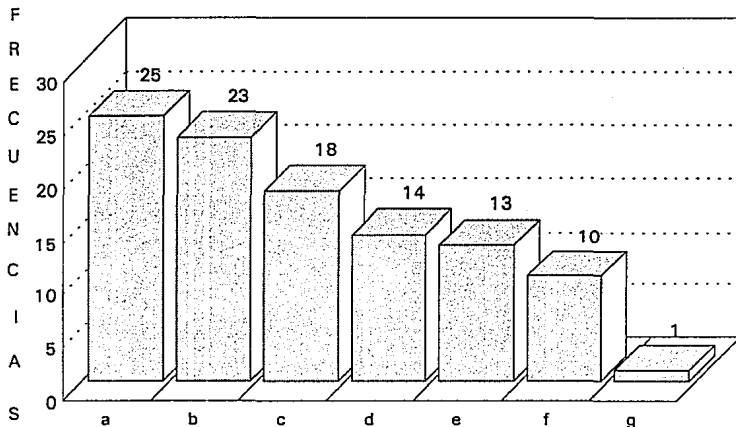
GRAFICA 10. CAMBIOS EMOCIONALES EN EL POST-PARTO: a) CONTENTA, b) BIEN, c) DEPRIMIDA, d) PREOCUPADA E IGUAL QUE ANTES (4 PARA CADA CASO), e) TRISTE EN TODOS LOS PARTOS Y ULTIMO PARTO, DESCONTROLADA Y TRANQUILA (2 FRECUENCIAS PARA CADA RESPUESTA), f) TRISTE, DESESPERADA, TEMEROSA, INCOMPRENDIDA Y CONFLICTOS CON SU PAREJA (UNA FRECUENCIA PARA CADA RESPUESTA).

CLIMATERIO



GRAFICA 11. PRESENCIA DE FENOMENOS FISICOS Y PSICOLOGICOS EN LA PREMENOPAUSIA: a) BOCHORNOS, b) DEPRESION, c) ANGUSTIA E IRRITABILIDAD (2 FRECUENCIAS POR RESPUESTA), d) PRESION ALTA Y VARIACIONES EN EL CARACTER (16 FRECUENCIAS POR RESPUESTA), g) TRASTORNOS SEXUALES, h) INCERTIDUMBRE Y TAQUICARDIA (8 POR RESPUESTA), i) EMOTIVIDAD EXAGERADA Y DEVALUACION (6 POR RESPUESTA), j) NINGUNO, k) HEMORRAGIA, TRASTORNOS MENSTRUALES Y PRESION BAJA (UNO POR RESPUESTA).

CLIMATERIO



GRAFICA 12. SIGNOS DEPRESIVOS AL INICIO DE LA MENOPAUSIA: a) TRISTEZA, b) INSOMIO, c) ANSIEDAD, d) EPISODIOS DE LLANTO Y NADA (14 POR RESPUESTA), e) SOLEDAD, f) FALTA DE APETITO, g) IDEAS SUICIDAS Y FALTA DE INTERES POR VIVIR (UNA POR RESPUESTA).

Es importante mencionar que a pesar de sentirse útiles y de ser favorables las relaciones con su pareja e hijos, se presentaron 4 casos con ideas suicidas.

Los cambios que con mayor facilidad se percibieron con relación a la apariencia física en esta etapa fueron: aparición de arrugas 41, disminución del tamaño de las glándulas mamarias 14, aplanamiento de los genitales externos 10. En cuanto a trastornos fisiológicos tenemos: insomnio 31, estreñimiento 20, falta de energía 19, etc.

Haciendo una comparación entre los puntos tratados anteriormente (menstruación, embarazo, parto y postparto), con la etapa de climaterio 23 mujeres reportaron una depresión más notoria (gráfica 13).

Con respecto a la percepción física y emocional que ellas mismas tuvieron en esta etapa, 37 opinaron que fue buena o igual que las anteriores, 11 se percibieron acabadas y viejas, 8 deprimidas; también se obtuvieron respuestas con mínima frecuencia, favorables y desfavorables con relación a los aspectos arriba mencionados (gráfica 14).

En esta etapa se observó un nivel de significancia moderado en lo biológico de - 0.01 con respecto a la Escala de Zung, dándose lo mismo en los aspectos psicológico y social. En otras respuestas relacionadas a lo psicológico y lo social se encontró mayor significancia en la correlación con el Zung.

5.3 CATEGORIA PSICOLOGICA

Para poder conocer con más detalle el origen de determinadas conductas y actitudes en la mujer, fue necesario abordar además del aspecto biológico antes descrito, la cuestión psicológica como un apartado especial para identificar los factores emocionales ya que desempeñan un papel importante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo.

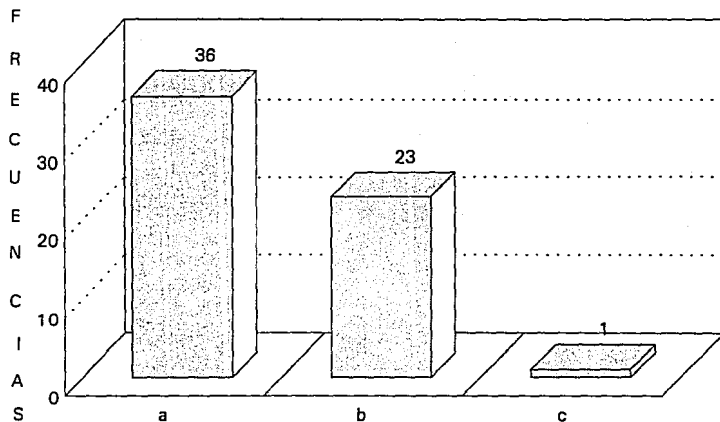
Dentro de esta categoría sólo se consideró la depresión relacionándola con los diferentes periodos y etapas biológicas, ya que es más frecuente en la mujer que en el hombre, en parte, porque en ella la represión de las necesidades e instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rígida, sin hacer a un lado la influencia de otros factores.

Referente al nivel de significancia de esta categoría se encontró más elevado tanto en lo biológico, psicológico y social.

5.3.1 DEPRESION

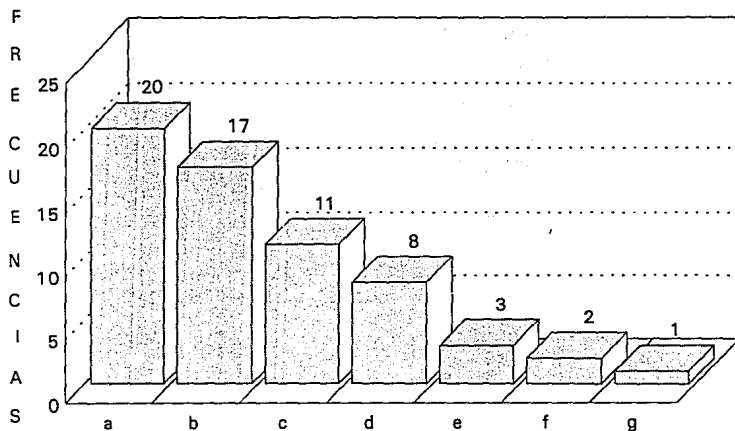
Las etapas en que se presenta la mayor frecuencia de trastornos emocionales y biológicos, indicadores de depresión, son la menopausia en la que se manifiesta tristeza, insatisfacción sexual, frecuencia cardíaca alterada, dolor de cabeza y frecuencia arterial alta; otra, en el embarazo, el signo de mayor frecuencia fue repugnancia por el acto sexual e insatisfacción sexual.

CLIMATERIO



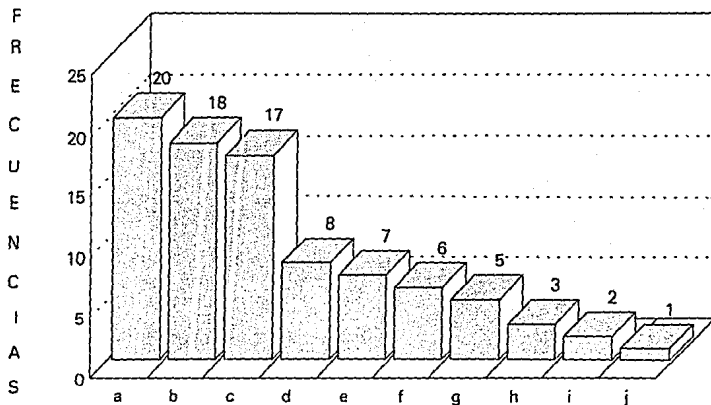
GRAFICA 13. PRESENCIA DE DEPRESION EN EL CLIMATERIO EN COMPARACION CON LAS ANTERIORES ETAPAS: a) SE PERCIBIO DEPRESION EN LAS OTRAS ETAPAS, b) SINTIERON MAS DEPRESION EN ESTA ETAPA , c) NO CONTESTO.

CLIMATERIO



GRAFICA 14. PERCEPCION FISICA Y EMOCIONAL EN EL CLIMATERIO: a) BIEN, b) IGUAL QUE ANTES, c) ACABADA, d) SEGURA Y DECAIDA, (DOS FRECUENCIAS POR RESPUESTA), g) TRASTORNOS FISICOS Y DEL CARACTER, TEMEROSA, INCOMPRENDIDA, ATRACTIVA, SANA, TRANQUILA Y UTIL (UNA FRECUENCIA POR RESPUESTA).

ROLES



GRAFICA 15. FUNCIONES PRIMORDIALES DE LA MUJER EN EL CONTEXTO SOCIAL: a) NO CONTESTARON, b) SER MADR FAMILIA, d) MATRIMONIO, e) COMPAÑERA IDEAL Y DESARROLLARSE COMO PERSONA (7 FRECUENCIAS POR RESPUESTA RESPONSABLES DE LOS HIJOS, g) REALIZAR LO ANHELANDO, h) REALIZAR CONDUCTAS ESTABLECIDAS, VALOR IMPORT LA HUMANIDAD, SEGURA DE SI MISMA (3 FRECUENCIAS POR RESPUESTA), i) TIENE LA MISMA CAPACIDAD QUE EL H APOYO AL ESPOSO, EJE PRINCIPAL DE LA FAMILIA, DESARROLLARSE Y SER BUEN EJEMPLO, APOYO ECONOMICO (2 FRECUENCIAS POR RESPUESTA), j) TRABAJAR, BRINDAR AFECTO A LOS DEMAS, TENER BUENA RELACION CON LA PAR ATENCION AL ESPOSO, SER MADRE, HUMANA Y TIERNA, CUIDAR A LOS HIJOS, DESARROLLARSE PARALELAMENTE CON HOMBRE, MANTENER UNA MISMA LINEA CONDUCTUAL, ACTUALIZARSE Y SER FELIZ (UNA FRECUENCIA POR RESPUESTA)

Cabe señalar que en el postparto, también se presenta una frecuencia alta en cuanto a estados de tristeza.

CUADRO 1

FRECUENCIAS DE ALGUNOS SIGNOS DE DEPRESION PRESENTADOS EN LAS ETAPAS BIOLÓGICAS

S.D.* E.*	TRISTEZA	INSATISFACCION SEXUAL	REPUGNANCIA POR EL ACTO SEXUAL	FRECUENCIA CARDIACA ALTERADA	OLOR DE CABEZA	FRECUENCIA ARTERIAL ALTA
PREMENSTRUACION	8	7	3	-	6	1
MENSTRUACION	4	6	5	-	5	1
EMBARAZO	6	11	10	1	1	3
POSTPARTO	13	7	4	1	1	-
MENOPAUSIA	27	11	9	27	23	24
NINGUNA ETAPA	12	31	41	32	28	33

* S.D. Signos depresivos

E. Etapa

Continuando con los signos que denotan depresión tenemos conductas como el desinterés en el arreglo personal cuando se presentaba tristeza y desamparo, es el caso de 12 mujeres; 18 algunas veces ponían interés y 28 siempre; en cuanto a desinterés en sus actividades cotidianas, 32 rara vez lo presentaban, 24 nunca lo manifestaron, sin embargo, 4 siempre que se sentían deprimidas mostraban apatía en la realización de sus tareas diarias.

De los resultados obtenidos, cabe señalar que en algún periodo de su vida presentaron manifestaciones con cierto nivel de gravedad en cuanto a depresión, es el caso de 9 del total de la muestra, que fue tal su angustia que tuvieron deseos de morir; 51 mujeres nunca desearon dejar de existir.

En el climaterio, la mayoría de la muestra se sintieron personas capaces para tomar decisiones así como para realizar diversas actividades, debido a su experiencia y madurez, contando con el apoyo de sus familiares.

5.4 CATEGORIA SOCIAL

Después de haber descrito los resultados obtenidos en las categorías biológica y psicológica, en este apartado se abordará la parte social que comprende aspectos determinantes que influyen en la condición de cada mujer. Es importante mencionar, que del ambiente social en que se desenvuelve el individuo provienen los estímulos fundamentales que lo llevan a planificar su acción.

5.4.1 ROLES

Los roles son las diferentes conductas que los organismos muestran en relación con su estatus social que ocupa cada uno de ellos; en la adquisición de éstos intervienen factores como la biología y el aprendizaje social.

La influencia más importante en el aprendizaje de roles en la mujer, es la madre. Entre los roles más comunes está el de esposa; se detectó que 28 mujeres consideraron que las conductas de su madre como esposa fueron las adecuadas, 23 de la muestra adoptaron estas conductas como son: buena esposa, amorosa, fiel, abnegada, etc. De todas las conductas que refirieron las encuestadas que presentaban sus madres, las de mayor aceptación e identificación fueron: ser buena madre 12, responsable 7, cariñosa y buena ama de casa 5 respectivamente, 8 aceptaron todas las conductas de su madre; por el contrario, 10 no se identificaron con ninguna conducta de ésta.

En cuanto al rechazo a las conductas maternas, 20 opinaron que no rechazaban ninguna, por el contrario 40 mencionaron no aceptar diferentes actitudes negativas como: dominante, sumisa, egoísta, golpeadora, favoritismo con los hijos, entre otras.

Referente a la función primordial de la mujer, 20 encuestadas no dieron respuesta, otra gran mayoría manifestaron que lo principal es ser madre, la familia, el matrimonio, algunas opinaron que era desarrollarse como mujer útil a su sociedad (gráfica 15).

5.4.2 ESTEREOTIPOS

Serie de imágenes o ideas basadas en prejuicios sobre la realidad, la presencia de éstas, está muy difundida en la sociedad humana actuando como elemento irracional de la actuación social afín de preservar la estructura de dicha sociedad.

Al paso del tiempo se van adquiriendo estereotipos a través del aprendizaje sobre el modo en que las personas se conducen según su posición social, roles, etc. El caso que nos ocupa, la mujer, desde pequeña va conociendo comportamientos propios de su sexo reforzados por la sociedad.

De las encuestadas, 23 observaron en sus hijas conductas similares a la de ellas como esposas, mientras que 18 no lo notaron, de las faltantes del total de la muestra (60), algunas no tuvieron hijas y en otros casos, sus hijas aún no tenían pareja. Algunas de las conductas fueron: ama de casa responsable, buena esposa (amorosa, cariñosa), cuidado de los hijos, apoyo económico al esposo. En cuanto a las conductas como madre, en 34 se encontró similitud, por el contrario en 7 no; siendo estas conductas: cuidado y educación de los hijos, cariñosa, hogareña, responsable, amiga y guía de los hijos, etc.

Generalmente las conductas transmitidas por la madre son aceptadas y actuadas en su momento. Lo anteriormente expuesto, se presentó en 38 mujeres; sin embargo, 16 de la muestra no las consideraron adecuadas para su desenvolvimiento.

Las conductas que debe asumir la mujer ante la sociedad según los resultados obtenidos de la muestra, son las siguientes: inteligente 48, activa 46, segura

47, independiente 42, por mencionar las de mayor frecuencia; es importante resaltar que algunas mujeres conservan la idea de que deben ser: sentimentales 10, dependientes 9, abnegadas 8, posesivas 6, sumisas e ingenuas 5 (gráfica 16).

5.4.3 VALORES

Pasando a otro aspecto que influye en la actitud de los individuos y que también es aprendido, se encuentran los valores que representan motivos de gran alcance y que conducen al individuo a elegir ciertas metas antes que otras.

La sociedad demanda determinadas actitudes en la mujer, reflejo de los valores inculcados, con el fin de continuar con lo establecido; en generaciones anteriores éstas son consideradas como inadecuadas por algunas encuestadas 46 (gráfica 17), opinando que al tener que realizarlas pueden provocar estados depresivos; es por eso, que 26 refieren que produce depresión la crisis existencial (condición femenina en la sociedad), 34 opinaron que dicha depresión es ocasionada por los cambios experimentados en cada una de las etapas biológicas de su vida: premenstruación, menstruación, embarazo, etc., (gráfica 18).

Por otra parte, la mujer adquiere valores difundidos por la religión, los cuales influyen en su conducta; en 36 mucho, en 11 poco y 13 consideraron que no influyó en nada.

5.4.4 NORMAS

Son entendidas como formas generales de conductas socialmente prescritas para una situación dada.

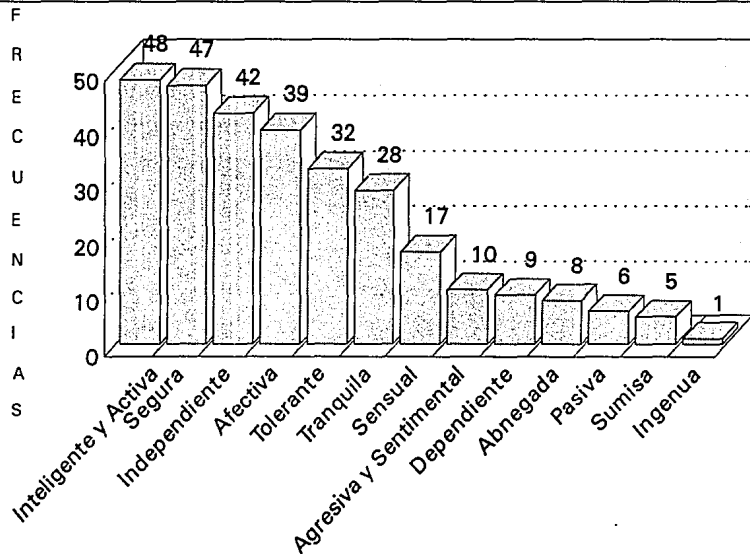
En la etapa de la juventud es cuando existe dificultad para adaptarse a las formas de conducta establecidas por la sociedad; sin embargo, una mayoría refirió que en esta etapa las acepto con mayor facilidad en contraste con la madurez donde existe más dificultad para aceptarlas. Algunas refirieron no haber tenido problema en las etapas de su vida con respecto a lo anterior.

No obstante, de que la muestra es de edad avanzada 48 opinaron que la mujer debe ser productiva, siendo que del total de la muestra 35 trabajan fuera del hogar, aunque el motivo principal sea la cuestión económica; otras se manifestaron a favor de que la mujer trabaje, para no depender del esposo e hijos y además, para su desarrollo y seguridad. Es común que haya quien opine que ésta debe dedicarse solamente al cuidado de los hijos y el hogar.

5.5 PRUEBA DE AUTOMEDICION DE ZUNG

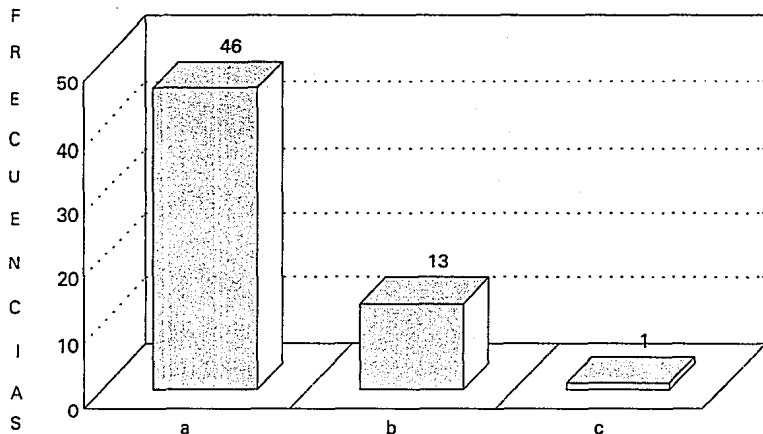
La prueba de Automedición de Zung establece según la puntuación obtenida después de su aplicación, diferentes diagnósticos de valoración que permitieron conocer el grado de depresión en que se encontraban las personas encuestadas. A continuación se presenta una tabla de diagnóstico y rangos.

ESTEREOTIPOS



GRAFICA 16. OPINION REFERENTE A LAS CONDUCTAS QUE LA SOCIEDAD IMPONE A LA MUJER.

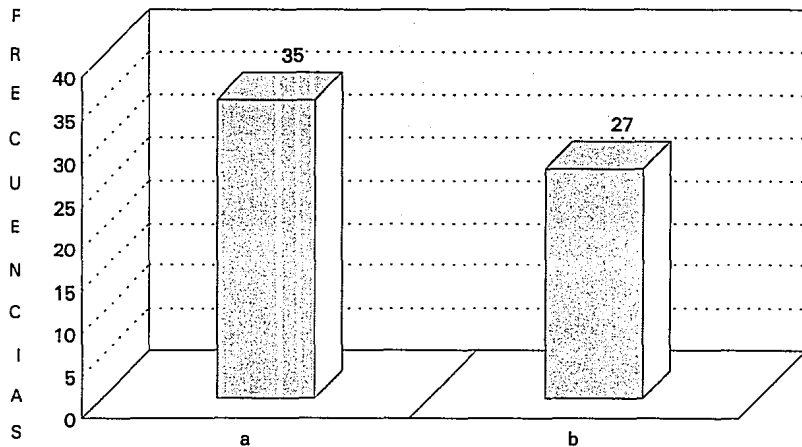
VALORES



GRAFICA 17. OPINION ACERCA DE LA EXISTENCIA DE ACTITUDES QUE DEVALUAN A LA MUJER PROVOCANDOLE DEPRESION: a) CONSIDERARON QUE SI SE DA LO ANTERIOR, b) EXPRESARON QUE NO, c) NO CONTESTO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

VALORES



GRAFICA 18. POSIBLES SITUACIONES QUE PUEDEN OCASIONAR DEPRESION EN LA MIJER: a) CAMBIOS BIOLÓGICOS EXPERIMENTADOS Y b) CRISIS EXISTENCIAL (ASPECTO EMOCIONAL).

DIAGNOSTICO DE VALORACIÓN	RANGOS
No hay depresión	De 40 ó menos
Reacción de ansiedad	41 a 49
Desordenes emocionales y de la personalidad	50 a 59
Deprimidos ambulatorios	60 a 70
Muy deprimido (hospitalizado)	70

Con la aplicación de la prueba de Zung se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a la tabla anterior. Del total de la población encuestada (60), 42 no presentaron depresión, en 11 se detectó reacciones de ansiedad, en un número menor 7, se identificó depresión en grado más severo que en las anteriores, debido a que presentaron desordenes emocionales y de la personalidad. Estos diagnósticos se obtuvieron del momento de la aplicación.

CONCLUSIONES

En este apartado se elaboraron una serie de conclusiones obtenidas a través de la aplicación de los instrumentos, Cuestionario y Escala de Automejoría de Zung, y la revisión bibliográfica realizada para conformar esta investigación. La presentación de dichas conclusiones es a partir de las categorías, tomando como punto central la depresión, objeto de estudio de este trabajo.

CATEGORIA BIOLÓGICA

Para la mayoría la primera menstruación es entre los 10 y los 14 años. Por la falta de información necesaria para iniciar y aceptar los diferentes cambios tanto orgánicos como de personalidad, es posible que se formen tabúes e ideas equivocadas acerca de la sexualidad femenina. Debido a los cambios hormonales, en ocasiones se presenta tensión premenstrual, sin dejar de lado la importancia de que existan otros factores que la originen; pudiéndose manifestar antes y durante la menstruación, con signos depresivos.

Culturalmente a la mujer se le ha condicionado a tener inclinación y disposición para aceptar la maternidad, además por su condición natural; en generaciones anteriores en promedio la mujer concebía a su primer hijo entre los 15 y 25 años.

Es importante resaltar que por lo menos en algún embarazo puede presentarse depresión, teniendo una duración de 15 días a 4 meses.

En el periodo de postparto también puede manifestarse depresión, en menos personas pero con mayor riesgo, al grado de que quienes la percibieron llegaron a tener intentos suicidas, al hacer mal uso de ciertos medicamentos.

Como se ha mencionado anteriormente, a la mujer se le ha inculcado la idea de que debe agrandar con su apariencia física al sexo opuesto, esto permite que en algunos casos, después de haber pasado por el parto, algunas mujeres se sientan inconformes con su figura. Además, tienen la preocupación por la responsabilidad que adquieren con la llegada del nuevo hijo, en ocasiones lo anterior produce depresión.

En el climaterio sucede algo similar que en la menstruación, debido a que no siempre se cuenta con información acerca de los cambios que se dan. Ocasionando que las mujeres no se encuentren preparadas para sobrellevar los trastornos propios de esta etapa.

En la menopausia los principales síntomas son: tristeza, insomnio y ansiedad; además, pueden presentarse ideas suicidas.

Para aminorar la sintomatología en la menopausia, es necesaria la administración de medicamentos tales como hormonas, tranquilizantes, vitaminas, entre otras, además de actividades recreativas que generalmente realiza la mujer (tejer, practicar, leer y hacer visitas).

En la última fase del climaterio (postmenopausia) son más notorios los cambios en la apariencia física, así como la presencia de trastornos orgánicos propios de esta fase.

Ha sido tanta la influencia cultural, de los patrones conductuales sobre la mujer, que la mayoría de ellas continúan preocupándose, en esta etapa de su vida, por el bienestar de sus hijos, aún cuando estos ya se encuentran en edad de resolver sus propios problemas.

CATEGORIA PSICOLOGICA

Generalmente los indicadores de depresión son: tristeza, insatisfacción sexual, repugnancia por el acto sexual, frecuencia cardíaca alterada y frecuencia arterial alta. En estos síntomas, la menopausia es la de mayor incidencia. Se concluye, que el climaterio es la etapa más crítica, con relación a la depresión; ya que varias mujeres tuvieron la necesidad de acudir con un psiquiatra; y otras, de ingerir pastillas, tranquilizantes.

CATEGORIA SOCIAL

A pesar de que la cultura asigna determinadas conductas y que son transmitidas de una generación a otra, es importante destacar que no siempre se aceptan las conductas presentadas por la madre como esposa; sin embargo, en su vida diaria adoptan conductas de la madre como: dedicarse a los hijos, a la casa, ser responsable y activa.

A través de los resultados obtenidos se confirma lo mencionado en capítulos anteriores, sobre la influencia de la cultura en el rol de la mujer, ya que la mayoría consideró que la función primordial es ser madre, atender a la familia y el matrimonio; una minoría manifestó que lo importante era desarrollarse como persona útil a la sociedad.

En la actualidad se empiezan a presentar diferentes conductas tanto como hijas y esposas; por el contrario, hay quienes continúan presentando pautas de conducta similares a las observadas del estereotipo madre.

Algunas mujeres de edad avanzada, tienden a idealizar a la madre, refiriendo que las actitudes transmitidas por ésta, fueron las adecuadas para su desenvolvimiento, por sus buenos ejemplos, consejos y educación; no obstante algunas otras manifiestan lo contrario a las anteriores, por falta de orientación y choque de ideas por diferencia de épocas.

Las conductas de la mujer en la sociedad deben ser: inteligente, activa, segura, independiente y afectiva; sin embargo, hay quienes opinan que se debe continuar con características tradicionales como: ser abnegada, pasiva, dependiente y sumisa.

Es importante resaltar que en el desenvolvimiento de la mujer existen actitudes que la devalúan, dando como resultado manifestaciones depresivas.

Actualmente una gran mayoría de las mujeres son productivas, posiblemente por necesidad económica, esto permite que conozca otras formas de vida,

presentándose conflictos entre lo que vive fuera del hogar y las exigencias de su familia.

Tomando en cuenta la revisión bibliográfica con el fin de conocer la situación de la mujer desde los inicios de la sociedad y a través de los resultados, se puede decir que a la mujer se le ha impuesto determinadas conductas que han prevalecido hasta la actualidad, sufriendo algunos cambios, que en esencia son parte de formación y desenvolvimiento de su género. Esto se dió como consecuencia de considerarse una clase biológica más que clase social debido a su naturaleza, por la que se presentan ciclos biológicos que se dan en el transcurso de su vida, generando fluctuaciones cíclicas de las hormonas gonadales.

Esta investigación permite concluir que tanto la situación social en que se desenvuelve la mujer como los cambios hormonales influyen en que algunas mujeres presenten diferentes niveles de sintomatología depresiva.

Después de lo anterior opinamos, que el género femenino necesita aceptar lo que es -mujer-, valorar su función y elevar su autoestima para tener una vida plena y provechosa en pro de sí misma y de generaciones futuras; con el fin de contar con posibilidades de: un manejo adecuado para disminuir sintomatología depresiva.

Después de lo anterior, opinamos que el género femenino necesita aceptar lo que es ser "mujer"; descubriendo su participación en los aconteceres de su vida emocional, valorando su función y elevando su autoestima para tener una vida plena y provechosa, en pro de sí misma y de generaciones futuras. Con el fin de crear, descubrir y trascender el placer de ser mujer, a partir de plantearse la posibilidad de construir ese saber sobre ella misma.

Sugerencias para investigaciones posteriores derivadas de este estudio

Esta investigación permite continuar con diferentes estudios que complementen los resultados obtenidos.

Por la diversidad de temas tratados, sugerimos separar el estudio de cada una de las etapas biológicas (menstruación, embarazo, parto, post-parto y climaterio), relacionándolas con los aspectos tanto sociales como psicológicos que se dan en cada una de éstas; con el fin de obtener información más precisa y veraz del momento en que se realice el estudio, para conocer el grado de depresión por etapa.

Otra propuesta sería un estudio con mujeres que tengan un nivel académico profesional, para explorar qué sucede en ellas en la etapa climaterica, en cuanto al manejo de sintomatología depresiva y su condición como mujer. Esto mismo se propone realizar con mujeres que trabajen.

La elaboración de este trabajo permitió conocer la importancia de la interacción que tienen los aspectos internos y externos, necesarios para el desenvolvimiento del ser humano; de ahí que se proponga la continuación de esta investigación desde un punto de vista interdisciplinario, donde se posibilite la participación de los estudiantes de diversas áreas (biólogos, médicos, sociólogos, abogados, etc.), con el propósito de que aporten sus conocimientos, opiniones y puntos de vista producto de su formación profesional. Con lo anterior, es posible proponer

acciones, con fundamentos válidos que probablemente permitan iniciar cambios sustanciales en la mentalidad tanto del género femenino como del masculino.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**RELACION ENTRE EL GRADO DE DEPRESION DE LA MUJER
EN CLIMATERIO CON LOS ASPECTOS BIOLOGICO, PSICO-
LOGICO Y SOCIAL; ANTES Y DURANTE ESTA ETAPA.**

CUESTIONARIO

CD. UNIVERSITARIA

PRESENTACION

La finalidad de este cuestionario es obtener información acerca de los fenómenos por los que atraviesa la mujer, antes y durante la etapa del climaterio; con el fin de poder detectar qué elementos intervienen más frecuentemente, para el desencadenamiento de la depresión en la mujer; ya que es el tema que nos ocupa en la elaboración de tesis.

El cuestionario está integrado por preguntas semiabiertas, abiertas y cerradas. Para contestar las semiabiertas, deberá marcar con una cruz la opción que elija dando siempre respuesta al "¿por qué?" para las abiertas anotará la información en los espacios que se ofrecen y, para las cerradas marcar con una cruz la respuesta seleccionada.

De antemano se le agradece sus respuestas verídicas, a la contestación de éste cuestionario; ya que a través de él obtendremos información que servirá para que se continúen investigaciones, que hasta el momento no han sido estudiadas, mismas que coadyuvarán al conocimiento y valoración de la mujer, además, del objetivo principal, que es el apoyo para obtener las conclusiones necesarias para un trabajo de tesis a fin de alcanzar el título a nivel licenciatura.

DATOS PERSONALES

Edad _____

Escolaridad _____

Estado Civil _____

Número de Hijos _____

Mujeres _____ Hombres _____

Edad en que inicio su relación de pareja _____

1.- ¿Quién le proporcionó información acerca de la menstruación?

- Madre
- Familiares
- Maestros

- Otros
- Nadie

2.- ¿A qué edad tuvo usted su primera menstruación?

- 9 años
- De 10 a 12 años
- De 13 a 14 años

- De 15 a 16 años
- De 17 a 18 años

3.- ¿Sus ciclos menstruales eran regulares?

Si

No

4.- ¿Cuántos días antes de cada período menstrual, percibíacambios físicos y emocionales? Aproximadamente:

- 15 días antes
- 7 días antes
- 5 días antes

- 3 días antes
- Ningún día

5.- ¿Cuáles eran sus síntomas antes de cada ciclo menstrual?

6.- ¿Cuáles eran sus malestares durante cada ciclo menstrual?

7.- ¿Indique la manera que empleaba, para disminuir sus malestares menstruales?

- Ingerir algún medicamento
- Conversar con alguna persona
- Aislarse

- Descansar
- Divertirse
- Remedios caseros

8.- ¿A qué edad fue su primer embarazo?

- De 15 a 19 años
- De 20 a 25 años
- De 26 a 30 años

- De 31 a 35 años
- De 36 años en adelante

9.- Anote el número de embarazos según la edad en que los tuvo

- De 15 a 19 años
- De 20 a 25 años
- De 26 a 30 años

- De 31 a 35 años
- De 36 años en adelante

10.- ¿A qué edad se le hizo más difícil el embarazo?

- De 15 a 19 años
- De 20 a 25 años
- De 26 a 30 años

- De 31 a 35 años
- De 36 años en adelante
- Ninguna

11.- ¿Qué edad tenía en su último embarazo?

- De 15 a 19 años
- De 20 a 25 años
- De 26 a 30 años

- De 31 a 35 años
- De 36 años en adelante

12.- ¿Cómo recibió cada uno de sus embarazos?

13.- ¿Qué molestias se presentaron en sus embarazos, en cuáles de ellos?

14.- ¿En algunos de sus embarazos llegó a sentirse deprimida?

Sí

No

15.- En caso de ser afirmativo, indique que tiempo le duraba

- De 0 a 15 días
- De 16 días a 1 mes
- De 2 a 4 meses

- De 5 a 7 meses
- De 8 a 9 meses

16.- ¿Fue buena la relación paciente-médico, durante sus embarazos?

Sí

No

17.- Indique qué tipos de partos tuvo

Parto normal
 Forceps

Cesárea
 Psicoprofiláctico

18.- Indique, en cuáles de sus partos presentó más dolor

19.- Indique los fenómenos que se hayan presentado después de cada uno de sus partos

20.- Entre los medicamentos que ingería, ¿Cuáles tomaba con más frecuencia?

Aspirinas o analgésicos
 Drogas
 Sedantes

Nada
 Otros

21.- ¿Hizo mal uso de los medicamentos?

Si

No

22.- ¿Cómo se tenía conceptuada después de cada uno de sus partos?

23.- ¿Cómo se sentía en cuanto a su físico, después de cada uno de sus partos?

24.- ¿Cómo sentía que la percibían los demás, después de cada uno de sus partos?

25.- ¿Cómo se sentía emocionalmente, después de cada uno de sus partos?

26.- ¿Estuvo conforme con el sexo de cada uno de sus hijos?

Sí

No

¿Por qué? _____

27.- ¿Tenía conocimiento de los cambios que se originan en la mujer al inicio de la menopausia?

Sí

No

28.- ¿En ésta etapa consultó algún médico?

Médico general

Ginecólogo

Homeópata

Psicólogo

Otros

Ninguno

29.- Edad en que se presentaron sus primeras manifestaciones

De 40 a 42 años

De 43 a 44 años

De 45 a 46 años

De 47 a 48 años

De 48 en adelante

30.- Indique los fenómenos que haya sentido al inicio de su menopausia

Emotividad exagerada

Inestabilidad del carácter

Trastornos en el estado de ánimo

Irritabilidad

Angustia

Bochornos

Presión arterial alta

Depresión

Trastornos sexuales

Devaluación de su

persona

Incertidumbre

Dolores de cabeza

Taquicardia

Ninguna

31.- Indique cuáles de los siguientes signos experimentó, al comienzo de su menopausia

Episodios de llanto

Tristeza

Soledad

Insomnio

Falta de apetito

Ideas suicidas

Ansiedad

Nada

32.- ¿En ésta etapa sintió que sus seres queridos la necesitaban?

Sí

No

33.- ¿Llegó a preocuparle cómo viviría sus últimos años?

Sí

No

En caso de ser afirmativo, ¿qué le preocupaba?

¿Qué le preocupa actualmente?

34.- ¿Fue necesaria la administración de medicamentos para el control de sus síntomas, durante su menopausia?

Sí

No

35.- ¿Le afectaba saber que estaba perdiendo su fertilidad?

Sí

No

36.- ¿De qué manera encontraba bienestar a sus síntomas?

37.- ¿A qué edad fue su última menstruación? Aproximadamente:

De 43 a 46 años

De 50 a 51 años

De 47 a 48 años

De 52 en adelante

De 48 a 49 años

38.- ¿La edad en que dejó de menstruar, considera que fue la adecuada?

Sí

No

39.- En esta etapa, ¿las relaciones con su esposo, cómo eran?

40.- ¿En esta etapa cambiaron las relaciones con sus hijos, de qué manera?

41.- ¿En la vida familiar se sentía útil?

Sí

No

42.- ¿Llegó a tener ideas suicidas?

Sí

No

43.- Indique los cambios que ha sufrido su organismo

Aparición de arrugas

Disminución del tamaño

Aplanamiento de los
genitales externos

de las glándulas
mamarias

Falta de energía

Falta de apetito

Disminución de vello
púbico

Estreñimiento

Aparición de vello en
la cara

Insomnio

44.- ¿En esta etapa se sintió más deprimida, en comparación con las anteriores?

Sí

No

45.- ¿Cree usted que en esta etapa cambia el valor de la mujer?

Sí

No

¿Por qué? _____

46.- ¿Cómo se percibió física y emocionalmente?

47.- Indique durante cuáles etapas de su vida sentía más tristeza

- Premenstruación
- Menstruación
- Embarazo

- Post-parto
- Menopausia
- Ninguna

48.- ¿Había desinterés en la realización de sus actividades cotidianas?

- Nunca
- Rara vez
- Siempre

49.- ¿Hubo alguna etapa en que frecuentemente presentara insatisfacción sexual?

- Premenstruación
- Menstruación
- Embarazo

- Post-parto
- Menopausia
- Ninguna

50.- ¿Detectó cambios significativos en su frecuencia cardíaca, diga en cuál etapa?

- Premenstruación
- Menstruación
- Embarazo

- Post-parto
- Menopausia
- Ninguna

51.- ¿En cuáles periodos fueron más frecuentes sus dolores de cabeza?

- Premenstruación
- Menstruación
- Embarazo

- Post-parto
- Menopausia
- Ninguna

52.- ¿Llegó a tener presión arterial alta, cuándo?

- Premenstruación
- Menstruación
- Embarazo

- Post-parto
- Menopausia
- Ninguna

53.- ¿Qué tipo de medicamentos utilizaba, señale cuáles?

- Aspirinas o analgésicos
- Drogas

- Sedantes
- Ninguno

54.- ¿Ha llegado a sentir tal angustia, como para desear no seguir viviendo?

- Sí

- No

55.- ¿En algún periodo de su existencia perdió interés por vivir?

Sí

No

En caso afirmativo, participaba en los acontecimientos que sucedían a su alrededor, diga cuáles _____

56.- ¿Llegó a sentir repugnancia por el acto sexual?

Sí

No

57.- ¿En qué etapa ocurrió?

Premenstruación

Post-parto

Menstruación

Menopausia

Embarazo

Ninguna

58.- ¿Sintió la necesidad de conocer a otra persona en el plano sexual?

Sí

No

59.- ¿En los periodos en que sentía tristeza y desamparo, ponía interés en su arreglo personal?

Sí

A veces

No

60.- ¿Al paso del tiempo sus opiniones seguían teniendo importancia en el hogar?

Nunca

A veces

Siempre

61.- ¿Siempre se consideró una persona capaz?

Sí

No

¿Por qué? _____

62.- ¿Cuándo lo necesitaba, en la mayoría de las ocasiones, contó con el apoyo de alguno de sus familiares?

Sí

No

En caso afirmativo, diga con quiénes _____

63.- ¿Al transcurrir el tiempo, su valor y seguridad como mujer fueron más sólidos?

Sí

No

Igual

¿Por qué? _____

64.- ¿Las conductas de su madre como esposa, cree usted que eran las adecuadas?

Sí

No

¿Por qué? _____

65.- ¿Cuáles son las conductas que acepta de su madre?

66.- ¿Cuáles son las conductas que rechaza de su madre?

67.- ¿En qué conducta se identifica con su madre?

68.- ¿En la relación de su madre con su pareja, hubo actitudes de ella que usted adoptó en su papel como esposa?

Sí

No

69.- En caso de ser afirmativo, ¿estaba convencida de que estas conductas las tenía que hacer la mujer?

Sí

No

70.- ¿Cuál considera que es la función primordial de la mujer?

¿Por qué? _____

71.- Si tuvo hijas, ¿observó que la conducta de éstas, era semejante a la de usted cuando hija?

Sí

No

72.- Si tiene hijas que vivan con su pareja, ¿ha observado conductas similares a las de usted en ellas como esposas?

Sí

No

Diga cuáles _____

73.- Si tiene hijas que sean madres, ¿ha observado conductas similares a las de usted en ellas, como madres?

Sí

No

Diga cuáles _____

74.- ¿Considera que las actitudes transmitidas por su madre a usted fueron las adecuadas para su desenvolvimiento?

Sí

No

¿Por qué? _____

75.- En su opinión, ¿cuáles son las conductas que requiere la mujer ante la sociedad?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pasiva | <input type="checkbox"/> Tolerante |
| <input type="checkbox"/> Ingenua | <input type="checkbox"/> Afectiva |
| <input type="checkbox"/> Sentimental | <input type="checkbox"/> Inteligente |
| <input type="checkbox"/> Abnegada | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Tranquila | <input type="checkbox"/> Activa |
| <input type="checkbox"/> Dependiente | <input type="checkbox"/> Segura |
| <input type="checkbox"/> Sumisa | <input type="checkbox"/> Agresiva |
| <input type="checkbox"/> Sensual | |

76.- ¿Considera que determinadas actitudes en la mujer la devalúe, ocasionando estados depresivos?

- Sí No

77.- ¿En su opinión, qué causa más depresión en la mujer?

- Crisis existencial
 Cambios experimentados en cada una de las etapas de la vida

78.- ¿Qué tanto influyó la religión en su conducta?

- Mucho
 Poco
 Nada

79.- ¿En qué etapas de su vida, aceptó con mayor agrado, las conductas requeridas en la mujer por la sociedad?

- Juventud
 Madurez
 Actualmente
 Ninguna

80.- ¿En qué etapas de su vida hubo dificultad para adaptarse a las conductas requeridas en la mujer por la sociedad?

- Juventud
 Madurez
 Actualmente
 Ninguna

81.- ¿Usted trabaja o ha trabajado fuera del hogar?

Sí

No

¿En qué? _____

82.- ¿Considera que la mujer debe trabajar fuera del hogar?

Sí

No

¿Por qué? _____

ANEXO 2

ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana 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.				

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alegría, Juana Armanda. Mujer, Viento y Ventura. Ed. Diana. México, 1977.
- 2.- Alegría, Juana Armanda. Psicología de las Mexicanas. Ed. Diana, México, 1979.
- 3.- Algunas Reflexiones sobre la Problemática Interna de la Mujer en Relación a su identidad Histórico-Social. (Artículo). U.A.M. Xochimilco.
- 4.- American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trad. Manuel Valdez Miyar, Tomás de Flores y Formeti, Joan Mosena Ronquillo, Joseph Teserra Torres, Claude Udina Abello. Ed. Masson, Barcelona, 1988.
- 5.- Becerra Hernández, Fernando (1974). Un Estudio Sociológico de la Mujer Mexicana y su Proceso de Realización Contemporáneo. (Tesis). Universidad de Guanajuato. CONAPO.
- 6.- Bee, Helen. El Desarrollo del Niño. Trad. Jeanetti Insignares Melo. Ed. Harla. México, 1975.
- 7.- Bellak, Leopold. Small, Leonard. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Ed. Pax-México, México, 1975.
- 8.- Boletín Documental Sobre la Mujer. Cuernavaca, Mor. 1971. Universidad Iberoamericana.
- 9.- Bustos de la Tijera Leticia, et. al. (1982). Actitud del Mexicano ante la Superación de la Mujer. (Tesis). Facultad de Psicología. UNAM.

- 10.- Calderón Narváez, Guillermo. Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Ed. Trillas. México, 1987.
- 11.- Casanova Alvarez, Nicolás. Obstetricia. Ed. Méndez Cervantes. México, 1983.
- 12.- Clay Lindgren, Henry. Introducción a la Psicología Social. Ed. Trillas. México, 1973.
- 13.- Coria B. Clara. Las Características Psicológicas de la Condición Femenina. Seminario Latinoamericano de Estudios de la Mujer. Río de Janeiro, 1981.
- 14.- "Creencias y Actitudes Sobre el Papel de la Mujer". Algunos resultados de un sondeo de opinión en México. México. CONAPO.
- 15.- Cherry Rona y Laurence Cherry. Aspectos Psicológicos. "La Herejía de Karen Horney". The New York Times Magazine. Colegio de México.
- 16.- Daskal, Ana María. Grupos Terapéuticos: Una forma de abordaje a la crisis de identidad femenina. Buenos Aires, 1979.
- 17.- Delgueil, Mari Claire. "Lo Femenino en un Recorrido Psicoanalítico". En: Coloquio de estudios de la mujer. Encuentro de talleres - PIEM. México, 1987. Colegio de México.
- 18.- Diccionario de Psicología. Ed. Orbis. Barcelona, 1985.
- 19.- Diccionario de Psicología. Trad. E. Himas, A. Alatorre y L. Alaminos. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1977.
- 20.- Dueñas González, Rosa Amelia (1992). Aspectos Psicosociales de la Identidad de la mujer. (Tesina). Facultad de Psicología. UNAM.

- 21.- Engels, F. El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Ediciones de Cultura Popular. México, 1965.
- 22.- Fernández, Ana María. Problemas Específicos en la Psicoterapia de Mujeres. Centro de Estudios en Psicoterapias. Buenos Aires, 1982.
- 23.- Fernández Cazalis, Concepción. Mujeres: Infraestructura de la Locura y del Silencio. Fem. Publicación feminista trimestral. No. 35 (Agosto-Septiembre, 1984).
- 24.- Figes, Eva. Aclitudes Patriarcales: Las Mujeres en la Sociedad. Ed. Alianza. Madrid, 1980. CONAPO.
- 25.- Formoso de Obregón Santacilia, Adela. ¿Ha Nacido una Nueva Mujer Mexicana?. México, 1962. CONAPO.
- 26.- Frazier, Shervert H. Car C. Arthur. Introducción a la Psicopatología. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1969.
- 27.- Fuch, Estelle. La Segunda Edad: Las Mujeres en la madurez, vida, amor y sexo. Trad. Martha Moía. Ed. Grijalbo. México, 1979.
- 28.- Fuente Muñiz, Ramón De la. Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1967.
- 29.- Galván Herrera, (1988). La Categoría de Género como Principio Explicativo de las Diferencias en los Sexos. (Tesis). Facultad de Psicología. UNAM.
- 30.- García López, Edith (1991). Depresión y Mujer: consideraciones acerca de su etiología. (Tesis). Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.
- 31.- Gómez Romero, Ma. Alicia. Ortega Baez Elizabeth (1989). La Influencia de la Asociación a un Grupo sobre el Grado de Depresión en los Senescentes. (Tesis). Facultad de Psicología. UNAM.

- 32.- Gutiérrez Alanís, Ma. Teresa (1992). Estudio de la Prevalencia de la Depresión Infantil en un Colegio Particular para Instrucción Primaria de la Cd. de México. Ensayo de la "Children Depression Scale" (CDS). Versión española. (Tesis). Facultad de Psicología. UNAM.
- 33.- Guiot Peimbert, Ma. del Carmen, et. al. (1980). Problemas Psicológicos de la Mujer durante el Climaterio y sus Repercusiones en la Vida social. (Tesis). Universidad Iberoamericana.
- 34.- Hollander, Edwin. Principios y Métodos de Psicología Social. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1971.
- 35.- Hollander, Nancy. La Mujer / Esclava de la Historia o Historia de la Esclava? Trad. Hercovich De Bilinkis Inés. Ed. La Pleyade. Buenos Aires, 1974.
- 36.- Horney, Karen. Psicología Femenina. Trad. Ma. Luisa Balseiro. Alianza Editorial. Madrid, 1982.
- 37.- Kaufman Sherwin, A. Respuestas de un Ginecólogo. Trad. Pedro Nozier. Ed. Grijalbo. México, 1978.
- 38.- La Menstruación. CIPAF. Ediciones Populares Feministas. Santo Domingo, 1985. Universidad Iberoamericana.
- 39.- Langer, Marie. Maternidad y Sexo. Estudio Psicoanalítico y Psicosomático. Ed. Paidós. Barcelona, 1983.
- 40.- Levin Lasky, Tamara Esther (1980). Diferencias en las Respuestas de Hombres y Mujeres en la Depresión. (Tesina). Universidad Iberoamericana.
- 41.- Lyons, Cathie. La Salud en la Mujer. Fem. Publicación feminista trimestral. No. 58 (Oct. 1987).

- 42.- Mariás, Julián. La Mujer en el Siglo XX. Ed. Alianza. Madrid, 1980. CONAPO.
- 43.- Marván Garduño, Ma. Luisa (1984). Oscilaciones Psicofisiológicas a lo Largo del Ciclo Menstrual. (Tesis) Facultad de Psicología. UNAM.
- 44.- Merani, L. Alberto. La Condición Femenina. Ed. Grijalbo. México, 1977.
- 45.- Naranjo, Carmen. La Mujer y el Desarrollo. La Mujer y la cultura: antología Ed. Sepsetentas Diana. México, 1981.
- 46.- Noyes y Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1970.
- 47.- Ohno, Susume. "La Base Biológica de las Diferencias Sociales", El Hecho Femenino ¿Qué es ser Mujer?, Argos Vergara S.A., Barcelona, 1979. En Taller "Trabajo e Identidad Femenina", México, 1984. Colegio de México.
- 48.- Paz, Octavio. El Laberinto de la Soledad. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1976.
- 49.- Péchadre, Lydie. El Éxito de la Mujer. Bilbao: Mensajero, 1971. CONAPO.
- 50.- Pick, Susan. López, Ana Luisa. Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Ed. Trillas. México, 1990.
- 51.- Ramírez, Enoe. Mujer y Salud. Fem. Publicación Feminista Trimestral. No. 35 (Agosto-Septiembre, 1984).
- 52.- Ramírez, Santiago. Infancia es Destino. Ed. Siglo XX. México, España, Argentina, 1975.

- 53.- Ramírez, Santiago. El Mexicano. Psicología de sus Motivaciones. Ed. Grijalbo. México, 1978.
- 54.- Randall, Margaret. Las Mujeres. Ed. Siglo XXI. México, 1970.
- 55.- Rojas Soriano, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Textos Universitarios.
- 56.- Rosado, Amador. Et. al. Biología 2. Ed. Trillas. México, 1991.
- 57.- Sandoval, Dolores M. El Mexicano. Psicodinámica de sus Relaciones Familiares. Ed. Villicaña. México, 1984.
- 58.- Sánchez Valís, Ma. de los Angeles (1992). La Depresión en la Mujer Profesionalista y No Profesionalista: Un Estudio Comparativo. (Tesis). Facultad de Medicina. UNAM.
- 59.- Sema, Gloria. Mujer y Psicología. Ed. Ruan. Madrid,.. 1978.
- 60.- Solís Alcántara, Josefina (1991). Género: Comportamiento de las Mujeres en las Relaciones Sexuales y Autoconcepto. (Tesis). Facultad de Psicología. UNAM.
- 61.- UNAM. Medicina General Integral. Vol. 5, 1a. Parte. México, 1978.
- 62.- Velasco Olzaga, Jorge. La Salud Mental de la Mujer Mexicana. En Seminario Taller "La Salud de la Mujer Mexicana", 1984. Colegio de México.
- 63.- Zurutuza, Cristina. La Psicología y los Estudios de la Mujer: aportes contemporáneos. Colegio de México.