

2
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**REACCIONES PSICOLOGICAS EN PACIENTES
MENOPAUSICAS CON OSTEOPOROSIS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

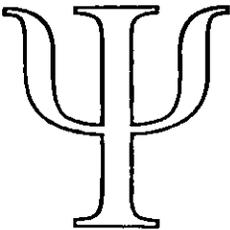
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ALMA GLORIA ACOSTA MENDEZ

ANA MONICA INSUA GENER

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ALMA TREVIÑO NOGUEIRA.



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1

267639

1998.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

- A nuestra asesora: Lic. Alma Treviño Nogueira.
Por su valiosa colaboración para la realización de este trabajo.
- A la Fundación: Clínica Médica Sur:
Dr. Luis Guevara González
Dr. Juan Alfredo Tamayo Orozco
Dr. Pedro Arzac Palumbo
Dr. Gerardo Bori Segura
Dr. Arnoldo Mondragón Padilla
Por apoyarnos con la Clínica de Osteoporosis para la realización de este trabajo de investigación.
- Al Comité Mexicano para el Estudio de la Osteoporosis (COMOP):
Dr. Gerardo Bori Segura.
Con agradecimiento por el apoyo y motivación que siempre nos brindó.
- A las pacientes: Con agradecimiento por su colaboración.
- A nuestra asesora metodológica: Profa. Corina Cuevas Renaud.
Por su valioso apoyo en esta investigación.
- A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo y a la Mtra. Amada Ampudia Rueda: Por su colaboración en este trabajo.
- A todas aquellas personas que de una u otra forma nos brindaron su apoyo: Sra. Ofelia Méndez Alexander.
- A nuestra querida Facultad: Con gratitud.

A Dios: Por prestarme vida y permitirme llegar hasta aquí.

A mi Padre y Abuelito: Por todo su amor y buen ejemplo que me dejaron.
Siempre estarán en mi corazón.

A mi madre: Con todo mi cariño, por su insaciable ayuda, sus consejos, y su amor que siempre me ha dado.
Te quiero mucho.

A mi esposo: Con amor por todo su apoyo, confianza y comprensión; y porque se que este triunfo tambien es tuyo.
Te amo.

A mis dos grandes amores Stephanie y Carlitos: Por su amor incondicional; porque son los que sufrieron mis ausencias y por ser lo mejor que me ha pasado en la vida.
Gracias.

A la familia Sandoval Valdéz: Con gratitud, en especial a la Sra. Graciela Valdéz, por su ayuda de siempre.

A mis hermanos y sobrinos: Con cariño.

Sra. Mary: Gracias.

A mi compañera y amiga: Mónica Insúa Gener.

ALMA GLORIA ACOSTA MENDEZ.

- A mi Señor Jesucristo: Por su amor, guía y fortaleza espiritual para mi vida.
- A mis padres:
Sr. Antonio Insúa Peralta
Sra. Ma. Elena Gener de Insúa
Con cariño y eterno agradecimiento por su amor y apoyo que siempre me han brindado.
- A mis hermanos: Con todo cariño y gratitud por su ayuda, motivación y buen ejemplo que me han dado.
- A mis niños de
Rehabilitación Infantil
San Vicente: Por su amor y motivación para mi vida profesional.
- A mis amigos: Graciela, Luis y Alfredo, por su amistad y motivación para la realización de este trabajo.
- A ti Alma: Por tu amistad y por haber logrado esta meta juntas.

Felicidades.

ANA MONICA INSUA GENER

INDICE

	Pag.
RESUMEN	8
INTRODUCCION	10

CAPITULO UNO

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

1. Aspectos generales.	12
2. Definición de personalidad.	13
3. Sigmund Freud y la teoría psicoanalítica de la personalidad.	13
4. Anna Freud y la psicología del yo.	23
5. Harry Stack Sullivan y la teoría interpersonal en el desarrollo de la personalidad.	33
6. Erik Erikson y la teoría de las etapas del desarrollo psicosocial .	41

CAPITULO DOS

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. Aspectos generales.	56
2. Algunos trastornos mentales.	57
3. Trastornos psiconeuróticos.	60
4. Trastornos psicóticos.	67
5. Trastornos del estado de ánimo.	77

CAPITULO TRES

LA EDAD ADULTA

1. Introducción a la edad adulta.	82
2. Climaterio y menopausia.	
a) Definición de climaterio.	87
b) Definición de menopausia.	90
c) Sintomatología de la menopausia.	91
d) Trastornos psicológicos.	95
e) El aspecto psicosocial de la menopausia.	100
f) Tratamiento.	106

CAPITULO CUATRO

OSTEOPOROSIS

1. Definiciones de osteoporosis.	108
2. Fisiología y anatomía ósea.	109
3. Etiología de la osteoporosis.	112
4. Diagnóstico de la osteoporosis.	121
5. Tratamiento de la osteoporosis.	127

CAPITULO CINCO

METODOLOGIA

1. Planteamiento y justificación del problema.	132
2. Hipótesis.	132
3. Variables.	134
4. Definición conceptual de variables.	134
5. Sujetos.	138
6. Muestreo.	138
7. Tipo de estudio.	138
8. Diseño.	139
9. Instrumentos y/o materiales.	139
10. Procedimiento.	141
11. Análisis estadístico de los datos	142
12. Resultados.	143
13. Discusión.	173
14. Conclusión.	178
15. Limitaciones y sugerencias.	180
Anexos.	182
Bibliografía.	190

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar cuáles eran las reacciones psicológicas que tienen las mujeres que padecen osteoporosis, para así poder conocer las necesidades psicológicas de estas pacientes.

Se plantearon como variables de investigación las siguientes: ansiedad, angustia, depresión, baja autoestima y estrés.

De esta manera, para llevar a cabo esta investigación se utilizó una muestra de 30 mujeres con osteoporosis, siendo éste el grupo de investigación; y una segunda muestra de 30 mujeres sin osteoporosis, como grupo control. Se consideró una edad entre 45 y 60 años de edad y que estuvieran pasando por la menopausia como criterio de inclusión.

Los instrumentos psicológicos utilizados, fueron:

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Idare)

La Prueba del Cornell Index y

El Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2).

Por otra parte, se realizó una entrevista de tipo estructurada con las mujeres de ambos grupos, para obtener mayor información.

El análisis de los datos se realizó mediante un análisis de varianza, que se efectuó por cada instrumento psicológico.

Este análisis de varianza reveló diferencias estadísticamente significativas, con un valor de $P \leq .07$ en dos variables de investigación: angustia y depresión.

Los instrumentos psicológicos que revelaron estas diferencias fueron el Cornell Index, en lo que se refiere a la variable de angustia, la cual presentó un alto grado de confianza (99.46%); y el MMPI-2 en sus escalas básicas, en lo que corresponde a la variable de depresión, que presentó también un alto grado de confianza (98.24%).

Con estos resultados se confirmaron las hipótesis alternas de angustia y depresión en el grupo de mujeres con osteoporosis quienes parecen presentar más angustia y depresión.

En lo que se refiere a las otras variables de investigación: ansiedad, baja autoestima y estrés, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo, por las variables de angustia y depresión, y su alto grado de confianza que alcanzaron puede confirmarse que sí pueden ser efecto de la osteoporosis. Se puede aceptar que este padecimiento puede afectar el estado psicológico de las pacientes, desarrollando en ellas reacciones de angustia y depresión.

Por otra parte, a través del análisis de varianza se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en otras áreas del Cornell Index como fue en hipocondría y astenia, síntomas psicósomáticos gastrointestinales, reacciones patológicas de temor, síntomas psicósomáticos, deficiencia de adaptación que se experimenta por sentimientos de miedo e insuficiencia y problemas psicopáticos y sociopáticos. En estas áreas se obtuvo un alto grado de confianza, lo cual indica que pueden ser también posibles reacciones psicológicas que la osteoporosis genera, pero esto sugiere una indagación más precisa, ya que no fueron consideradas variables de estudio.

En el MMPI-2, también se observaron otras diferencias estadísticamente significativas en otras escalas, que sería necesario confirmarlas en otras investigaciones. Estas escalas son: hipocondriasis, fuerza del yo, psicastenia, género masculino e histeria.

Por las alteraciones psicológicas que se presentaron en este estudio, se contempla que es necesario proporcionarles a las pacientes más información u orientación referente a la osteoporosis, para disminuir sus temores aclarar sus dudas y motivar su cooperación para su restablecimiento, además de brindarles atención psicológica en cualquier etapa de la enfermedad siendo muy conveniente que se le brinde desde el inicio, cuando se les da el diagnóstico o bien cuando el caso lo requiere.

INTRODUCCION

A través del tiempo el papel de la mujer ha ido ganando importancia, porque ya no sólo está en el hogar, sino que se ha integrado al medio productivo, se ha convertido en un factor importante en su desarrollo, en el de su familia y el de su comunidad.

La mujer en la edad madura ha consolidado buena parte de sus proyectos de vida; ha logrado satisfacciones y una adaptación en su vida, como mujer, madre, esposa y profesionista, además de haber logrado una mayor estabilidad en sus lazos afectivos, familiares y de amistad. De esta manera, se ha considerado a la etapa de la edad madura de la mujer, como una época que tiene características muy particulares en su vida.

La edad madura comprende de los 40 a los 65 años de edad, y en la mujer esta etapa es conocida como la “edad crítica”, debido a que se presenta la menopausia, que es un hecho biológico y un período más en la vida evolutiva de las mujeres, que se acompaña por una serie de cambios fisiológicos, biológicos y de comportamiento, por lo que es considerada como una etapa de crisis, y que para algunas mujeres es difícil de enfrentar.

Como ya se dijo, la menopausia trae en sí cambios físicos, fisiológicos y ciertas alteraciones de tipo psicológico, lo cual la hace realmente una época difícil y, en algunos casos requiere una atención especial.

Por otro lado, la menopausia puede generar ciertas alteraciones de salud de importancia, como la osteoporosis, ya que la menopausia parece ser una de las causas más frecuentes que puede llevar a desarrollar esta enfermedad, esto debido a la pérdida de estrógenos, que son importantes en la formación de huesos; además, con la disminución de estrógenos, se pierde masa ósea, se forman menos huesos y a menudo estos se adelgazan. La osteoporosis es una enfermedad del sistema óseo, y es de sintomatología y consecuencias muy graves, ya que hay dolor y fracturas, y posiblemente se puede llegar a la incapacidad física o incluso provocar la muerte en casos extremos, o alterar la calidad de vida.

Considerando la presencia de esta enfermedad en las mujeres que se encuentran en esta etapa de la menopausia o postmenopausia, se preguntó cómo la osteoporosis puede repercutir psicológicamente en las mujeres que la padecen, ésta fue la interrogante que llevó a desarrollar este tema de investigación, con el propósito de indagar acerca de los posibles efectos de la osteoporosis, a nivel psicológico y detectar, por lo tanto, las necesidades psicológicas en este tipo de pacientes. Es importante mencionar que hasta estos momentos parece no haber estudios al respecto, ya que todo los estudios sobre la osteoporosis son desde un enfoque totalmente médico, y es hasta ahora que se le está dando importancia a esta enfermedad siendo que siempre ha existido.

CAPITULO UNO

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

1. ASPECTOS GENERALES

Para entender la conducta humana será necesario, entonces introducirse a las estructuras internas del ser humano, es decir, explorar sus procesos psíquicos para poder después comprender la personalidad individual.

Según Kolb (1977), cada persona tiene una estructura anatómica cuya conformación está según el modelo de la especie y es única, y son la estructura y funcionamiento fisiológico los que, en parte, determinan y limitan el desarrollo de la personalidad. Asimismo, esta estructura en contacto con el ambiente asume una serie de experiencias sociales, desarrolla actitudes, creencias, deseos, valores y pautas de adaptación, más o menos perdurables y constantes, que le dan al individuo la cualidad de ser único.

Por lo tanto, la personalidad puede entenderse como el resultado de un complejo conjunto formado por elementos biológicos, sociales y psicológicos en constante interacción.

De acuerdo con esto, resulta muy complejo intentar una comprensión global de la personalidad, así como su dinámica y, por lo tanto, acercarse al estudio de la conducta humana.

Por esta razón y para poder cumplir con el objetivo de esta investigación, y la relación que existe con el conocimiento de la conducta humana, se abordarán inicialmente algunas teorías de la personalidad, que permitirán conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad, así como poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo.

Se contemplan entonces para la realización de esta investigación, diferentes corrientes de estudio de la personalidad, a fin de tener un panorama más amplio de la manera en que se conceptualiza a la personalidad.

Dentro de estas teorías, en este capítulo se revisarán brevemente las teorías de Sigmund Freud y Anna Freud, ambas de enfoque psicoanalítico, y las teorías psicosociales de la personalidad, como la teoría interpersonal de Stack Sullivan y la teoría psicosocial de las etapas del desarrollo de la personalidad de Erik Erikson.

2. DEFINICION DE PERSONALIDAD

Desde el punto de vista psicoanalítico, Sigmund Freud definió a la personalidad como “integrada por tres sistemas principales, el ello, el yo y el superyo. Cada uno de estos sistemas posee dentro de la personalidad total, funciones, propiedades, componentes, principios operantes, dinamismos y mecanismos propios, que interactúan tan estrechamente que resulta imposible, desentrañar sus efectos y medir sus respectivas contribuciones a la conducta. En consecuencia, la personalidad es casi siempre, el producto de la interacción entre estos tres sistemas”. (Hall y Lindzey, 1984).

Para Sullivan (1935), la personalidad es el patrón relativamente durable de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan una vida humana. Como puede observarse en estas dos definiciones, la personalidad se conceptualiza desde diferentes enfoques, pero para poder entenderlas mejor se revisarán los puntos más sobresalientes de algunas de las teorías que la estudian. (Sullivan, 1974).

3. SIGMUND FREUD Y LA TEORIA PSICOANALITICA DE LA PERSONALIDAD.

Sigmund Freud (1856-1939), se interesó por el estudio de la conducta humana cuando trabajaba con otros médicos neurólogos que trataban de curar los trastornos nerviosos de sus pacientes, utilizando diversos métodos, entre ellos

la hipnosis. Freud asimismo aprendió sobre el inconsciente por su asociación con Joseph Breuer, Médico Vienés quien trabajó con el hipnotismo para tratar las enfermedades histéricas, ya que la hipnosis permitía explorar un poco el interior de la mente. Así es como surgió en Freud el interés por entender las dinámicas o causas de la psicopatología en la vida del paciente; más que sólo clasificar los síntomas, le interesó aprender el enfoque científico del ser humano. Esto llevó a Freud a escribir intensamente sobre sus investigaciones dentro de la dinámica de la psique humana.

Por lo tanto, logró avances significativos en la comprensión y tratamiento de los trastornos funcionales, en los que no se podía demostrar ninguna base orgánica, y desarrolló entonces el psicoanálisis y otros fundamentos de su teoría.

Aparato Psíquico

Freud en 1922, dentro de su sistema de conceptos o fundamentos teóricos que desarrolló tenía la creencia de que la psique se dividía en diferentes estratos, a los que llamó consciente, preconsciente e inconsciente. También hizo una diferenciación de lo psíquico en consciente e inconsciente, que fue la premisa básica del psicoanálisis (Freud, 1979).

Para Freud (1922), el concepto del inconsciente en el psicoanálisis se resume así: “el inconsciente es al comienzo, un término meramente descriptivo, que incluye a lo latente por el momento, pero la concepción dinámica del proceso represivo fuerza a dar a lo inconsciente un sentido sistemático equiparándolo a lo reprimido. Lo latente inconsciente sólo de manera temporaria recibe el nombre de preconsciente y se sitúa desde el punto de vista sistemático en las proximidades de lo consciente”.

Para entender mejor esto, Freud explicaba que el consciente es en primer lugar, una expresión puramente descriptiva, que invoca la percepción más inmediata y segura. Señaló que un elemento psíquico como una representación (percepciones, pensamientos, sentimientos y recuerdos) no suele ser consciente de manera duradera, sino lo característico es que el estado de conciencia pase con rapidez, es decir, la representación ahora consciente no lo es más en el momento que sigue, y sólo puede volver a serlo bajo ciertas condiciones. Entonces se puede decir que tal representación estuvo latente, y por eso se entiende que en todo momento fue susceptible de

conciencia, pero ahora se le puede dar una descripción más correcta si se dice que ha sido inconsciente. Con esto Freud dio a entender que toda representación es sólo por un tiempo consciente, y que después de un tiempo se va tornando latente hasta llegar a ser totalmente inconsciente. Freud sostuvo que lo inconsciente coincide con lo latente inconsciente.

A través de este proceso de una representación, este autor afirmaba que se llega al término o concepto de lo inconsciente por otro camino; es decir, por procesamiento de experiencias en las que la dinámica desempeña un papel. Esto quiere decir que en algunas ocasiones existen procesos anímicos o representaciones muy intensas, que pueden tener plenas consecuencias para la vida anímica y tales representaciones no pueden ser ya conscientes porque cierta fuerza se resiste a ello.

Aquí, tal vez Freud se refería a cuando un instinto o pulsión irrumpe al yo, y éste se moviliza para controlar tal pulsión que proviene del ello, entonces usa diferentes medidas para controlarlo, como la resistencia en el análisis.

Es en este momento, de este proceso que Freud (1922) habla de la represión, es decir, no poder hacer conscientes esas representaciones, lo que observó en la técnica psicoanalítica, por lo que acudió a medios con cuyo auxilio es posible cancelar la fuerza contrarrestante y hacer conscientes las representaciones en cuestión. Entonces llama represión (esfuerzo de desalojo) al estado en que las representaciones se encontraban antes de que se las hiciera conscientes, y la resistencia que se presenta en el proceso analítico se entiende como la fuerza que produjo y mantuvo la represión. Con base en esto, Freud señaló que lo reprimido viene a ser el modelo de lo inconsciente.

Extrajo de la represión el concepto de lo inconsciente, asegurando además que hay dos clases de inconsciente: lo latente, aunque susceptible de conciencia, y lo reprimido, que en sí y sin más es insusceptible de conciencia.

Esta visión de la dinámica psíquica de Freud, influye en materia de terminología y descripción, por lo que llamó preconsciente a lo latente, que es inconsciente sólo descriptivamente, no en el sentido dinámico, y limita el nombre de inconsciente a lo reprimido dinámicamente, de modo que ahora se tienen tres términos: consciente (cc), preconsciente (prcc) e inconsciente (icc), cuyo sentido ya no es puramente descriptivo.

Cabe aclarar aquí que la palabra inconsciente era utilizada en dos sentidos: el descriptivo, según el cual simplemente se le atribuía a un estado psíquico una particular cualidad, y el dinámico, según el cual se atribuía a un estado psíquico una particular función.

Freud, también refería que todo lo reprimido puede ser inconsciente, pero no todo lo inconsciente por fuerza debe ser reprimido (Freud, 1979).

De acuerdo a Freud, se puede decir que el inconsciente sería como un lugar donde se encuentran aquellas representaciones reprimidas; que el preconscious, podrían ser los recuerdos o representaciones latentes que se encuentran entre el consciente y el inconsciente, y que el consciente son aquellas representaciones que vienen de afuera (percepciones sensoriales) y de adentro (sensaciones y sentimientos).

Para Freud (1922), hasta este momento, la diferenciación de lo psíquico en consciente e inconsciente era la premisa básica del psicoanálisis, y la única que le daba la posibilidad de comprender, de subordinar a la ciencia, los tan frecuentes como importantes procesos patológicos de la vida anímica. El objetivo del psicoanálisis era, por lo tanto, el estudio del inconsciente (Freud, 1979).

En su obra La Interpretación de los Sueños (1900), manifiesta otra noción de los sistemas o instancias existentes en el aparato psíquico. Esto implicaba una división tópica o estructural de la psique, basada más que en la función en una división en partes a las que podía atribírseles ciertas características y modos de operación diferente.

Estas instancias existentes las llamó el ello, yo y superyo, que a continuación se explican.

Estructura de la personalidad

Recordando, entonces, que para Freud la personalidad está formada por sistemas opuestos que se encuentran continuamente en conflicto entre sí, y que estos sistemas son el ello, el yo y el superyo, además de que cada uno de ellos posee dentro de la personalidad total funciones, propiedades, componentes, principios, dinamismos y mecanismos propios, se describen a continuación estos sistemas que Freud planteó en 1938, cuando estudió el desarrollo individual del ser humano e investigó lo inconsciente.

Llamó ello a la más antigua de estas instancias psíquicas. Decía que su contenido es todo lo heredado, lo que se trae con el nacimiento, lo establecido constitucionalmente, como las pulsiones o necesidades que provienen de la organización corporal, que en el ello se encuentra una primera expresión psíquica: se puede decir que el ello representa los impulsos psicobiológicos. Así, también, el ello obedece al principio de placer y opera por medio del proceso primario, que se explicará más adelante (Freud, 1980).

Concibió al yo como el representante de la razón y la prudencia y le asignó el gobierno sobre los accesos a la movilidad.

El yo es el mediador del ello y el mundo exterior, es decir, como el representante del mundo exterior, de la realidad, de lo consciente y de lo controlador.

Al yo le corresponde la tarea de la autoconservación y la cumple tomando hacia afuera noticia de los estímulos, almacenando en la memoria experiencia sobre ellos, evitando estímulos hipertensos, mediante la huida, enfrentando estímulos moderados y aprendiendo a alterar el mundo exterior, de una manera acorde para su ventaja y en su actividad; y hacia el ello, ganando dominio sobre las exigencias y pulsiones y decidiendo si se debe consentírsele la satisfacción, desplazando esto último a los tiempos y circunstancias favorables en el mundo exterior, o sofocando totalmente sus excitaciones.

En todo este proceso de la tarea del yo, se puede suponer que es cuando el yo usa métodos defensivos.

El superyo se le enfrenta al yo como abogado del mundo interior del ello. También el yo se encuentra bajo la particular influencia de la percepción, por lo tanto, está sometido a la acción eficaz de las pulsiones lo mismo que el ello. El yo obedece a la puesta en guardia del principio de placer proveniente del ello, por medio del principio de realidad del cual se rige, operando por el proceso secundario, que también se explicará posteriormente (Freud, 1979).

El yo es consciente, explica Freud (1922), pero también lo más alto del yo es inconsciente, es decir, en las representaciones del mundo externo e interno que experimenta el yo, hay un inconsciente que desde el punto de vista

dinámico se comporta como lo inconsciente reprimido, y esto se observa en el análisis mediante la resistencia del yo y el sentimiento inconsciente de culpa lo afirma.

Por último, respecto al yo, hay que aclarar que todas las facultades psicológicas como la percepción, la memoria, el discernimiento, el razonamiento, la solución de problemas y la toma de decisiones están a disposición del yo (Freud, 1979).

En cuanto al superyo, expresa Freud (1938), que durante su infancia, el niño vive en dependencia de sus padres, y se forma dentro de su yo una particular instancia, en la que se prolonga el influjo de éstos (experiencias, representaciones de los padres), que recibe el nombre de superyo y en la medida que este superyo se separa del yo o se contrapone a él, se convierte en un tercer poder que el yo se ve precisado en tomar en cuenta.

También, en esta influencia de los padres, se incluye la tradición de la familia, la raza y el pueblo, así como los requerimientos del medio social, de modo que, en el curso del desarrollo individual, el superyo recoge aportes posteriores, así como personas substitutivas de los progenitores, como ideales venerados en la sociedad.

Concluyendo, se puede entender al superyo como el representante interno de los valores tradicionales y las normas sociales, según son transmitidas de padres a hijos. Al superyo le concierne decidir que está bien y que está mal para que sea posible actuar de acuerdo con los cánones morales autorizados por los agentes de la sociedad; podría decirse que el superyo es la conciencia moral de la personalidad.

De esta forma, el ello es el componente biológico de la personalidad, el yo el componente psicológico y el superyo el componente social.

Después de esto, y una vez establecida la estructura de la psique de la personalidad, a Freud le interesó estudiar sus implicaciones, es decir, la relación entre las partes de la psique y las dos clases de pulsiones que él suponía que existían (Freud, 1980).

Teoría de las Pulsiones

Para Freud (1917), en el interior del organismo humano existen fuerzas excitadoras que él llamó pulsiones del organismo, y que son las representantes de todas las fuerzas eficaces que provienen del interior del cuerpo y se transfieren al aparato anímico, y que, por lo tanto, el yo está sometido a la acción eficaz de las pulsiones lo mismo que el ello.

Freud (1938) llamó pulsiones a las fuerzas que se suponen tras las tensiones de necesidad del ello, dado que estas pulsiones pueden alterar su meta; por desplazamiento, también pueden sustituirse unas a otras al traspasar la energía de una pulsión sobre otra (Freud, 1980).

Distinguió dos variedades de pulsiones, unas son las pulsiones sexuales, que comprenden la pulsión sexual y la pulsión de autoconservación, que se le atribuyen al yo. La otra clase de pulsión es una pulsión de muerte. Estos dos tipos de pulsiones obedecen a un proceso libremente móvil, o sea, que se esfuerzan por alcanzar su descarga.

La función de la pulsión de muerte (Thanatos) es disolver nexos y así destruir las cosas del mundo; su meta es transportar lo vivo al estado inorgánico. La pulsión de vida, conocida como Eros, tiene el propósito de configurar, a partir de la sustancia viva, su conservación; su meta es alcanzar, por todos los medios, la fusión de las células germinales diferenciadas de una manera determinada para la vida (Freud, 1980).

A la pulsión de vida, Freud en 1938 denominó la pulsión de la libido, que está presente en el yo y en el ello, y sirve para neutralizar las inclinaciones de destrucción, pero careció de un término análogo a la libido para la energía de la pulsión de destrucción, la de muerte (Freud, 1980).

En cuanto a la pulsión de destrucción, hacía notar que ésta produce efectos en el interior y que permanece muda; sólo comparece cuando es vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción que cae en agresión o un estado de apatía e inercia, así el individuo muere a raíz de sus conflictos internos, y, además, porque la pulsión de vida en él se ha consumido.

Referente a la pulsión de la libido, Freud en 1938 sostenía que ésta se almacena en el yo inicialmente; en el yo está todo el monto disponible de la libido. A esto le llamó narcisismo primario, que quiere decir que tal pulsión

no se dirige al objeto idóneo, sino que queda en el yo. Así mismo, confirmó que esta pulsión dura hasta que el yo empieza a investir con libido las representaciones de objetos, a trasponer la libido narcisista en libido de

objeto. En esto se refiere a que, posteriormente, se transfiere sobre un objeto el monto principal de la libido, es decir, en la persona elegida para transferir su pulsión de la libido. Freud enunció que en oposición a esto se sitúa la fijación de la libido en determinados objetos, menos el indicado, y esto puede durar toda la vida. (Freud, 1975).

Freud en 1917, refería que el ello y el yo se encuentran a la disposición de experimentar la energía de las pulsiones; entonces, la tarea de estas instancias psíquicas es la de ligar la energía de estas pulsiones que entran en lo que se conoce como proceso primario, y sólo tras una ligación lograda podrá establecerse el principio de placer. Pero, en realidad, la tarea es sustituir este proceso primario, que gobierna en ellas, por el llamado proceso secundario, que se rige por el principio de realidad (Freud, 1979).

El ello, que es guiado por el principio de placer, es orientado por la percepción del displacer y se defiende de estas necesidades por diversos caminos; esto es, cediendo con la mayor rapidez posible a los reclamos de la libido, para lo cual lucha por la satisfacción de las aspiraciones directamente sexuales.

El principio de placer es entonces una tendencia que está al servicio de una función, que es la de hacer que el aparato anímico quede exento de excitación, o la de mantener en él constante, o en el nivel mínimo posible, el monto de la excitación de la pulsión.

En este proceso también interviene el yo, porque al yo le corresponde el proceso secundario, que opera bajo el principio de la realidad, que se encarga de controlar tal pulsión y de transmitir su energía por medios más convenientes.

En síntesis, se explica que para la satisfacción de las pulsiones se requiere la intervención de las instancias psíquicas, del ello y del yo, que se rigen por el principio de placer (proceso primario) y por el principio de la realidad (proceso secundario), quedando en el yo, la responsabilidad del control de estas pulsiones para su descarga por los mejores caminos para tales fines (Freud, 1979).

Etapas de desarrollo psicosexual

En 1908 Freud explicó que la vida sexual no comienza hasta la pubertad, sino que se inicia enseguida del nacimiento con nítidas exteriorizaciones. Durante los primeros cinco años de vida, el niño atraviesa por una serie de etapas dinámicamente diferentes a las que llamó psicosexuales, debido a que les asignó un papel preponderante a los instintos sexuales en la formación y desarrollo de la personalidad. Decía que el niño, a temprana edad, da señales de una actividad corporal a la que sólo se le puede llamar sexual, y a la que se conectan fenómenos psíquicos que se hallan más tarde en la vida amorosa adulta, por ejemplo, en la fijación a determinados objetos, los celos, etc. Pero, además, Freud comprobó que estos hechos emergen en la primera infancia y responden a un desarrollo normal, además de que tenían un acrecentamiento regular alcanzando un punto culminante hacia el final del quinto año de vida, a lo que sigue un período de reposo. A este período se le llama de latencia; después de transcurrido este período de la vida sexual, continúa con la pubertad el desarrollo de la siguiente etapa psicosexual que es la genital (Freud, 1980).

Para mejor comprensión de la teoría de Freud, a continuación se describen las etapas del desarrollo psicosexual:

1. Etapa oral. Comprende el primer año de vida, en el que explica Freud que el primer órgano que aparece como zona erógena y propone al alma una experiencia libidinosa, es, a partir del nacimiento, la boca. Al comienzo, toda actividad anímica se acomoda de manera de procurar satisfacción a la necesidad de esta zona. Claro es que la boca sirve en primera instancia a la autoconservación por vía del alimento, pero también en el chupeteo, en que el niño persevera obstinadamente, se evidencia una necesidad de satisfacción, que si bien tiene por punto de partida la recepción de alimento y es incitada por ésta, aspira a una ganancia de placer independientemente de la nutrición, y que por eso puede y debe ser llamada sexual.
2. Etapa anal. Esta surge aproximadamente al año y medio y se extiende hasta los tres años y medio. Aquí la satisfacción es buscada en la agresión y en la función excretora. Esta etapa se caracteriza por el desarrollo de catexias; esto se refiere a la energía de la libido transferida a un objeto que la satisfecerá, y en contratexias en torno de las funciones de eliminación. Es

decir, el niño encuentra su verdadero placer en la acumulación de las funciones de eliminación. (acumulación, retención y expulsión de la materia fecal).

3. Etapa fálica. Esta etapa tiene lugar entre los tres y cinco años. En esta etapa los órganos genitales se vuelven una fuente destacada de placer. Sus órganos sexuales se vuelven objeto de inquietud e interés y se hacen mucho más intensas las tensiones y placeres de esta zona del cuerpo. Esta etapa implica la auto-estimulación erótica.

Durante este período se presenta el complejo de Edipo, que Freud refiere a la atracción sexual que el niño varón intenta desarrollar por su madre. Al mismo tiempo, el niño ve a su padre como un rival en el afecto hacia su madre. Entonces, éste experimenta actitudes mezcladas o ambivalentes hacia el padre, quien, por un lado, es temido porque puede lastimar su órgano ofensor (sus genitales), que es la fuente de sus sentimientos prohibidos, es decir, el temor a la castración; y, por otro lado, es el padre respetado y venerado como modelo de hombría, superior al niño. Freud, aclaraba aquí que si el desarrollo de este complejo es normal en el niño, éste renuncia a los deseos amorosos respecto a su madre y, en cambio, se esfuerza en asumir el papel masculino imitando a su padre; entonces, el afecto del niño hacia su madre pierde su aspecto sexual. Al aceptar la masculinidad del padre, el superyo del niño experimenta su desarrollo final y adopta un ideal del yo positivo, pero este desarrollo normal del complejo de Edipo, sólo se logra cuando al niño se le proporcionan conocimientos apropiados durante este período fálico, de su curiosidad sexual, guiado por su padre, y logra así una identificación con él.

4. Etapa de latencia. Es un lapso entre los seis y doce años. Es una etapa en la que tienen lugar gradualmente los preparativos para la siguiente etapa. Este período de latencia, según Freud, implica la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridos, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo.

5. Etapa genital. Esta etapa comienza con la pubertad; aquí, la sexualidad alcanza su madurez y se vuelve heterosexual. Esto significa que el individuo se satisface con la estimulación y manipulación de su propio cuerpo y que, incluso, se catectizan otras personas; ello sólo se debe a que le brindan la posibilidad de obtener formas adicionales de placer.

En esta etapa ya queda establecido un estado en que:

- 1) Se conservan muchas investiduras libidinales tempranas;
- 2) Otras son acogidas dentro de la función sexual como actos preparatorios, de apoyo, cuya satisfacción da por resultado el llamado “placer previo”; y
- 3) Otras aspiraciones son excluidas de la organización y son por completo sofocadas (reprimidas) o bien experimentan una aplicación diversa dentro del yo, forman rasgos de carácter, padecen sublimaciones con desplazamiento de meta (Freud, 1980).

Otro de los fundamentos teóricos de Freud fue el acercamiento que tuvo a los mecanismos de defensa (represión, negación, proyección, formación reactiva y regresión), pero su hija Anna Freud fue quien profundizó en el estudio de éstos.

4. ANNA FREUD Y LA PSICOLOGIA DEL YO

Antecedentes

En 1936 Anna Freud desarrolló una psicología del yo, en la que se le consideraba al yo el núcleo organizado en el que se integran las otras dos instancias psíquicas (ello y superyo); le dio un verdadero interés al yo y a los mecanismos de defensa, siendo una de sus mayores aportaciones al psicoanálisis.

Esta autora es considerada como una figura representativa del psicoanálisis actual, ya que sus méritos son auténticos y mundialmente reconocidos. Su trabajo, El Yo y Los Mecanismos de Defensa (1936), constituye una introducción al yo, al estudio de los principios y problemas generales de la conducta y de la técnica del psicoanálisis.

En tal trabajo no sólo retoma todo cuanto su padre (Sigmund Freud) y su escuela elaboraron antes sobre el psicoanálisis, sino también los últimos criterios y aportes debidos en especial a ella misma. El trabajo de Anna Freud resulta imprescindible para adquirir nociones básicas acerca del desarrollo de la personalidad y comprender tanto sus manifestaciones normales como patológicas (Anna Freud, 1993).

La psicología del inconsciente

En la época de Sigmund Freud, y en la literatura analítica de ese tiempo, se empleaban las expresiones “psicoanálisis” y “psicología profunda” como sinónimos. Esto porque durante cierta época del desarrollo de la ciencia psicoanalítica, el estudio teórico del yo individual resultaba impopular, aunque muchos analistas habían llegado a convencerse que la labor analítica sería mejor, científica y terapéuticamente, cuanto más profunda fuera la investigación de los estratos de la vida anímica. Así, todo intento de innovación que propusiera trasladar este interés hasta ese momento centrado en las capas psíquicas profundas hacia las más superficiales, es decir, todo cambio del ello al yo era considerado como una negación del psicoanálisis.

La denominación del psicoanálisis había de reservarse entonces para los nuevos descubrimientos de la vida psíquica inconsciente, es decir, el conocimiento de los impulsos instintivos, reprimidos, de los afectos y fantasías, y todo a lo que se refería a cuestiones como la adaptación del niño o del adulto al mundo exterior. Por lo anterior, conceptos de salud y enfermedad, virtud o vicio, no interesaban al psicoanálisis. De acuerdo a esta concepción del psicoanálisis, la teoría psicoanalítica fue una psicología del inconsciente, del ello, de ahí que se llamara psicología profunda, pero aplicada a la terapéutica psicoanalítica, tal definición pierde su exacto significado.

Aunque desde un principio su objeto de estudio fue el yo y sus perturbaciones, la investigación del ello y sus diversas maneras de actuar sólo constituían el medio para lograr aquel fin.

Posteriormente, Freud con sus trabajos, Psicología de las Masas y Análisis del Yo (1921) y Más Allá del Principio del Placer (1920), inició una nueva orientación en la cual las instancias del yo centralizaron el interés de la investigación en forma definitiva. A partir de ese momento, la expresión “Psicología Profunda” no abarca con precisión la totalidad de la investigación analítica.

A esto, Anna Freud (1936) aportó una nueva definición de la tarea del psicoanálisis, como era adquirir el mayor conocimiento posible de las tres

instancias supuestas como constitutivas de la personalidad psíquica, así como de sus relaciones entre sí y con el mundo externo.

En lo que respecta al yo decía que entraña el estudio de sus contenidos, sus límites y funciones, y la historia de sus relaciones con el mundo exterior, con el ello y el superyo, bajo cuya influencia se ha formado. En relación con el ello, señalaba que implica la descripción de los instintos, los contenidos del ello y el estudio de sus transformaciones.

De aquí que Anna Freud se orientó hacia una psicología del yo y su relación con las otras dos instancia psíquicas, y su relación con el mundo externo.

Sigmund Freud, así mismo, dentro de su estudio de la estructura de la personalidad y de las instancias psíquicas, describía que las descargas de los impulsos del ello era contrarrestada o regulada por el superyo, pero que también el yo tenía una capacidad para controlar la vida instintiva, además de regular el pensamiento, y esto estaba en función de una adaptación a la realidad; a su vez, esta adaptación estaba relacionada muy estrechamente con las funciones defensivas del yo.

A partir de este estudio, Sigmund Freud habla por primera vez de los mecanismos de defensa utilizados por el yo para combatir de alguna forma a los impulsos del ello, que intentaban invadir al yo. Desde entonces, el término de "defensa" es el más antiguo representante del punto de vista dinámico en la teoría del psicoanálisis; aparece por primera vez en el año de 1894, en el estudio de Freud sobre las Neuropsicosis de defensa y lo emplea en este estudio y en Etiología de la histeria, así como en observaciones posteriores sobre las Neuropsicosis con el fin de describir las luchas del yo contra ideas y efectos dolorosos e insoportables.

Más tarde, el término de defensa fue abandonado por el de represión, pero la relación entre ambas nociones parecía indeterminada y confusa. Hasta el año de 1926, Freud en su trabajo Inhibición, Síntoma y Angustia retornó al viejo concepto de defensa y lo empleó como designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis, reservando entonces el nombre de represión para uno de estos métodos.

Posteriormente, su hija, Anna Freud, representante del psicoanálisis actual, reconstituyó parte de la obra de su padre, para elaborar el principio de los mecanismos defensores del yo. Hizo por primera vez un estudio sistemático y extenso de las defensas empleadas por el yo, en su contribución clásica: *El Yo y los Mecanismos de Defensa* (1936).

En tal contribución hace un estudio minucioso que puede resumirse, en un análisis del yo, el ello y el superyo, como objetos de observación en el proceso analítico, así como las actividades defensivas del yo como objeto del análisis, de la intervención de los mecanismos de defensa y de los motivos de las defensas del yo.

Definición de los Mecanismos de Defensa

Para Anna Freud (1936), los procesos o mecanismos defensivos son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social (Anna Freud, 1993).

El Papel de las Defensas

Estos mecanismos de defensa del yo tienen dos características fundamentales: la primera es que no entran en estado consciente, es decir, la personalidad ignora que está defendiendo su yo; y, la segunda, es que un mecanismo de defensa puede distorsionar la realidad e incluso negarla.

Anna Freud (1936), sostenía que todas las medidas defensivas ocurren en forma silenciosa e invisible, es decir funcionan en forma inconsciente. El objetivo de cada una de las medidas de defensa es servir siempre para dar seguridad al yo y ahorrar el displacer. Decía que algunos de los mecanismos ó métodos de defensa son capaces de dominar grandes cantidades instintivas o afectivas; otros, sólo cantidades exiguas. Así mismo, los motivos que determinan al yo a la elección de un señalado mecanismo de defensa son poco conocidos todavía. Afirmaba que quizá la represión combate ante todo los deseos sexuales, al paso que otros métodos defensivos se emplean con la mayor eficacia frente a otras fuerzas instintivas, especialmente contra los

impulsos agresivos, y que tal vez los otros métodos sólo completan lo que la represión ha dejado inconcluso o lo que retoma de las ideas prohibidas cuando fracasa la represión.

Concluye que quizá la primera aparición de un personal método de defensa se asocia, de la misma manera, con una cierta tarea de dominación de los instintos y, desde luego, con una determinada fase del desarrollo infantil.

Para esta misma autora, los peligros instintivos contra los cuales se defiende el yo son siempre los mismos, pero los motivos por los que percibe una determinada irrupción del ello como riesgosa son referibles a diferentes causas.

De ahí, que al igual que su padre, coinciden en hablar de los tres principales tipos de angustia a los que está expuesto el yo para activar sus defensas y los explica de manera más amplia. Estos tipos de angustia son: por la angustia instintiva, por la angustia objetiva y por la angustia de conciencia. Estos son los motivos que llevan al yo a actuar.

Motivos de las Defensas

a) Las defensas motivadas por la angustia frente al superyo en las neurosis de los adultos. Aquí el proceso defensivo se desarrolla cuando un deseo instintivo lucha por introducirse en la conciencia y conseguir así su gratificación con la ayuda del yo; éste puede no oponerse, pero el superyo sí; éste protesta, entonces el yo se somete a las más altas instancias de la personalidad, es decir, al superyo y de forma obediente inicia el combate contra el impulso instintivo. El yo mismo no considera para nada peligroso este impulso que va a combatir, porque el motivo que en esta defensa obedece no depende de él. El instinto va a ser considerado peligroso porque se halla prohibida su satisfacción por el superyo, porque si se alcanza se puede producir un conflicto entre el yo y el superyo. Entonces el yo del adulto neurótico va a temer al instinto porque teme al superyo, así su defensa instintiva nace bajo la presión de la angustia ante el superyo.

Esta angustia surge entonces del conflicto de querer satisfacer tal instinto y no lograrlo, porque el superyo se lo impide, y tiene el yo entonces que alejarlo de la conciencia para no ser sancionado, y esto hace que el yo se

torne hostil contra el instinto y así incapaz de placer, convirtiéndose en mero ejecutor de los requerimientos del superyo. Ante esta situación, el superyo aparece como autor de toda neurosis, ya que ésta se produce a consecuencia de un superyo demasiado severo.

- b) En el estudio de la defensa instintiva por la angustia real u objetiva en la neurosis infantil, se demuestra que el superyo es un factor indispensable en la formación de neurosis. El yo del niño va a combatir el instinto por su propia voluntad, para evitar no transgredir las prohibiciones paternas, es decir, considera peligroso el instinto porque su satisfacción está prohibida por los que educan al niño y a la irrupción del instinto le sigue la restricción, el castigo y la amenaza. Por tanto, el yo del niño teme al instinto porque teme al mundo exterior, y su defensa instintiva resulta de la presión y la angustia ante el mundo externo o angustia real y objetiva. Angustia que experimenta al no satisfacer su instinto, cuando lo desea, para no ser sancionado.
- c) La defensa instintiva por la angustia frente a la fuerza del instinto. Aquí Anna Freud (1936), dice que, por su misma naturaleza, el yo nunca es terreno apropiado para una total satisfacción instintiva, ya que siempre existe cierta desconfianza del yo frente a las exigencias instintivas, apenas perceptible en condiciones normales e inadvertida durante el combate del superyo y el mundo externo que entablan hacia el yo contra los impulsos del ello.
- d) Entonces la defensa instintiva por la angustia frente a la fuerza del instinto se da cuando el yo se siente abandonado por aquellos altos protectores (el superyo y el mundo externo), o cuando la reivindicación de los impulsos instintivos llegan a ser excesivos por lo que la silenciosa hostilidad contra el instinto aumenta hasta la angustia, es cuando el yo se siente solo para enfrentar al instinto a la fuerza de éste y se siente confuso. Ante esta situación, el yo se siente amenazado, en peligro de destruirse por lo que se movilizan los mecanismos de defensa contra el instinto, conduciendo a todos los efectos en la formación de neurosis y de características neuróticas.

Para Anna Freud, existen también otros motivos de la defensa instintiva aparte de los ya explicados, y son los motivos que en la vida ulterior surgen de la necesidad del yo por lograr o mantener su síntesis, pero de allí surgen todos los conflictos entre las tendencias opuestas, tales como la homosexualidad y la heterosexualidad, la pasividad y la actividad, etc., el saber cuál de los dos impulsos opuestos será rechazado o aceptado, o a qué compromiso llegarán; esto depende en los casos individuales de la magnitud de las cargas.

Ante esta exposición de los motivos que promueven al yo en su defensa instintiva, hay que entender también que son el fundamento de los procesos defensivos contra el afecto, es decir, cuando se defiende el yo contra los impulsos instintivos por cualquiera de los motivos, estará obligado el yo a guardarse también de los afectos que acompañan al proceso instintivo.

La naturaleza de los afectos no interesa, ya sea éste desagradable, doloroso o amenazador con respecto al yo; esto es indiferente, pues el yo nunca lo experimentará tal como es. Así, cuando el afecto se relacione con un instinto prohibido, su destino se haya ya decidido, el sólo hecho de estar así asociado basta para inducir al yo a adoptar una postura defensiva contra él.

En síntesis, los motivos para la defensa efectiva proviene simplemente de los combates entre el yo y el instinto. Estos afectos deben resignarse a soportar toda suerte de transformaciones y deben admitir toda tentativa de dominación por parte del yo, que procura defenderse contra las exigencias instintivas a las que ellos pertenecen.

Principales Mecanismos de Defensa

Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista de la misma autora son los que se describen a continuación:

Aislamiento. Es el método defensivo que utiliza el yo para romper las importantes conexiones entre los impulsos instintivos y sus representaciones (recuerdos, percepciones, afectos), conservando aquellos en la conciencia.

Este tipo de defensa se observa en el yo del neurótico obsesivo. Con arreglo a este método, la resistencia del neurótico obsesivo adopta una modalidad diferente; éste no calla, habla aunque se encuentra en resistencia; pero como ha roto las conexiones entre sus asociaciones, y al hablar aísla las ideas de sus afectos correspondientes, así sus asociaciones parecen absurdas.

El aislamiento es entonces la separación de una idea que se recuerda del afecto que la acompañaba y es reprimido.

Represión. Es el método de defensa que utiliza el yo para rechazar los instintos prohibidos de la conciencia, y sean desviados hacia el ello. Es decir, la represión impide que el sujeto perciba. Este método exige un yo consciente para funcionar.

La represión es un método que se le puede considerar como el más eficaz y exclusivo dentro de los demás métodos, porque es capaz de dominar fuertes impulsos instintivos frente a los cuales resultan impotentes los métodos restantes.

Este método demanda un gasto constante de energía porque debe movilizarse en cada nueva presencia instintiva, es decir, éste enfrenta constantemente el problema. Opera, ante todo, por la contracarga (contracatexia) que asegura la represión.

También este mecanismo puede resultar peligroso, ya que la disociación del yo, producida por la sustracción a la conciencia de porciones totales de la vida afectiva e instintiva, es susceptible de destruir en forma definitiva la integridad personal. Entonces la represión llega a ser así la base de la formación de la neurosis.

Este mecanismo opera cuando se ve motivado por algún tipo de angustia, como la angustia objetiva, la angustia al superyo y por la angustia instintiva.

Negación. Este método de defensa sirve para apartar los estímulos externos que producen displacer en la realidad, pero se conserva intacto su juicio acerca de la misma.

En el niño, el yo se opone a enfrentarse a alguna penosa impresión del mundo exterior, es decir, su negación es un proceso de defensa orientado contra un motivo de displacer externo u objetivo.

Esta negación en el niño se completará y sostendrá por medio de la fantasía, de la palabra o de actos de conducta con los que el niño invierte o transmuta los hechos de la realidad.

También, para el mantenimiento y dramatización de las fantasías agradables se requiere de un continuo desgaste del yo del niño.

La negación en el adulto neurótico es la expresión de un proceso defensivo dirigido contra un peligro subjetivo o interno.

Fantasía. Es un mecanismo de defensa que usa el yo para compensar el displacer, logrando así una gratificación por medio de imágenes alucinatorias de un impulso que irrumpe al yo. Se usa para lo desagradable de la realidad, ya que así el yo se salva del desarrollo de la angustia.

Este método se puede considerar normal en el niño. En el adulto la conexión del yo maduro con la realidad es más enérgico que la del yo infantil. Fantasía y realidad resultan incompatibles cuando se trata de catexias considerablemente mayores que necesitan resolver entre uno y otra, y entonces la gratificación mediante imágenes alucinatorias del impulso que llega al yo, representa en el adulto el camino que lleva a la neurosis

Proyección. Este es un método que actúa rompiendo las conexiones entre el yo y las representaciones ideativas de los impulsos instintivos peligrosos, y los dirige al mundo externo.

La proyección, al igual que la represión, impide la percepción del material instintivo quedando desplazada hacia el mundo externo.

La proyección no se halla asociada a una particular situación de ansiedad, sino puede motivarse por tanto en la angustia objetiva, en la angustia generada por el superyo y por la angustia instintiva al igual que la represión.

En el niño pequeño el empleo de la proyección es inherente al yo; lo utiliza para repudiar sus propios deseos y actividades que devienen peligrosos, lo cual le permite encontrar un autor responsable en el mundo exterior. De esta manera, entregándolos libremente a su ambiente, el yo infantil se alivia en forma constante y normal de sus impulsos y deseos prohibidos.

Este mecanismo de proyección puede producir, así mismo, perturbaciones en las relaciones humanas, proyectando celos y transfiriendo hacia afuera las propias agresiones. Pero también sirve para el establecimiento de importantes lazos positivos, y con ello a la consolidación de tales relaciones humanas

Identificación. Este método de defensa se relaciona con la formación del superyo. Mediante esta formación, la identificación sirve para la dominación de la vida instintiva, a fin de regular sus vinculaciones con objetos del mundo externo, provocadores de angustia.

Anna Freud habla de una identificación con el agresor, que es un proceso normal del yo y pertenece a la vida normal en tanto el yo se sirve de ella en sus conflictos con las autoridades, es decir, en sus esfuerzos por enfrentarse con los objetos de angustia. Por ejemplo, el niño se transforma de persona amenazada en la que amenaza, cuando ejecuta el papel de agresor, es decir, introyecta a la persona u objeto que le produce angustia.

Intelectualización. Es un método de defensa que actúa en los procesos instintivos como precaución contra el peligro interno. Este mecanismo de intelectualización es análogo a la vigilancia constante del yo contra los peligros del mundo externo.

Formación reactiva o transformación en su contrario. Este mecanismo de defensa lo utiliza el yo para invertir al impulso instintivo reprimido en su contrario. Por ejemplo, compasión en vez de crueldad, vergüenza en vez de exhibicionismo. Este proceso sirve como garantía contra el retorno de lo reprimido desde adentro.

Sublimación. Este método de defensa se refiere al desplazamiento de la dirección del objeto instintivo hacia un valor social más elevado, que

presupone la aprobación o el conocimiento de tales valores.

Introyección. Método en que el yo retorna para sí alguna característica de la persona u objeto que le produce angustia, elaborando de esta manera una experiencia angustiosa recientemente ocurrida.

Restricción del yo. Es un método para evitar el displacer. El yo puede huir y así evitar la producción del displacer; por esta restricción del yo, se evita la repetición de la impresión desagradable del mundo externo en el presente, que podría provocar el resurgimiento de similares impresiones pasadas.

Este proceso defensivo se orienta contra los estímulos del mundo externo.

Entonces el yo se retira de toda situación externa que pudiera traerle el temido displacer. Este es un proceso muy primitivo y normal en el desarrollo del yo.

Inhibición. Proceso defensivo en que el yo se defiende contra la realización de un acto instintivo prohibido, por algún peligro interno. Este proceso defensivo se orienta contra los propios procesos internos.

Anna Freud, concluye, que el yo triunfa cuando sus funciones defensivas cumplen con su propósito, cuando con su ayuda logra limitar el desarrollo de la angustia y del displacer y asegurar al individuo, e incluso en circunstancias difíciles alguna satisfacción se obtiene por medio de las transformaciones instintivas necesarias; por lo tanto, en la medida de lo posible, se logra establecer una armonía entre el ello, el yo y el superyo y las fuerzas del mundo externo (Anna Freud, 1993).

5. HARRY STACK SULLIVAN Y LA TEORIA INTERPERSONAL EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Introducción

En este apartado se revisará la teoría interpersonal de Sullivan, teoría que elaboró por el interés e inquietud que tenía en la comunicación y en la interacción entre dos o más personas, como influyentes en el desarrollo de la

personalidad, en la cual contempló el análisis de la evolución del individuo desde el momento de nacer hasta etapas posteriores del desarrollo, hasta llegar a la madurez desde el punto de vista interpersonal. De acuerdo a esto, se puede comprender también que su teoría se incluye en el campo de la psicología considerándola como otro enfoque en lo que se refiere al estudio de la personalidad (Sullivan, 1974).

Teoría de Harry Stack Sullivan

Sullivan discrepa seriamente con algunas hipótesis originales de Freud y acepta otras y las incluye en su propia formulación, como los conceptos sobre procesos conscientes e inconscientes; otra diferencia es que Sullivan no se interesó por el comportamiento sexual infantil, al que Freud le dio suma importancia. Sullivan observó ciertos fenómenos relativamente descuidados por Freud, como es el que refiere a los patrones o moldes particulares de interacción que se producen entre ciertas personas, al cual le dio total importancia y es la base de su teoría. Así Sullivan, difiere de Freud, en que este último sitúa a la persona en un medio ambiente generalizado, en el cual manifiesta necesidades biológicas generalizadas y predeterminadas, antes que moldes específicos de interacción, y Sullivan o la psiquiatría de Sullivan aportó a toda la teoría psiquiátrica un punto de vista particular y una serie de observaciones que pueden y deben ser integrados y que luego deben ser utilizados con un verdadero espíritu científico, para su posterior desarrollo, con fin de entender el desarrollo humano.

De acuerdo a esto, las contribuciones de Sullivan a la teoría psiquiátrica son, esencialmente: su formulación sobre la experiencia de la infancia y la niñez, esto con el fin de encaminarse con éxito a constituir una ciencia predictiva, ya que la psiquiatría tiene que saber qué efectos surtirá todo un conjunto de fuerzas paternas y de otra índole, al obrar sobre la formación de una criatura determinada; la segunda es sobre la teoría de la evolución de la criatura, es el concepto de dinamismo, es decir, se refería a los moldes o patrones relativamente perdurables de transformación de energía, que caracterizan repetidamente las relaciones interpersonales, haciendo hincapié que el campo interpersonal está compuesto por la interacción de una variedad de dinamismo de dos o más seres.

Estas contribuciones forman entonces parte de su teoría interpersonal que se remonta en el campo de las interacciones, como forma de llegar a entender y comprender la personalidad humana.

La Teoría Interpersonal de Sullivan

Entre 1930 y 1941, Sullivan le dio un nuevo enfoque a la psiquiatría, ya que además de que trataba de explicar los desórdenes mentales, también la concebía como útil para conocer la conducta normal (Sullivan, 1974).

La manera en que pudo comunicar esta teoría particular de la psiquiatría fue por medio del enfoque de la ruta evolutiva. Es decir, afirmaba que si se estudiaba con cuidadosa atención los más mínimos detalles de cómo todas las personas llegan a ser lo que son en la edad cronológica adulta, quizá fuera posible aprender mucho sobre lo que es supuestamente probable respecto del vivir y las dificultades del vivir. De acuerdo a esta ruta evolutiva, decía que se hallaba una de las más difíciles acciones humanas, ya que implicaba la de organizar el pensamiento sobre uno mismo y otros, no sobre la base del yo único e individual. Referente a esto, sustentaba su hipótesis, que una persona experimenta constantes transformaciones, que es producida desde sus primeros años de vida, por medio de la influencia de otras personas y con el único propósito de vivir con otras personas en alguna clase de organización social, así cualquiera que sea la clase de organización social que exista, toda persona que nazca en su seno se adaptará o ajustará en cierto sentido, a vivir en ella. De esta forma cualquier individuo que sea afortunado se adaptará bien a la vida en esa organización social, de lo contrario, son personas que los psiquiatras atienden como pacientes.

De todo lo anterior, entonces Sullivan ahonda en el estudio de todo lo que es posible y probable desde el nacimiento en adelante. Consideraba que si la psiquiatría era enfocada de esta manera no se tornaba fácil, sino todo lo contrario; esto porque explicaba que se tienen muchos canales de contacto con los acontecimientos que nos rodean, y por tanto la experiencia de las diversas combinaciones de esos canales se torna más complicada. Enfatizaba, además, que toda la vida humana se relacionaba con hechos e influencias del campo fisicoquímico, cuestiones de índole cultural, valores, prejuicios, creencias y que tal campo de la psiquiatría se vuelve complejo.

De acuerdo a esto, Sullivan pretendió presentar marcos de referencia en los que se pudiera confiar a modo de guía para la exploración de este complejo campo, a fin de conocer las dificultades del vivir, su origen, sus manifestaciones y sus progresos relativamente ciertos. Esto lo realiza por medio de un enfoque genuinamente científico o sea que está separado del empirismo como lo permita la mente, algo que sea exacto, capaz de ser formulado con relativa probabilidad.

Durante 1930-1941, Sullivan define a su nuevo enfoque de la psiquiatría y a su teoría interpersonal como: “La psiquiatría es una ciencia en expansión que versa sobre las clases de acontecimientos y hechos o procesos de los cuales participa el psiquiatra mientras actúa como observador” (Sullivan, 1974).

En el curso de su teoría retomó tres campos que le permitieron explicar y elaborar su enfoque interpersonal; estos campos son la psicobiología, la psicología social y la antropología cultural, y concluye diciendo, que así como la psicobiología trata de estudiar al ser humano individual y la antropología cultural trata de estudiar la herencia social, mostrada por el comportamiento concertado de las personas que componen un grupo, así la psiquiatría y su convergente, la psicología social, tratan de estudiar los procesos interpersonales biológica y culturalmente condicionados de su especie, que se producen en las situaciones interpersonales en las que el psiquiatra observador realiza su trabajo.

Por tanto, Sullivan creía que existía una convergencia absolutamente necesaria de la psicología social y de la psiquiatría como estudio de la interacción interpersonal. Esto lo llevó a crear una disciplina que estuviera decidida a estudiar no el organismo humano individual o la herencia social, sino las situaciones interpersonales por medio de las cuales la persona manifiesta salud o desorden mental. De ahí, elaboró su teoría interpersonal de la psiquiatría, cuyo postulados se revisarán a continuación.

El primer postulado es de índole biológico, ya que en primera instancia habla de tres principios que forman parte de su filosofía lógica o teoría, y que están entretnejidos en su sistema de pensamiento. Estos principios los extrajo de la biología y son: el principio de la existencia comunal, el principio de la

actividad funcional y el principio de la organización. A través de la explicación de estos principios, da una referencia básica de la vida en lo referente a la biología.

Para Sullivan, el principio de la existencia comunal se refiere al hecho de que los seres vivos no pueden vivir cuando se les separa de lo que es su ambiente; el principio de la actividad funcional, es el término más generalizado para los procesos que componen la acción del vivir; y el principio de la organización se refiere al orden que se necesita para funcionar.

A partir de estos tres principios, Sullivan dice que es posible concebir al hombre distinto de las plantas y animales, por el hecho de que la vida humana necesita el intercambio con un medio que incluya la cultura, es decir, que el hombre necesita relaciones interpersonales con otros hombres, de lo contrario, el individuo puede sufrir un deterioro en su personalidad.

Para la elaboración de sus conceptos y del postulado biológico o humano, Sullivan consideró necesarios otros principios extraídos de otros campos de la actividad humana y que contempla con la idea de los límites y la noción de lo absoluto. Estos dos principios, son la euforia absoluta y la tensión absoluta. La euforia absoluta la define como un estado de total bienestar, por ejemplo, cuando un niño muy chico está en un estado de profundo sueño y la tensión absoluta la define como la máxima desviación posible de la euforia absoluta.

En cuanto a esto, explicaba que era una particularidad de la vida que el nivel de la euforia y el de la tensión estén en relación recíproca, es decir, que el nivel de la euforia varíe en forma inversa al nivel de la tensión, pero afirmaba que en la mayor parte del vivir se orienta quizá más cerca del centro de estos límites, es decir, que hay alguna tensión, y hasta ese punto, el nivel de la euforia no es tan alto como pudiera serlo.

Pero en estos principios, el que interesa a Sullivan, es el de las tensiones, ya que sostenía que toda personalidad, se reviste de una experiencia de tensiones y de una experiencia de transformaciones de energía.

Para explicar esto, Sullivan hacía referencia que en toda personalidad y cultura, las tensiones existen y pueden ser consideradas como poseedoras de dos aspectos importantes: el de la tensión como potencialidad de acción, para

la transformación de la energía, y el de un estado de ser sentido o expresamente notado. En otras palabras, la tensión es potencialidad de acción y puede tener un componente sentido representativo.

Otro principio para Sullivan en esta etapa es la de la experiencia, ésta puede producirse de tres modos que son: prototáctico, paratáctico y sintáctico. Así, las líneas de demarcación entre estos modos señalan el papel profundamente del lenguaje en la experiencia humana; el modo prototáctico, se refiere a la experiencia que ocurre antes del empleo de los símbolos, el modo paratáctico, se refiere a la experiencia que se caracteriza por los símbolos empleados de una manera privada o artística, y el sintáctico, a la experiencia que una persona puede comunicar a otra, puesto que está involucrada en símbolos que son definidos similarmente por cualquiera de ellos. Cada uno de estos modos de experiencia, los retoma en sus etapas del desarrollo.

Dentro de su principio de las tensiones, Sullivan considera también una tensión de las necesidades, decía al respecto, que las tensiones que reducen el nivel de la euforia de la criatura y llevan a un desequilibrio biológico de su ser son necesidades, y éstas pertenecen a su existencia comunal con el universo fisicoquímico, o sea, no puede vivir en su ambiente, si no satisface sus necesidades.

Aclaraba que la criatura no está preparada por sí sola para esa existencia comunal, es decir, no puede sobrevivir sola, en su ambiente, sino que tiene que tener la existencia de un carácter maternal.

Estas tensiones de necesidades pueden ser falta de oxígeno, de azúcar, de agua o de una temperatura corporal adecuada. Así, la mitigación o eliminación de las tensiones producidas por falta de esa clase es, entonces, la satisfacción de sus necesidades. De esta manera, una necesidad en el sentido biológico es un equilibrio que lleva a la criatura a las acciones o transformaciones de energía para la satisfacción de tal necesidad. Por transformación de energía se entiende como la acción que sirve para remediar ese desequilibrio y así satisfacer sus necesidades, por ejemplo, los movimientos de respiración de la criatura sirven para remediar sus necesidades de oxígeno, de acuerdo a estas transformaciones de energía por parte de la criatura que están ligadas a las satisfacciones, la personalidad

desarrolla lo que es la función de previsión, y ésta es una de las más notables características del vivir humano. También el ser humano en sus primeros meses de vida, no es capaz por sí mismo de satisfacer sus necesidades biológicas más importantes, si no interviene un lazo social con la madre, en el cual fusionalmente las necesidades de la criatura tienen primacía. De esto, Sullivan, desprende un teorema, en el que dice: La actividad observada de la criatura provocada por la tensión de necesidades, provoca una tensión en la persona maternal, tensión que es experimentada como ternura y como una motivación a actividades tendientes a satisfacer las necesidades de la criatura.

Así la tensión suscitada en la persona maternal por las necesidades manifiestas de la criatura, se denomina ternura, y un grupo de tensiones (físicoquímicas), en la criatura, cuyo alivio requiere la cooperación de la persona que desempeña el papel maternal, puede ser llamado necesidad de ternura.

Sullivan considera que estas necesidades que caen en la necesidad de ternura, son necesidades originadas por la necesaria existencia comunal de la criatura y el universo físicoquímico, así la necesidad de ternura es incalculada como interpersonal, y a la necesidad de dar ternura también es de carácter interpersonal.

Dentro de las tensiones Sullivan habla de una tensión de la ansiedad; respecto a esto, dice otro teorema, en el que explica: la tensión de ansiedad, es cuando se presenta en la persona maternal e induce ansiedad en la criatura.

Aquí habla del término de empatía para tratar de entender lo anterior, porque esto todavía no está bien definido, pero es que la madre transmite ansiedad en la criatura, y Sullivan así lo infiere. Explica entonces, que la tensión llamada ansiedad pertenece principalmente a la existencia comunal de la criatura y también a la de la madre, con un ambiente personal, en total contradicción con el ambiente físicoquímico, es una ansiedad que bien puede experimentar la madre por cualquier otra causa que la lleve a sentirse ansiosa. Distingue esta tensión de ansiedad de las diversas tensiones ya denominadas necesidades, diciendo que el alivio de la tensión y ansiedad, o sea la reequilibración del ser, es la experiencia, no de la satisfacción sino de la seguridad interpersonal, es decir, la criatura necesita sentir seguridad.

Respecto a la ansiedad, se amplía la explicación de Sullivan; él sostenía que existía en todo ser humano una capacidad de padecer una experiencia sumamente desagradable; a esta experiencia desagradable la denominó ansiedad, declarando que ignoraba cuán temprana en la vida era la primera manifestación de ansiedad y que ésta variaba según las criaturas. Aseguraba, así mismo, que la criatura humana exhibe un comportamiento perturbado, cuando el ser maternal ha experimentado una perturbación emocional; así, cualquier cosa que estuviera haciendo la criatura en ese instante, será interrumpida u obstaculizada, es decir, que cesará de hacer o no seguirá haciéndolo tan eficientemente como antes de presentarse la ansiedad.

Concluía que la ansiedad es originada por perturbaciones emocionales de cierto tipo a la que se enfrentaba la persona significativa, o sea con la persona con la cual la criatura está haciendo algo, por ejemplo en el alimento del niño, Sullivan explicó que no había diferencia entre la ansiedad o el temor en lo que el niño siente.

Finalmente, Sullivan en 1935 dio una definición de personalidad, diciendo que es el patrón relativamente durable de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan una vida humana (Sullivan, 1974).

Sullivan describe las etapas del desarrollo de la personalidad de manera muy extensa, partiendo de la infancia hasta la madurez, pero para el interés de esta investigación sólo se menciona brevemente la etapa de la madurez, en la que Sullivan resalta, que en esta edad establecer relaciones de amor con otra persona, en las cuales la otra persona es tan significativa, o casi tan significativa como uno mismo, tal vez no sea la cuestión principal de la vida, pero si es quizá la principal fuente de satisfacciones, y en la que uno continúa desarrollando la profundidad de su interés o la profundidad y el alcance a la vez, desde ese momento hasta que infelices cambios retrogados del organismo lo conducen a la ancianidad.

Es importante concluir que Sullivan explicaba que existe un gran número de personas que han tenido excelentes oportunidades de desarrollo y que posiblemente debido a su cultura son atrapadas, pudiendo ser por circunstancias a las cuales existe un restringimiento excesivo de oportunidades de crecimiento, o bien otras personas que no poseen la

capacidad para aprovechar las oportunidades, debido a defectos inherentes o algún tipo de desviación, que puede ser resuelto con ayuda de la psicología.

6. ERIK ERIKSON Y LA TEORÍA DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

Se abordará también la teoría de las etapas del desarrollo psicosocial de Erik Erikson, autor que se eligió, por ser otro estudioso de la personalidad y porque su estudio la contempla desde el punto de vista social y cultural, además porque abarca en su estudio todo el ciclo de la vida del individuo, dividiéndolo en ocho etapas diferentes. Su teoría representa una detallada descripción del desarrollo de la personalidad hasta etapas de la edad adulta.

Erikson inició en 1934, inició su práctica clínica y durante 40 años hizo importantes aportaciones al psicoanálisis, a la teoría de la personalidad, a la práctica educativa y a la antropología social. Se fijó como objetivo ampliar y afinar las nociones de Freud acerca del desarrollo de la personalidad, con especial interés en el desarrollo del niño (Cueli y cols. 1990).

Tres de las aportaciones más significativas de su contribución a la teoría de Freud son:

- a) El desarrollo de una personalidad sana, en contraste con el hincapié de Freud en el tratamiento de conductas neuróticas.
- b) El proceso de socialización del niño dentro de una cultura particular, en la cual atraviesa por una serie innata de etapas psicosociales paralelas a las etapas del desarrollo psicosexual de Freud.
- c) El trabajo individual de lograr una identidad del yo mediante la solución de crisis de identidad específicas en cada etapa psicosocial del desarrollo.

Así mismo, enfocó su trabajo a las facetas de la teoría psicoanalítica que creía que necesitaban ser ampliadas y, en cierto grado, revisadas. Por lo tanto, en esta revisión se describirán las adiciones que propuso y que son:

- a) La naturaleza de una personalidad sana.
- b) El principio epigenético; y
- c) Las etapas de desarrollo psicosocial y la crisis de identidad.

a) La naturaleza de una personalidad sana. Erikson estuvo de acuerdo con otros críticos de Freud, en que éste solo se enfocó en personalidades neuróticas, por lo cual descuidó definir la naturaleza de personas sanas o de trazar un patrón de desarrollo de éstas. Por lo anterior, Erikson buscó corregir el equilibrio de la teoría psicoanalítica y empezó a identificar las características de la personalidad sana. Estas características pueden ser las metas y los signos de un deseable desarrollo humano. Decía que el recién nacido no muestra, por supuesto, ninguna de estas características; en cambio, un adulto con personalidad, las muestra todas, es decir, domina activamente su medio, muestra una cierta unidad de personalidad y es capaz de percibir al mundo correctamente. De este modo, para Erikson, la infancia se define por la ausencia inicial de esas características y por su desarrollo gradual en pasos complejos de creciente diferenciación.

b) En cuanto al principio epigenético, que establece que todo lo que crece está gobernado por un plan de construcción preestablecido, agrega a este principio el crecimiento psicosocial y propuso que la personalidad aparenta desarrollarse, también de acuerdo con pasos predeterminados en el organismo humano y está lista para ser guiada e informada, así como para interactuar con un amplio rango de individuos e instituciones significativas.

c) Propuso también que es propio de la naturaleza humana pasar por una serie de etapas psicosociales, durante su crecimiento, las cuales están determinadas genéticamente; no obstante la cultura, también ejerce un efecto significativo en la aparición y naturaleza de las crisis de cada etapa.

Erikson aceptó el conjunto de etapas psicosexuales de Freud como una descripción válida del desarrollo de la personalidad desde la infancia hasta la edad adulta. Sin embargo, pensó que la formulación era incompleta, al menos en cuatro aspectos:

1.- Pensó que Freud prestó poca atención al proceso de socialización del niño en cuanto a los diferentes tipos de conducta que las culturas consideran aceptables y deseables.

2.- Descubrió que también existen etapas de desarrollo después de la adolescencia, las que Freud nunca investigó. Por lo tanto, Erikson definió claramente cuatro niveles adicionales a partir de la pubertad.

3.- Asentó que la interacción del individuo con su ambiente social produce una serie de crisis psicosociales, con las cuales el individuo debe trabajar para lograr una identidad del yo y una salud psicológica; y por último,

4.- Erikson creyó que el concepto de desarrollo puede ser mejor entendido si se encierra en forma de enrejado, el cual clarifica la interacción y la correlación entre los aspectos del desarrollo (Cueli y cols. 1990).

Ahora, de acuerdo a estos antecedentes, a continuación se hace una comparación entre Erikson y Freud, en relación con el desarrollo, con el fin de entender mejor a Erikson. Respecto a esto, DiCaprio (1976), hace esta distinción entre ambas teorías.

Este último autor menciona que Erikson (1963) admite que la teoría del desarrollo de la personalidad de Freud ha influido sobre la suya, ya que al igual que Freud, Erikson consideró el desarrollo desde el punto de vista de etapas relativamente distintas, pero propuso ocho etapas en lugar de las cuatro de Freud.

De esta forma, Erikson dividió los años adultos en cuatro etapas, por lo que Erikson reconsideró que la personalidad cambia y se desarrolla durante un período mucho más largo de como lo había estudiado Freud.

Para Freud, el desarrollo de la personalidad se basa en la forma en que son tratadas las necesidades sexuales del niño, es decir, una satisfacción excesiva o deficiente produce fijaciones de rasgo. Erikson, por su parte, no trata de explicar las génesis de los rasgos excesivos, sino que esboza más bien los logros del ego. Así, la teoría del desarrollo de Freud, se ha determinado como psicosexual; en cuanto que la de Erikson, se considera psicosocial.

Freud trataba de explicar la forma en que determinados rasgos de la personalidad se forman por medio de su teoría de los instintos, en cambio Erikson estudió a la persona desde el punto de vista de su medio sociocultural.

Freud se ocupó más directamente de las necesidades del individuo y de la forma como éstas son atendidas por las personas que cuidan del niño, Erikson, por su parte, consideró la tarea principal de cada período de la vida y la relación que existe entre el éxito o el fracaso en el desarrollo en vigor del ego.

Así, la teoría de la personalidad de Erikson ocupa un área más extensa que la de Freud. Divide el curso de la vida en ocho grandes etapas: cuatro que abarcan los primeros años hasta aproximadamente la edad de los 20 y cuatro más para incluir el resto de la vida.

Cada una de estas etapas que se describirán más adelante, son distintas y únicas, con problemas y necesidades particulares, así como con nuevas expectativas y limitaciones debido al medio cultural.

Así, Erikson (1963), citado por DiCaprio (1976), decía que a medida que el ego y el superyó aumentan de importancia, la persona podrá proponerse objetivos y limitaciones por sí misma. Pero cada etapa enfrenta al individuo con una tarea principal a resolver.

De igual forma, Erikson habla de una acción recíproca entre lo personal y lo social, es decir, que todo aspecto del desarrollo y del funcionamiento de la personalidad es el producto conjunto de los dotes individuales y de las influencias del medio cultural; además, creía que pueden relacionarse tipos particulares de personalidad con los diversos medios culturales. También habló de los cambios culturales y de las condiciones culturales y psicogeográficas que ejercen influencia sobre el curso del desarrollo.

En cuanto a las ocho etapas de la vida, Erikson (1963), planteó que si se les enfrenta y se domina con éxito, añaden algo al ego; es decir, la fortaleza se va acumulando y a medida que el niño crece se producen cambios en posibilidades y capacidades, que le permitirán un encuentro con su ambiente, de manera sana para él.

Así, también expresa que si una crisis o etapa no es resuelta eficazmente dentro de su período de desarrollo, experiencias ulteriores podrán proporcionar quizá otra oportunidad. Por ejemplo, una muestra diaria de confianza podrá reparar, tal vez, el daño causado por unos padres crueles o descuidados.

Por lo tanto, Erikson (1968) habla de los problemas que se presentan en el curso de la vida: la fase inmadura, la fase crítica y la fase de resolución de problemas universales.

Por ejemplo, un niño se enfrenta al problema de su identidad, pero esto también le ocurre al adolescente, al adulto e incluso a la persona de edad avanzada; pero el problema no es tan agudo para el niño como para el adolescente o el adulto, por lo que el problema en el niño se encuentra en su fase inmadura, es decir, el problema de autonomía se encuentra en la fase crítica a la edad de diez años; en el adolescente, la búsqueda de identidad llega a la fase crítica o de crisis.

Respecto a las crisis de Erikson (1968), este autor no concibe las crisis como una tensión abrumadora, sino más bien como un punto crucial en la vida del individuo, en que éste tiene que enfrentarse a un nuevo problema y resolverlo.

Para él, la resolución de los conflictos y de los problemas, asociados a cada uno de los períodos de la vida, ayuda a hacer posible el desarrollo normal, pero, el hecho de no lograr una realización específica cuando es decisiva, hace que los problemas se transporten a la etapa siguiente, por lo que dificultan necesariamente los esfuerzos para resolver los nuevos problemas de ésta.

En síntesis, cada una de estas etapas plantea al individuo una crisis de desarrollo, porque cada crisis está planteada como una lucha entre dos componentes o características conflictivas de la personalidad; esto es, un punto crucial en la vida, en la que hay que enfrentarse a nuevos problemas y resolverlos; así, la superación de cada conflicto añade al ego una dimensión de fuerza aumentada, en tanto que el fracaso lo hace más vulnerable.

Ante toda esta exposición del desarrollo de la teoría de Erikson, a continuación, se describirán, brevemente, las ocho etapas del desarrollo de Erikson.

Etapas del Desarrollo Psicosocial:

- PRIMERA ETAPA.- Primer año de vida: Confianza básica frente desconfianza básica.

En esta etapa Erikson (1963) menciona que la primera demostración de confianza social en el niño pequeño es la facilidad de su alimentación, la profundidad de su sueño y la relación de sus intestinos, o sea, la atención en su limpieza, es decir, cuando todas estas necesidades son abastecidas y satisfechas. De esta manera, las formas de bienestar y las personas asociadas a ellas, como es principalmente la madre, se vuelven ya muy familiares e importantes y aquí el niño tiene un primer logro, que es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o rabia, porque ella se convierte en una certeza interior así como algo exterior previsible.

Pero el papel de la madre, en cuanto a favorecer a esta confianza básica, pues, según Erikson, es muy importante, la cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil, no parece depender de las cantidades del alimento o de las demostraciones de amor, sino más bien de la cualidad de la relación materna. Con esto se refería a lo importante de un cuidado sensible de las necesidades del niño, de la manera de tratarlo durante la atención a estas necesidades, y también de la seguridad personal que la madre muestre hacia su hijo y de la constancia de ella para hacerlo.

De esta forma, las madres crean en sus hijos un sentimiento de confianza básica por medio de ese tipo de manejo que en su cualidad combina el cuidado sensible de las necesidades individuales del niño y un firme sentido de confiabilidad personal dentro de su estilo de vida, es decir, de su papel de madre.

También, esta situación de relación, va a crear en el niño la base para un sentimiento de identidad y que más tarde se combinará con el sentimiento de ser aceptable, de ser uno mismo y de convertirse en lo que la otra gente confía que uno llegará a ser. Por lo contrario, si no se cumple con lo necesario para proporcionarle al niño esa confianza, el niño adquiere un sentimiento de desconfianza, o sea, no ve a sus alrededores seguros y consistentes.

- SEGUNDA ETAPA.- De uno a tres años: Autonomía frente a vergüenza y duda.

En esta etapa Erikson (1963) dice que cuando el niño tiene una maduración muscular, o sea cuando tiene mayor desarrollo muscular y además perceptual, va adquiriendo una autonomía de acción creciente y esta maduración le permite experimentar su alrededor por medio de dos series simultáneas de modalidades sociales, que son aferrar y soltar; éstas son las formas en que el niño percibe y explora su ambiente físico. Pero, respecto a estas modalidades que desarrolla el niño, Erikson explica que pueden existir conflictos que pueden llevar, en última instancia, a expectativas y actitudes hostiles o bondadosas de parte de las personas significativas para el niño. Por tanto, aferrar puede llegar a significar retener o restringir en forma destructiva y cruel y puede convertirse en un patrón de cuidado tener y conservar. Así mismo, soltar puede convertirse en una liberación hostil de fuerzas destructivas, o bien en un afable dejar pasar y dejar vivir; esto, porque es restringido en su proceso de autonomía cuando el niño quiere libertad para conocer su ambiente.

Por lo tanto, de acuerdo a esto, el control exterior en esta etapa, que proviene por parte de los padres o educadores debe ser firmemente tranquilizador. Con esto quiere decir, que el niño debe llegar a sentir que la fe o confianza en la existencia en cuanto a explorar su ambiente no es de peligro, que no correrá ningún peligro ante sus actitudes en ese deseo de elegir por su propia cuenta, de apoderarse de las cosas con una actitud exigente y de eliminar o dejar éstas de forma inesperada. Por tanto, este control exterior, debe ayudar al niño a guiar sus actos de retener y soltar; por la razón de que todavía no posee una capacidad para retener y soltar con discreción, además de que su medio ambiente lo aliente y motiva a conocerlo y explorarlo, se le debe proteger también contra las experiencias arbitrarias y carentes de sentido de la

vergüenza y la temprana duda que corresponde al peligro de esta etapa según Erikson.

Se puede entender que esta duda se da cuando el niño lucha por satisfacer sus necesidades de conocer su medio y se encuentra quizá con fracasos, frustraciones y limitaciones frecuentes por parte de otros, podrá entonces llegar a desarrollar un sentimiento de duda de sí mismo y de sus propias capacidades.

Erikson (1963) asegura que, además de este sentimiento de duda de sí mismo, el niño podrá desarrollar un sentimiento de vergüenza, que se produce cuando el ego está expuesto y se encuentra indefenso en un situación de examen desfavorable y deprimente. Esta vergüenza se trata de una forma indeseable de timidez y de una ofensa de amor propio, producida por la censura y la desaprobación de los demás.

Asegura, además, que la vergüenza supone que el niño está completamente expuesto y consciente de que es mirado, es decir, está consciente de sí mismo, por tanto esta vergüenza se expresa desde muy temprano en una tendencia a ocultar el rostro, a hundirse en ese mismo momento, pero que en sí, se trata en esencia de una rabia vuelta contra sí mismo.

Erikson, aclara que cuando es excesiva esa vergüenza, no lleva al niño a una corrección, sino a su decisión de tratar de hacer las cosas impunemente, sin que nadie lo vea.

Esta etapa, resulta por tanto, decisiva para la aprobación de amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de autoexpresión y su supresión.

TERCERA ETAPA.- De los tres a los cinco años: Iniciativa frente a culpa.

Este autor menciona que al llegar a esta etapa, el niño ya presenta mayor necesidad de autonomía, que se hace más coordinada, eficiente y espontánea, recordando que en todas las etapas hay en cada niño un nuevo milagro de desenvolvimiento vigoroso, que va a significar una nueva ilusión y una nueva responsabilidad para todos. Tal es el caso de la iniciativa, que es la que corresponde a esta etapa, y en la que hay una crisis en el niño, caracterizada por tanteos y temores, y que se resuelve en tanto en el niño parece

repentinamente integrarse, o sea, cuando crece tanto en su persona como en su cuerpo, habiendo mayor dominio de éste. Durante este período el niño parece más él mismo, es más cariñoso, relajado y brillante en su juicio, es más activo y activador. Está en libre posesión de un excedente de energía que le permite olvidar rápidamente los fracasos y enfrentar lo que es o parece deseable, aunque también parezca incierto o peligroso; esto lo hace con un sentido más direccional y más preciso.

Para Erikson, la iniciativa agrega a la autonomía la cualidad de la empresa; con esto se refería al planeamiento y el ataque de una tarea, esto es, por el mero hecho de estar activo y en movimiento. Antes, este movimiento o actividad inspiraba las más de las veces a actos de desafío o por protestas de independencia, para tener una autonomía, pero ahora es por el hecho de querer hacer las cosas o de imitar a los adultos en sus actividades y de sentirse capaz; en esta etapa, puede haber un peligro que consiste en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planteadas y los actos iniciados en el propio placer experimentado ante el nuevo poder locomotor y mental. Es decir, que los esfuerzos para la adquisición de iniciativa puede llevar al niño a topar con personas poderosas que puedan hacerlo sentir culpable, de intrusión e imposición, por ejemplo, cuando el niño desea cosas que el adulto considera como importantes y compiten con ellos por ellas, y si los padres son muy rudos con el niño y lo rechazan por su intromisión en sus actividades, desarrollará un sentimiento de culpa, o sea el fracaso se percibe como culpa, además de sentirse incapaz. Por el contrario, cuando al niño se le permite su capacidad de iniciativa, estará listo para iniciar empresas en cooperación y para un trabajo productivo.

- CUARTA ETAPA.- De los seis a los doce años: Industria frente a inferioridad.

En esta etapa, Erikson (1963) explica que ya lo que vivió el niño en las etapas anteriores, lo prepara para la entrada a la vida, pero esta vida debe ser primero una vida escolar. En esta etapa el niño olvida las esperanzas y deseos pasados, para ceder paso a la tarea de la preparación, o sea el niño debe comenzar por ser un trabajador y un proveedor potencial y ahora aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas; está dispuesto a aplicarse a nuevas habilidades y tareas, que van mucho más allá de la mera

expresión juguetona; entonces desarrolla un sentido de la industria, esto quiere decir que se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas. Así, una situación productiva constituye una finalidad que gradualmente reemplaza a los caprichos y los deseos de juego del niño. Por lo tanto, en esta etapa Erikson aclara que todos los niños de todas las culturas reciben alguna instrucción sistemática, y así se desarrollan los elementos fundamentales de la tecnología, a medida que el niño adquiere capacidad para manejar las herramientas, las armas y los utensilios, o sea material para producir trabajo que utiliza la gente grande, el niño aprende a desarrollar sus habilidades y se familiariza con las tareas de la edad adulta. Esta instrucción puede ser impartida por la escuela, por adultos cercanos al niño o en su propia casa.

El peligro de esta etapa para el niño, expresa Erikson, radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Esto se refiere a que si el niño se desespera de sus herramientas y de sus habilidades, o de su status entre sus amigos, éste puede renunciar a la identificación con ellos, y ante toda esta situación, el hecho de perder toda esperanza de tal asociación industrial, experimenta un sentimiento de inferioridad. Explica Erikson que es en ese momento cuando la sociedad se vuelve significativa en cuanto sus maneras de admitir al niño a una comprensión de los roles significativos en su tecnología y economía; así, también, el desarrollo de más de un niño se ve bloqueado cuando la vida familiar no ha logrado prepararlo para la vida escolar, o cuando ésta no alcanza a cumplir las promesas de sus etapas previas.

Así mismo, Erikson considera a esta etapa muy decisiva desde el punto de vista social, puesto que la industria implica hacer cosas junto a los demás y, con ellos, además, se desarrolla un primer sentido de la división del trabajo.

- QUINTA ETAPA.- Adolescencia: Identidad frente a confusión de rol.

Erikson (1963), al referirse a esta etapa, explica que con el establecimiento de la relación inicial con el mundo de las habilidades y las herramientas, y con el venir de la pubertad, la infancia propiamente dicha llega a su fin; ahora la juventud comienza, pero en la pubertad y la adolescencia todas las mismidades y continuidades en las que se confiaba previamente, vuelven a ponerse en duda; esto por el rápido crecimiento corporal y por el nuevo

agregado de la madurez genital, que los hace crecer y desarrollarse, enfrentándose a una revolución fisiológica en su interior, y también con tareas adultas que los aguardan; entonces, surge en ellos una preocupación que se fundamenta por lo que parecen ser ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son, y encontrándose además con el problema relativo a relacionar los roles y las aptitudes cultivadas previamente con los prototipos ocupacionales del momento. De acuerdo a esto, el adolescente se dirige a una búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad que había logrado, entonces deben volver a librar muchas de las batallas de los años anteriores. Por sentimiento de continuidad y mismidad se refiere a aquellas experiencias que ya vivió y en donde de alguna manera probó sus capacidades y su confianza en sí mismo.

A todo esto, el adolescente debe lograr una integración que tiene lugar a la forma de identidad yoica, que es la experiencia acumulada de la capacidad del yo para integrar todas las identificaciones con la presencia de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas en los roles sociales. Entonces, afirma este autor, que el sentimiento de identidad yoica es la confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado encuentran su equivalente en la mismidad y la continuidad del significado que se tiene para los demás.

También en esta etapa se presenta un peligro, en el caso del adolescente se trata de una confusión de rol, es decir, en cuanto al papel que debe desempeñar, o sea el joven se perturba para decidirse por una identidad ocupacional, y para evitar esta confusión, se sobreidentifica de manera temporaria, hasta el punto de una aparente pérdida completa de la identidad, con los héroes de las camarillas y las multitudes, a consecuencia de esto, se inicia una etapa de enamoramiento, que no es realmente sexual, sino que el amor adolescente constituye, por un intento, en llegar a una definición de la propia identidad, proyectando la propia imagen yoica difusa en otra persona, logrando así que se refleje y se aclare gradualmente.

- SEXTA ETAPA.- La joven edad adulta: Intimidad frente a aislamiento.

Erikson (1963) dice que el adulto joven surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella. Ahora se encuentra ansioso y dispuesto a unir su

identidad con la de otros; el joven está preparado para la intimidad, posee ya la capacidad para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos. Ahora su cuerpo y su yo se encuentran listos para enfrentar el temor a la pérdida yoica en situaciones que exigen autoabandono, por ejemplo, en la solidaridad de las afiliaciones estrechas, en los orgasmos y las uniones sexuales, en la amistad íntima y en el combate físico.

Así, la evitación de tales experiencias debido a un temor a la pérdida del yo puede llevar a un profundo sentimiento de aislamiento y a una consiguiente autoabsorción. Erikson señala que lo contrario de la intimidad es el distanciamiento; es la disposición a aislar, y de ser ello necesario, a destruir aquellas fuerzas y personas cuya esencia parece peligrosa para la propia, y cuyo territorio parece rebasar los límites de las propias relaciones íntimas. El peligro de esta etapa es el aislamiento, o sea, la evitación de contactos que llaman a la intimidad, pero también se puede acudir al aislamiento para protegerse de la necesidad de enfrentar el nuevo desarrollo crítico, el de la generatividad, que corresponde a la siguiente etapa.

- SEPTIMA ETAPA.- Edad adulta madura: Generatividad frente a estancamiento.

En esta etapa, Erikson (1963) describe que el hombre maduro necesita sentirse necesitado, y la madurez necesita la guía y el aliento de aquello que ha producido y que debe cuidar, de aquí que explica que la generatividad, es en esencia, la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación, constituyendo así una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y también en el psicosocial, pero cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar una regresión o una necesidad obsesiva de pseudo intimidad, y, a menudo, con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal.

Entonces, las personas comienzan a tratarse a sí mismos como si fueran su propio y único hijo, y cuando las condiciones lo favorecen, se da una especie de invalidez física o psicológica y esto se convierte en el vehículo de una autopreocupación y, por tanto, un estancamiento.

- OCTAVA ETAPA.- Edad adulta avanzada: Integridad del yo frente a desesperación.

A esta etapa Erikson (1963) se refiere cuando el individuo de alguna forma ha cuidado de personas y cosas, se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones que surgen del hecho de ser el generador de otros seres humanos o el generador de productos e ideas y, entonces, se pueden madurar gradualmente el fruto de estas siete etapas. A esto Erikson le llamó integridad del yo, el cual se caracteriza por una seguridad acumulada del yo, como una aceptación del propio y único ciclo de vida, es decir, como algo que debía ser y que necesariamente no permitía sustitución alguna. Así, la persona que posee una integridad está siempre preparada para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física o económica, pero la falta o pérdida de esta integración yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte; es decir, no se acepta el único ciclo de vida, como lo esencial de la vida. También, se presenta una desesperación, que se expresa en el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad.

En conclusión, en cada una de estas ocho etapas del desarrollo, el individuo se encuentra con diferentes conflictos por enfrentarse a una tarea importante del desarrollo, lo cual le trae una crisis, porque tiene que resolverla, y si resuelve adecuadamente cada etapa, ésta fortalece a su yo, y si en el transcurso de todas estas etapas hay logros se puede hablar entonces de un desarrollo y personalidad sana.

Finalmente, Erikson (1963), citado por Bischof (1990), habla de ocho virtudes fundamentales que se dan cuando se resuelven adecuadamente las ocho etapas de desarrollo, explicando que depende una de otra. Por ejemplo, no puede haber voluntad sin esperanza. Estas virtudes van ligadas, según la etapa de que se trate, y son las que a continuación se mencionan.

- 1) Pulsión y esperanza que surgen de una confianza fundamental.
- 2) Autocontrol y voluntad que surgen de la autonomía.
- 3) Dirección y propósito que surgen de la iniciativa.
- 4) Método y competencia que surgen de la industria.
- 5) Devoción y fidelidad, como resultado de lograr una verdadera identidad
- 6) Afiliación y amor, que surgen de la edad de intimidad.

- 7) Producción y cuidado que surge de la fecundidad.
- 8) Renunciación y sabiduría, que surgirán en el individuo que ha logrado una verdadera integridad del ego en la edad adulta tardía.

Las ocho virtudes que describe Erikson son:

1.- Esperanza- Es la perdurable creencia en la posibilidad de realizar deseos fervientes, a pesar de las oscuras urgencias y ansias que marcan el principio de la existencia.

2.- Voluntad- Es la inquebrantable determinación de ejercer una libre elección y autorrestricción, a pesar de las inevitables experiencias de vergüenza y miedo habidas en la infancia.

3.- Propósito- Es el valor de situar y perseguir metas de valores no inhibidas por el fracaso de las fantasías infantiles, por la culpa y el paralizante miedo al castigo.

4.- Competencia- Es el libre ejercicio de la destreza y la inteligencia para completar tareas intactas aún por la inferioridad infantil.

5.- Fidelidad- Es la capacidad de sustentar la lealtad libremente ofrecida, a pesar de las inevitables contradicciones de los sistemas de valores.

6.- Amor- Es la mutualidad de devoción que para siempre subyuga los antagonismos inherentes a una función de vida.

7.- Cuidado - Es la creciente preocupación por aquello que el amor, la necesidad o la casualidad generan.

8.- Sabiduría - Es una preocupación, aparte por la vida en sí, cuando se está ante la muerte en sí.

En síntesis, en este capítulo se revisaron prácticamente cuatro enfoques diferentes del estudio de la personalidad. Primeramente, el de Sigmund Freud, quien partió de su interés en el estudio profundo del funcionamiento de la mente, la que divide en tres estructuras que llamó psíquicas : el ello, el yo

y el superyo, que en conjunto y con sus diversas características y funciones de la misma, denominó personalidad; así mismo, profundizó en los procesos psíquicos del individuo, en los estratos del inconsciente, preconscious y consciente, siendo la base de su comprensión del desarrollo de la personalidad desde el punto de vista psíquico, así como también el estudio de las etapas psicosexuales que son fundamentales para la comprensión de su teoría.

En cuanto a Anna Freud, retoma la teoría psicoanalítica de su padre, profundizando en una psicología del yo, en los mecanismos de defensa, recursos que utiliza el yo ante la amenaza de la angustia, sosteniendo que tales mecanismos se presentan tanto en una persona normal como en aquella que pasa por un estado neurótico. Señala la importancia de un buen uso de estos mecanismos para la estabilidad del yo, ya que el exceso a la inclinación hacia uno o algunos mecanismos específicos y de forma constante compromete el equilibrio mental del individuo.

En lo que se refiere a Sullivan, para formar su teoría interpersonal del desarrollo de la personalidad, parte de su conclusión de que el hombre es el producto de las interacciones con otros seres humanos y que por lo tanto la personalidad surge de la influencia personal y social, que actúan sobre el individuo desde el momento mismo de su nacimiento, de esto parte su teoría en un estudio del desarrollo del bebé, de sus primeras interacciones interpersonales, y como éstas se van desarrollando hasta la edad de madurez, explicando que si tales interacciones no son las adecuadas, en la edad adulta se manifestarán alteraciones de personalidad.

Erikson, por su parte, supone que el desarrollo de la personalidad comprende ocho etapas diferentes, mismas que se encuentran bajo la influencia del medio sociocultural, y que llevan al individuo a respectivas crisis, de las cuales deben obtenerse logros y superarlas para que así se desarrolle una personalidad sana.

De esta manera, estos diferentes enfoques en que se conceptualiza el desarrollo de la personalidad y sus fundamentos teóricos de cada autor resultan muy importantes como bases para entender el desarrollo de la personalidad y, por tanto, la conducta del individuo.

CAPITULO DOS

LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS MENTALES.

1. ASPECTOS GENERALES

Como se ha visto hasta este momento, el desarrollo de la personalidad lleva un proceso por etapas, según los autores revisados. Resaltando así la importancia de lograr un desarrollo adecuado en cada etapa para consolidar una personalidad sana en la edad madura. Pero se puede cuestionar si siempre se logra formar una personalidad completamente sana. Se podría pensar que en algunas personas esto no es así, por diversas razones. Por lo tanto, estas personas pueden desarrollar algún tipo de desajuste psicológico; pero también puede considerarse que una personalidad inadecuada o una estructura de personalidad sana, ante una situación de conflicto, enfermedad, etcétera, puede llevarla muy probablemente a desarrollar algún tipo de trastorno mental, de aquí que el interés y para el objetivo de esta investigación se hace una revisión de los diferentes tipos de trastornos mentales.

El desarrollo de la personalidad según Kolb

En cuanto al desarrollo de la personalidad, Kolb (1977) menciona el hecho de que para que la personalidad se desarrolle en forma adecuada o inadecuada depende de la dotación genética y constitucional de cada individuo, y sobre dicha dotación influyen las primeras transacciones familiares.

Refiere, también, que en el desarrollo de la personalidad hay normalmente una progresión hacia la madurez y cada etapa se desarrolla como una consecuencia lógica de la etapa previa, es decir, se trata de un crecimiento que emerge a través de diferentes etapas, cada una de las cuales tiene sus necesidades y problemas particulares, por lo tanto, si persisten éstos de una etapa anterior en etapas subsecuentes, pueden provocar deformaciones de la personalidad y volverse el origen de una enfermedad psicológica.

Así mismo, dice que conforme se desarrolla la personalidad y pasa el tiempo, el individuo tiene que hacer frente a oportunidades y a situaciones de estrés social que actúan sobre él y pueden favorecer a desarrollar algún trastorno mental.

Asegura entonces que los trastornos mentales emergen de una personalidad predispuesta en su composición estructural básica y su evolución dinámica, y las causas de estrés que se le imponen.

Para este mismo autor, los trastornos mentales deben considerarse como partes de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un estrés.

2. ALGUNOS TRASTORNOS MENTALES

Según el DSM-IV(1995): “Cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej. en una o más áreas de funcionamiento) o un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”.

Con motivo del tema de esta investigación, se revisarán en este apartado los trastornos por ansiedad, por angustia, por depresión, los trastornos psiconeuróticos, los trastornos psicóticos y los trastornos del estado de ánimo.

Trastorno por ansiedad

Goldman (1995) define a la ansiedad como un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar y que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento.

La intensidad de la ansiedad tiene varios grados que van desde inquietudes menores hasta temblores notables, e incluso angustia completa, que es la forma más extrema de ansiedad. Para Goldman, la evolución de la ansiedad

también varía con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La duración también varía de algunos minutos a horas, o incluso días o meses, aunque los episodios de angustia, por lo general se reducen dentro de diez minutos y rara vez duran más de 30 minutos.

Explica Goldman que si la ansiedad surge en forma inesperada, se llama ansiedad espontánea (o si es muy intensa, angustia espontánea); ahora, cuando la ansiedad ocurre predeciblemente en situaciones específicas, se denomina ansiedad situacional o fóbica (o cuando es extrema, angustia situacional o fóbica). Habla también de una ansiedad anticipatoria (o angustia anticipatoria), que es desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares.

El límite entre ansiedad normal y patológica no pueden trazarse con precisión o seguridad. Goldman (1995) señala que las personas algunas veces buscan tratamiento para su ansiedad, la cual puede desaparecer espontáneamente antes de que asista a terapia. Pero cuando la ansiedad deteriora substancialmente el estilo de trabajo o la adaptación social, la mayoría de los autores concuerdan en que está indicada una cuidadosa evaluación y que es probable que el tratamiento sea útil. Ahora, el sufrimiento, en sí mismo, es a menudo una justificación para el tratamiento, aun si la persona con ansiedad puede continuar funcionando.

Trastorno por angustia

Kolb (1977) menciona que la angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente y que constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables. El paciente ignora la fuente de su angustia.

Así mismo, la angustia a menudo es desplazada de su fuente original, no reconocida, hacia otra situación que el paciente considera como una causa razonable de aprensión, que despierta esa inquietud difusa e imprecisa, y esa

tensión molesta. A veces la angustia está ligada a un miedo sin causa aparente. Este tipo de angustia que se siente y se expresa directamente, se conoce como angustia libremente flotante. En ocasiones, la angustia puede estar encubierta, y no existen tensión aparente, ni aprensión molesta, ni sus manifestaciones físicas; este estado es el síntoma principal en las llamadas neurosis de angustia y a menudo se manifiesta en otras neurosis.

La angustia ejerce un efecto sobre el sistema nervioso autónomo, por lo tanto, puede provocar trastornos en las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos.

De esta manera, las formas agudas de angustia, a través de una estimulación del sistema nervioso autónomo, puede producir una tensión visceral, hiperventilación, espasmos de las porciones cardiaca y pilórica del estómago, irritabilidad intestinal, diarrea o constipación, palpitations, taquicardia, bochornos y dificultades respiratorias, puede acompañarse esta angustia con náuseas, desmayo, debilidad y temblores musculares. Las manos y la cara se cubren de sudor, el paciente toma una posición tensa, muestra vigilancia excesiva, mueve nerviosamente las manos y los pies, su voz se vuelve irregular y forzada y sus pupilas se dilatan ampliamente. Cuando la angustia es intensa y se derrama hacia el sistema muscular, gran inquietud motora, se habla de agitación para describir la reacción que presenta el paciente.

El DSM-IV (1995) señala que la característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición durante un período como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

Trastornos por depresión

Kolb (1977) define la depresión como un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está inmóvil, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a

sí mismo y experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas personales.

La conversación puede resultarle penosamente difícil, se siente rechazado y sin que nadie lo quiera.

Son frecuentes síntomas como cefalagia, tensión dentro de la cabeza, fatiga, pérdida del apetito y constipación, que aparecen en más de la mitad de los casos de depresión.

El insomnio, especialmente el causado por un despertar demasiado temprano, es la regla.

Las ideas delirantes aparecen a menudo y tienden a expresar ideas de culpabilidad, indignidad y autoacusación. Con frecuencia surgen pensamientos suicidas.

El paciente depresivo pierde la iniciativa y cuando se le hacen preguntas, las respuestas suelen ser retardadas y monosilábicas. La expresión facial es de abandono.

La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción forzada hacia personas de quienes depende la propia seguridad.

El efecto de la depresión puede incluir grados variables de tristeza, culpa y vergüenza al mismo tiempo: la tristeza puede deberse a una pérdida.

3. TRASTORNOS PSICONEUROTICOS

Kolb (1977) menciona que estos trastornos pueden ser la expresión sintomática de "angustia" o bien los mecanismos psicológicos que en forma

inconsciente se adaptan para controlarla. En dichos estados no existe una desorganización material de la personalidad ni la distorsión exagerada o la falsificación de la realidad externa que se observa en las psicosis en forma de ideas delirantes y alucinaciones. Refiere que se conocen tipos generales de psiconeurosis y que su forma se determina según la manera como el paciente intenta manejar el peligro amenazador que experimenta en el área consciente de su personalidad, dicha sensación surge de la porción inconsciente de la personalidad misma.

Este mismo autor señala que los trastornos psiconeuróticos de la personalidad surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos, y situaciones que provocan estrés, que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos inquietantes cuya causa es la angustia que ha estimulado.

Los síntomas consisten en manifestaciones de angustia o esfuerzos automáticos para controlar dicha angustia por medio de defensas como conversión, disociación, desplazamiento, formación de fobias o pensamientos y actos repetitivos.

El enfermo neurótico no reconoce la relación que existe entre sus conflictos emocionales y las situaciones perturbadoras, ni el funcionamiento anormal de su personalidad.

En las psiconeurosis la represión parece estar conservada, no obstante el material reprimido reaparece, pero no en una forma distorsionada que lo hace tolerable para el yo. Habitualmente, se conserva el interés en el mundo exterior y se siguen percibiendo los cambios en el ambiente social, la conciencia está clara y nunca regresa al nivel infantil. Suele sentir su sufrimiento subjetivo y quiere mejorar, aunque se sabe que su deseo inconsciente más intenso es que ocurra lo contrario.

Causas:

En casi todos los casos, el psiconeurótico muestra desde sus primeros años rasgos constitucionales, adquiridos a través de la asociación, transacción y dependencia respecto a diversos miembros de la familia. Casi todos los

patrones neuróticos graves, dependen básicamente de conflictos y actitudes afectivas que surgieron durante la niñez. No es raro encontrar que la niñez del psiconeurótico se caracterizó por trastornos como sonambulismo, gritos durante el sueño, neuresia, trastornos del habla, idiosincrasias respecto a los alimentos, delirio asociado a ligeras elevaciones en la temperatura, berrinches, fobias, timidez, compulsiones, hábitos de comerse las uñas y otros aspectos de personalidad y conducta.

Las psiconeurosis son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. La mayoría de las neurosis de los adultos se desarrollan entre los últimos años de la adolescencia y los 35 años de edad, que es el período en el que el individuo se enfrenta a los problemas de las adaptaciones y las responsabilidades del adulto, y en el que deben establecerse situaciones sociales, económicas y sexuales satisfactorias.

Kolb (1977) describe diferentes tipos de neurosis:

Neurosis de angustia

La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable, o como una sensación de expectación aprensiva. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. El hecho de que surja material reprimido tiende en especial a producir angustia.

En un ataque de angustia reactiva aguda, el cuadro clínico puede estar matizado por una situación traumática.

Neurosis fóbica

Una fobia es una reacción defensiva en el cual el paciente en un intento de manejar su angustia, la desliga de una idea, objeto o situación específicos de su vida cotidiana y la desplaza en forma de un miedo neurótico específico hacia una idea, objeto o situación asociados a la primera idea. Aunque el enfermo reconoce consistentemente que no existe peligro real, si se expone al objeto o situación simbólicos y específicos que estimulan la fobia, no puede evitar una intensa sensación de miedo.

Por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización, el paciente logra una defensa contra la angustia que surge de la fuente que el no reconoce. En esta forma dicha angustia se desliga de su fuente real, y se desplaza hacia una situación u objeto que suelen simbolizar la tendencia o el deseo amenazadores.

Si se expone a la situación específica que provoca su miedo, el fóbico experimenta desmayo, fatiga, palpitaciones, transpiración, náuseas y temblor.

Cuando el individuo evita enfrentarse a la situación, la persona o la idea que teme, logra un control parcial de la angustia y durante un tiempo alivia sus temores.

El individuo que sufre de fobias, a menudo proviene de una familia en la cual la madre tiene miedo de su propia agresión, padece también de fobias y es incapaz de imponer normas de conducta aceptables.

Neurosis histérica

En algunos casos, la personalidad puede estar tan desorganizada que los mecanismos de defensa gobiernan la conciencia, la memoria incluso a todo el individuo, con poca o ninguna participación de la personalidad consciente, y el paciente parece psicótico. Antes las neurosis disociativas se clasificaban como un tipo de histeria de conversión. Una de las más frecuentes reacciones disociativas defensivas que la angustia provoca, es la amnesia.

La amnesia disociativa no es un simple olvido, es un proceso activo, un total borramiento de la percepción de rasgos desagradables.

El enfermo acepta con tranquilidad la pérdida de su memoria; esto demuestra cuán satisfactoriamente la amnesia desempeña su papel protector de escape.

Reacciones de conversión

En una reacción de conversión la angustia se convierte en síntomas funcionales que afectan a órganos o partes de cuerpo inervados por el sistema nervioso sensorial-motor.

El síntoma de conversión se crea para encarar una situación y sirve para prevenir o disminuir cualquier angustia consciente y palpable.

En la histeria de conversión, los síntomas proporcionan un cierto grado de solución a los problemas del individuo, logrando alivio para la angustia que la situación inquietante implica.

La pubertad es uno de los períodos en que con mayor frecuencia aparecen las reacciones de conversión.

Un síntoma común de conversión en las mujeres, es la retención urinaria. Otros síntomas en estos paciente, son la parálisis que pueden tomar formas de monoplejía, hemiplejía o paraplejía, y pueden ser flácidas o espásticas, los tic, anestésias, parastesia y alteraciones en los órganos de los sentidos como ceguera o sordera.

Las molestias dolorosas son de naturaleza histérica y pueden ser de tipo alucinatorio.

Hay que tomar en cuenta las experiencias de la niñez que se asocian a dolor, ya que conducen hacia la aparición de sufrimiento masoquista con objeto de obtener respuestas afectuosas satisfactorias.

En ocasiones la enfermedad orgánica impone el estrés adicional suficiente para que el individuo ya no pueda manejar los problemas emocionales en una forma realista.

Neurosis obsesiva compulsiva

En la reacción obsesiva compulsiva, la angustia se controla, de manera automática, cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma persistente. Los pensamientos y actos rituales que no desea tener son irracionales, pero no puede controlarlos.

Esta reacción se puede expresar en tres formas :

- 1.- Reparición persistente de un pensamiento desagradable o inquietante.
- 2.- Una morbosa necesidad apremiante de llevar a cabo algún acto repetitivo y estereotipado.
- 3.- Un pensamiento que reaparece en forma decisiva, acompañado de la compulsión de ejecutar un acto repetitivo.

El enfermo se preocupa en forma obsesiva por algún tema que en apariencia es indiferente, excluyendo otros intereses. Mientras mayor es el esfuerzo para disipar los pensamientos obsesivos, con mayor terquedad retornan.

Los pensamientos insistentes y obsesivos tienen un propósito defensivo. No debe tomar en cuenta el valor de la idea repetitiva, ya que es el sustituto de otra idea, y sirve para prevenir la angustia. La fuente real puede ser un sentimiento de culpa oculto. La idea manifiesta resulta del esfuerzo para mantener otra cosa fuera de la mente, y se forman los mecanismos de desplazamiento, simbolización y condensación.

La repetición obligatoria de actos determinados.

Las fuerzas que producen el acto compulsivo son inconscientes. Puesto que el acto simbólico no satisface las fuerzas que lo produjeron y se vuelve estereotipado y repetitivo.

La mayoría de los actos obsesivos compulsivos, consisten en llevar a cabo hechos tan simples e inútiles como no tocar o contar algo. La función de los actos compulsivos es aliviar la angustia o ligarla a un hecho determinado. Los actos compulsivos son frecuentes en los niños y en los adolescentes, y se establecen a través del hábito, pero normalmente desaparecen cuando ceden las tensiones reprimidas y se establecen adaptaciones sociales adecuadas.

Puede existir una relación de fobia y compulsión; esta asociación se presenta cuando existe un miedo abrumador a los impulsos intolerables.

Habitualmente se observa angustia intensa.

El hábito de lavarse las manos en forma repetida, resulta de un miedo obsesivo a la suciedad o a desaseo, pero el verdadero miedo es a los impulsos intolerables o a los anhelos cargados de culpa que se han desplazado y simbolizado en la constante preocupación con miedo a la suciedad.

Kolb (1977) señala que se cree que psicogenéticamente el origen de la conducta obsesivo compulsiva radica en la lucha inicial que el niño experimenta al crecer, entre sus impulsos coercitivos hacia el logro de una omnipotente seguridad en sí mismo y la necesidad de adaptarse a las exigencias de sus padres, y así conservar el amor y el respeto que le tienen.

Neurosis hipocandriaca

Se caracteriza por una preocupación e interés obsesivos del individuo respecto al estado de su salud y las condiciones de sus órganos.

Los pacientes a menudo relatan una multiplicidad de molestias relacionadas con diferentes órganos o sistemas corporales que piensa estar incurablemente afectado.

El hipocandriaco amplifica la intensidad de las sensaciones de fatiga, etc.

En muchos casos parece ser un desplazamiento de la angustia hacia el cuerpo, con las resultantes molestias somáticas.

Algunas reacciones hipocandriacas pueden volverse obsesivas en forma persistente y excesiva e incluso pueden aparecer compulsiones asociadas.

Neurosis depresiva

Finalmente, Kolb (1977) menciona que en las depresiones psiconeuróticas, la angustia se enmascara con una conducta de desprecio a sí mismo y con efecto depresivo. En la mayoría de los casos la depresión reactiva aparece poco después de una pérdida importante y evidente (por ejemplo, la muerte de un ser querido).

Es menos común que la depresión aparezca cuando el individuo logra algún éxito.

Existe un llanto frecuente en las depresiones neuróticas.

A veces el enfermo deprimido trata de vencer la angustia y la tensión culpables por medio de la ingestión de alcohol o drogas; otros buscan apoyo en forma dependiente, a través de quejas hipocandriacas.

La mayoría se queja de fatiga, lasitud y dificultad para dormir y trabajar. Desaprueban su pasado, son pesimistas y se tienen lastima a sí mismos, pero de manera precaria logran continuar sus actividades generales.

4. TRASTORNOS PSICOTICOS

Para Kolb (1977) estos trastornos se caracterizan por un grado variable de desorganización en la personalidad. De esta manera, en grados diferentes, el paciente rompe su relación con la realidad o no logra evaluarla ni comprobarla correctamente. Como resultado de esto, su capacidad para el trabajo efectivo y para tener relaciones adecuadas con otras personas se destruye o se altera en forma temporal, y a veces en forma definitiva.

Dentro de los trastornos psicóticos se tienen las psicosis esquizofrénicas y las psicosis paranoides.

1) Psicosis Esquizofrénicas

Kolb (1977) dice que existe un desacuerdo universal acerca de cómo definir las reacciones esquizofrénicas y acerca de cuales son sus factores etiológicos predisponentes o precipitantes, por lo cual explica que tal vez sea más exacto hablar del grupo de las esquizofrenias y no pensar que cada conjunto de reacciones anormales es una sola entidad patológica. Por lo tanto, se inicia con una descripción general de la esquizofrenia para explicar después las clasificaciones de éstas.

Para este autor, los síntomas de las reacciones esquizofrénicas se reconocen por la calidad poco común y extravagante de la conducta, que incluye una actitud distante respecto al ambiente, suspicacia, periodos de destructividad impulsiva y despliegues emocionales exagerados e inmaduros que a menudo manifiestan direcciones ambivalentes y parecen inapropiados a quien los observa. Las percepciones interpersonales se distorsionan en los estados más graves, debido al material de las ideas delirantes y de las alucinaciones. En las formas más desorganizadas de la vida esquizofrénica, el individuo se aísla en un mundo de fantasía, su pensamiento se altera en forma grave y sus hábitos se deterioran profundamente, ya que deja de tomar en cuenta las costumbres sociales habituales y el cuidado personal.

Explica Kolb (1977) que, en general, se considera que el esquizofrénico es incapaz de establecer, por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía efectiva entre sus impulsos coercitivos y sus inhibiciones, y que no ha podido desarrollar un concepto satisfactorio de su propio cuerpo ni un concepto claro o estable de sí mismo. Por lo tanto, su capacidad de evaluar con claridad la realidad del mundo es deficiente. Así mismo, su interacción con otras personas se caracteriza por procesos inmaduros de comunicación, de pensamiento y de adaptación. Parte de su adaptación se efectúa por medio de conducta regresiva o basada en fijaciones infantiles, que es sólo parcialmente satisfactoria.

En cuanto a la etiología de la enfermedad hay teorías que dan crédito al factor genético como es en la frecuencia en que ocurre entre gemelos monocigóticos; también se encuentra la predisposición biológica, que se refiere cuando las madres son esquizofrénicas y engendran hijos con malformaciones físicas, que las madres que pertenecen a la población en general; estos datos sugieren que existe una debilidad constitucional en relación con la enfermedad. Otra causa que puede determinar la enfermedad; según Kolb, es la transacción familiar, cuando la relación entre madre e hijo es deficiente, dentro de grupos familiares gravemente anormales, en los que los padres muestran signos de trastornos en su personalidad.

El inicio de la enfermedad abarca de los últimos años de la niñez a los últimos años de la madurez, aunque la edad más frecuente es la adolescencia y los primeros años de la edad adulta.

Para Kolb (1977) la forma en que se inicia el padecimiento, excepto en el tipo catatónico, a menudo es un proceso evolutivo gradual y puede haber una fase transicional “preesquizofrénica” que dura un año o dos.

Así, antes de aparecer los cambios en la conducta y las rarezas visibles, el enfermo sufre múltiples experiencias subjetivas, asociadas a una angustia cada vez mayor y provocadas por dicha angustia, así como miedos aterradores de disolución personal. El paciente se da cuenta de ciertos rasgos cada vez más intensos, como tensión, confusión, distraimiento en sus conversaciones con otras personas e incapacidad para mantener una secuencia del pensamiento en esas transacciones humanas.

En tales momentos, el enfermo deja de hablar o responde de manera inapropiada, fija su mirada en un punto lejano, deja de parpadear.

El esquizofrénico también experimenta dificultad para mantener constancia perceptual en lo que se refiere a su propio cuerpo y al mundo externo, en ocasiones siente que partes de su cuerpo, o su cuerpo entero cambia de tamaño o forma, esto también lo registra en otras personas. También sus percepciones auditivas son inciertas; demasiado fuertes y lejanas, e indiferenciadas y, por lo tanto, aterradoras, interpersonales o confusas.

Uno de los primeros síntomas más frecuentes es una cierta indiferencia, aislamiento tras barreras en un área que, si pudiera trasponerse revelaría soledad, desesperanza, odio y miedo. Con frecuencia el paciente parece preocupado o tiene aspecto de estar soñando, no comparte los sentimientos de otros y le importa poco la realidad de la situación en la que vive. A menudo, sus planes para el futuro son vagos y poco realistas, tampoco confía ni cree en nadie.

El esquizofrénico puede tener un deterioro aparentemente inexplicable en su forma de trabajar; su afecto es superficial, su capacidad de responder emocionalmente está disminuida y existe una alteración en la riqueza y la variedad de la expresión emocional.

Le importan cada vez menos los requerimientos sociales, y las buenas maneras, mientras que se embotan el cariño y la lealtad que antes podía experimentar, deja de tomar en cuenta los convencionalismos e incluso le molestan.

Algunos esquizofrénicos expresan una preocupación excesiva por su condición física.

Según Kolb (1977) muy al principio de la enfermedad hay pacientes que reconocen que sus ideas de referencia y otras experiencias mentales anormales son poco naturales, y desean saber el significado de dichas experiencias y comprender sus propios problemas; a veces pueden darse cuenta de las causas que los han conducido hacia su enfermedad, de manera que en esta etapa es posible que estén dispuestos a comentar sus problemas, posteriormente este deseo se pierde.

Conforme se pasa de esta etapa inicial, que se puede llamar fase de incubación hacia la psicosis manifiesta, aparece una visible pobreza e incongruencia del tono afectivo. El enfermo es incapaz de sentir y regular apropiadamente sus emociones. El sentimiento o afecto se aísla de las realidades externas y se limita al propio yo. Por otro lado, el estado de ánimo persistente o rigidez emocional no tiene relación con las circunstancias o las experiencias externas; otra alteración del afecto es aquella en que la expresión emocional está desligada de la realidad, que se manifiesta por una incongruencia emocional, que a menudo se hace aparente en forma de una sonrisa, una risa o una risita tonta.

En el esquizofrénico, existe un estrechamiento de la atención que resulta de las preocupaciones autísticas y de la pérdida de la capacidad para fijar energía e interés a los objetos externos. Su atención se centra en elucubraciones subjetivas, en asuntos dentro y no fuera del paciente.

Su pensamiento y comunicación se alteran, la estructura del pensamiento se acorta, fragmenta o se altera a tal grado que pierde su relación lógica. La alteración en la asociación del pensamiento se presenta cuando ya se ha instalado una grave desorganización de la personalidad.

Otra alteración es en el lenguaje, el enfermo utiliza el lenguaje en una forma distorsionada, que varía desde una fraseología ceremoniosa y altisonante sin sentido aparente, hasta una ensalada de palabras, formada de nombres y verbos prácticamente sin estructura articulada y sin una conexión que parezca tener significado.

Kolb (1977) dice que Krapelin (1896) a través de sus observaciones, aportó una descripción clínica del trastorno esquizofrénico y lo clasificó en varios tipos que retoma Kolb y que a continuación se explican.

Tipos de Esquizofrenia

a) Tipo Simple

En este tipo de esquizofrenia los trastornos más notables afectan la emoción, el interés y la actividad. Si aparecen alucinaciones son escasas y fugaces, y las ideas delirantes tampoco tienen un papel importante. Habitualmente este trastorno se establece en forma gradual y toma la forma de un cambio y empobrecimiento de la personalidad; los amigos del paciente no comprenden qué significa dicho cambio. Así, una superficialidad en las emociones, una indiferencia o endurecimiento afectivo, la ausencia de voluntad o de empuje y una escasez progresiva de recursos interiores revelan el marchitamiento de la personalidad, que constituye el rasgo prominente de este tipo. Al enfermo no le importa la crítica de los demás ni el dolor de sus padres; pierde la capacidad de apreciar los valores estéticos y morales y deja sin terminar el período de adiestramiento o aprendizaje para una profesión o para desempeñar una ocupación que requiera habilidad. Muchos pacientes se vuelven individuos inútiles e irresponsables, vagabundos, malhechores, prostitutas o delincuentes. El enfermo no recupera su interés en su ambiente ni se ocupa de las responsabilidades.

b) Tipo Hebefrénico

El principio de este tipo de esquizofrenia es insidioso y habitualmente ocurre en los primeros años de la adolescencia; en ocasiones es subagudo y se caracteriza por una depresión semejante a una reacción afectiva. Sus reacciones afectivas suelen ser superficiales e inapropiadas; por ejemplo,

boberías, risas sin causa aparente, sonrisas y carcajadas incongruentes o inapropiadas. Hay alucinaciones que son frecuentes en este tipo de esquizofrenia, que a menudo representan la proyección de los imperiosos deseos reprimidos. El contenido ideativo del esquizofrénico tiende a tomar la forma de fantasías o de ideas delirantes. Así, los procesos asociativos del pensamiento muestran falta de cohesión, el habla es incoherente y es frecuente que el enfermo utilice neologismos y adopte posturas y amaneramientos forzados. También los rasgos regresivos son muy notables, el enfermo suele orinar y defecar vestido, y come en una forma voraz y salvaje. El enfermo llega a vivir una vida intensamente autística, se vuelve inaccesible a un grado desconcertante, introvertido en extremo y se aísla del exterior. La desintegración final de la personalidad y de los hábitos es tal vez en este tipo, mayor que en cualquiera de las otras formas de esquizofrenia.

c) Tipo catatónico

El tipo catatónico se caracteriza por fases de estupor o de excitación, en las cuales el negativismo y el automatismo son rasgos prominentes. Puede haber alternancia entre períodos de poca actividad o de inmovilidad y lapsos de actividad excesiva y explosiva.

Así mismo, puede haber una mezcla de síntomas que suelen interpretarse como características de una u otra fase.

La edad en que con mayor frecuencia aparece este trastorno es entre los 15 y 25 años.

Dentro de los diversos tipos de esquizofrenias, la catatónica es la que con mayor frecuencia tiene un principio agudo y va precedida de una experiencia emocionalmente dolorosa, que la precipita.

En cuanto al estupor catatónico o la fase de estupor, a menudo va precedida de depresión, incomodidad o agitación emocional acumulada.

El enfermo tiende a no comunicar su estado de ánimo y sus reacciones se caracterizan cada vez más por falta de interés, desatención, preocupación, pobreza emocional y onírica. Se muestra mudo, estuporoso y con una cara semejante a una máscara. El catatónico en ocasiones tiene los ojos cerrados o mira hacia abajo fijamente y sin expresión. Puede mantenerse de pie casi

inmóvil y rara vez cambia su posición a lo largo del día. Otro tipo de catatónico pasa el día sentado en el borde de una silla o en cuclillas sobre el suelo. Debido a su pérdida del sentido de la realidad, niega al mundo y activamente se resiste al ambiente. El catatónico retiene la saliva, la orina y el contenido intestinal lo desecha en sus ropas, muestra una aparente intención en su molesto desprecio hacia toda limpieza en sus hábitos de excreción. Es común también, que ejecute gestos, ademanes y muecas. El enfermo catatónico en realidad registra los hechos de su ambiente, y cuando comienza a hablar hace a veces un relato sorprendentemente exacto de todo lo que ocurrió durante su estupor. Puede considerarse que el estupor es un aislamiento que protege del contacto con los factores ambientales que parecen amenazantes; por otra parte, puede compararse a un encierro dentro de una ensoñación o dentro de una preocupación intensa, semejante a un trance.

Después de un período variable, el enfermo puede salir lentamente, o a veces súbitamente, de esa profunda inhibición generalizada. Parece ser que en ocasiones la rigidez y el negativismo catatónico terminan en respuesta a estímulos afectivos. Pero es más frecuente que ocurra lo contrario, es decir, que en forma súbita el enfermo se hunda en una situación estuporosa, después de un incidente físico o mental aparentemente trivial.

La otra fase de este tipo de catatonía, es una excitación catatónica, que se caracteriza por actividad motora agresiva y desorganizada. No se acompaña de expresión emocional y los estímulos externos no la modifican; en apariencia no tiene finalidad, es estereotipada y suele confinarse a un espacio limitado, muestra una conducta impulsiva e impredecible; así mismo, en forma súbita, agrede a un observador inofensivo o rompe una ventana, puede romper su ropa, ignora toda su limpieza excretora. En este enfermo el fluir del habla varía desde el mutismo hasta una verborrea que sugiere fuga de ideas.

Es frecuente también que adopte amaneramientos, estereotipias y muecas. Su conducta puede ser la respuesta a alucinaciones visuales o auditivas, aterradoras o estáticas. En raras ocasiones el catatónico que sufre excitación aguda y extrema puede sufrir colapso y morir.

d) Tipos Paranoides

Los rasgos que son más evidentes en este tipo, son las ideas delirantes (que pueden ser numerosas, ilógicas y no toman en consideración la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del afecto, junto con negativismo.

El tipo paranoide tiende a mostrarse en forma franca a edades un poco mayores que las otras formas de esquizofrenia. Es frecuente hasta después de la adolescencia y después de los 30 años de edad. Son frecuentes las ideas delirantes de persecución, que son las más notables; también se presentan ideas delirantes hipocandriacas y depresivas. El enfermo usa palabras inapropiadas o neologismos. Se siente sujeto a vagas fuerzas mágicas y sus explicaciones se vuelven extremadamente imprecisas e irracionales. La fantasía imaginativa puede volverse exagerada y adquirir el valor de la realidad. Muchos enfermos son irritables, se sienten descontentos, son rencorosos, sospechan de los demás con un sentimiento asociado de ira y muestran una aversión furiosa a que se les entreviste. Habitualmente se presentan alucinaciones auditivas y son de naturaleza amenazante o acusadora.

El paciente puede mostrar diversos grados de tensión y estar sujeto a brotes de rabia que no puede controlar. Conforme se desorganiza la personalidad, las respuestas afectivas se aplanan cada vez más. Son comunes en el paranoico la apatía, los amaneramientos y la incoherencia.

e) Tipo esquizo-afectivo

Son menos frecuentes los casos de trastorno mental que se caracterizan por episodios recurrentes que siempre muestran una mezcla de síntomas esquizofrénicos y síntomas afectivos. Por ejemplo: el contenido mental puede estar a tal grado alejado de la realidad que parece esquizofrénico, mientras que el estado de ánimo corresponde a depresión o júbilo exagerados.

2) Psicosis Paranoides

Kolb (1977) menciona que Kraepelin consideró la paranoia como un tipo fijo de enfermedad, que resulta exclusivamente de causas internas y se caracteriza por ideas delirantes sistematizadas y persistentes, por la conservación de pensamiento y conducta claros y ordenados y por la ausencia de alucinaciones.

Por esta razón se revisan las reacciones paranoides, según Kolb, (1977).

Reacciones paranoides, paranoia y estados paranoides

La paranoia es un trastorno mental crónico de desarrollo insidioso, que se caracteriza por ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, el habla y las reacciones emocionales y de conducta no se alteran, excepto por la influencia que sobre ellas ejercen las creencias delirantes, que se vuelven el motivo predominante y la guía de la vida del enfermo, y alteran la prudencia y el juicio. En la paranoia el síntoma más importante se encuentra en el campo del pensamiento.

Kolb dice que parece haber hechos convincentes que demuestran que las causas de la paranoia y de los estados paranoides son psicológicas; entre éstas están los anhelos ambiciosos, pero frustrados. Hay experiencias traumáticas específicas de la vida que pueden ser factores contribuyentes, así se ha encontrado que el paranoico proviene de una familia que ha sido autoritaria, aspera y cruel en grado excesivo. También la lástima hacia sí mismo o la rivalidad con un hermano, parecen facilitar el establecimiento de las tendencias paranoides. Habitualmente, la persona paranoide siempre ha criticado todo, ha sido exigente, inflexible, parcial, desconfiada, impaciente e inclinada a desafiar los convencionalismos.

Es característico que haya mostrado tendencia exagerada a las discusiones y haya sido intransigente y agresiva. Sus relaciones interpersonales son difíciles. No acepta que lo critiquen y se muestra celoso e inaceptable. El paranoico se aleja de sus amistades y crea enemigos, por tanto es rechazado y aislado.

Este tipo de trastorno es más común en hombres, y el síntoma inicial de la paranoia y de los estados paranoides es un sistema rígido y persistente de ideas delirantes, que en ocasiones se originan en hechos reales.

El contenido de las ideas paranoides varía mucho y está determinado principalmente por las particulares necesidades psicológicas que el enfermo intenta satisfacer por medio de ellas y secundariamente por el tipo de racionalización que concuerda con las ideas y creencias que predominan en el ambiente del enfermo. De esta manera, el paranoide defiende sus racionalizaciones y muestra una convincente seriedad cuando trata de convencer a otras personas de que sus ideas delirantes son reales. El paranoide es superior en su dotación intelectual que puede permanecer sin alteraciones. Las ideas que predominan en él, son de persecución o de grandiosidad expansiva o contiene ambos temas. El estado de ánimo de muchos paranoicos es de mal humor prolongado, y se imagina desaires, sus vagos sentimientos de miedo tienden a aumentar las sospechas y la tendencia del enfermo a los pensamientos malintencionados. Así, también, las ideas delirantes se extienden: el paciente cree que la gente propaga mentiras acerca de él, siente que se entrometen en su vida y observa en la gente hostilidad y celos.

En todas las reacciones paranoides, el paciente, confiado siempre en que tiene la razón, se aferra en forma obstinada a sus opiniones, puesto que su seguridad interior no le permite sentirse de otra manera. Por otra parte, también mantiene sus malas interpretaciones anormales exagerando en exceso y en forma continua el significado inferido o implicado en las cosas, desechando el contenido real y aparente de un comentario o de una acción.

Existen dos formas frecuentes de paranoia, una de ellas es el tipo litigante; en este tipo se encuentra que el paciente fue siempre un individuo terco, que insistía en sus derechos y hacía uso de muchos mecanismos defensivos, pero las actividades litigantes no suelen aparecer sino hasta después de alguna experiencia legal que no resultó tan bien como el paciente deseaba. En este tipo litigante, a menudo no se trata de una cuestión de ley y justicia, como el enfermo afirma, sino de tentativas para demostrar que otros no tienen razón, para mostrar que él la tiene y que es superior, todo esto con el objeto de aliviar su sensación de inseguridad y proteger los puntos débiles de su personalidad.

Otro tipo de paranoia es el exaltado. En éste, las ideas de grandeza pueden aparecer después de una larga etapa precedente de persecución; en ocasiones de grandiosidad se presenta prácticamente desde el principio de la psicosis.

Las ideas de invención constituyen una forma frecuente de grandiosidad. En este tipo de paranoia, el enfermo puede sentir que es el portador de una misión y trata de conseguir su objetivo impracticable con más fervor que juicio. Otros tienen ideas expansivas que consisten en creer que han nacido de una familia de nobles. Con frecuencia, el paciente con ideas delirantes de grandeza intenta actuar el papel que sus ideas le han asignado.

Dentro de las causas que producen o contribuyen a producir un tipo fijo de reacción paranoide, se cuentan: la disparidad entre los logros individuales y la ambición; las primeras experiencias fuertemente cargadas de afecto, los sentimientos vagos o subconscientes de insatisfacción o irritación consigo mismo y otras necesidades de defensa.

5. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

El DSM-IV (1995) incluye en los trastornos del estado de ánimo, aquellos que tienen como característica principal una alteración del humor. Por ser de interés para esta investigación se revisarán los trastornos del estado de ánimo que comprenden los episodios afectivos como son el episodio depresivo mayor, el episodio maniaco, el episodio mixto y el episodio hipomaniaco, revisando las características y síntomas de cada uno, tal como los describe el DSM-IV.

Episodios Afectivos

a) Episodio depresivo mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El paciente también experimenta síntomas como cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi cada día. Este episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos individuos con episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por la persona como deprimido, triste, desesperanzado o desanimado. También algunas personas hacen quejas somáticas (molestias y dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza, otros refieren o muestran una alta irritabilidad, ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimientos exagerado de frustración por cosas sin importancia.

En este episodio, casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida, también disminuye el interés o deseo sexual. Existe además alteración del sueño e insomnio. Los cambios psicomotores se presentan e incluyen agitación, por ejemplo, o incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, o enlentecimiento. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga.

En este episodio, el sentimiento de inutilidad o de culpa es manifiesto, e implica evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores del pasado.

Otro síntoma de este episodio, es el que muchas personas refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Dentro de este episodio se pueden presentar una crisis de angustia.

Pueden presentarse problemas matrimoniales, problemas laborales, escolares, abuso de alcohol y otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos, así la consecuencia más grave es la tentativa al suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

Este episodio antes de que se dé, se presentan síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. Estos episodios pueden darse o van precedidos de algún estrés psicosocial, o el parto puede precipitarlo.

b) Episodio maniaco

Este episodio maniaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

Esta episodio debe durar al menos una semana; así, la alteración del estado de ánimo se manifiesta por un aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora o implacable excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Por lo anterior, el estado de ánimo elevado de un episodio maniaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno y alegre. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. También son frecuentes las ideas delirantes de grandeza. Aparece también, muy frecuentemente, una agitación o inquietud psicomotoras, paseando o manteniendo varias conversaciones al mismo tiempo.

Con frecuencia la expansividad, el optimismo inmotivado, la grandiosidad y el empobrecimiento del juicio, conducen a una implicación imprudente en actividades placenteras como compras desmesuradas, conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables y comportamientos sexuales inusuales, que pueden tener consecuencias graves. De esta manera, la desorganización resultante de la alteración puede ser lo bastante grave como para provocar un deterioro importante de la actividad o para precisar hospitalizaciones con el fin de proteger a la persona de las consecuencias negativas de sus actos, que son el resultado del empobrecimiento de su juicio crítico.

Es frecuente que las personas en este período maniaco no reconozcan que están enfermas y que se resistan a los intentos de tratamiento. Tienden a cambiar su vestimenta, su maquillaje o la apariencia personal a un estilo más llamativo, también pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con sus familiares.

Se explica que la edad media da inicio de un primer episodio maniaco, se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida, pero hay algunos casos de inicio en la adolescencia y otros que comienzan después de los cincuenta. Estos episodios comienzan en forma brusca, con un aumento rápido de los síntomas en pocos días y frecuentemente aparecen después de un estrés psicosocial.

c) Episodios mixtos

Este episodio se caracteriza por un período de tiempo de al menos una semana de duración en el que se presentan síntomas tanto de un episodio maniaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario. La persona experimenta estados de ánimo que se alteran con rapidez, como es de tristeza, irritabilidad y euforia. Dentro de los síntomas se encuentran agitación, insomnio, alteración de apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida, así su alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante, o para precisar hospitalización, o estar caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. Las características asociadas de un episodio mixto son parecidas a los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores, los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento, sólo que experimentan más disforia y tienden más a buscar ayuda médica.

Los episodios mixtos pueden surgir de un episodio maniaco o de un depresivo mayor, y estos pueden durar de semanas a varios meses y pueden remitir hasta un período con pocos o ningún síntoma, o evolucionar a un episodio depresivo mayor, ya que es menos frecuente que evolucione a un episodio maniaco. Este tipo de episodios mixtos parecen ser más frecuentes en sujetos jóvenes y en mayores de 60 años.

d) Episodio Hipomaniaco

Este episodio se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días.

Este episodio de estado de ánimo anormal, va acompañado por un aumento de autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. En algunas personas el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. El episodio hipomaniaco al contrario del maniaco, no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

El estado de ánimo elevado de este episodio, se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales. Es característico que exista una exageración de la autoestima normalmente en un nivel de confianza en el mismo carente de autocritica, más que en el de una evidente grandiosidad, hay también un descenso de la necesidad de dormir, el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía. El discurso de su lenguaje es algo más enérgico y más rápido de lo habitual; así mismo, puede estar presente los chistes, equívocos, juego de palabras y desatinos. La distraibilidad se manifiesta por los cambios del discurso o la actividad en respuesta a diversos estímulos externos irrelevantes, así, el aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades, mismas que pueden ser creativas y productivas, hay aumento de la actividad sexual, pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversiones económicas poco razonadas, pero estas actividades están bien organizadas, no son extrañas y no dan lugar al deterioro característico de un episodio maniaco.

Generalmente, los episodios hipomaniacos comienzan en forma brusca con un incremento rápido de los síntomas en uno o dos días y suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves.

CAPITULO TRES

LA EDAD ADULTA

I. INTRODUCCION A LA EDAD ADULTA

En este apartado se abordará el estudio de la edad adulta media o edad madura, haciendo una breve descripción general de lo que caracteriza a esta edad.

Para Craig (1994), desde el punto de vista cronológico, la edad madura comprende aproximadamente de los 40 a los 65 años de edad, y es un periodo de cambios y reflexión en la vida, en el cual el individuo tiene tiempo para revalorar y ajustar su posición en el ciclo ocupacional y valorizar sus necesidades y prioridades personales.

Para muchos, la madurez es una época de reevaluación, de definir y fijarse nuevas metas, de concentrarse otra vez en objetivos anteriores que habían pospuesto por su profesión o la educación de los hijos; de esta manera la reevaluación en una esfera puede llevar a hacer lo mismo en otras esferas.

Para Papalia (1994), la edad mediana incluye los años comprendidos entre los 40 y los 65 años, y dice que las personas de esta edad reflexionan mucho acerca de sus vidas y las evalúan, analizan sus puntos buenos y sus puntos malos, las decisiones respecto a las cuales se sienten satisfechas y aquellas de las cuales se arrepienten, sus logros y sus errores, y entonces se dan cuenta de que las decisiones y los eventos del pasado han formado sus vidas en relación con el presente y más o menos las han orientado en una dirección dada. Refiere que la revaloración puede llevar a las personas a preguntarse “¿Que deseo hacer con el resto de mi vida?”, “¿Hacia dónde iré?”, “¿Cuál es el significado de la vida?”, “¿Cuál es el significado de mi vida?”, y tales preguntas hacen surgir las crisis de la mitad de la vida. Considera, además, que esta edad de madurez tiene su propia crisis, como es que el adulto se da cuenta de que su cuerpo no es lo que una vez fue, por notar ciertos cambios físicos y dolencias menores.

Chiriboga (1981), citado por Craig (1994), también está de acuerdo en que la madurez es un período en que se reflexiona sobre la propia vida y se hace una valoración de lo realizado, entonces, algunos se sentirán eficientes y competentes, pensando que se encuentran en el nivel máximo de sus facultades y para otros esta reflexión puede ser un proceso muy doloroso.

Respecto a esto, se puede recordar a Sullivan (1930-1941), quien explicaba que hay personas que tienen excelentes oportunidades de desarrollo, mientras que otras quedan atrapadas por su cultura y no lo logran, posiblemente a un restringimiento de oportunidades de crecimiento, o bien por que no poseen la capacidad de aprovechar las oportunidades debido a defectos inherentes o algún tipo de desviación. De acuerdo a esto, posiblemente para algunas personas en esta edad el revalorar su vida resulta doloroso, ya que pudo haber tenido impedimentos para desarrollarse más y sentirse satisfecho.

Por otra parte, Craig explica que respecto a lo que el individuo siente ante el hecho de encontrarse en la madurez, no se coincide todavía en si esta época es de nueva realización, de estabilidad y liderazgo o es un período de insatisfacción, crisis internas y depresión, ya que pueden influir las condiciones económicas, la clase social y la época en que les ha tocado vivir.

Sin embargo, piensa que la manera de reaccionar ante la madurez o de afrontar los procesos que la acompañan depende de que la persona se encuentre en un período de transición y de reevaluación o sufra una crisis.

Para este autor, la edad madura quizá sea la mejor época de la vida con respecto a la familia, carrera o talentos creativos en lo personal, pero, al mismo tiempo, se advierte un sentido de mortalidad y de que en lo personal, el tiempo se acaba. Así mismo, dice que algunas personas se preocupan en la edad madura por asuntos de creatividad y contribuciones a la próxima generación, temores de estancamiento u oportunidades perdidas y preocupaciones acerca de mantener relaciones profundas con la familia y los amigos. Otras situaciones que se añaden a esta edad son cada uno de los sucesos importantes que se viven como son los nacimientos, la muerte, los cambios de trabajo, el divorcio, etc., con lo cual los adultos vuelven a examinar el significado de sus vidas. Enfatiza, además, que es en la madurez

cuando la gente recibe el primer recordatorio de que su cuerpo empieza a envejecer y esa señal de advertencia inquieta más a algunos que a otros, esto parece depender de la actitud que se tenga ante el envejecimiento.

Otros autores, como Hunt y Hunt (1975), citados por Craig, mencionan que muchos adultos en esta edad se percatan de que ya no son jóvenes y, sin embargo, se sienten satisfechos y piensan que se encuentran en la mejor época de la vida.

Para Bee y Mitchell (1987), muchos adultos en esta edad se enfrentan a diversos cambios del papel que desempeñan, como cambios físicos, los cuales pueden requerir nuevas adaptaciones o nuevas integraciones. Agrega que una cosa fuertemente positiva que debe decirse acerca de la edad madura es que ésta parece ser socialmente más rica y la más satisfactoria para muchos adultos; así, también, la satisfacción en el trabajo es alta, la satisfacción marital parece llegar a su punto máximo, después de que los hijos han dejado el hogar y los lazos de amistad se vuelven más fuertes e importantes. Pero por otro lado existen también situaciones negativas en esta edad, como es que mientras la satisfacción marital es alta, las expresiones cariñosas disminuyen en los cuarenta y los cincuenta. También, se enfrentan a un tipo de problema generacional, con exigencias de apoyo tanto a partir de los hijos como de los padres ancianos.

Retornando a Erikson (1963), él hablaba de la edad adulta madura, como una etapa más del desarrollo de una persona, en la que tiene que enfrentarse a dos componentes: la generatividad frente a estancamiento, y resalta en esta edad la necesidad que tiene el adulto de sentirse solicitado de la guía y el aliento de lo que ha producido y debe cuidar, de aquí que existe una preocupación por establecer y guiar a la nueva generación. Erikson afirma que esta etapa es esencial en el desarrollo picosexual y psicosocial, y que si falta tal enriquecimiento, se da una regresión sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal; Esto último lo parece considerar también Craig (1994), cuando habla de esta edad.

Otro aspecto importante en esta edad madura es la salud. Para Craig (1994), las alteraciones de la salud son provocadas por los malos hábitos mantenidos antes y que ahora se manifiestan. Dice también que las habilidades sensorio-

motoras suelen disminuir, igual el tiempo de reacción decrece lentamente, y que aparecen cambios internos que empiezan a tener lugar, como es que disminuye la estatura, la piel y los músculos empiezan a perder elasticidad y existe la tendencia a acumular más grasa subcutánea, especialmente en la región del abdomen.

Respecto a esto Papalia (1994) dice que es en esta época de la vida cuando los hábitos que se desarrollaron en los años tempranos muestran sus efectos de repercusión sobre la salud, ya que son los años durante los cuales tienden a aparecer enfermedades relacionadas con el hábito de fumar; tales como el cáncer de la boca, de la garganta y de los pulmones y el enfisema. Se pueden presentar, también, otros padecimientos relacionados con el estilo de vida, como las dolencias cardíacas, ligadas a la inactividad, altos niveles de colesterol, fumar, beber y tener exceso de peso. Otros padecimientos existentes pueden ser la anemia, cirrosis hepática, cáncer del útero y obesidad. Se consideran dentro de las principales causas de muerte durante estos años, enfermedades cardíacas, cáncer, ataques varios y alteraciones respiratorias; y parece ser que las tasas de mortalidad son del doble en hombres que en mujeres. Por otra parte, normalmente surge una ligera disminución en las habilidades sensoriales, así como en la capacidad máxima de fuerza física y de coordinación.

Otro hecho biológico notorio de gran importancia en esta edad madura, es la menopausia en el caso de las mujeres, que implica una amplia variedad de efectos físicos y psíquicos que acompañan a los cambios hormonales, la disminución de estrógenos. La menopausia denota el final de la menstruación y marca el fin del período de procreación.

En cuanto al hombre, no hay una seguridad de algo que sea una menopausia masculina, sin embargo, se cree que también el hombre pasa por cambios en la actividad sexual durante la madurez y que esos se acompañan de reajustes emocionales.

Papalia (1994) dice que la época de la vida del hombre a la cual pretende referirse el término de menopausia masculina, se conoce en términos más correctos, como climaterio masculino. Explica, así mismo, que pese a que el hombre conserva la capacidad reproductora hasta bastante más tarde en la

vida, setenta y ochenta años, hay algunos cambios biológicos en los hombres de mediana edad. Estos incluyen una disminución en el nivel de testosterona, decremento en la fertilidad, en la frecuencia del orgasmo y un aumento de impotencia.

Para Guilly (1960), la insuficiencia testicular se produce más lenta y tardía que la insuficiencia ovárica. Sin embargo, explica, que en efecto es innegable que muchos hombres hacia los cincuenta años, a veces antes o después, presentan ciertos trastornos físicos y atraviesan entonces una crisis psicológica.

Esta crisis, por otra parte, puede ser originada por situaciones físicas o morales, o del conflicto entre las aspiraciones profundas del individuo y las realidades del ambiente en que vive.

Para otros hombres la cuestión de crisis ni siquiera se plantea.

Botella (1990) refiere con el término de andropausia, en lugar de climaterio masculino, al gradual apagamiento de la sexualidad del hombre. La andropausia es un periodo muy largo y tardío de la cesación de su actividad como varón, en el cual la función sexual del hombre decae lentamente y es paralela a la decadencia general de todo el organismo, por lo que se confunde con la senilidad. De igual forma dice que, por lo contrario de la mujer, en el hombre no se da una crisis durante la andropausia, ya que ésta no es abrupta y no da lugar a cambios endócrinos críticos como los que tiene lugar en la mujer.

Para Botella, la menopausia va presidida, acompañada y seguida por una serie de cambios de toda índole y por la adaptación del organismo a dichos cambios, lo cual supone una crisis para las mujeres.

Huerta (1992), al respecto, sostiene que la menopausia es una etapa en que ocurren en la mujer cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y de comportamiento, y que es un periodo en que se presentan manifestaciones clínicas que varían individualmente para cada mujer.

En cuanto a Glass y Kase (1975), estos autores mencionan que más que ningún otro cambio biológico que ocurre en el cuerpo de la mujer, la proximidad de la menopausia es origen y causa de variados temores que afectan su comportamiento.

Para la mujer puede entenderse entonces que la menopausia es un hecho de mucho significado para su vida y que se da dentro de esta etapa de la madurez, que en sí ya trae diversos cambios físicos, biológicos y psicológicos. A esto, Cuevas (1992) comenta que la mujer en este período de edad madura, ha consolidado buena parte de sus proyectos de vida. Existen múltiples factores internos y externos que favorecen su salud mental, por ejemplo la madurez intelectual y psicosexual, la estabilidad de los lazos afectivos, familiares y amistosos, etc., pero, al mismo tiempo, algunos factores de riesgo a la salud se incrementan durante esta etapa, como son, como madre, vienen cambios en la estructura dinámica de su familia, la pérdida o muerte de alguno de sus miembros o el matrimonio de algún hijo. Otros factores son la enfermedad o muerte del cónyuge o los padres. Pero se ha observado, también, la problemática psicoemocional relacionada con la menopausia.

En síntesis, la edad madura significa una etapa de reflexión, de cambios e inquietudes, tanto para los hombres como para las mujeres, considerando además los propios cambios físicos, biológicos y psicológicos que se presentan en ésta, que sumados quizá con otros pueden originar una crisis.

2. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

A continuación, se transcribirán algunas definiciones de climaterio y menopausia con base en diferentes autores y se denotarán las diferencias entre ambos términos.

a) **Definición de Climaterio.**

Glass y Kase (1975) definen al climaterio como una transición gradual de la actividad ovárica que lleva a la mujer desde la fertilidad hasta la senectud hormonal que ocupan muchos años. En el climaterio habrá variaciones en relación a la duración, así como a la frecuencia y magnitud de sus dificultades.

El climaterio femenino comienza hacia los 40 años con una disminución de la menstruación y la posibilidad de embarazo.

Para Videla y cols. (1992), el climaterio es la etapa de la vida de la mujer que precede y sigue a la menopausia. Definen también el climaterio como una etapa más en la vida evolutiva de las mujeres que puede implicar crisis en el sentido de necesidad de reacomodación a una nueva situación, no como un estado de enfrentamiento sin salida.

Para Aguilar y Ptak (1983), el climaterio es el conjunto de hechos de índole general que acompañan el declinar de los ciclos sexuales en un período de tiempo que se inicia ya antes de la menopausia y se termina después.

Lauritzen (1984), citado por Civeira y cols. (1988), define al climaterio como la época de transición de la vida de la mujer en la que pasa gradualmente de la época de reposo funcional del ovario, y cuyo accidente central es la cesación menstrual o menopausia.

Sherman (1978) define al climaterio como el cese y la atrofia de los órganos de la reproducción.

Huerta (1992) define el climaterio femenino como el período transicional de la vida de la mujer, comprendido entre los 45 y 59 años de edad, durante el cual su función reproductiva disminuye gradualmente hasta perderse y se caracteriza por la pérdida de la secreción cíclica de estrógenos. Climaterio es un período largo de por lo menos diez años de la vida de la mujer.

Huerta (1992) divide al climaterio desde el punto clásico en dos etapas: la premenopausia y la postmenopausia.

La premenopausia se caracteriza, desde el punto de vista fisiopatológico, por la reducción de fertilidad y de los ciclos ovulatorios con las consecuentes alteraciones en la menstruación, ciclos prolongados seguidos de disminución del sangrado en cantidad y duración o bien se presentan hemorragias o amenorreas.

Otras de sus manifestaciones son los trastornos vasomotores como los bochornos, palpitaciones, sudores, además se pueden presentar otros síntomas como cefalea, como neuralgias, migraña, hormigueo en dedos de manos y pies, sensación de vértigo, aumento de peso, alteraciones de hipertensión arterial, trastornos metabólicos de los lípidos, distribución de grasa, alteraciones osteomusculares como poliartralgia y osteoporosis.

En la postmenopausia se presentan una gran cantidad de síntomas muchos de tipo psicológico, que constituyen el síndrome psicoemocional del climaterio y al que se consideran tres etapas:

- 1) Inicial, cuando se percata que ha llegado la ausencia del ciclo mensual.
- 2) Acondicionamiento (que puede durar desde semanas a meses) tanto fisiológico como de aceptación mental.
- 3) Reacondicionamiento (de duración variable, meses o años), en el que influyen las condiciones ambientales, familiares, laborales y sobre todo la autoestima de la mujer.

Botella (1990) dice que, en términos relativamente recientes, la denominación climaterio se ha sustituido por la de período perimenopáusic, distinguiendo en él tres fases: premenopausia, menopausia y postmenopausia. Hace la siguiente clasificación.

Climaterio.- Período crítico de la mujer desde los 45 a los 55 años.

Menopausia.- Retirada de las reglas alrededor de los 50 años.

Período premenopáusic del climaterio o premenopausia.- De los 45 a los 50 años.

Perimenopausia.- Desde los 44 a los 51 años.

Período tardío del climaterio o postmenopausia.- De los 50 a los 55 años.

b) Definición de menopausia

Botella (1990) define a la menopausia como la fecha de la última menstruación.

Huerta (1992) designa con el término de menopausia a la fecha en la que ocurre la última menstruación de la mujer y más correctamente se considera que una mujer llegó a la menopausia, cuando por causas fisiológicas ha dejado de menstruar durante un año o más.

Para Fuchs (1982), la menopausia significa simplemente el cese de la menstruación, el fin de los períodos menstruales.

Para Videla y cols. (1992), la menopausia significa la interrupción de las menstruaciones por la disminución de la función ovárica. La menopausia es la manifestación del envejecimiento del ovario hasta la disminución progresiva de parte de sus funciones más conocidas.

De acuerdo a las definiciones de climaterio y menopausia, se considera necesario hacer una diferencia de los dos términos para que quede más claro qué significa cada uno.

Aguilar y Ptak (1983), refiere que la menopausia, como su etimología indica, no es, sino un fenómeno aislado: la cesación del flujo menstrual. El climaterio o edad crítica, en cambio, es una etapa más o menos larga de la vida caracterizada por un conjunto de complejas alteraciones del organismo.

Sherman (1978), diferencia ambos términos, dice que la menopausia se refiere sólo al cese de la menstruación mientras que el climaterio se refiere a todos los cambios de decadencia ovárica.

En resumen, el climaterio es el período en el cual la función reproductiva de la mujer va disminuyendo, hasta desaparecer debido a la disminución de estrógenos, se puede decir que el climaterio es el antecedente de la menopausia, la cual entonces significa la desaparición definitiva de la menstruación y, por lo tanto, de la función reproductiva.

c) Sintomatología de la menopausia

Para conocer los síntomas que se presentan durante el climaterio y en la menopausia y que se atribuyen a la disminución hormonal, a continuación se revisan diferentes autores que hablan al respecto.

Antes se considera necesario definir que es un síntoma.

Se entiende por síntoma a la manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por el médico o por el enfermo. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1979).

En lo que respecta a los síntomas del climaterio parece ser que éstos no afectan por igual a todas las mujeres.

Para Glass y Kase (1975) las reacciones que experimentan las mujeres ante los síntomas de la menopausia son muy variables como puede ser que pasen desapercibidos en una mujer y en otras provocar ciertas preocupaciones. Por otro lado, además del impacto de los cambios físicos hormonales, las reacciones psicológicas pueden aumentar su problema.

Glass y Kase consideran que es el descenso de los estrógenos la causa de los trastornos de la menopausia. Dicen que éstos disminuyen en el climaterio en proporción al descenso en la concentración y actividades del nido de folículos y conforme los niveles hormonales declinan, surge la primera reducción de la fertilidad, seguida de la ausencia de menstruación, la inestabilidad de los vasos sanguíneos y finalmente la atrofia anatómica. Por lo tanto, la rapidez con la cual el estrógeno disminuye se manifiesta en la severidad de los síntomas experimentados por la mujer. Pero parece ser que los síntomas son mucho más desagradables en las mujeres que sufren una abrupta pérdida de los ovarios.

Para estos autores algunos de los síntomas de la menopausia son:

1) Los bochornos, que es el síntoma más común y que es la súbita aparición de calor, sudor y enrojecimiento parcial que comienza en el pecho y se extiende al cuello y cara.

2) La atrofia del tejido, como es, que el útero se encoja, la elasticidad de la piel se pierde y los senos así como otros contornos femeninos se enjutan. La vagina se vuelve estrecha y se hace menos húmeda; los tejidos pélvicos se debilitan, el canal urinario sufre una atrofia similar y, por último, la pared vaginal se adelgaza y debilita el tejido.

3) Entre otros problemas diversos, ligados a la deficiencia de estrógenos, se encuentran la arterioclerosis y la osteoporosis.

Para Fuchs (1982), como primer síntoma de que se acerca la menopausia son las irregularidades menstruales y el fin de éstas. Otros síntomas importantes son los sofocos, que se llaman a veces sudores; éstos ocurren hacia el final de la menopausia y refiere que algunas mujeres son más tolerantes al respecto de la variación de sus sensaciones corporales que otras, que se asustan de éstos y se vuelven ansiosas y agudizan este síntoma. Por lo cual el desequilibrio que resulta de los cambios fisiológicos del sistema glandular endocrino puede determinar la necesidad de asistencia médica.

Mc Cary y Mc Cary (1993) mencionan dentro de los síntomas más clásicos de la menopausia la resequeidad excesiva de la vagina y el enjuntamiento de los genitales externos, bochornos y dentro de otros síntomas, asociados con la menopausia, menciona la fatiga, el mareo, dolor de cabeza tipo migraña, dolor de cuello y de las glándulas mamarias, insomnio, deseo excesivo de dormir y depresión.

Deutsch (1968) cita como síntomas los trastornos vasomotores como las oleadas de calor, sensación de vértigo y sudores, jaquecas y neuralgias.

Birchall y Gerson (1972) refieren que solo una cuantas mujeres padecen sofocaciones y otros síntomas que están relacionados con la menopausia como afecciones de sistema circulatorio, de hipertiroidismo, así como pueden aumentar el nerviosismo y la irritabilidad, insomnio y fatiga.

Huerta (1992) apoya a Glass y Kase, en cuanto a la rapidez con que se presenta la declinación hormonal que está en relación directa con la agudeza de estos síntomas, por lo que hay mujeres en las que son más leves y en otras son tan agudos que requieren atención médica.

Dentro de las manifestaciones clínicas del climaterio mencionan en principio una reducción de la fertilidad, alteraciones de la menstruación, atrofia vaginal, reducción de senos y útero, trastornos vasomotores como los bochornos, palpitaciones y sudor. Además de estos síntomas, pueden presentarse otros como cefalea, migraña, neuralgias, sensación de hormigueo en dedos de manos y pies, manchas fugaces en la cara relacionadas con las emociones, sensación de vértigo y aumento de peso. Durante esta temporada, aunados a estos síntomas vasomotores, hay alteraciones como la hipertensión arterial, trastornos metabólicos de los lípidos, arteroesclerosis, alteraciones osteomusculares, como poliartralgia y una de las manifestaciones más frecuentes es la osteoporosis; finalmente, en la postmenopausia se presentan una gran cantidad de síntomas muchos de ellos de tipo psicológico los cuales se revisarán en el apartado siguiente.

Zeno (1987) habla de un síndrome climatérico, en el que ocurren simultáneamente algunos síntomas como palpitaciones, nerviosismo, insomnio, estados depresivos, pérdida de la memoria, mareos, disminución de lo libido, etc.

Dice, por otra parte, que la crisis climatérica se presenta debido a la serie de cambios físicos, psíquicos y sociales que se producen y que, al igual que en otras etapas de la vida, deben elaborarse una serie de duelos: de la maternidad, de la abuelita, del cuerpo joven, de las oportunidades perdidas.

Craig (1994) asocia a la menopausia con síntomas físicos como calores repentinos y los sudores nocturnos, con menos frecuencia jaquecas, vértigos, palpitaciones y molestias en las articulaciones.

Aguilar y Ptak (1983), señala que los síntomas que sufren algunas mujeres en el climaterio pueden variar en un amplio rango de un individuo a otro y su severidad puede depender de tres factores: la pérdida de estrógenos y de la escala en que esta pérdida ocurre; del estado psicológico y del significado que la menopausia puede tener para la mujer; y de los factores sociales que rodean a ésta y que constituyen su medio ambiente.

Botella (1990) explica que el cuadro climatérico de la mujer es sumamente variable, además de que muchos de estos síntomas son de carácter psicógeno o psicosomático; dice también que el descenso de los estrógenos no es la causa primaria de los fenómenos climatéricos. Por lo tanto para este autor los síntomas del climaterio son muy variados y difíciles de clasificar, sin embargo, los agrupa según el tipo de alteración y brinda además una sintomatología más amplia de este período y de posibles afecciones asociadas al climaterio, según el tipo de alteración. Es por eso que se describen a continuación.

-Síntomas circulatorios, que son los sofocos, la hipertensión, las cardiopatías, incluyendo la enfermedad coronaria y la tendencia a las várices.

-Síntomas digestivos, son muy numerosos pero fundamentalmente consisten en dispepsia, aurocolea, estreñimiento, diarreas, colitis y, sobre todo, las muy frecuentes afecciones de las vías biliares, colelitiasis y colecistitis.

-Síntomas respiratorios, como asma, disnea y suspiros.

-Síntomas metabólicos, como obesidad, adiposidades regionales, adelgazamiento, diabetes y osteoporosis.

-Síntomas nerviosos, son ante todo la depresión del climaterio, irritabilidad, los cambios de carácter, emotividad y una gran variedad de dolores, cefaleas, dolores óseos y articulares; parestesias, prurito, vértigos y trastornos del sueño.

-Síntomas esqueléticos, representados por la osteoporosis, con sus fracturas frecuentes y las artrosis.

-Síntomas del aparato urinario, como cistitis frecuentes, uretritis y cambios posesionales.

-En cuanto al aparato genital se tienen los síntomas de la amenorrea, la atrofia de los labios mayores, menores y de las mamas, el adelgazamiento de las mucosas vaginales y la pérdida de lozanía y turgencia de la piel, y por último,

-Síntomas psíquicos, los cuales afectan ya de un modo indudable la esfera anímica, como la depresión, trastornos de la afectividad, trastornos de la emotividad y psicopatías climatéricas.

Como se observa en la descripción de la sintomatología de la menopausia, ésta es muy amplia, lo que realmente significa una etapa difícil para la mujer, y aún más, en la que se acentúan tales síntomas, por lo que se puede pensar que indudablemente pueden provocar trastornos de tipo emocional.

d) Trastornos psicológicos

En cuanto a los trastornos psicológicos provocados por la menopausia, parece ser que todavía no se confirma que la deficiencia hormonal ocasione alteraciones de este tipo, sin embargo hay quienes aseguran que sí, que la misma menopausia trae consigo alteraciones de tipo psicológico, por la carencia de los estrógenos, por lo que se revisan a algunos autores aclarando esto y describiendo a la vez los tipos de alteraciones psicológicas.

Varios investigadores como Novak (1940), Greenblatt (1955), Malleson (1956), Prados (1967), Walsh (1968) y Somerville (1972), citados por Aguilar y Ptak (1983), concluyeron que los síntomas que se presentan durante la menopausia, tiene como causa un desbalance hormonal. Síntomas tales como dolor de cabeza y depresión, son consecuencia natural de un desajuste endocrino, el grado de desórdenes psicológicos comúnmente atribuidos a la menopausia están en función de la rapidez de la declinación ovárica susceptible del sistema nervioso autónomo y consideran que la causa de la neurosis es biológica.

En oposición a esto, Farrell (1948), Jeffcoat (1960), Slater y Roth (1969) y Kistner, (1974), también citados por Aguilar y Ptak (1983), concluyeron en sus investigaciones que las quejas psicológicas de la mujer durante la menopausia no tienen un origen hormonal. Síntomas tales como dolor de espalda, de piernas, parestesia, irritabilidad, dolor pélvico, dispareunia y flujo vaginal no son debidos a una deficiencia estrogénica sino que ocurren como resultado de factores tales como la herencia, antecedentes físicos, patrones sociales, etc. Enfatizan, además, que la historia de un sujeto y su estilo de vida es probablemente más importante que los cambios endocrinos en la producción de síntomas psicológicos durante el climaterio.

Respecto a esto último, McCary y McCary (1993), señalan que el hecho de que una mujer experimente o no síntomas de la menopausia, parece que depende, básicamente, de su patrón de personalidad, y de los factores ambientales generales y tensiones situacionales. Así, mientras mejor sea la salud mental de la mujer antes del climaterio menos síntomas desagradables tendrá cuando ocurra.

Botella (1990) dice que, desde siempre, la menopausia se ha asociado con los trastornos mentales y el atribuir a la retirada de las reglas cambios en el carácter y en la afectividad es algo común. Asegura que dentro de los fenómenos mentales netamente menopáusicos, los hay de toda clase y de todos los tipos, desde la inquietud psíquica y el insomnio hasta las depresiones graves. Refiere que la psicopatología del climaterio se ha convertido en un tema de moda y se han llegado a publicar obras monográficas sobre ella. Agrega, además, que es evidente que la falta de estrógenos determina no sólo síntomas orgánicos, sino también la importante acción de los estrógenos sobre el psiquismo. Pero también estos trastornos mentales pueden implicar la influencia de aspectos sociales y antropológicos, además de los fisiológicos y los endocrinos.

Dentro de los trastornos psicológicos que menciona son los que componen el síndrome climatérico, donde hay ansiedad, irritabilidad, fatiga, depresión, insomnio y palpitaciones.

Expresa que este síndrome tiene como factores etiológicos:

- 1) La falta de estrógenos, 2) factores constitucionales y hereditarios, 3) la vida sexual anterior, 4) las relaciones con el marido y con los hijos, y 5) las relaciones con la sociedad.

Otros síntomas son los trastornos del sueño, las mujeres duermen superficialmente o se despiertan con gran frecuencia. En las fases de vigilia, entre sueños cortos, aparecen los sofocos. Esto se atribuye a la pérdida de los estrógenos. El otro trastorno es el de la libido, que en este período ésta disminuye.

Según este autor, la depresión es la más importante de todas las alteraciones; esta se caracteriza por cambios afectivos, sensación de autodesprecio o indignidad, culpabilidad, desánimo y falta de esperanza. Hay pérdida de interés por las cosas externas y pérdida de afecto por los seres queridos. A estos síntomas se asocia falta de interés por el trabajo, vagancia, ansiedad, miedo y tendencia al suicidio.

Añade que en los casos de fuerte estrés mental o físico en los años climatéricos determinan la aparición de trastornos depresivos.

Huerta (1992) refiere que durante la postmenopausia, se presentan una gran cantidad de síntomas, muchos de ellos de tipo psicológico, que constituyen el síndrome psico-emocional del climaterio. Los síntomas más característicos son: depresión, irritabilidad, llanto fácil, ansiedad, sensación de angustia, aislamiento, insomnio, falta de comunicación con la pareja y los hijos, disminución de la libido, sentimientos de minusvalía, devaluación y estrés.

Para Deutsch (1968) algunos síntomas psicológicos que se presentan en el climaterio son: insomnio, estado de ansiedad, excitabilidad y depresiones. Enfatiza que casi todas las mujeres pasan en el climaterio por un período breve o largo de depresión. Estos estados depresivos normalmente desaparecen en algunos casos, pero en otros se da la melancolía, aparecen ideas hipocandriacas.

Para esta autora, la declinación fisiológica se siente como una proximidad de la muerte, entonces la vida comienza a parecer borrosa y sin propósito; y un estado de aflicción matiza el contenido de la vida psíquica de la mujer. Ella no menciona precisamente que la declinación hormonal afecte la mente de las mujeres, por lo que dice que la reacción ante los cambios fisiológicos y físicos, depende de las condiciones externas y de las circunstancias de la vida interior de una mujer. Afirma que los diversos síntomas orgánicos, típicos del climaterio, adquieren en la mayor parte de los casos una significación psicológica secundaria y viceversa, están también marcadamente determinados por factores psicológicos, como por ejemplo la angustia que se oculta tras las oleadas de calor, las palpitaciones, los vértigos, los sudores, etcétera.

Birchall y Gerson (1972), por su parte, dicen que durante la menopausia pueden aumentar también el nerviosismo y la irritabilidad, en gran parte como resultado de la actitud mental hacia ella, más bien que por razones puramente físicas. Otras alteraciones que citan son el insomnio y la fatiga que figuran entre las quejas corrientes de mujeres en menopausia. Una reacción todavía mucho más corriente aún es la depresión, así, la mujer deprimida casi siempre se queja de falta de energías y de incapacidad para conciliar el sueño.

Civeira y cols. (1988) afirman que la época de la vida donde con mayor frecuencia se encuentra depresión es durante el período del climaterio.

Estos autores realizaron un estudio con mujeres diagnosticadas con depresión en etapas de preclimaterio, climaterio y postclimaterio; sus resultados fueron que existe un aumento de depresión en la edad establecida como climatérica con respecto a los otros grupos de estudio; otros hallazgos establecieron un menor grado de hipocondría en la mujer climatérica con respecto a los otros dos grupos; una mayor somatización en las preclimatéricas en relación a las otras; un mayor sentimiento de culpa en las preclimatéricas; un mayor grado de desesperanza en las climatéricas; un menor grado de actividad en el grupo de mujeres postclimatéricas, así como una dificultad para recordar, de ideación y petrificación en las climatéricas; un sentimiento de incompreensión en el grupo climatérico; un mayor insomnio medio en mujeres preclimatéricas con respecto a los otros dos grupos: mayor pérdida de apetito y peso en las postclimatéricas, y mayor lentificación en las climatéricas.

Concluyen que el climaterio es la etapa en que la sintomatología es mayor, y se encuentra en el centro del espectro sintomatológico de los otros dos grupos de estudio.

Otras alteraciones psicológicas que se encuentran las encontró Estopier (1989), en su investigación sobre la ansiedad y depresión en la época del climaterio. Este autor observó que la ansiedad y la depresión rodean al climaterio femenino y conforman la base de la sintomatología psicológica propia del mismo. Agrega que la ansiedad y la depresión son propicias por el medio en el cual la mujer se desenvuelve.

Estopier (1989) menciona que la ansiedad se presenta durante la premenopausia y aumenta gradualmente llegando a sus más altos índices en la etapa menopáusica; a partir de entonces comienza un decremento a lo largo de la postmenopausia.

Así, en su investigación reveló que la climatérica presenta gran cantidad de ansiedad durante la premenopausia y que esta ansiedad se manifiesta como una amenaza naciente a perder los suministros extremos que alimentan al yo, provocando una señal de alarma ante el peligro que muestra ya sus primeros síntomas. Al llegar a la etapa menopáusica, esta ansiedad-estado se intensifica hasta sus máximos niveles, ya que las pérdidas y la incertidumbre se hacen más patentes y la mujer se encuentra en el centro del período; posteriormente, comienza a disminuir junto con el inicio de la tercera etapa, la postmenopausia, pues la amenaza de peligro va desapareciendo, hasta que se experimenta más calma y más tranquilidad.

Para la depresión la situación difiere desde un principio, ya que la premenopáusica detecta los primeros cambios que se traducen como pérdidas hasta el fin del período del climaterio: pérdidas de la juventud, del tono muscular, de la fertilidad, de la belleza, de la aceptación social, etcétera, por lo que la intensidad de la depresión puede incrementarse en cualquiera de las etapas del climaterio.

Cuevas (1992), por su parte, expresa que la menopausia es una condición biológica que se ha visto como un factor importante relacionado con la presentación de cuadros depresivos de diversa intensidad, y explica que si es un factor casual debido a las descompensaciones hormonales o no lo es, es una discusión que aún no se acuerda.

Refiere que el trastorno depresivo comprende:

- Sentimientos de tristeza, desesperanza, desánimo, pérdida de interés por las actividades y pasatiempos habituales, alteraciones del apetito y del sueño, disminución de la energía, irritabilidad, sentimiento de inutilidad oculta, ideas de muerte o suicidio y dificultad para concentrarse.

Se puede contemplar que existe desacuerdo todavía en que si la carencia de estrógenos ocasiona directamente trastornos psicológicos o no, pero en lo que sí parecen coincidir los autores, es que evidentemente en esta época de la menopausia, aparecen ciertos trastornos psicológicos, por lo que se puede concluir que la actitud de la mujer hacia la menopausia, su personalidad y el aspecto sociocultural, desempeñan un papel importante como ella viva y se adapte a este hecho biológico.

Respecto a las actitudes de la mujer, Casamadrid (1986), en su investigación de la relación entre actitudes y síntomas en la época de climaterio, observa que la actitud hacia el climaterio que presenta la mujer, refleja un fuerte porcentaje de ideas y sentimientos desfavorables, con diversas intensidades.

Por otra parte, concluyó que las mujeres que tengan una actitud favorable hacia el climaterio, tienden a presentar menos síntomas físicos y psicológicos que las mujeres que tienen una actitud desfavorable hacia el climaterio, por lo que las segundas tienden a padecer un mayor número de trastornos; de allí, la importancia de las actitudes y expectativas hacia el climaterio, ya que éstas pueden determinar en algún grado la sintomatología que presente la mujer durante esta etapa de su vida.

e) El aspecto psicosocial de la menopausia

Se considera importante entonces mencionar un hecho fundamental que puede influir en la mujer para la forma en que conciba la menopausia y la enfrente de manera natural y adecuada. Este hecho es el aspecto sociocultural, o sea el medio social en el cual cada mujer se desarrolla y que posiblemente pueda ser un determinante de cómo viva la mujer esta etapa. Además, este mismo aspecto puede generar o acentuar los trastornos físicos o psicológicos de la menopausia, más que los mismos cambios hormonales. Es por esta razón que, a continuación, se hace una semblanza general de este aspecto basada en diferentes autores.

Al respecto, Videla y cols. (1992), mencionan que la menopausia es un proceso cargado de significaciones para las mujeres de manera individual y diferente, de acuerdo a las distintas culturas de pertenencia. Es decir, este hecho biológico posee distintos sentidos, de acuerdo a la ideología en que

fueron socializadas y, también, en relación al intercambio estrecho con las imágenes recibidas de las menopausias de sus madres y de otras mujeres que conocieron a lo largo de sus vidas.

La menopausia sobreviene entonces como una etapa con una predeterminación del conjunto de valores que fueron transmitidos a la mujer verbalmente, o que absorbió por medio de la vivencia climatérica de las mujeres de sus grupos de pertenencia. Así la manera como se vivan estos hechos depende de la predeterminación social descrita. Por otro lado, el aspecto sociocultural, ejerce gran influencia en la mujer, ya que su reacción ante la menopausia depende de la valoración social de su cultura frente a la mujer madura.

Por ejemplo, en donde se considera lo más importante la belleza y la maternidad, las mujeres que envejecen serán mal vistas y carentes de valor alguno y, por el contrario, en las sociedades en que la madurez y la vejez son conceptualizadas como etapas de serenidad y mayor experiencia, las personas en climaterio, pueden ser personas venerables (como entre los chinos) o más deseables (como entre los mayas o incas).

Videla y cols. señalan que la fertilidad, la juventud, la belleza física, el vigor y la fuerza son valores máspreciados del cuerpo de las personas en nuestra cultura, y casi todo esto entra en crisis, pues se atenúan o se pierden durante el climaterio y esto hace que las mujeres experimenten en algunas ocasiones una especie de condena a la vejez y a la esterilidad. Esto es, porque se trata de un estereotipo cultural que influye en lo que experimenta la mujer cuando llega a la menopausia y en lo que el mundo de sus relaciones piensa respecto a ella, lo que se correlaciona con su sexualidad y la determina. Sostiene que la menopausia es una perturbación en la integridad funcional de la mujer que genera un cierto nivel de tensión particular en relación con su vida, con el medio y la cultura.

Fusch (1982) también dice que el acento que la sociedad pone en la juventud y en el atractivo sexual que tanto prevalecen en nuestra cultura, a la mujer le afectará en esta etapa, ya que si el sexo y la juventud son sinónimos del valor que se le adjudica a una mujer, entonces la amenaza de perder cualquiera de ellos es causa de angustia.

Casamadrid (1986), por su parte, dice que varios autores han denominado a la etapa del climaterio con una serie de adjetivos que llevan de manera implícita el carácter de crisis. Así éste, ha sido durante mucho tiempo sinónimo de “edad difícil”, “edad peligrosa”, “época de crisis”, “período de reverberancia emocional”, “desequilibrio familiar”, etc., y la mujer ha aceptado tal definición y ha hecho ciertas las expectativas que se tienen del climaterio.

Por otra parte, Roger, Mannes, Jaszmann, Van Ltn, Osofsky y Seidember, citados por Aguilar y Ptak (1983), en una investigación realizada con mujeres menopáusicas concluyeron que las restricciones de las normas sociales en la mujer son causa posible de la sintomatología que se presenta durante esta etapa, como resultado de una expectativa social de sometimiento y obediencia.

Son estas cuestiones sociales y culturales, las que de algún modo llevan a las mujeres a asumir posiblemente diferentes actitudes y a tener diversos prejuicios y temores a la llegada de la menopausia.

Para Birchall y Gerson (1972), al encontrarse en la menopausia, las mujeres tienen diversos temores como son: a envejecer, a la pérdida de sus atractivos y a convertirse en cosas del pasado.

Aguilar y Ptak (1983) comentan que uno de los temores que experimenta la mujer en el climaterio es a los cambios, ya que la menopausia es un signo específico del paso del tiempo y es motivo de gran preocupación, no sabe si seguirá siendo deseable como compañera, necesitada por sus hijos, etcétera.

Botella (1990) explica que la mujer siente un doble impacto cuando se presenta la menopausia; por una parte, la pérdida del signo más aparente de su femineidad y por la otra, el envejecimiento que se anuncia, esto puede desencadenar una crisis.

Videla y cols. (1992) señalan que las mujeres que sufren más esta etapa son las que han dedicado su vida a la seducción y el atractivo físico así, también, aquéllas que todo lo dejaron “por” y “para” los hijos y otros familiares.

Deutsch (1968) sostiene que para una mujer maternal el trauma de la pérdida de la capacidad para la reproducción es más profunda y más importante que la mortificación narcisista de ver desvanecerse la belleza y la juventud.

Dolto (1994), desde una perspectiva psicoanalítica, dice que las mujeres que siguieron siendo niñas, con el Edipo no planteado o continuamente traspuesto hacia objetos de transferencia, y también las de Edipo no resuelto, ven la amenaza persecutoria de la vejez en la motivación hormonal que signa la detención de su eventual fecundidad fisiológica. Así, al desaparecer el signo de su fecundidad, sufren pensando en que ya no son ética y estéticamente valiosas como mujeres; este sufrimiento es una angustia de castración real, si la mujer sintió, hasta entonces, su existencia como vacía de fertilidad simbólica y su única utilidad estaba representada por sus maternidades y cuidados domésticos. Si por el contrario, la castración primaria más el Edipo bien vivido permitieron a la mujer un destino fecundo de corazón y de cuerpo, y realizar sublimaciones, la menopausia se instala sin ruido y le abre entonces un período de expansión de su persona social, de gran estabilidad fisiológica y afectiva, el acceso a una cierta sabiduría hecha de experiencia y de lúcida indulgencia.

Al respecto, Videla y cols. (1992), dicen que la menopausia altera también la imagen corporal de la mujer que hiere su narcisismo por la pérdida de la función más calificada de la cultura: la procreación. Por consiguiente, se repliega sobre sí misma (retracción libidinal) y esto se objetiviza en una disminución del deseo sexual y rechazo a las relaciones sexuales. Sin embargo, piensan también estos autores que la sexualidad de la mujer en climaterio se altera cuando ya estaba perturbada previamente y no por efectos de la menopausia como proceso fisiológico. Pero, también, esto tiene relación directa con la valoración que posee de su rol femenino, del atractivo erótico y del sexo, influenciado por los estereotipos sociales.

Por lo tanto, explican que con el avance de los años algunas mujeres se inhiben mucho sexualmente por efecto de la convivencia en una sociedad que posee un rechazo generalizado por el cuerpo que envejece, pero que es necesario no aprovechar la ocasión de la menopausia para justificar sexualidades quebradas previamente.

En relación con esto, Zeno (1987) refiere que la sexualidad de la mujer, a partir de la menopausia, puede permanecer igual, aumentar, disminuir y aún desaparecer, lo que dependerá de ella, de su marido y de las pautas socio-culturales fundamentalmente.

Así, la sexualidad puede permanecer igual o aún aumentar, en aquellas mujeres que viven positivamente el cese de sus menstruaciones, pues significa el fin de los molestos síntomas asociados a ella, el fin de la necesidad de usar métodos anticonceptivos, el final de la posibilidad de un embarazo no deseado e indeseable.

En relación a esto último, Videla y cols. (1992) hablan de valoraciones de ventajas y desventajas que ven las mujeres en la menopausia, teniendo este proceso relación con expectativas, temores, prejuicios y experiencias familiares, determinados a su vez por contenidos inconscientes en relación con su sexualidad. Son consideradas como ventajas de la menopausia, la finalización de la menstruación y las incomodidades que su higiene produce, así como, también, despreocuparse definitivamente de la anticoncepción, del conflicto con embarazos no deseados y del aborto. Las desventajas están relacionadas con las valoraciones prejuiciosas que hacen vivir a la menopausia como si fuese algo vergonzoso, algo para ocultar y silenciar.

Volviendo a la sexualidad de la mujer en la menopausia, Dolto (1994) dice que el deseo libidinal no disminuye con la menopausia.

Ahora, por otro lado, parece ser que además de la importancia del ambiente sociocultural donde se desenvuelva cada mujer, otro factor importante para la reacción de la mujer ante la menopausia es la estructura de su personalidad.

Al respecto, Videla y cols. (1992) dicen que la estructura de la personalidad es esencial, por lo que se hace imposible generalizar la reacción de la mujer ante la menopausia, puesto que cada mujer representa una personalidad única que vivirá su menopausia con su cuerpo y con su psiquismo, además, según su estructura familiar, su vida amorosa y su entorno sociocultural.

Aclaran así mismo, que una mujer se situará en esta etapa con el sostén que su propio desarrollo le ha brindado, por ejemplo, si éste se centró sólo en su marido, el hogar y los hijos se afrontarán problemáticas con la exogamia de estos últimos; si no los tuvo, vivirá duelos por la pérdida de una capacidad potencial o habrá sabido sublimar sus deseos maternos (aunque no todas las mujeres lo experimentan, partiendo de la no existencia del instinto maternal).

En cuanto a la importancia de la estructura de la personalidad para enfrentarse y vivir esta época de la menopausia, Botella (1990) hace una clasificación de tres tipos, de acuerdo a la personalidad psicosexual de la mujer, pues a partir de ella será el impacto emocional que cobre la menopausia.

La primera: La mujer que siente dejar atrás su juventud, ya que sus condiciones sexuales declinan y siente el rechazo de su pareja, que bien no es motivo su menopausia, sino la etapa en que se encuentra, está en pleno apogeo de actividad laboral, lo cual puede descuidarla y ella se vuelve repentinamente presumida y gastadora para llamar la atención de su esposo.

La segunda: La mujer que siente que con la regla se le va lo más significativo de su femeneidad, y al perderla, juntamente con la aparición de los primeros signos involutivos, arrugas, mamas flácidas, etc., siente una honda melancolía.

La tercera: Es la que los psiquiatras ingleses llaman el “tomboy”, el marimacho, que su actitud nace de no querer aceptar las relaciones sexuales con el hombre; para este tercer tipo, la menopausia es una liberación.

Marañón, (citado por Botella 1990), señala que si estas mujeres, cosa frecuente, se quedan viudas o si, cosa también frecuente, se divorcian, entonces recuperan su verdadera personalidad y son ese tipo de mujer que el marido quizá se ha olvidado de ella porque hace tiempo también que ella lo pospuso a los hijos.

Se puede resumir que la menopausia es un hecho biológico fundamental en la vida física y emocional de la mujer al que debe enfrentarse, y poner en marcha todos sus recursos vitales que tengan cada una a su alcance y lograr

entonces una aceptación y adaptación y, por lo tanto, mantener un equilibrio emocional, ya que el ambiente sociocultural que la rodea será importantísimo, pues, afectará y determinará, en gran medida, la forma como vivirá esta etapa, no olvidando también su estructura de personalidad, su historia personal y su sexualidad. Todo en conjunto, determina su reacción ante la menopausia.

f) Tratamiento

Como ya se mencionó antes, los síntomas de la menopausia en algunas mujeres parecen ser más intensos que en otras y entonces requieren la atención médica para que se puedan reducir las molestias de ésta, por lo que es necesario que la mujer se someta a tratamiento.

Glass y Kase (1975), consideran que las condiciones destructivas de la carencia de estrógeno son de tal importancia para el individuo que demanda tratamiento y lo cual afortunadamente existe.

Así, una dosis adecuada de estrógenos sería suficiente para eliminar los signos y síntomas de la menopausia, pero ha de ser menor que las dosis requeridas para estimular el forro uterino, que sirven para producir sangrado menstrual y que son un exceso de las necesidades metabólicas de estrógeno de la mujer.

El tratamiento que se requiere después de la menopausia, es un tratamiento intermitente de hormonas cíclicas. Este programa de tratamiento es la administración de estrógeno diario, durante tres o cuatro semanas cada mes, y el alcance de la dosis requerida para lograr el objetivo del tratamiento muestra poca variación entre las mujeres.

Así mismo, existe una variedad de productos estrógenicos que pueden ser adquiridos en dosis estandarizados. Por otra parte, la dosis que la paciente requiere se calcula mejor por la reacción de ésta. Se ha comprobado que, de hecho, entre los millones de mujeres que han recibido terapia posmenopáusica con estrógenos, cada una con sus excentricidades particulares, que una misma dosis proporciona la cantidad adecuada para casi todas.

Sin embargo, se piensa que el estrógeno no alivia todos los problemas emocionales que trae consigo la menopausia.

Referente a esto Englander (1993), dice que la psicoterapia, no es suficiente para abarcar todos los problemas que son propios del climaterio, ni tampoco existe dosis de estrógenos que pueda substituir la dimensión terapéutica de la psicoterapia.

Según esta autora, se recomienda la psicoterapia, sobre todo si presenta la mujer síntomas psicóticos evidentes.

CAPITULO CUATRO

OSTEOPOROSIS

En el capítulo anterior se abordó el tema de la menopausia. Dentro de las diversas alteraciones que pueden presentarse se encuentran las de tipo óseo, como es la que se conoce como osteoporosis. A continuación, se ampliará el conocimiento de la osteoporosis, así como sus posibles consecuencias a nivel emocional.

1. DEFINICIONES DE OSTEOPOROSIS.

De acuerdo a la práctica clínica, y con base en diferentes autores, hay distintas definiciones de osteoporosis.

Para Hare (1987) la osteoporosis es la disminución de la masa ósea con mineralización normal (o sea proporción mineral/matriz adecuada para la masa ósea reducida). Incluye trastornos en los cuales está sobreañadido un daño estructural.

Para Escofer (1992), la osteoporosis es la disminución de la masa ósea por unidad de volumen, en relación con la que se considera normal para una determinada edad, sexo y raza, manteniéndose inalterada la estructura orgánica y el contenido mineral; esta situación se acompaña de un aumento de la fragilidad ósea y, como consecuencia, de un aumento del riesgo de la fractura.

Para Schild y Heller (1993), la osteoporosis es la pérdida de la masa ósea, que se acompaña de una pérdida y disminución de la estructura y función de los huesos que se asocian a fracturas.

Para McIlwain y cols. (1994), la osteoporosis es el resultado de una gradual disminución de la cantidad de sustancia ósea existente en nuestro cuerpo y esto implica una disminución de la densidad de los huesos o en términos más sencillos, un adelgazamiento de los huesos y, a medida que éstos se vuelven más delgados, se rompen más fácilmente.

Barreira (1994), comenta que en la actualidad se ha definido a la osteoporosis como una enfermedad ósea común, cuya característica fundamental es la disminución de masa ósea (reducción de tejido por unidad de volumen), que condiciona pérdida de la fuerza tensil y resistencia esquelética traduciéndose por la aparición de diversas fracturas ante traumatismos mínimos o triviales.

2. FISILOGIA Y ANATOMIA OSEA

En este apartado se hace una descripción del funcionamiento óseo y su estructura.

El hueso cumple dos funciones básicas. Por un lado es un almacén mecánico para todo el cuerpo, pero también es un órgano metabólico que constituye la reserva de calcio del organismo, y que con su liberación no sólo mantiene la homeostasia de calcio y fósforo, sino que regula también a distancia las funciones de muchos órganos, entre ellas la musculatura lisa y estriada, la coagulación de la sangre y la actividad del sistema nervioso.

Debe considerársele al hueso como un tejido vivo, que se compone de unas células llamadas osteocitos y están alojadas en unas cavidades relacionadas entre sí por una serie de conductos llamados de Havers y de Volkmann, que están bañados en un líquido intersticial que circula por dichos canales y que se relaciona con la linfa y con la sangre. La sustancia fundamental de este tejido, que sustituye a la colágena del conectivo común, es la masa ósea. Esta masa, a su vez, se forma por el depósito hecho por unas células anabólicas constructoras, que se llaman osteoblastos, y se destruyen por la acción de otras llamadas catabólicas y destructoras, que son los osteoclastos.

El hueso está sometido a una continua pérdida por los osteoclastos y a una continua remodelación por los osteoblastos, de manera que están trabajando toda la vida y el hueso se está formando y destruyendo constantemente.

Por lo tanto, el hueso está constituido por unidades óseas o BSU, que también se llaman osteonas. Estas unidades están constituidas por un cilindro de masa ósea de unos 200 a 250 m de diámetro con un sistema huversiano central y un osteocito. La estructura de la osteona depende de hueso compacto (lamelar), llamado así por su constitución en laminillas o de hueso esponjoso,

plexiforme o trabecular. El primero existe en los huesos largos en su diáfesis, y el segundo, en la epífisis de estos mismos, en los huesos planos y en las vértebras y su comportamiento funcional es distinto (Botella, 1990).

En cuanto a la composición del hueso normal, consiste en 30 a 35% de matriz orgánica, 50 a 55% de mineral y 10 a 15% de agua. La fase mineral del hueso contiene calcio y fosfato en cristales de hidroxipalita y sin forma (Hare, 1987).

En cuanto a la formación del hueso tienen que ver el funcionamiento de los osteoclastos y los osteoplastos, o sea las células que constituyen a la masa ósea.

En la infancia y juventud predominan los osteoblastos y el esqueleto crece y la masa ósea aumenta. En la época madura se alcanza un equilibrio entre ambas células y la masa ósea ni crece ni disminuye, pero en la vejez la pérdida ósea por la actividad de los osteoclastos es mayor y la masa ósea va disminuyendo lentamente. Así, también, en la menopausia y en la vejez predominan los osteoclastos y la masa ósea disminuye. Pero no siempre esta merma pasa de ciertos límites y no aparece la osteoporosis, pero cuando la pérdida de la masa ósea alcanza el 40%, las manifestaciones clínicas se hacen ya visibles. Así, la osteoporosis se debe a esta desarmonía de estos dos procesos (Botella 1990).

Durante la adolescencia, el hueso deja de crecer en longitud pero sigue remodelándose activamente por acción de las células óseas, de los osteoclastos y osteoblastos. Mediante este proceso de remodelado, la resorción ósea está estrechamente acoplada con la formación del hueso, de manera que existe un estado de equilibrio y normalmente no hay cambio en la masa esquelética. La resorción del hueso, por los osteoclastos siempre precede la formación del hueso por los osteoblastos (Hare, 1987).

Por otra parte, cada individuo alcanza en algún momento de su vida la masa ósea inicial, pero esta depende de la predisposición genética para el desarrollo del sistema óseo, y que se define por el número y función de las células óseas (osteoclastos y osteoblastos) de una unidad funcional. El número y función de éstas dependen, a su vez, de la modulación de esta base genética en las distintas fases de la vida.

Las fases esenciales para el desarrollo de la masa ósea son:

- 1.- Crecimiento óseo intrauterino.
- 2.- Crecimiento óseo prepuberal.
- 3.- Crecimiento óseo pospuberal hasta la mitad de la vida adulta.

El desarrollo extrauterino se halla regulado por las hormonas sexuales y sus cambios que determina el grado de mineralización y también de desmineralización. Durante la fase de maduración sexual se produce en ambos sexos una aceleración del crecimiento óseo por efecto de las hormonas sexuales. Así, la talla final depende de la dinámica y el grado de maduración sexual. La talla final puede disminuir o aumentar por efecto de la maduración sexual.

El segundo factor hormonal que controla la masa ósea son los cambios hormonales, cuya importancia se manifiesta en la menopausia de la mujer, como se verá más adelante.

Con el paso de los años, en un momento aún no bien conocido, que es diferente para cada persona, la masa ósea inicial comienza a disminuir (Schild y Heller 1993). Entonces el organismo humano constantemente fabrica nueva sustancia ósea y elimina la vieja. En los jóvenes, la cantidad de sustancia ósea que se renueva es mayor que la que se elimina, lo cual da como resultado el crecimiento de los huesos y el incremento de la cantidad total de la sustancia ósea. Después de alcanzar la madurez, a la edad de 30 ó 40 años, la cantidad de sustancia ósea eliminada se vuelve mayor que la de sustancia ósea recién formada y, en consecuencia, su cantidad total disminuye (McIlwain y cols. 1994).

Por lo tanto, se puede decir que hay una pérdida de la masa ósea, a partir de la edad adulta.

Hare (1987) señala que normalmente hay una disminución de la masa ósea que comienza entre los 30 y 40 años de edad.

Harrison (1987) afirma que después de la edad de 40 a 50 años, la masa esquelética empieza a declinar más rápidamente en las mujeres que en los hombres, y a diferentes ritmos en distintas partes del esqueleto.

Para Escofer (1992), los valores máximos de obtención de masa ósea sucede entre los 20 y los 40 años; el promedio es superior en el hombre que en la mujer, y a partir de los 45 a 50 años se observa una disminución progresiva, más acentuada en la mujer que en el hombre, debido al proceso menopáusico.

Es claro que existe una pérdida de masa ósea, aunque el rango de edad en que comienza a disminuir es aproximado para estos autores.

En síntesis, la remodelación del hueso (su formación y resorción) es un proceso continuo y cualquier combinación de cambios en el ritmo de formación y resorción que haga que la última sobrepase a la primera, puede provocar una disminución de la masa ósea. En la osteoporosis la masa ósea está disminuida, lo que indica que la resorción debe ser mayor que la formación ósea (Harrison, 1987).

3. ETIOLOGIA DE LA OSTEOPOROSIS

Por muchos años, la osteoporosis, que ahora se acepta como una enfermedad común y en muchas ocasiones incapacitante, se consideró de poco interés.

En la actualidad es una enfermedad de moda, y se considera como un problema de salud pública debido a su importante morbimortalidad y el elevado costo de su atención (Zárate y Miranda, 1991).

La osteoporosis llamada también “la epidemia silenciosa”, es un problema de salud pública mundial, cuya particularidad es que no produce síntomas hasta que se producen las fracturas, las cuales producen invalidez, dolor y sufrimientos intensos y en muchos casos la muerte (Arzac, 1995).

A la osteoporosis se le considera una enfermedad ósea metabólica y una cruel enfermedad que provoca dolorosas y extenuantes fracturas, ya que a medida que avanza la enfermedad, los huesos se vuelven delgados y se quiebran con facilidad. Por otra parte, las actividades diarias habituales como ponerse de pie, caminar e inclinarse, por ejemplo, pueden ser suficientes para que se rompa un hueso. Tales fracturas pueden producirse en la espalda, la cadera, el pie o en otras partes del cuerpo. Así, las lesiones leves, que generalmente pasan inadvertidas, provocan una fractura con fuerte dolor y limitaciones. Se

trata de una enfermedad que puede presentarse en cualquier persona (McIlwain y cols., 1994).

Referente al impacto de la enfermedad sobre el paciente y sus consecuencias son diversas:

La osteoporosis en el paciente puede manifestarse por cuadros dolorosos intermitentes y pobremente característicos, por lo que en la mayoría de las ocasiones estos eventos se atienden de manera sintomática.

Por otra parte, puede producir deformidad esquelética en etapas avanzadas, además de discapacidad y pérdida de la autonomía. Así, las fracturas y secuelas de la osteoporosis son uno de los factores determinantes para colocar a los pacientes en asilos y separarlos del ámbito familiar. De esta manera, en casos extremos (Barreira, 1994), la osteoporosis puede causar la muerte por causas indirectas (cirugía, infección, tromboembolismo, alteraciones cardiovasculares) y por causas indirectas (abandono, depresión, inmovilización y desnutrición).

Como se puede observar, las consecuencias de la osteoporosis pueden llegar a ser muy adversas, por lo que es muy probable que se altere el estado emocional del paciente.

En cuanto a su etiología, la osteoporosis no tiene una sola causa. En la mayoría de los casos son muchos los factores que contribuyen a su desarrollo y se sabe que hay personas más propensas a sufrir de osteoporosis que otras.

Esta mayor propensión puede predecirse muchas veces si se conocen los factores de riesgo de enfermedad los cuales más adelante se mencionarán (McIlwain y cols., 1994).

Tipos:

En la actualidad los investigadores clasifican a la osteoporosis en dos tipos, pero éstos no están claramente definidos y es frecuente encontrar diferentes combinaciones de ambos (McIlwain y cols., 1994).

Schild y Heller (1993), dicen que la osteoporosis se divide de modo sistemático en dos tipos, cada uno con características diferentes.

Tipo I: En la que hay pérdida de masa ósea, preferentemente del hueso esponjoso; de manifestación en el esqueleto axial a través de fracturas vertebrales. Por ejemplo, osteoporosis postmenopáusica.

Tipo II: En la que hay pérdida generalizada de masa ósea, que afecta la esponjosa y el hueso compacto con manifestación clínica en el esqueleto axial y los huesos largos, reflejada por fracturas del cuello femoral o del radio. Por ejemplo, la osteoporosis senil.

Estos autores, mencionan también a la osteoporosis secundaria, de causas endocrinas y otras enfermedades que determinan una reducción de la masa ósea, como secuelas de intervenciones quirúrgicas (por ej., del tubo gastrointestinal) y ciertos tratamientos con fenitoína y difenilhidantoína, otras causas como enfermedades hepato biliares, isquemia cerebral, enfermedades reumáticas y diabetes.

Schild y Heller, (1993), indican que la osteoporosis se clasifica en los siguientes estadios o fases de evolución:

1. Pérdida de masa ósea asociada a la edad (osteopenia).
2. Osteoporosis preclínica con riesgo de fractura.
3. Osteoporosis manifiesta con fracturas.

Según Arzac (1995), la osteoporosis incluye hoy en día a la osteopenia y a la osteoporosis establecida.

La osteopenia es cuando es evidente una masa ósea anormalmente baja, y el paciente no ha sufrido ninguna fractura.

La osteoporosis establecida es cuando el paciente con masa ósea baja presenta colapsos vertebrales o el antecedente de una o varias fracturas previas en el fémur, antebrazo, húmero proximal, etcétera.

Harrison (1987) clasifica a la osteoporosis en tres tipos, la postmenopáusica, la senil y la idiopática.

En la osteoporosis, tipo I: postmenopáusica, existe en una subpoblación relativamente pequeña de mujeres postmenopáusicas entre 51 y 65 años de edad, que se caracteriza por pérdida acelerada y excesiva de hueso trabecular, con conservación del hueso cortical. En estas pacientes, las complicaciones más frecuentes son fracturas de cuerpos vertebrales y del antebrazo distal.

En la osteoporosis Tipo II: senil, existe en una gran proporción de mujeres y hombres de más de 75 años. En este grupo, son más frecuentes las fracturas del cuello femoral, húmero proximal, tibia proximal y pelvis.

Un tercer tipo, es la osteoporosis idiopática, que se presenta en niños o adultos jóvenes de cualquier sexo con función gonadal normal.

Para Harrison, (1987), la osteoporosis idiopática o juvenil, es un trastorno raro que suele iniciarse entre los 8 y los 14 años de edad, caracterizado por la aparición brusca del dolor óseo y fracturas después de traumatismos mínimos.

En muchos casos, el trastorno cede en forma espontánea y hay recuperación entre cuatro o cinco años.

Hare (1987) también habla de la osteoporosis ideopática de posibles causas como: la leucemia, enfermedad de Cushing o trastornos del tejido conectivo del hueso.

McIlwain y cols. (1994) refieren que, de acuerdo con algunos investigadores, un tipo de osteoporosis más común es en las mujeres después de la menopausia. Generalmente, se presenta después de los 50 años de edad, y las fracturas son más frecuentes en la columna vertebral (fractura de las vértebras) y en las muñecas; se cree que el bajo nivel de estrógeno que se observa tras la menopausia, constituye el problema fundamental que causa una más rápida eliminación de sustancia ósea. El intestino parece también ser menos capaz de absorber el calcio necesario para la formación de sustancia ósea y, como resultado de ello, es mayor la eliminación que la formación de dicha sustancia.

El otro tipo de osteoporosis se presenta en hombres y mujeres de edad avanzada, generalmente entre los 70 y 75 años de edad. La región en que con mayor frecuencia se producen las fracturas es la cadera; se piensa que al envejecer las personas disminuye la producción de la vitamina D en el organismo, y ésta es necesaria para que el intestino absorba el calcio. Cuando disminuye la capacidad del organismo para absorber el calcio, menos sustancia ósea se forma, sin que por ello se aminore su eliminación.

Escofer (1992) prefiere sustituir las denominaciones de osteoporosis postmenopáusica y senil, por las de osteoporosis tipo I y tipo II. Aclara que la osteoporosis es rara en el adulto antes de los 50 años de edad, que es la que se llama osteoporosis idiopática del adulto joven, y la osteoporosis sería excepcional en el niño, o sea la osteoporosis juvenil.

Para este autor, la osteoporosis tipo I se caracteriza por manifestarse entre 15 y 20 años después de la aparición de la menopausia y por el predominio en el hueso trabecular de la aceleración de la pérdida ósea.

La osteoporosis tipo II que se manifiesta predominantemente a partir de los 70 años, se da en proporción similar en el hueso trabecular y en el hueso compacto y la pérdida se produce en forma lineal.

Barreira (1994) igual que otros autores clasifican a la osteoporosis en tres tipos: la de tipo I o postmenopáusica, la tipo II o senil, y la osteoporosis idiopática en niños o adultos menores de 40 años. Estos tres tipos se comprenden dentro de lo que se denomina osteoporosis primaria. Además menciona otro tipo de osteoporosis llamada secundaria de causas endocrinas y de otras enfermedades.

Como puede comprobarse, la clasificación que se hace de la osteoporosis, en la edad avanzada y la menopausia son causas principales para la aparición de la enfermedad. Sin embargo, se pueden considerar otras causas que la pueden provocar.

Factores de riesgo

Dentro de las causas para padecer esta enfermedad, se encuentran las que los clínicos han descubierto y coincidido, y las que se consideran a su vez como factores de riesgo.

McIlwain y cols. (1994) explican que cuanto más factores de riesgo coincidan en una persona, mayores serán las probabilidades de que llegue a sufrir osteoporosis. Así, una vez determinados los factores de riesgo pueden disminuirse y el propio paciente puede empezar a reducir las probabilidades de contraer osteoporosis y de sufrir fracturas. Por lo tanto, nunca es demasiado pronto para empezar un programa de prevención.

Dentro de los factores de riesgo, se mencionan los que Schild y Heller (1993) y McIlwain y cols. (1994) citan:

1.- Inactividad física. Para Schil y Heller (1993), toda persona sometida a una inmovilidad voluntaria o involuntaria, experimenta una osteolisis transitoria con aumento de la eliminación de calcio en orina; en situaciones extremas, se observa una disminución de la masa ósea.

Al respecto, McIlwain y cols. (1994) dicen que el ejercicio practicado en forma regular ayuda a retrasar e incluso a revertir el proceso de la osteoporosis. Parece que la actividad y los ejercicios estimulan el esqueleto, ya que inducen a las células óseas a que sean más activas y forman huesos más resistentes.

2.- La Menopausia. Los cambios hormonales son de gran influencia para el control de la masa ósea, cuya importancia se manifiesta en la mujer en la menopausia. La masa ósea se corresponde con el nivel de estrógenos, ya que aproximadamente la mitad de ella depende de estas hormonas. Así, la osteoporosis postmenopáusica se instaura en los cinco primeros años después de la menopausia y corresponde a la osteoporosis clásica tipo I, asociándose a un aumento del recambio óseo. Clínicamente, se manifiesta a los 10 ó 20 años de la menopausia (Schild y Heller, 1993).

De esta manera, la osteoporosis postmenopáusica es el más prevalente de los procesos, debido a que, normalmente, hay una disminución de la masa ósea, que comienza entre los 30 y los 40 años de edad, como anteriormente ya se explicó. Esta disminución ósea es mayor en la mujer, ya que se acelera después de la menopausia (Hare, 1987).

Por lo anterior, el sistema hormonal femenino, especialmente en lo que se refiere al estrógeno, es importante en la formación de hueso. Como la cantidad de estrógeno disminuye en el organismo por la menopausia, se pierde masa ósea, se forman menos huesos y, a menudo, estos se adelgazan más. Por lo tanto, las mujeres se encuentran en mayor peligro de sufrir esta enfermedad después de la menopausia y aumenta el riesgo si es por menopausia precoz, o si se les han extirpado quirúrgicamente ambos ovarios (McIlwain y cols., 1994).

Por otro lado, Framingham (citado por Botella, 1990), observó que era evidente el incremento de la osteoporosis en las mujeres con menopausia precoz que no tomaba estrógenos.

Su sintomatología consiste como ya se mencionó antes, en fracturas de los cuerpos vertebrales y fracturas del radio que son muy comunes. Otro signo esencial es la caída de piezas dentarias, como pérdida del soporte del hueso perialveolar. La pérdida ósea es aproximadamente tres veces superior a la de las mujeres de edad similar (Schild y Heller, 1993).

De acuerdo a todo lo anterior, la menopausia es, desde luego, el primer factor de riesgo.

3.- Tener cuarenta o más años de edad, como ya se mencionó, ya que después que se llega a la madurez, se observa una gran disminución de la cantidad total de sustancia ósea formada, en relación con la cantidad eliminada .

Hay ocasiones en las que, después de los 30 o los 40 años, se pierde gradualmente la densidad ósea, lo cual ocurre con mayor rapidez en las mujeres que en los hombres (McIlwain y cols., 1994).

4.- Ser de raza blanca. La osteoporosis es más común en personas de raza caucásica, de piel blanca. En efecto, estas mujeres sufren el doble de fracturas de cadera que las mujeres afroamericanas (McIlwain y cols, 1994).

5.- El tabaco.- La impresión clínica es que las mujeres delgadas y fumadoras sufren osteoporosis con más frecuencia que las demás.

Por otra parte, el tabaco reduce los niveles de estrógeno y puede asociarse una menopausia prematura (Schild y Heller, 1993).

Para McIlwain y cols. (1994), se desconocen cuál pueda ser la razón, pero las sustancias contenidas en los cigarrillos provocan cambios químicos y hormonales que pueden tener como consecuencia una osteoporosis más temprana y más grave.

6.- Antecedentes familiares de osteoporosis.- Genéticamente, parece que el riesgo de sufrir de osteoporosis es mayor si se tienen familiares cercanos afectados por la enfermedad. Se desconocen las razones de ello, pero es posible que se deba a un programa genético heredado que, de alguna manera, hace que una persona sea más propensa a contraer la enfermedad.

7.- Peso insuficiente. Según Schild y Heller (1993), las mujeres delgadas muestran un mayor riesgo de osteoporosis, probablemente por una predisposición genética.

También McIlwain y cols. (1994) dicen que las mujeres que tienen poco peso en relación con su estatura, frecuentemente desarrollan con mayor rapidez la osteoporosis, mientras que aquéllas que están excedidas de peso tienen menos probabilidades de contraerla; esto porque es posible que una mayor cantidad de tejido adiposo provoque mayor producción de hormonas estrógenas y que ese alto nivel de estrógeno sea capaz de hacer más lento el proceso de la osteoporosis.

8.- Consumir alcohol. Para McIlwain y cols. (1994), en los últimos años, ha llegado a admitirse que la gente que bebe alcohol en fuertes cantidades se encuentra en mayor peligro de contraer osteoporosis. Schild y Heller (1993) afirman también que el alcohol reduce intensamente la masa ósea, la razón de esto se desconoce. Podría pensarse que el alcohol puede ejercer un efecto directo sobre el hueso, o podría existir un trastorno del metabolismo hepático de la vitamina D, y, por último, la causa podría residir en la dieta unilateral y pobre en calcio del alcohólico, con un alto aporte de calorías vacías.

9. Tomar ciertos medicamentos. Al respecto, McIlwain y cols. (1994) dicen que determinados medicamentos para otras enfermedades pueden aumentar el peligro de contraer osteoporosis. Uno de los más comunes es el grupo de los fármacos del tipo de la cortisona. Se trata de medicamentos que aumentan la posibilidad de contraer la enfermedad si se toman en forma regular, especialmente si el tratamiento se prolonga durante un largo periodo. Estos medicamentos son según su nombre genérico y su nombre comercial.

Nombre Genérico:

- . Betametasona
- . Dexametasona
- . Metilprednisolona
- . Prednisolona
- . Prednisona
- . Triamcinolona

Nombre Comercial:

- . Celestone
- . Decadrón
- . Medrol
- . Delta-corfet
- . Deltasone
- . Aristocort

10.- Padecer ciertas afecciones y otros problemas de carácter médico, tales como artritis reumatoidea, enfisema, bronquitis crónica, hipertiroidismo, diabetes y algunos tipos de intervenciones quirúrgicas abdominales. En lo referente a la artritis reumatoide, McIlwain y cols. (1994) señalan que una persona con artritis se encuentra en mayor peligro de contraer osteoporosis, ya que el dolor hace que sea pesado el ejercicio normal como caminar y los demás ejercicios que estimulan el esqueleto; y esta falta de ejercicio es la que perjudica.

En cuanto al enfisema y bronquitis crónica, muchos pacientes con enfermedades de este tipo, que están relacionadas con el hábito de fumar, presentan osteoporosis. Así mismo, algunos investigadores han observado que los diabéticos tienen mayores probabilidades de contraer osteoporosis. El hipertiroidismo, que se trata de un estado de hiperactividad de la glándula tiroidea, y una consecuencia de esta hiperactividad es la osteoporosis. Por último, operaciones del estómago, más en la que se efectúa una extirpación de una porción del estómago, el riesgo es mayor para la osteoporosis.

11.- Seguir una dieta baja en calcio. A esto también McIlwain y cols. (1994) mencionan que si el nivel de calcio del organismo se ha mantenido bajo durante años, especialmente durante el crecimiento, se corre entonces un alto riesgo de contraer osteoporosis.

12.- Dieta rica en fosfato. Schild y Heller (1993) señalan que una dieta rica en fosfato, inhibe la absorción de calcio o bien determina una pérdida de este mineral.

4. DIAGNOSTICO EN OSTEOPOROSIS.

Síntomas

Por lo general, no se sabe que una persona padece osteoporosis hasta que se rompe un hueso. Al ocurrir esto, se toman radiografías y se diagnostica tanto la fractura como la osteoporosis. Puede decirse que no presenta síntomas en un principio, pero mientras más conocimiento se tenga acerca de lo que es la osteoporosis y de lo que son sus síntomas, la enfermedad puede descubrirse más oportunamente. Así, si el adelgazamiento del hueso pasa inadvertido, sólo se tratará la fractura y, como resultado de ello, habrá más fracturas y la persona quedará incapacitada. Además que una vez que se presenta la enfermedad evoluciona a través de varias etapas. Por lo tanto, la detección y tratamiento para cada una de estas etapas puede retrasar la osteoporosis o impedir que se agrave y puede, así mismo, evitar que se produzcan fracturas McIlwain y cols., 1994.

De acuerdo a esto, McIlwain y cols., 1994 hablan de cuatro etapas, en las que se muestran signos y síntomas de la enfermedad. Estas etapas son:

Etapas 1: Antes de que la osteoporosis sea detectable.

Generalmente, esta etapa se inicia poco tiempo después que la persona llega a la edad adulta; a menudo entre los 30 y 40 años de edad. No hay ni sensaciones ni signos que indiquen que el proceso ya ha comenzado. Es decir, comienza una pérdida gradual de sustancia ósea. En efecto, ni las radiografías ni las pruebas de que actualmente se dispone pueden detectar de manera eficaz esta etapa.

Etapas 2: La osteoporosis se vuelve detectable.

La etapa dos se inicia en algún momento después de cumplir los 35. Por otra parte, de acuerdo al número de factores de riesgo que se presenten entre los

35 y 55 años de edad, la osteoporosis llega a hacerse detectable. Todavía no hay sensaciones, ni tampoco signos notables, puesto que aún se está en los comienzos de la enfermedad. En esta etapa es posible empezar a detectar la osteoporosis mediante la realización de pruebas. Las radiografías de rutina pueden indicar fractura por compresión de la columna vertebral o, así mismo, menor densidad en algún hueso. En esta etapa la pérdida gradual de sustancia ósea ha durado ya varios años, pero la sustancia ósea que aún queda es todavía lo suficientemente fuerte para que no se produzcan fracturas, pero ya es detectable.

Etapa 3: La osteoporosis ocasiona fractura.

Esta etapa corresponde a la osteoporosis con fracturas óseas suele iniciarse a los 55 años de edad o incluso más tarde, pero también puede presentarse antes en caso de que existan uno o dos factores de riesgo. Llegada esta etapa, puede decirse que el proceso de osteoporosis ha existido ya durante muchos años. En esta etapa los huesos se vuelven lo suficientemente delgados como para que lesiones que hasta entonces habían pasado inadvertidas ocasionen ahora la fractura del hueso.

Las fracturas que son más comunes son en la columna vertebral, especialmente en la parte inferior de la espalda (o espina lumbar), en las caderas y en las muñecas. El problema básico de esta etapa es que se ha perdido suficiente sustancia ósea como para debilitar la que aún queda. Así, una leve caída o una lesión de poca importancia bastan para provocar una fractura. Esta es la etapa en la que el hueso de la cadera puede romperse a consecuencia de la osteoporosis. En esta etapa, la primera vez que la persona se da cuenta de la presencia de la enfermedad puede ser por una fractura.

Etapa 4: Osteoporosis con dolor y deformidad crónicos

Esta etapa puede iniciarse después de cumplidos los 55 años de edad, o quizá antes, si están presentes muchos factores de riesgo. En esta etapa se producen más fracturas, por lo general en forma cada vez más dolorosa. Las fracturas se curan pero empiezan las deformidades. Las regiones más comúnmente afectadas corresponden a la columna vertebral, especialmente a las partes central y baja (conocidas como regiones torácica y lumbar, respectivamente).

Puesto que cada fractura en una vértebra hace un poco menos alta la columna, ocurre que cuanto más fracturas de este tipo se produzcan, más disminuirá la estatura de la persona y habrá dolor, limitando la actividad. Además que la forma de la columna vertebral puede cambiar, adopta la forma de cuña al comprimirse debido a la fuerza que ejerce el peso del cuerpo. El resultado de esto es la familiar "joroba de viuda", y finalmente una espalda totalmente encorvada. Tal es, en efecto, el resultado final de muchos años de osteoporosis, y que corresponde a la última etapa de la osteoporosis. Por otra parte, las fracturas de cadera también son comunes. Se trata, en realidad, de varios tipos diferentes de fractura, generalmente de la parte superior del hueso largo del muslo, es decir, del fémur; la fractura real puede producirse en una de las diferentes partes del hueso. De esta manera, a consecuencia de una caída pueden producirse fracturas de hueso de la pelvis y provocar fuerte dolor bajo el vientre, en la región pélvica y en la ingle. Por último, a medida que avanza esta etapa, empiezan a producirse fracturas de tipo menos común, por ejemplo, una fractura de costilla, por el hecho de toser. Resumiéndose esta etapa, donde hay más fracturas, dolor constante, deformidad e invalidez.

McIlwain y cols. (1994), mencionan que aunque la osteoporosis es un trastorno esquelético generalizado, sus manifestaciones clínicas principales se deben a fracturas de vértebras, muñeca, cadera, húmero y tibia, según sea el tipo de enfermedad (Tipo I ó II).

Los síntomas más frecuentes por fracturas de cuerpos vertebrales, son dolor lumbar y deformidad de la columna; el dolor se debe al colapso vertebral y es de instalación aguda; a menudo se irradia hacia adelante y al abdomen. Estos episodios suelen presentarse después de movimientos repentinos de inclinación, cargar objetos pesados o brincar, que parecen haber sido triviales. Así, el reposo en cama calma el dolor en forma temporal, pero puede repetir. También puede haber pérdida del apetito y aparente debilidad muscular, quizá debido al miedo a producir el dolor. Los episodios de dolor suelen ceder después de varios días hasta una semana, y los pacientes pueden caminar perfectamente bien y reintegrarse a sus actividades normales.

Por otra parte, Berg y Celso (1987), señalan que la presencia de dolor en una mujer postmenopáusica, en particular el dolor que no irradia en el área espinal inferior será aviso claro de una osteoporosis potencial.

Gullegher y cols., citados por estos mismos autores, también apreciaron entre sus pacientes postmenopáusicas con una o más fracturas por compresión vertebral que todas ellas tenían dolor dorsal. La edad de estas mujeres oscilaba entre los 45 y los 82 años de edad.

Según Berg y Celso, cuando la radiografía convencional demuestra una osteoporosis, es que la enfermedad ya está muy evolucionada.

Métodos de diagnóstico

Para Schild y Heller (1993), el diagnóstico de la osteoporosis no se puede efectuar exclusivamente sobre la base de un parámetro de laboratorio o de un estudio radiológico, ya sea convencional o con medición de la densidad ósea por distintos procedimientos.

El diagnóstico sólo se debe establecer tras valorar:

1. Anamnesis
2. Clínica
3. Laboratorio
4. Radiología
5. Medicina Nuclear.
6. Histología Osea.

1- La anamnesis, debe comprender los siguientes datos:

- a) Síntomas actuales (naturaleza, intensidad, duración, localización de las molestias, evolución, limitación de movilidad articular, necesidad de ayuda o cuidado y dolor).
- b) Síntomas generales (malestar general, variación de peso, taquicardia, sudoración, impotencia o alteraciones menstruales).
- c) Fracturas (de cuerpo vertebrales, extravertebrales, a consecuencia de traumatismos o sin traumatismos apreciables).

- d) Antecedentes familiares (incidencia de osteoporosis con fracturas y cifosis en la familia).
- e) Factores de riesgo (pubertad, menarquía tardía, nuliparas, menopausia prematura, amenorrea, aporte deficiente de calcio, ingesta elevada de fosfato, carne, alcohol, tabaco, café, actividad física reducida).
- f) Antecedentes personales (cirugía gastrointestinal o úlcera, enfermedad de Crohn, hipertiroidismo, diabetes, insuficiencia renal).
- g) Medicación (corticoides, tratamiento heparínico prolongado, antiácidos, hormonas tiroideas).

2- Desde el punto de vista clínico, se mide la talla del paciente, ya que las mujeres delgadas tienden a desarrollar con más frecuencia osteoporosis, pero el sobrepeso no la descarta.

3- Los datos de laboratorio no son muy útiles en la osteoporosis, pero sirven para descartar algunos diagnósticos diferenciales y separar la osteoporosis de otras osteopatías metabólicas.

4-El estudio radiológico, puede aportar datos interesantes para el diagnóstico y diagnóstico diferencial de la osteoporosis: Sin embargo, la densidad mineral ósea no se puede calcular únicamente con la radiología, ya que se requiere una pérdida del 30% del contenido mineral para su visualización.

El estudio radiológico inicial de la osteoporosis confirmada o sospechada comprende:

- a) Radiografía de la columna lumbar y dorsal en dos proyecciones.
- b) Radiología SP de ambas manos.
- c) Radiología de pelvis.
- d) Radiología lateral del cráneo.

5- En cuanto a la medicina nuclear McIlwain y cols. (1994), comentan que hay varios tipos de pruebas para determinar la densidad ósea. Algunas de esas pruebas implica una mayor exposición a la irradiación y algunas son más precisas que otras. Las pruebas más recientes llamadas radiografías de

energía dual son fáciles de tomar y no causan dolor, casi no requieren una exposición suplementaria a la irradiación y se considera que es la mejor prueba de que se dispone en la actualidad.

En la medicina nuclear; se usa la gammagrafía ósea, que se utiliza para el diagnóstico diferencial con las enfermedades de base inflamatorio y los tumores malignos (Schild y Heller, 1993).

6- La histología, no aporta mucha información diagnóstica, pero se emplea para el diagnóstico diferencial. Consiste en hacer una biopsia ósea. Está indicado en personas en edad atípica, es decir, jóvenes, o en personas del sexo atípico, en los varones.

De esta manera, aunque la osteoporosis pueda llegar a tener graves consecuencias, tanto su prevención como su tratamiento pueden iniciarse si se detecta oportunamente, así se conocen los factores de riesgo que son muy importantes, ya que en la osteoporosis los signos y los síntomas tardan en aparecer, lo cual permite un diagnóstico hasta que la enfermedad se encuentra avanzada (McIlwain y cols., 1994).

Arzac (1995), comenta que actualmente existen varios métodos disponibles para diagnóstico, como son la radiología y la tomografía computarizada. En México, los aparatos disponibles actualmente son la densinometría dexta, que tiene como funciones predecir el riesgo de fractura, determinar cuantitativamente la masa ósea y diagnosticar osteopenia, evaluar objetivamente la respuesta del tratamiento administrado, y por último, evaluar epidemiológicamente la población con osteoporosis.

Por otra parte, las regiones útiles para determinar la masa ósea por medio de este aparato son el fémur, columna lumbar y lateral de columna.

El otro método usado es la absorciometría radiográfica palmoplaca (osteogram), se realiza tomando una radiografía de la mano izquierda, es precisa y la exposición a la radiación es muy baja.

5. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

Para Hare (1987), los objetivos de la terapéutica para la osteoporosis son: evitar mayor pérdida del hueso, brindar alivio sintomático por fisioterapia para fracturas existentes y, si es posible restablecer la masa ósea normalizándola. Este tratamiento suele consistir en suplementos de calcio, ejercicio y algunos fármacos. Por otra parte, para él, son componentes integrales del tratamiento, un diagnóstico temprano y las medidas de prevención.

Este mismo autor, explica que diversos estudios han demostrado que los suplementos de calcio disminuyen la pérdida ósea postmenopáusica. Dada la disminución de absorción de calcio por pacientes osteoporóticos y los estudios epidemiológicos que demuestran que el ingreso elevado de calcio se acompaña con menos enfermedad osteoporótica, se admite que los suplementos de calcio tienen importancia para prevenir.

Así mismo, se ha comprobado que los estrógenos retrasan la pérdida ósea en mujeres que sufren menopausia fisiológica o quirúrgica. Por otro lado, se ha comprobado que los estrógenos, junto con suplemento de calcio producen una reducción mayor en fracturas postmenopáusicas que el calcio solo. Hare, también menciona que aunque no está comprobado que la vitamina "D" aumenta la absorción de calcio, es utilizada.

El fluoruro de sodio también se utiliza, ya que estimula la neoformación ósea. Sin embargo, en ausencia de calcio y vitamina "D", este hueso está poco mineralizado.

El papel de los fluoruros en el tratamiento, todavía se considera en fase experimental.

McIlwain y cols. (1994), mencionan que la osteoporosis no tiene cura conocida, pero dividen su tratamiento con las etapas de diagnóstico vistas con anterioridad.

Si el paciente se encuentra en la etapa 1, recomienda tomar medidas energéticas, a manera de prevención.

En la etapa 2, que es cuando se puede detectar, recomienda eliminar los posibles factores de riesgo y debe decidir si usa algún tratamiento como estrógenos, sobre todo en aquellas mujeres que han alcanzado la menopausia, porque para entonces la presencia de osteoporosis se ha declarado definitivamente. Este mismo autor recomienda la administración de vitamina "D", eliminar los factores de riesgo como en cualquiera de las demás etapas, administrarse medicamentos como recalificaciones y vitamina "D".

Si se presenta pocos años después de la menopausia, administrar estrógenos.

Aclara que un medicamento que puede utilizarse, pero que aún no ha sido autorizado, es el fluoruro, ya que se cree que aumenta la formación de sustancia ósea, como la densidad de los huesos. Es importante ingerir una cantidad suficiente de calcio en la dieta, o bien tomar suplementos recalificantes junto con el fluoruro.

Otro medicamento que mencionan McIlwain y cols., es la calcitonina, porque parece que algunos casos de esta dolencia pueden deberse a una eliminación demasiado rápida de sustancia ósea.

La vitamina "D" se forma en el organismo por exposición al sol, o se toma a través de los alimentos, por lo que recomienda esta vitamina para incrementar la absorción de calcio y aumentar así el calcio disponible en el organismo para la formación de sustancias óseas.

Este mismo autor nos dice que la vitamina "D" por sí sola, no evita la pérdida de sustancia ósea, provocada por la pérdida de estrógenos durante la menopausia, de modo que no sirve para sustituir el tratamiento con estrógenos.

En la etapa 3 donde suelen aparecer las fracturas, recomienda asistir al médico ortopedista, tomar algunos analgésicos para el dolor y seguir las instrucciones del médico para lograr un aumento paulatino de actividades.

De la misma manera, en la etapa 4, en caso de presentar fractura, deben seguirse las indicaciones del médico, iniciar con un programa regular de ejercicios, eliminar factores de riesgo y tomar calcio y vitamina "D", acompañados de estrógenos.

Altamirano y cols., citados por Arzac (1995), mencionan que actualmente el tratamiento de la osteoporosis se administra como preventivos y como paliativos antidestructivos.

Consideran que el mejor tratamiento es el preventivo; es mejor prevenir la desmineralización y el deterioro de la microarquitectura ósea que tratar lesiones que ya son irreversibles.

El tratamiento preventivo y el tratamiento paliativo antidestructivo están encaminados para mantener, incrementar masa ósea y evitar nuevas fracturas.

En el tratamiento preventivo comprenden varios aspectos e interviene el médico y los técnicos en fisioterapia.

Cuando ya existen fracturas establecidas en la osteoporosis, el tratamiento paliativo-antidestructivo, el papel del ortopedista juega un papel fundamental junto con el especialista en psicoterapia, la fisioterapia y los especialistas en la clínica del dolor; así el objetivo principal del tratamiento es promover la máxima calidad de vida al paciente que ha sufrido la fractura. Por lo tanto, la función de cada especialista sería:

- 1- Atención inmediata por el ortopedista (inmovilización, cirugía, corsét, faja, etc).
- 2- Iniciar medicamentos para evitar nuevas fracturas.
- 3- Si permanece el dolor, tratarlo adecuadamente (clínica del dolor, fármacos, bloqueos).
- 4- Si permanece la depresión, brindar la atención psiquiátrica adecuada (fármacos, psicoterapia, terapia de grupo).
- 5- Si las condiciones lo permiten, iniciar rehabilitación física.
- 6- Brindar la asesoría apropiada al paciente y su familia, sobre las medidas indispensables para evitar nuevas caídas.

Por otra parte, McIlwain y cols. (1994), hacen hincapié en que el estado de ánimo y el pensamiento positivo es importante para el bienestar general del paciente.

Por su parte, Schild y Heller (1993), señalan también que son necesarios los grupos de apoyo para los pacientes con osteoporosis, esto porque la colaboración del paciente resulta decisiva, ya que éste debe conocer los fundamentos de su enfermedad, así como el tratamiento. A su vez, estos grupos de apoyo resultan importantes para educar a la población y la prevención de la enfermedad. Así las reuniones celebradas por estos grupos aumentan la conciencia general sobre los factores de riesgo y contribuyen a su reducción. Otra función de estos grupos es romper la barrera de aislamiento en la que suele caer el enfermo, y para esto es necesario que colaboren con el médico tratando de mitigar la repercusión de la osteoporosis como problema de salud pública.

Como se ha venido estudiando y en base a los autores revisados, la osteoporosis genera diversos efectos como son: dolor, miedo, depresión, aislamiento, abandono, dependencia, discapacidad y deformidad, así como la necesidad de internarse o someterse a cirugías y en casos extremos, puede ocasionar la muerte.

Por lo tanto, a la osteoporosis se le puede considerar de alguna manera una limitación física. En cualquier etapa en que se encuentre la persona, requiere de cuidados, e incluso físicos.

Respecto a la limitación física, Shakespeare (1979), comenta que se ha apreciado una serie de reacciones en las personas que adquieren una discapacidad o limitación física y estas reacciones son normales y naturales hasta cierto punto. Las reacciones ante una limitación física, pueden ser la negación, rechazo a aceptar que algo anda mal, depresión, ansiedad, aislamiento, regresión, intolerancia y exigencia. Este autor, explica que la reacción ante una limitación física no guarda proporción con la severidad objetiva de la misma, es decir, una limitación leve puede causar una severa reacción emocional y una limitación más severa una reacción menor, pero esto parece depender también de lo que la limitación física signifique para la persona en términos de su estilo de vida, de su trabajo y de sus intereses;

asimismo, afirma Shakespeare que hay amplias diferencias en el grado en que las personas aprenden a enfrentarse al mismo grado de limitación.

Por lo tanto se puede suponer entonces, que si la osteoporosis afecta emocionalmente a las personas, es necesario proporcionar una atención psicológica adecuada, según las reacciones que produzca.

CAPITULO CINCO

METODOLOGIA

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La menopausia es una etapa que trae en sí alteraciones de carácter fisiológico y psicológico; así mismo puede ser causa de posibles afecciones asociadas a ella, como son las alteraciones del sistema metabólico y óseo como es la osteoporosis (Botella, 1990).

De acuerdo a algunos investigadores, dentro de ellos McIlwain y cols. (1994), señalan que el tipo de osteoporosis más común es en las mujeres después de la menopausia; por lo tanto, coinciden que la causa principal para desarrollar este padecimiento es la menopausia.

Como antecedente la OMS señala que el 18% de los varones y el 29% de las mujeres de más de 45 años tienen mayor propensión a padecer osteoporosis. En México, existen de 4 a 5 millones de personas que pueden padecer esta enfermedad (Barreira, 1994).

El interés esencial de esta investigación fue conocer las reacciones psicológicas en pacientes menopáusicas con osteoporosis, con el objeto de detectar aquellos indicadores clínicos de trastornos psicológicos presentes y así delimitar las necesidades emocionales de estas pacientes.

2. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

HIPOTESIS ESTADISTICAS

Ho: No hay diferencias estadísticamente significativas entre las reacciones psicológicas mostradas por las mujeres menopáusicas con osteoporosis y las mujeres que no tienen osteoporosis.

Ha: Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre las reacciones psicológicas mostradas por las mujeres menopáusicas con osteoporosis y las mujeres que no tienen osteoporosis.

HIPOTESIS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y DEL GRUPO CONTROL

H¹o: No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de angustia.

H¹a: Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de angustia.

H²o: No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis, y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de ansiedad.

H²a : Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de ansiedad.

H³o: No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de depresión.

H³a: Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de depresión.

H⁴o: No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de baja autoestima.

H⁴a: Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de baja autoestima.

H⁵o: No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de estrés.

H⁵a: Si hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de estrés.

3. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

OSTEOPOROSIS

VARIABLES DEPENDIENTES

ANGUSTIA

ANSIEDAD

DEPRESION

BAJA AUTOESTIMA

ESTRES

4. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

OSTEOPOROSIS

Es la pérdida de masa ósea, que se acompaña de una pérdida y disminución de la estructura y función de los huesos que se asocian a fracturas (Schild y Heller, 1993).

VARIABLES DEPENDIENTES

ANGUSTIA

Para Kolb (1997), la angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente, y constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien, a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; la angustia es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables. La angustia difiere del miedo que no puede referirse a objetos o incidentes específicos. El paciente ignora la fuente de su angustia.

ANSIEDAD

Goldman (1995) define a la ansiedad como un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar y que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos como palpitaciones, sensaciones de asfixia, desvanecimientos, temblor, sudoración y náuseas. La ansiedad puede conducir a la fatiga e incluso al agotamiento.

DEPRESION

Kolb (1977) define la depresión como un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

Para Poinso y Gori (1976), la palabra depresión no se aplica a una enfermedad concreta bien definida, sino a todo un conjunto de síndromes de orígenes diversos, en los cuales se mezclan, con intensidades variables, una tristeza cargada de ansiedad, de inhibición, de insomnio, de astenia, acompañadas de una visión pesimista del mundo y de sí mismo, así como una pérdida o debilidad del impulso vital.

BAJA AUTOESTIMA

Branden (1993) define a la autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida.

Más específicamente, consiste en la confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida.

Confianza es nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. Dice que, la autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano; se considera básica, ya que efectúa una contribución esencial al proceso de la vida y es indispensable para el desarrollo normal y sano, tiene valor de supervivencia.

El no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia. Cuando la autoestima es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida. Se tiende a estar más influidos por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría. Así lo negativo ejerce más poder sobre nosotros que lo positivo.

ESTRES

Mckay y cols. (1995) hablan del síndrome del estrés, el cual definen como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida.

Para ellos, los sucesos del mundo son sólo el primer paso del síndrome del estrés. Por lo tanto, los sucesos, los pensamientos y la actividad del cuerpo constituyen el síndrome del estrés, ya que refieren que son necesarios los pensamientos que clasifican e interpretan aquellos sucesos, y una respuesta física que se interpreta como una emoción particular.

Para estos autores, existen dos fórmulas básicas para explicar el síndrome del estrés.

1. ESTIMULO AMBIENTAL > ACTIVIDAD FISIOLÓGICA > PENSAMIENTOS NEGATIVOS= EMOCION DOLOROSA.
2. ESTIMULO AMBIENTAL > PENSAMIENTOS NEGATIVOS > ACTIVIDAD FISIOLÓGICA=EMOCION DOLOROSA.

En la primera fórmula la actividad fisiológica precede a los pensamientos negativos, por tanto, lleva una emoción dolorosa.

En la segunda fórmula, se invierte la secuencia: los pensamientos negativos preceden a la actividad fisiológica y a una emoción dolorosa.

Otra conceptualización del estrés, es la de Buela y Caballo (1991), que mencionan que Lazarus, en 1966, establecía que el estrés consta de tres procesos:

- 1) La evaluación primaria
- 2) La evaluación secundaria, y
- 3) El afrontamiento

- LA EVALUACION PRIMARIA: Es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenaza.

- LA EVALUACION SECUNDARIA: Es el proceso de elaborar en la mente una respuesta a la amenaza potencial, es una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse frente al acontecimiento con el cual nos enfrentamos.

- EL AFRONTAMIENTO: Es el proceso de ejecutar esa respuesta.

De acuerdo a esta concepción, Lazarus y Folkman (1986), citados por Buela y Caballo (1991), consideran el estrés como la relación existente entre el sujeto y el entorno que es valorado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

5. SUJETOS

Se utilizaron dos muestras de sujetos de sexo femenino, con edad entre 45 y 60 años de edad. Las muestras se dividieron en 30 mujeres menopáusicas con osteoporosis y 30 mujeres menopáusicas sin osteoporosis.

Una característica de la población fue encontrarse en la etapa de la menopausia.

6. MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, de autoselección intencional, ya que se invitó a los sujetos a participar en el estudio; y esto se hizo por medio de una lista de pacientes.

Una lista de $N= 70$, para obtener a las pacientes menopáusicas con osteoporosis y una lista de $N= 50$ para la obtención de pacientes sin osteoporosis. El número de la muestra no probabilístico asignada para la investigación se estableció por cuota, considerando 30 sujetos por cada grupo.

7. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue transversal, observacional, retrospectivo y comparativo.

Transversal porque se midió una sola vez las variables, y las características de los dos grupos en un momento dado.

Observacional porque sólo se midió la población de estudio.

Retrospectivo porque se tenía información acerca del fenómeno del estudio, y

Comparativo porque se tuvieron dos grupos, donde se procedió a comparar las variables y contrastar las hipótesis.

8. DISEÑO

El tipo de diseño utilizado fue preexperimental. De comparación con un grupo estático. Este es un diseño en el cuál un grupo que ha experimentado X se compara con otro que no lo ha hecho, a fin de establecer el efecto de X.

En este caso se compara a un grupo de mujeres que padecen osteoporosis, con otro grupo de mujeres que no la padecen, con el fin de conocer el efecto de esta enfermedad en esas mujeres.

De esta manera se determinó formar dos grupos :

Grupo de estudio: 30 mujeres con osteoporosis.

Grupo estático (control): 30 mujeres sin osteoporosis.

9. INSTRUMENTO (S) O MATERIALES

Se utilizó un protocolo de entrevista psicológica tipo estructurada, con el fin de obtener datos generales de cada una de las pacientes.

(Anexo 1 y Anexo 2)

Posteriormente, en tanto que el objetivo del estudio era conocer si la osteoporosis generaba algún tipo de reacción psicológica, así como ver si hay diferencias significativas entre las mujeres menopáusicas y con osteoporosis y las mujeres sin osteoporosis, se aplicaron los siguientes instrumentos:

1-EL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE) (Anexo 3)

2-LA PRUEBA DE CORNELL INDEX (Anexo 4)

3-EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI-2) (Anexo 5).

El inventario ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE), versión en español del STAI (STATE TRAIT-ANXETTY INVENTORY), de Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz Guerrero (1975), está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

La llamada ANSIEDAD-RASGO (A-RASGO) y la llamada ANSIEDAD-ESTADO (A-ESTADO).

La ANSIEDAD-RASGO (A-RASGO) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-ESTADO.

La ANSIEDAD-ESTADO (A-ESTADO) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

LA PRUEBA DE CORNELL INDEX, es un cuestionario unifásico, dicotómico, autodescriptivo de la personalidad. Examina globalmente, y sin mayor discriminación, aquellos aspectos de la personalidad que pueden ofrecer síntomas de anomalías y perturbaciones, sentimientos habituales, actitudes en relación al aspecto social, ético y familiar. Investiga diez áreas, tienen clínicamente tres grados de severidad:

Leve	0 - 33
Moderad	34 - 66
Severo	67 - 100

EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA-2 (MMPI-2), traducido y adaptado al español por la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo (1995), es una prueba de amplio espectro, diseñada para evaluar un número importante de tipo de personalidad y desórdenes emocionales.

EL INVENTARIO MMPI-2, consta de 10 escalas básicas, además de 13 escalas suplementarias para enriquecer la interpretación de las escalas básicas

y para ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos, y por último de 15 escalas de contenido, que han mostrado ser válidas en la descripción y predicción de variables de personalidad.

10. PROCEDIMIENTO

La parte práctica del estudio se llevó a cabo en el área de consultorios médicos de la Clínica de Osteoporosis de la Fundación Médica Sur, y del Comité Mexicano para el estudio de la Osteoporosis, en la ciudad de México.

Por lo que corresponde a la Fundación Clínica Médica Sur, se solicitó la autorización del Director de la Clínica, Dr. Luis Guevara González, así como la del Coordinador General de la Clínica de Osteoporosis de la misma, Dr. Juan Alfredo Tamayo Orozco, para poder intervenir a la población de mujeres osteoporóticas; así mismo se solicitó la autorización y el apoyo directo del Dr. Pedro Arzac Palumbo, Coordinador Adjunto de la Clínica de Osteoporosis, así como del apoyo del Dr. Gerardo Bori Segura y del Dr. Arnoldo Mondragón Padilla, que forman parte del equipo médico de la Clínica de Osteoporosis.

En lo que respecta al Comité Mexicano para el Estudio de la Osteoporosis, se solicitó la autorización del Director de la Institución, el Dr. Gerardo Bori Segura, para intervenir a las pacientes osteoporóticas y para las pacientes sin osteoporosis.

Los consultorios autorizados por Médica Sur se usaron para las entrevistas y la aplicación de los instrumentos psicológicos correspondientes con las pacientes de ambos grupos.

Para la obtención de las pacientes osteoporóticas se procedió de la siguiente manera:

- 1.- La paciente que iba a consulta con su médico y reunía las características que se requerían para el estudio, era invitada por su médico a participar en la investigación, de la cual se le proporcionó una breve explicación del objetivo de ésta, agradeciéndole su colaboración.

2.- Por medio de una lista de pacientes osteoporóticas, proporcionada por el médico, se les habló por teléfono a su domicilio y se les invitó a participar en la investigación brindándoles una explicación del objetivo de la misma, concertando las citas con las pacientes que aceptaran participar en ella.

En el caso de las pacientes del grupo control, es decir, mujeres sin osteoporosis, se realizó sólo el paso 1.

En ambos grupos, el estudio se llevó a cabo en tres etapas:

I. PRIMERA ETAPA

Inicialmente, se realizó una entrevista psicológica, con cada una de las pacientes y a continuación se aplicaron dos pruebas:

El Idare y el Cornell Index; posteriormente, se programó una segunda cita.

II. SEGUNDA ETAPA

En la segunda cita, se aplicó la prueba psicológica MMPI-2.

III. TERCERA ETAPA

Como una aportación a la Clínica Médica Sur, por su valiosa colaboración para la realización de este estudio, en cuanto se tuvieron los resultados, se entregó una copia de éstos al Coordinador adjunto, Dr. Pedro Arzac Palumbo de la Clínica de Osteoporosis, así como al Coordinador General Dr. Juan Alfredo Tamayo Orozco, y al Director General de la Fundación Médica Sur, Dr. Luis Guevara González.

En lo que respecta al Comité Mexicano para el estudio de la Osteoporosis, por su apoyo también se les entregó una copia de los resultados.

II. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

El proceso estadístico, se efectuó en computadora empleando el paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

En una primera etapa se llevó a cabo un análisis descriptivo, donde se obtuvieron análisis unidimensionales tales como frecuencias absolutas y relativas.

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza factorial, para comprobar las hipótesis planteadas y donde se estudiaron también los efectos de cada factor por separado, así como sus interacciones.

Los resultados se presentan por medio de cuadros, para una mejor comprensión de los datos.

12. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados, se aplicó un análisis de varianza, que señala las diferencias por variables y si estas diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos.

De acuerdo a esto, a continuación se hace una descripción general de los resultados, de los instrumentos psicológicos aplicados, que señalaron diferencias entre los grupos.

Posteriormente, se hace una interpretación clínica de los resultados de las variables de investigación.

Se consideraron significativos aquellos resultados con un valor de $P \leq .07$ (Méndez, 1989).

Descripción general de los resultados.

-PRUEBA DEL CORNELL INDEX.

DEFICIENCIA DE ADAPTACION QUE SE EXPERIMENTA POR SENTIMIENTOS DE MIEDO E INSUFICIENCIA: En esta área se obtuvo una razón $F= 4.237$ y una probabilidad de .0440 (cuadro 2), lo cuál señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 95.6% de confianza . Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1= 27.3666$ y grupo control $\bar{X}_2= 18.23$.

ANGUSTIA: Se obtuvo una razón $F=8.3421$ y una probabilidad de .0054 (cuadro 1) que señala que hay diferencias estadísticamente significativas, al 99.46% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1=33.8666$ y grupo control $\bar{X}_2= 16.9667$.

REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR: Se obtuvo una razón $F=7.7272$ y una probabilidad de .0073 (cuadro 2), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 99.27% de confianza. Hay diferencias significativas entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1= 29.8383$ y grupo control $\bar{X}_2= 15.9666$.

REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR: Se obtuvo una razón $F=7.7272$ y una probabilidad de .0073 (cuadro 2), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 99.27% de confianza. Hay diferencias significativas entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1= 29.8383$ y grupo control $\bar{X}_2= 15.9666$.

SINTOMAS PSICOSOMATICOS: Se obtuvo una razón $F= 7.1031$ y una probabilidad de .0100 (cuadro 2), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 99% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1= 16.7333$ y grupo control $\bar{X}_2= 8$.

HIPOCONDRIA Y ASTENIA: Se obtuvo una razón $F=10.4967$ y una probabilidad de .0020 (cuadro 2,) que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 99.8% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1= 28.4333$ y grupo control $\bar{X}_2= 12.0333$.

SINTOMAS PSICOSOMATICOS GASTROINTESTINALES: Se obtuvo una razón $F=9.6390$ y una probabilidad de .0029 (cuadro 2), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 99.7% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1= 24.0333$ y grupo control $\bar{X}_2= 9.6333$.

PROBLEMAS PSICOPATICOS Y SOCIOPATICOS: Se obtuvo una razón $F=4.2406$ y una probabilidad de .0440 (cuadro 2), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 95.6% de confianza. Hay

diferencias entre las medias de los grupos: grupo de estudio $\bar{X}_1=15.433$ y grupo control $\bar{X}_2=8.333$.

- INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI-2).

ESCALAS CLINICAS.

HIPOCANDRIASIS (Hs): Se obtuvo una razón $F=5.4118$ y una probabilidad de .238 (cuadro 3), que indica que hay diferencias estadísticamente significativas al 92.99% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de grupo de estudio $\bar{X}_1=20.5714$ y grupo control $\bar{X}_2=17.3571$.

DEPRESION (D): Se obtuvo una razón $F=5.9983$ y una probabilidad de .0176 (cuadro 1), que indica que hay diferencias estadísticamente significativas al 98.24% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de grupo de estudio $\bar{X}_1=27.8929$ y grupo control $\bar{X}_2=24.1786$.

HISTERIA (Hi): Se obtuvo una $F=3.4143$ y una probabilidad de .0701 (cuadro 3), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 92.99% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de grupo de estudio $\bar{X}_1=25.7500$ y grupo control $\bar{X}_2=22.6429$.

PSICASTENIA (Pt): Se obtuvo una $F=3.8449$ y una probabilidad de .0551 (cuadro 3), que indica que hay diferencias estadísticamente significativas, al 94.40% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de grupo de estudio $\bar{X}_1=31.7500$ y grupo control $\bar{X}_2=28.3214$.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

FUERZA DEL YO (Fyo): Se obtuvo una de $F=4.0261$ y una probabilidad de .0498 (cuadro 3), que señala que hay diferencias estadísticamente significativas al 95.02% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de grupo de estudio $\bar{X}_1=28.7857$ y grupo control $\bar{X}_2=31.7500$.

GENERO MASCULINO (GM): Se obtuvo una $F: 3.4992$ y una probabilidad de $.0668$ (cuadro 3), hay diferencias estadísticamente significativas, al 93.32% de confianza. Hay diferencias entre las medias de los grupos: grupo de grupo de estudio $\bar{X}_1 = 36.5357$ y grupo control $\bar{X}_2 = 35.3214$.

Cabe señalar que en la calificación del MMPI-2, se excluyeron a tres sujetos (2 mujeres sin osteoporosis y 1 con osteoporosis), por no reunir los criterios de validez, por tal razón se eliminó al azar otro sujeto con osteoporosis, para dejar la muestra total en 56 sujetos, y así realizar el análisis de varianza con este número.

Como puede observarse en el Cuadro 1, de las variables de estudio elegidas para esta investigación, a través de los tres instrumentos aplicados (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo-IDARE, Cornell Index y MMPI-2), dos de ellos arrojaron diferencias estadísticamente significativas: **Angustia** y **Depresión**, por lo que en las variables de ansiedad, baja autoestima y estrés no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas mediante el análisis de varianza.

Es de indicar que el Cornell Index señaló las diferencias para la variable de angustia y el MMPI-2 para la variable depresión. Sin embargo, resultados adicionales a las variables de estudio muestran la posibilidad de continuar con estas líneas de investigación, basta observar el Cuadro 2, en donde también, a través del análisis de varianza en el Cornell Index se puede encontrar diferencias estadísticamente significativas en seis de sus diez áreas y en los resultados del MMPI-2 (cuadro 3), donde en cinco escalas, además de la variable de estudio depresión, también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas; Por otra parte, el cuadro 4 muestra las medias de las escalas del MMPI-2, con la finalidad de confirmar en los perfiles la variable depresión y las otras cinco escalas, considerando las medias de cada escala que se ubica en un nivel de puntuación T determinado e indica el grado de alteración.

ANALISIS DE VARIANZA

CUADRO 1 VARIABLES DE ESTUDIO.

INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS: IDARE,
CORNELL INDEX Y MMPI-2.

VARIABLES	F	GL	P	
ANGUSTIA	8.3421	59	.0054	x
ANSIEDAD	.285	59	.596	*
	2.057	59	.157	*
	.3140	55	.5775	*
	.7333	55	.3956	
DEPRESION	.0086	59	.9265	*
	5.9983	55	.0176	x
	1.2073	55	.2767	
BAJA AUTOESTIMA	1.8084	55	.1843	*
ESTRES	.3243	55	.5715	*
	2.7742	55	.1016	

X: VARIABLES DONDE SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL NIVEL DE $P \leq .07$

*: VARIABLES DONDE NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

ANALISIS DE VARIANZA

CUADRO 2 PRUEBA DE CORNELL INDEX.

AREAS	F	GL	P	
HIPOCONDRIA Y ASTENIA	10.4967	59	.0020	X
SINTOMAS PSICOSOMATICOS GASTROINTESTINALES	9.6390	59	.0029	X
REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR	7.7272	59	.0073	X
SINTOMAS PSICOSOMATICOS	7.1031	59	.0100	X
DEFICIENCIA DE ADAPTACION QUE SE EXPERIMENTA POR SENTIMIENTOS DE MIEDO E INSUFICIENCIA	4.2375	59	.0440	X
PROBLEMAS PSICOPATICOS Y SOCIOATICOS	4.2406	59	.0440	X

X : AREAS DONDE SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL NIVEL DE $P \leq .07$

ANALISIS DE VARIANZA

CUADRO 3 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI-2)

ESCALAS	F	GL	P	
DEPRESION	5.9983	55	.0176	X
HIPOCONDRIASIS	5.4118	55	.0238	X
FUERZA DEL YO	4.0261	55	.0498	X
PSICASTENIA	3.8449	55	.0551	X
GENERO MASCULINO	3.4992	55	.0668	X
HISTERIA	3.4143	55	.0701	X

X : ESCALAS DONDE SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE
SIGNIFICATIVAS AL NIVEL DE $P \leq .07$

ANALISIS DE VARIANZA

CUADRO 4

MEDIAS DE LAS ESCALAS DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI-2)

E S C A L A S	MUJERES CON OSTEOPOROSIS		MUJERES SIN OSTEOPOROSIS	
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS
ESCALAS BASICAS				
L	7.4586	2.6166	7.0000	2.5240
F	6.8571	4.1250	6.6786	4.9145
K	15.1786	3.6929	15.5714	5.2241
HIPOCONDRIASIS (Hs)	20.5714	5.6071	17.3571	4.6921
DEPRESION (D)	27.8929	5.8521	24.1786	5.4911
HISTERIA (Hi)	25.7500	6.3289	2.6429	6.2552
DESVIACION PSICOPATICA (Dp)	22.2857	4.2414	23.4286	4.0773
MASCULINIDAD-FEMENI- DAD (Mf)	31.7500	3.9965	30.2500	4.1866
PARANOIA (Pa)	11.0000	2.5676	9.9643	3.1208
PSICASTENIA (Pt)	31.7500	6.9369	28.3214	6.1225
ESQUIZOFRENIA (Es)	32.1071	6.7787	29.0000	9.2536
HIPOMANIA (Ma)	19.6429	3.5508	20.2143	3.5209
INTROVERSION SOCIAL (Is)	31.9643	8.2753	29.8571	9.8195

ESCALAS DE CONTENIDO				
ANSIEDAD (ANS)	8.8571	4.9570	8.1071	5.0577
MIEDOS (MIE)	10.2500	5.0378	9.1786	4.2168
OBSESIVIDAD (OBS)	6.1786	2.9320	5.7857	3.4357
DEPRESION (DEP)	8.4643	4.7335	7.0357	4.9925
PREOCUPACION POR LA SALUD (SAU)	12.2143	5.7307	10.0000	5.7799
PENSAMIENTO DELIRANTE (DEL)	3.0357	2.2191	3.2857	3.0533
ENOJO (ENJ)	5.7143	3.3649	5.0000	3.6209
CINISMO (CIN)	11.8571	4.9495	12.6071	4.6931
PRACTICAS ANTISOCIALES (PAS)	8.0000	3.1505	9.0357	3.2487
PERSONALIDAD TIPO A (PTA)	8.1429	3.3412	7.6786	4.0465
BAJA AUTOESTIMA (BAE)	7.7143	5.1630	5.8214	5.3683
INCOMODIDAD SOCIAL (ISO)	7.8571	4.4114	7.6786	4.2779
PROBLEMAS FAMILIARES (FAM)	6.7857	4.1842	6.3214	4.7614
DIFICULTAD EN EL TRABAJO (DTR)	10.2500	5.4476	7.8214	6.0065
RECHAZO EN EL TRABAJO (RTR)	6.7857	4.1842	6.3214	4.7614

ESCALAS SUPLEMENTARIAS ANSIEDAD (A)	14.2500	7.2604	12.3929	8.8875
REPRESION (R)	20.4286	3.4900	19.0357	2.8865
FUERZA DEL YO (fyo)	28.7957	5.4321	31.7500	5.6216
ALCOHOLISMO (A-Mac)	19.4643	3.7266	20.6071	3.8619
HOSTILIDAD REPRIMIDA (Hr)	15.4643	2.9121	16.4286	2.9618
DOMINANCIA (Do)	14.6429	2.9995	15.0357	3.6156
RESPONSABILIDAD SOCIAL (Rs)	21.7500	3.2160	21.3571	3.0455
DESAJUSTE PROFESIONAL (Dpr)	17.2500	7.4268	14.9643	7.4111
GENERO MASCULINO(GM)	25.5714	5.0511	28.2500	5.6478
GENERO FEMENINO (GF)	36.5337	3.6564	35.3214	2.7629
DESORDEN POSTRAUMATICO DE KEANE (EPK)	9.8214	5.8313	8.8929	6.3616
DESORDEN DE ESTRES POSTRAUMATICO DE SCHELENGER (EPS)	17.2857	8.7044	13.1429	9.8722
INFRECUENCIA POSTERIOR (FP)	4.6786	3.5072	3.2500	3.2731
INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VARIABLES (INVAR)	8.0357	3.7661	7.3214	2.3262
INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VERDADERAS (INVER)	9.7857	.7868	9.6786	.8189

Interpretación clínica de los resultados

De acuerdo a los resultados se confirman las hipótesis 1 y 3, es decir, que sí, hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de **angustia**, por lo cual se rechazó la hipótesis nula a favor de la alterna. (H^1_a : angustia); y además sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis en relación con la variable de **depresión**, por lo que se rechazó la hipótesis nula a favor de la alterna (H^3_a : depresión).

Por lo contrario, en las hipótesis 2, 4 y 5 no se rechazó la hipótesis nula en lo que se refiere a las variables de ansiedad, baja autoestima y estrés. Es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación a estas variables.

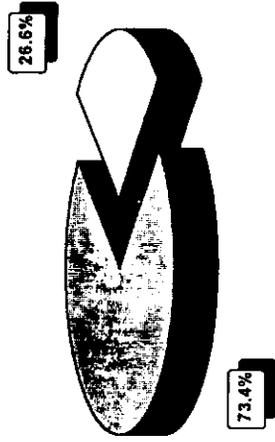
Angustia

Como ya se mencionó, la prueba del Cornell Index aportó datos importantes para el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis, revelando primeramente diferencias estadísticamente significativas en una de las variables de investigación, que fue la de angustia y con un alto grado de confianza (99.46%); así como también otras diferencias estadísticamente significativas en otras de sus áreas, las cuales se describen más adelante.

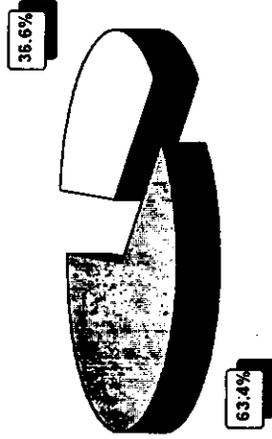
Se entiende entonces, que la angustia es más alta en el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis que en el grupo de mujeres sin osteoporosis como se puede ver en la gráfica 1. Aquí se muestra que el 73.4% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, es decir, en 22 casos la presentan y en grado de leve a grave, y es aún más marcada en 16 casos de moderado a grave; en comparación con el 63.4% de las mujeres sin osteoporosis, es decir, en 19 casos que la presentan en grado de leve a moderado, pero sólo en 5 casos de éstos presentan angustia de moderado a grave. Esto último señala la intensidad de la angustia entre los grupos. Por otra parte, por el nivel de confianza de esta variable (99.46%), se puede afirmar que esta angustia es un resultado real, es decir, es a consecuencia de la osteoporosis; por lo que indica que la osteoporosis sí genera un efecto de alteración psicológica (angustia) en las mujeres que la padecen.

GRAFICA 1 ANGUSTIA

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



○ SIN ANGUSTIA
● CON ANGUSTIA

Las pacientes con osteoporosis, entonces vivencian un estado posiblemente persistente de angustia, es decir, de terror o desastre inminente como lo define Kolb (1977).

Esta angustia puede entenderse que está ligada a la osteoporosis, por lo que implica esta enfermedad, tanto por su sintomatología como por sus consecuencias y por el conocimiento que se tenga acerca de la enfermedad, ya que la osteoporosis es conocida como una enfermedad que no tiene síntomas, hasta que produce fracturas y que puede llevar a la invalidez, el dolor, los sufrimientos intensos y, en muchos casos, la muerte (Arzac, 1995); la enfermedad puede implicar que las actividades diarias habituales como ponerse de pie, caminar o inclinarse, por ejemplo pueden ser suficientes para que se rompa un hueso (McIlwain y cols; 1994); o porque la osteoporosis puede producir deformidad esquelética en etapas avanzadas, además de discapacidad y pérdida de autonomía (Barreira, 1994).

Lo anterior se puede corroborar con las historias clínicas de las pacientes osteoporóticas, que referían actitudes que indicaban vivir con temores, es decir, miedo a sufrir una fractura, temor a terminar sus días en una silla de ruedas, temor a caerse, temor a desplazarse a otros lugares, o a salir solas de su casa y, en la mayoría de los casos (excepto en dos), referían dolor el cual en ocasiones era muy intenso y esto las llevaba a limitar sus movimientos para realizar sus actividades diarias en casa o en su trabajo. Además, por el dolor experimentaban cansancio o fatiga y, por lo tanto un deseo de tener descanso.

Por otra parte, manifestaban sentir su enfermedad como una limitación y mostraban aprensión para tener su mejoría, aunque después expresaban una actitud positiva y cooperadora para seguir su tratamiento y manifestaban tener esperanza, ya que en un principio del diagnóstico de la enfermedad se sentían muy deprimidas y desesperadas, pero, conforme avanzaba el tratamiento y sentían mejoría, esto iba disminuyendo, aunque no desaparecían los temores antes mencionados.

Como puede apreciarse ante estas expresiones, la enfermedad está generando la angustia, ya que la osteoporosis puede convertirse en una limitación física e incapacitante, donde se pierde la autonomía y es en este aspecto, donde se puede pensar que existe ese miedo y aprensión que experimentan las pacientes, es decir, su angustia, aunque como dice Shakespeare (1979), ante

una limitación física, la reacción parece depender de lo que esta limitación signifique para la persona en términos de su estilo de vida, de su trabajo y de sus intereses, además afirma que hay amplias diferencias en el grado en que las personas aprendan a enfrentar dichas limitaciones. Así, a unas personas les afecta más que a otras y esto puede depender de otros factores como es la estructura de personalidad, su historia personal y la etapa de la vida en que se encuentra la persona.

Interpretación del Cornell Index por área.

Otros resultados aportados por la prueba de Cornell Index, que resulta interesante mencionarlos porque de alguna forma tienen relación con la variable de **angustia** son los que se describen a continuación:

Áreas afectadas de mayor a menor nivel de confianza: hipocondría y astenia, síntomas psicómicos gastrointestinales, reacciones patológicas de temor, síntomas psicósomáticos, deficiencia de adaptación que se experimenta por sentimientos de miedo e insuficiencia, problemas psicósomáticos y problemas psicopáticos y sociopáticos.

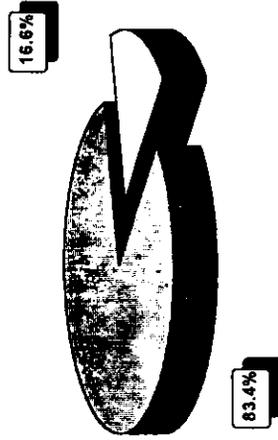
En estas áreas hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres menopáusicas osteoporóticas en relación con las mujeres sin osteoporosis. Casi todas estas áreas mostraron una razón F arriba de cuatro y con un alto grado de confianza, lo cual puede observarse en la descripción general del análisis de varianza y en el cuadro 2.

- En lo que se refiere al área de hipocondría y astenia descritos como síntomas psicósomáticos que se caracterizan por preocupación e interés obsesivos del individuo respecto al estado de salud y la condición de los órganos, en el caso de la pacientes osteoporóticas y su relación con esta área puede pensarse que se debe a que la enfermedad sí ocasiona una preocupación en ellas por su salud y por si mejoran o no, es decir, es probable que su actitud sea de constante aprensión, además también parece existir pérdida de energía o sentir fatiga.

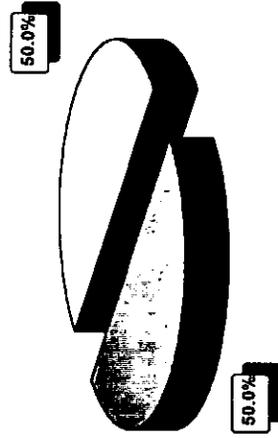
La gráfica 2 muestra que el 83.4% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, es decir, en 25 casos presentan mayor grado de hipocondría y astenia, de grado de leve a grave, mientras que el 50% de las mujeres sin osteoporosis, o sea en 15 casos, la presentan de grado leve a moderado.

GRAFICA 2 HIPOCONDRIA Y ASTENIA

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



-  SIN HIPOCONDRIA Y ASTENIA
-  CON HIPOCONDRIA Y ASTENIA

- El área de síntomas psicósomáticos gastrointestinales, describe aquellos trastornos en los cuales se produce sintomatología orgánica que se extiende desde los órganos que se localizan en la cavidad bucal hasta expresiones de mal funcionamiento en el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso, así como en los principales órganos secretores que se relacionan con la digestión. En cuanto a las mujeres osteoporóticas, en algunos casos expresaban tener problemas digestivos o de estreñimiento, que podrían considerarse síntomas de angustia. Además los resultados sugieren la posibilidad de que exista tensión visceral, irritabilidad intestinal, constipación y espasmos del estómago, como los que describe Kolb (1977).

La gráfica 3 muestra que el 80% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, es decir, en 24 casos, presentan mayor grado de síntomas gastrointestinales, en grado de leve a grave; mientras que el 40% de las mujeres sin osteoporosis, o sea, en 12 casos, los presentan y en grado de leve a moderado.

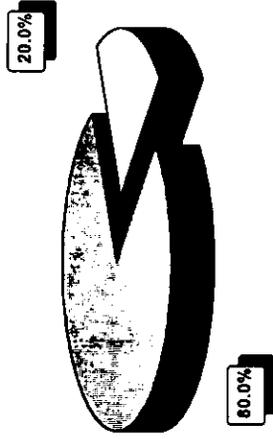
- El área de reacciones patológicas de temor que son las respuestas afectivas exageradas a un peligro externo real y actual, se puede intuir que este temor podría estar relacionado con las fracturas e incapacidad que la osteoporosis está generando o puede ocasionar en ellas, además del dolor que ocasiona inseguridad y temor.

La gráfica 4 muestra que el 93.4% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, o sea, en 28 casos presentan mayor grado de reacciones patológicas de temor, en grado de leve a grave; mientras que el 56% de las mujeres sin osteoporosis, es decir en 16 casos, en grado de leve a moderado.

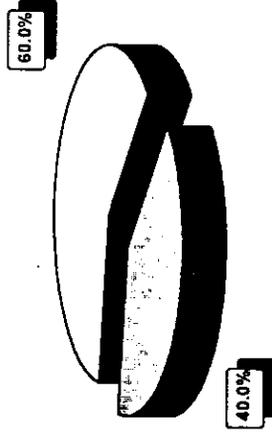
- El área de síntomas psicósomáticos se refiere a los que producen sintomatología orgánica y visceral, debido a factores emocionales que actúan a través del sistema nervioso autónomo. Puede decirse que la angustia que padecen estas pacientes encuentran expresión en síntomas psicofisiológicos, como es que padecían dolor de cabeza, gastritis o estreñimiento, que, según Kolb (1977), son síntomas que se presentan en la angustia.

GRAFICA 3 SINTOMAS PSICOSOMATICOS GASTROINTESTINALES

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



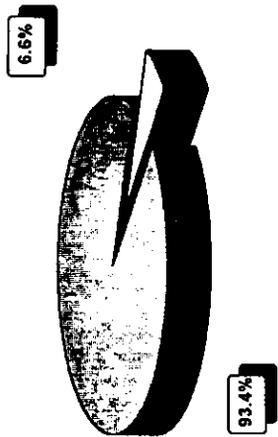
MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



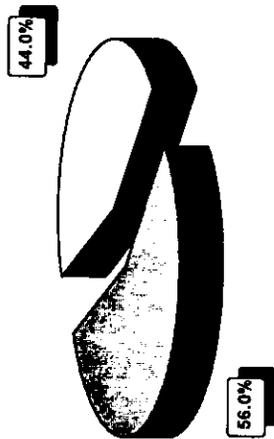
- SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES
- CON SINTOMAS GASTROINTESTINALES

GRAFICA 4 REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



○ SIN REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR
● CON REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR

La gráfica 5 muestra que el 86.7% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, es decir, en 26 casos presentan mayor grado de síntomas psicossomáticos de grado leve a moderado, mientras que el 56.7% de las mujeres sin osteoporosis, o sea, en 17 casos, los presentan y en grado de leve a moderado.

- El área de deficiencia en adaptación que se experimenta por sentimientos de miedo e insuficiencia, que se refiere a la ineficiencia que presenta el individuo como una respuesta afectiva a un peligro externo real y actual, donde el peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona.

En esta área pueden destacar los temores de las pacientes osteoporóticas respecto a caídas, fracturas y discapacidad, lo cual las lleva a hacer un cambio en su estilo de vida, donde tienen que tener mayor cuidado y limitación en sus actividades diarias que sean de riesgo, y todo esto influya posiblemente en su adaptación, además de sentir inseguridad.

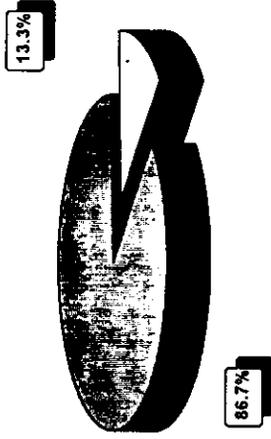
En la gráfica 6 se observa que el 93.4% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, o sea, en 28 casos, presentan mayor grado en deficiencia en adaptación que se experimenta por sentimientos de miedo e insuficiencia y en grado de leve a grave; mientras que el 80% de las mujeres sin osteoporosis, es decir, en 24 casos, la presentan y de leve a moderado.

- En el área de problemas psicopáticos o sociopáticos, que se definen como patrones repetitivos y persistentes de conducta no agresiva que viola los derechos de los demás o las reglas sociales, no se pudo hacer una interpretación adecuada, ya que se careció de información de las pacientes osteoporóticas que pudieran confirmar esto, y porque la entrevista no era dirigida a investigar tales alteraciones. Por lo cual se evitó hacer tal interpretación.

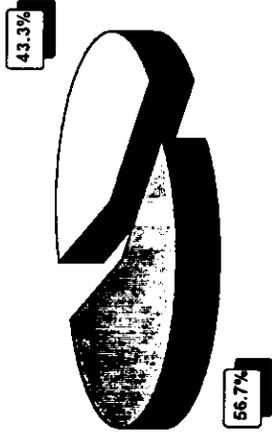
En la gráfica 7 se observa que el 76.7% de las mujeres menopáusicas con osteoporosis, es decir, en 23 casos presentan mayor grado de problemas psicopáticos y sociopáticos, y en grado de leve a moderado; y el 66.7% de las mujeres sin osteoporosis o sea, en 20 casos, los presentan y en grado leve.

GRAFICA 5 SINTOMAS PSICOSOMATICOS

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



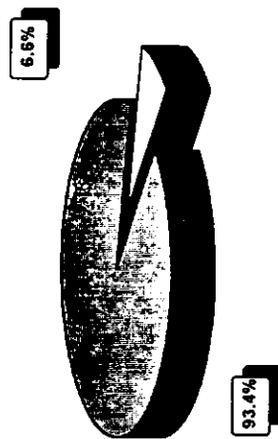
MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



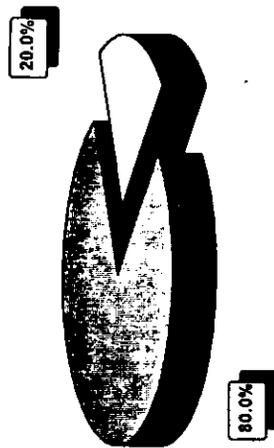
- SIN SINTOMAS PSICOSOMATICOS
- CON SINTOMAS PSICOSOMATICOS

GRAFICA 6 DEFICIENCIA DE ADAPTACION QUE SE EXPERIMENTA POR SENTIMIENTOS DE MIEDO E INSUFICIENCIA

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



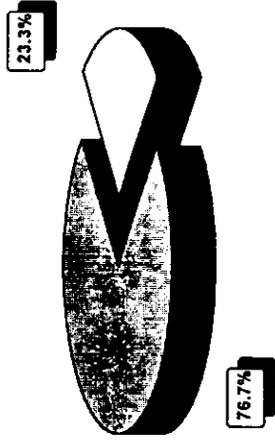
MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



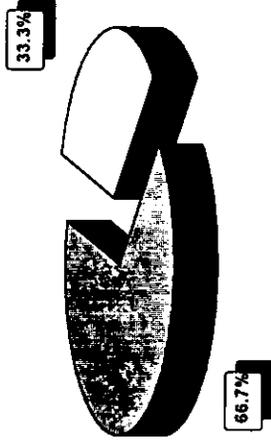
- SIN DEFICIENCIA DE ADAPTACION
- CON DEFICIENCIA DE ADAPTACION

GRAFICA 7 PROBLEMAS PSICOPATICOS Y SOCIOPATICOS

MUJERES CON OSTEOPOROSIS



MUJERES SIN OSTEOPOROSIS



- SIN PROBLEMAS PSICOPATICOS Y SOCIOPATICOS
- CON PROBLEMAS PSICOPATICOS Y SOCIOPATICOS

Con base en los resultados anteriores y en estas diferencias presentadas en las áreas del Cornell Index, podemos confirmar lo expuesto por Kolb (1977), quien dice que la angustia ejerce un efecto sobre el sistema nervioso autónomo, que puede provocar trastornos en las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos. Kolb señala que las formas más agudas de angustia pueden producir tensión visceral, hiperventilación, espasmos de las porciones cardíacas y pilórica del estómago, irritabilidad intestinal, diarrea o constipación, palpitaciones, taquicardia, bochornos y dificultades respiratorias. La angustia también puede acompañarse de náuseas, desmayo, debilidad y temblores musculares, sudor, tensión y vigilancia excesiva.

Siguiendo a Kolb (1977) y los resultados obtenidos en el Cornell Index en las pacientes con osteoporosis, se puede concluir que la angustia presentada por las manifestaciones en las diferentes áreas, es consecuencia de su enfermedad, que se expresa como un estado de intranquilidad de la mente, una tensión y una expectación aprensiva debido a sentir una amenaza (la posible incapacidad producida por la osteoporosis) hacia la personalidad.

Depresión

En el MMPI-2, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión (cuadro 1), que fue una variable de estudio. Así en el perfil 1, se observa que esta escala está más elevada en el grupo de mujeres con osteoporosis, es decir que sí hay diferencias entre los grupos.

Por otro lado, también el MMPI-2 reveló diferencias estadísticamente significativas en otras escalas (cuadro 3).

En cuanto a la variable de depresión es el grupo de mujeres con osteoporosis donde se presenta más depresión, y al 98.24% de confianza. Esto indica que es probable que la osteoporosis sí genera depresión en las pacientes. Es decir, que hay sentimientos de tristeza o desesperanza. Retomando en esto algunas expresiones de las pacientes que decían a veces sentir desánimo, fatiga y en algunos casos tristeza y una actitud pesimista, puede considerarse esto como síntomas de una depresión, pues como señala Kolb (1977), la depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo, o bien en casos menos graves de depresión, al paciente se le observa inmóvil, cohibido, pesimista, infeliz con falta de ánimo y desesperanza.

En las mujeres osteoporóticas puede entenderse entonces que probablemente vivan un estado de depresión latente, y que en determinados momentos ésta aflora y se hace observable.

Como dicen, Poinso y Gori (1976), la depresión puede comprender todo un conjunto de síntomas de causas diversas, las cuales se mezclan con intensidades variables, una tristeza cargada de ansiedad, de inhibición, de insomnio, de astenia, acompañada de una visión pesimista del mundo y de sí mismo, así como una pérdida o debilidad del impulso vital.

Esta definición hace suponer que estas mujeres muy posiblemente puedan vivir alguna manifestación mencionada, principalmente quizás una astenia, es decir, el sentirse fatigada o con pérdida de energía, que, tendría mucho que ver aquí el dolor que padecen, así como tener una visión pesimista de sí misma y del mundo, esto tal vez es enfocado en cuanto a su curación y en valorarse a sí misma en su entorno.

Así mismo quizás vivencien una pérdida o debilidad del impulso vital; esto también por los síntomas de la enfermedad, esto hace pensar que tal vez existan sentimientos de minusvalía, y de pérdida de fortaleza y autoestima, esto probablemente pueda ocasionar en ellas la tendencia a aislarse de su ambiente.

Como puede observarse, la depresión trae diversos efectos en quién la padece, lo cual hace pensar que esta situación altera la dinámica de la persona, y se convierte en un total impedimento para realizar las actividades de su vida cotidiana en su casa y en su trabajo, en desempeñar sus capacidades normalmente, además que a su vez, aunque no sea intencional la persona con depresión genera un desajuste psicológico en toda la familia, pueden existir cambios en los roles de cada miembro de esta; un abandono del cuidado de la familia y de la misma persona afectada.

La relación de pareja, igual que con la de la familia se afecta, se pueden deteriorar las relaciones de comunicación y de afecto. Así mismo, esta situación puede ser causa de divorcios o desintegración de la familia.

La depresión entonces puede ser una alteración psicológica de graves consecuencias y que requiere ser atendida.

Interpretación de otras escalas del MMPI-2

En las escalas de hipocondriasis, fuerza del yo, psicastenia, género masculino e histeria, también se revelaron diferencias estadísticamente significativas (cuadro 3), y aunque no fueron variables de investigación directamente, se mencionan porque aportan conocimientos acerca de los efectos de la osteoporosis.

Resulta importante mencionar que la interpretación de estas escalas fue tomada del Manual del MMPI-2, traducido y adaptado al español por Lucio, 1995.

- En cuanto a la hipocondriasis, ésta es más marcada en las mujeres osteoporóticas en relación a las mujeres sin osteoporosis (Perfil 1), esto quiere decir que existe en las osteoporóticas mayor preocupación por su salud física y que incluso, pueden exagerar sus problemas de salud o bien son pesimistas. De acuerdo a esto, se incide que la osteoporosis afecta a las pacientes, ocasionando esa preocupación, aprensión e inseguridad en ellas respecto a su salud. Además por lo que implica la enfermedad, los riesgos que existe, etc. Esta escala de hipocondriasis refuerza al área de hipocondriasis y astenia del Cornell Index, por lo cual se le considera de mucha importancia contemplarlas en lo que se refiere a las consecuencias psicológicas de la osteoporosis.

- En psicastenia, son las mujeres con osteoporosis las que presentan más elevada esta escala en relación con las no osteoporóticas (Perfil 1), siendo entonces que las primeras puedan ser más nerviosas o ansiosas, que las mujeres sin osteoporosis. Estas condiciones se relacionan muy probablemente con la enfermedad, ya que algunas pacientes referían cansancio o fatiga por el dolor que padecían, y entonces tenían que impedir la realización de sus actividades y quizá esto a su vez les ocasione nerviosismo o ansiedad.

- En la escala de histeria, las mujeres con osteoporosis son las que presentan mayor nivel de histeria que las no osteoporóticas (Perfil 1). De acuerdo a esto, las mujeres con osteoporosis parecen tener mayor necesidad de aceptación, cariño y tolerancia. Aquí podría pensarse que esto es por la misma enfermedad, que les ocasiona inseguridad en cuanto a su estado de salud, por no tener las mismas capacidades y rendimiento en el desempeño de sus actividades diarias y por la limitación en éstas; por tal razón, demandan tales necesidades y pueden además tener actitudes de manipulación.

- En la escala de Fuerza del yo, en los dos grupos se observan que sus puntuaciones son bajas pero esto es más acentuado en las mujeres con osteoporosis (Perfil 3). En las mujeres sin osteoporosis, puede pensarse que hay mejor fortaleza del yo, o sea, mayor contacto con la realidad, suficiencia personal y manejo del estrés, en comparación con las osteoporóticas, quienes posiblemente tienden a manifestar más inhibición, malestares físicos, sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente, pobre concepto de sí mismas y dificultad para adaptarse a situaciones problemáticas; y bien todo esto como se ha visto antes sí corresponden a algunas manifestaciones que han dado las pacientes, por lo que se confirma que la osteoporosis sí tiene efectos negativos en las pacientes.

- Por último, otra escala del MMPI-2 donde se revelaron diferencias fue en la de género masculino (perfil 3), pero en este caso se omite una interpretación ya que esta escala continúa en investigación, (MMPI-2).

Es importante señalar que hay otras escalas del MMPI-2, que no señalaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo en los perfiles se observan diferencias clínicas entre los grupos, por lo cual se consideró necesario mencionarlas, ya que clínicamente son significativas.

Por esta razón, se hace una breve interpretación clínica de éstas.

- En las escalas de contenido, la escala de preocupación por la salud está más elevada en las osteoporóticas que en las no osteoporóticas (Perfil 2). Señala que las osteoporóticas se preocupan más por su salud. Esto puede confirmar los datos obtenidos en la escala de Hipocondriasis y con el área de hipocandriasis y astenia del Cornell Index.

- Por otra parte, en la escala de miedos, las osteoporóticas parecen tener más miedos o temores que las no osteoporóticas (Perfil 2), lo cual se confirma con el área del Cornell Index (gráfica 4) en reacciones patológicas de temor.

- En las escalas suplementarias, la escala de desorden del estrés (EPS) del perfil 3, se nota que las osteoporóticas muestran un poco más de estrés. Este resultado sugiere la posibilidad de indagar más sobre la variable de estudio ESTRES, que en el análisis de varianza general no obtuvo diferencias significativas, pero que aquí aporta ciertos índices de un mal manejo del estrés.

- Finalmente, en las escalas básicas, en esquizofrenia, las osteoporóticas se encuentran más elevadas sus puntuaciones (Perfil 1). Aquí podría pensarse la existencia de más fantasía en las mujeres osteoporóticas, que podría ligarse a un deseo o ilusión de curarse de la enfermedad.

MMPI-2

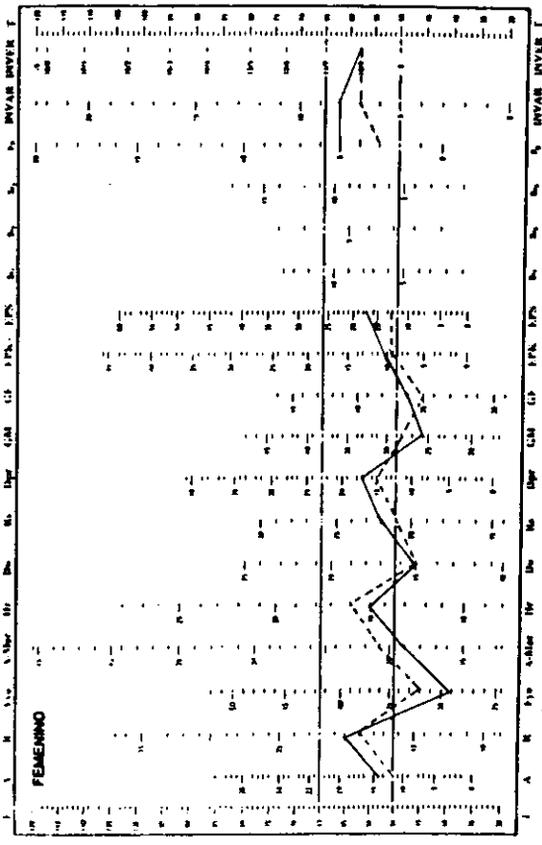
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2

SB Hathorn y J.C. McClelland

Perfil de escalas suplementarias

Este es un Modulo de la Personalidad de Minnesota-2
Creado por la Direccion de la Universidad de
Minnesota y el Centro de Estudios de la Personalidad de
Minnesota. Este Modulo fue desarrollado por el
Sistema de Computacion de la Universidad de Minnesota.
El Modulo 2 y el Modulo 3 de la Personalidad de Minnesota
son Registros de la Universidad de Minnesota. Registros de los Examinadores de Personalidad

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó: _____



PUES
ONDS

UNAM

Facultad de Psicología de la Universidad de México, 1994

----- MUJERES CON OSTEOPOROSIS
----- MUJERES SIN OSTEOPOROSIS

13. DISCUSION

Por los resultados obtenidos se comprobó que hay diferencias estadísticamente significativas ($P \leq .07$) entre el grupo de mujeres con osteoporosis y el grupo de mujeres sin osteoporosis, en lo que se refiere a las variables de angustia y depresión. Angustia con un valor $P = .0054$ y en la de depresión con un valor $P = .0176$.

Por esta razón, puede desprenderse que la osteoporosis es una enfermedad que produce diversos síntomas físicos que pueden tener graves consecuencias, y que estos pueden repercutir en la salud mental de quienes la padecen, aceptándose que genera graves problemas de angustia y depresión, a pesar de que no se arrojaron resultados concluyentes en las otras variables de estudio como ansiedad, baja autoestima y estrés.

Por otra parte, es importante mencionar que cuando se les diagnostica esta enfermedad a la mayoría de las pacientes, esto les produce un fuerte impacto, ya que expresan haber sentido tristeza, angustia y en algunos casos desesperación, pero durante el transcurso del tratamiento de la enfermedad, van adquiriendo una actitud más positiva y pensando en su mejoría; sin embargo, la mayoría vive con algunos temores como miedo a sufrir una fractura, perder su autonomía o llegar a la invalidez. De acuerdo a esto y a los resultados obtenidos en esta investigación, se supone que estas reacciones psicológicas de angustia y depresión persisten aun con el tratamiento.

Así mismo, cabe señalar que en otros casos las pacientes expresaban sentirse muy bien y que la enfermedad no las afectaba en su estilo de vida o psicológicamente, aceptándose como positivas desde siempre, por tanto, pareciera ser que no le daban demasiada importancia a la enfermedad.

Esta situación de aparente tranquilidad, podría llevarse a cuestionar si realmente es así, o más bien sugiere la posibilidad de una negación del problema que tienen, ya que puede ser una defensa (Anna Freud, 1936) que, en realidad, sirve para apartar los estímulos externos que producen displacer. Es decir, en este caso se niegan las repercusiones de la enfermedad porque les genera demasiada angustia.

Por otra parte, el dolor es un síntoma importante en esta muestra de pacientes, ya que se presenta en un 94% de ellas, mismo que les genera cansancio, aprensión, inseguridad y limitación en sus actividades diarias. Como expresan Berg y Celso (1987), la presencia de dolor en las mujeres postmenopáusicas, es aviso de una osteoporosis potencial.

Es de asegurarse que este síntoma de dolor o temor de fracturas provoca mucha angustia en las pacientes, ya que reviven sus temores y la amenaza de la enfermedad, y a su vez esto ocasiona también la depresión.

Es importante señalar aquí que la causa principal de la enfermedad en estas mujeres, era a consecuencia de la menopausia, por la carencia de un tratamiento hormonal oportuno, o a causa de una menopausia quirúrgica.

Referente a esto, McIlwain y cols. (1994), refieren que el tipo de osteoporosis más común es en las mujeres después de la menopausia.

Por otra parte, en estas pacientes, además del dolor, ya presentaban fracturas, en algunos casos por compresión vertebral.

Así mismo, por los resultados adicionales que se obtuvieron en este estudio, la osteoporosis parece ocasionar otro tipo de reacciones como son: una actitud de hipocondría, que señala una preocupación por su salud. Esta hipocondriasis como ya se vió, se manifestó tanto en el Cornell Index (gráfica 2) y en el MMPI-2 (perfil 1), en este último en la escala de preocupación por la salud, se confirma (perfil 2), ya que resultó más elevada en las osteoporóticas. De esta manera, en la gráfica 2, se observa un alto porcentaje de casos que presentan hipocondría y astenia.

Ante estas alteraciones se presentan también reacciones de temor, que es una respuesta ante la enfermedad, por considerarla un peligro a su integridad física y por todo lo que significa este padecimiento. Esta reacción de temor, se mostró igualmente en los instrumentos psicológicos ya mencionados. En la gráfica 4, se observa un alto porcentaje de temor. En las osteoporóticas se nota ligeramente más elevada la escala de miedos (perfil 2). A causa de este temor seguramente manifiestan una deficiente adaptación porque experimentan sentimientos de miedo e insuficiencia, como se reveló en la gráfica 6 del Cornell Index. Esta deficiencia de su adaptación puede verse

alterada también por la modificación que hacen en su estilo de vida, es decir tienen que evitar hacer actividades o acudir a lugares que sean de riesgo para ellas, para evitar fracturas, además de que se tienen que someter a una dieta rigurosa.

Por otro lado, se sospecha que existen en estas pacientes alteraciones de tipo psicosomático representadas por síntomas orgánicos y viscerales, o bien trastornos psicosomáticos gastrointestinales como mal funcionamiento de los intestinos, del estómago o de los órganos secretores. Estas alteraciones se comprueban en las gráficas 3 y 5, donde se observa el alto porcentaje de las mujeres que las padecen.

De acuerdo a estas reacciones, se concluyó que se relacionan con la angustia como lo sostiene Kolb (1977).

Retomando todo lo anterior, como reacciones que genera esta enfermedad, es relevante resaltar que la fuerza del yo, de estas pacientes es muy baja, como se indica en el MMPI-2, lo que sugiere que padecen mayor cantidad de malestares físicos, sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente, pobre concepto de sí mismas y dificultad para adaptarse a situaciones problemáticas, todo esto se considera como una reacción del yo ante la enfermedad.

Otro componente muy importante que hay que resaltar en este estudio, es la etapa de desarrollo en que se encuentra la muestra, es decir, es necesario recordar que estas pacientes atraviesan la edad de la madurez que según Papalia (1994), tiene su propia crisis y que es cuando el adulto se da cuenta que su cuerpo no es lo que una vez fue, empieza a notar ciertos cambios físicos y dolencias menores. Además que es en la madurez cuando la gente recibe el primer recordatorio de que su cuerpo empieza a envejecer y esa señal de advertencia inquieta más a algunos que a otros (Craig, 1994).

Por lo contrario, Craig (1994), al igual que Bee y Mitchell (1987), opinan que esta edad puede ser la mejor época de la vida respecto a la familia, el trabajo, la carrera, los talentos, de aportación a la nueva generación, considerando a esta época como la más socialmente rica en lazos de amistad y en la familia y la de mayores satisfacciones; o bien, como expresa Erikson (1976), en

esta edad las personas guían y se preocupan por la nueva generación y esto es esencial para su desarrollo psicosocial y psicosexual. Pero si esto no se da, entonces se vive un sentimiento de estancamiento o empobrecimiento personal. Es quizá éste un aspecto donde algunas personas al hacer una revaloración o reflexión de su vida, resulta doloroso.

Hablando de la mujer en esta etapa de la madurez, ésta se ve afectada además por la presencia de la menopausia ya que, como dice Papalia (1990), es un hecho que implica una amplia variedad de efectos físicos y psíquicos, lo cual, la menopausia supone una crisis para las mujeres (Botella, 1990); y es relacionada con una problemática psicoemocional propia de ésta (Cuevas, 1992). Aunque, para otros autores como Glass y Kase (1975), las reacciones de las mujeres ante la menopausia son muy variadas, ya que pueden pasar desapercibidas para unas y para otras no.

De esta manera, si consideramos la menopausia como una determinante de alteración psicológica, o bien como la presencia de las características negativas que se tienen de la madurez, en los dos grupos estudiados se hubiera observado, sin embargo, sólo el grupo de mujeres menopáusicas con osteoporosis presentó alteraciones psicológicas como angustia y depresión, lo que afirma que la osteoporosis sí afecta psicológicamente a las pacientes.

Considerando las alteraciones psicológicas que se revelaron, se detecta que es necesario proporcionarle a este tipo de pacientes más información referente a la enfermedad, para disminuir sus temores, aclarar sus dudas y motivar su cooperación para su curación, además de brindarle atención psicológica en cualquier grado de la enfermedad y si el caso lo amerita desde el principio del diagnóstico. En cuanto a la atención psicológica se puede pensar en una terapia de grupo, ya que esta terapia resulta beneficiosa para la mayoría de los pacientes que tienen un diagnóstico similar o igual (Kaplan y Sadock, 1996). En esta terapia acuden los enfermos para tratar su problema físico más que aprender sobre los aspectos emocionales de su vida, pero una vez que tienen suficiente información para comprender su enfermedad y que conoce a otros pacientes, a menudo quieren aprender más de sus sentimientos y el papel que juegan en su estado físico (Kaplan y Sadock, 1996). Por otra parte, para estos mismos autores, el objetivo de los grupos es la exploración de sus sentimientos, afirmando que muchos pacientes después se ven motivados para conocer más acerca de sí mismos.

Una terapia de apoyo, también es aconsejable, si la paciente requiere una terapia individual a consecuencia del tipo de personalidad o necesidades psicológicas. En esta terapia de apoyo, se ofrece apoyo durante el período de enfermedad, turbación o descompensación temporal (Freedman y cols., 1980).

Como expresan McIlwain y cols. (1994), el estado de ánimo y el pensamiento positivo es muy importante para el bienestar general del paciente.

Referente a esto, Schild y Heller (1993), también hacen énfasis en que son necesarios los grupos de apoyo para los pacientes porque la colaboración del paciente resulta decisiva, por lo tanto, deben conocer los fundamentos de su enfermedad, así como su tratamiento.

Como expresa Barreira (1994), la osteoporosis puede causar la muerte por causas indirectas (abandono, depresión, inmovilización y desnutrición).

Por su parte, Altamirano y cols., citados por Arzac (1995), explican que en casos de fracturas y cuando se presenta un estado de depresión, se les brinda a las pacientes atención psiquiátrica, aunque disentimos de esta opinión y pensamos que lo conveniente sería incluirlas en programas especiales para pacientes con padecimientos crónicos en donde se les apoye psicológicamente, mediante grupos terapéuticos.

Haciendo referencia a esto, se sugiere, por los resultados obtenidos, que la atención psicológica no tiene que ser hasta que exista una fractura, o cuando el paciente se sienta muy perturbado emocionalmente, sino desde que se inicia la enfermedad y el tratamiento médico, o cuando el paciente lo requiera.

14. CONCLUSION

De acuerdo al desarrollo de esta investigación, cuyo objetivo fue conocer los efectos psicológicos que generara la osteoporosis, se concluye que sí puede haber alteración de tipo psicológico en las pacientes, ya que afecta el estado psicológico de las mismas desarrollando en ellas reacciones de angustia y depresión. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en dos de las variables de investigación (angustia y depresión), que alcanzaron un alto grado de confianza, lo cual puede confirmar que sí son efecto de la enfermedad.

Con estos resultados, puede concluirse que la osteoporosis puede afectar el estado psicológico de las pacientes, desarrollando en ellas estas reacciones, aunque por otra parte, se debe señalar que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en relación con las otras variables de investigación (ansiedad, baja autoestima y estrés).

Sin embargo, a pesar de que en estas variables las diferencias no son estadísticamente significativas, hay **angustia** en las mujeres que padecen osteoporosis, ya que viven un estado de intranquilidad, de tensión que se acompaña de temor y una expectación aprensiva, que surge como respuesta del padecimiento, considerándola como una amenaza para su salud física, con las repercusiones que esto tiene en la integridad mental. La angustia, como ya se ha dicho, está ligada a las posibles consecuencias que la enfermedad pueda ocasionar en ellas como pérdida de autonomía, invalidez o sufrir una fractura. Así mismo, esta angustia parece tener un efecto sobre el sistema nervioso autónomo y provocar trastornos en las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos, ya que se observaron tales alteraciones en las áreas del Cornell Index, en hipocondría y astenia, síntomas psicósomáticos gastrointestinales y síntomas psicósomáticos; y en el MMPI-2, en la escala de hipocondriasis, por lo que estos indicadores psicológicos evidencian y afirman esa angustia.

La **depresión** también es una reacción manifiesta en las pacientes con osteoporosis, ya que se comprende que se vive un estado afectivo de tristeza, decaimiento o fatiga y con una actitud pesimista en cuanto a la enfermedad, además de que esta depresión se puede vivenciar como una reacción a la decadencia de la salud y de la fortaleza física, que lleva a las pacientes a

parecer menos autosuficientes y limitándolas a no realizar actividades que eran necesarias y de agrado para ellas. Esta depresión puede hacerse más manifiesta quizás cuando los síntomas de la enfermedad se hacen presentes como dolor o al tener una fractura, y entonces se experimentan también sentimientos de minusvalía.

Por otra parte, se observó que la osteoporosis además de afectar psicológicamente a las pacientes, ocasiona todo un cambio en su estilo de vida y en ocasiones en la dinámica familiar.

De acuerdo a las reacciones psicológicas manifestadas en este estudio (angustia y depresión), se hace evidente la necesidad que tienen estas pacientes de tener mayor información acerca de la enfermedad y todo lo que concierne a la osteoporosis, con el fin de ayudarles a un mejor enfrentamiento de su enfermedad, tratando de disminuir sus temores, sus sentimientos negativos y aclarando sus dudas, al mismo tiempo que se previenen alteraciones psicológicas, detectadas en este estudio (angustia y depresión), o bien se evita que estas reacciones se presenten de manera aguda.

Esto indicaría como primera necesidad, proporcionarles a las pacientes una plática de esta enfermedad concientizándolas sobre la gravedad de este padecimiento y la importancia que tiene su cooperación para su curación, ya que una actitud positiva es indispensable para tener un tratamiento con buenos resultados y sentirse bien emocionalmente.

Por lo anterior, se detectó la importancia de la atención psicológica en las pacientes, siendo la terapia de grupo el tratamiento psicológico más conveniente, ya que ofrece la oportunidad de que las pacientes puedan identificarse con otras personas que tienen el mismo padecimiento, lo cual decrementa la angustia y brinda la posibilidad de apoyarse psicológicamente al tratar los efectos de su enfermedad. Otra intervención psicológica puede ser la terapia individual, y que les ayudará a enfrentar y adaptarse a la enfermedad, desvaneciendo así la intensidad de sus emociones y solucionando las posibles alteraciones psicológicas desarrolladas.

15.LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Limitaciones

Para obtener la población de mujeres osteoporóticas se encontraron algunas situaciones que hicieron su proceso lento; dentro de estas situaciones se numeran las siguientes:

- 1.- Algunas pacientes eran de provincia .
- 2.- Unas no disponían de tiempo en ese momento.
- 3.- Otras sobrepasaban el rango de edad
- 4.- Algunas pacientes no asistían en la segunda cita, por lo que se tenían que obtener nuevas pacientes.

Sugerencias

1.- La posibilidad de llevar a cabo futuras investigaciones acerca de este tema, tomando en cuenta lo siguiente:

- a) Que la población sea de un sólo lugar geográfico.
- b) Ampliar el número de la muestra.
- c) Ampliar el rango de edad, considerando a mayores de 60 años.
- d) Comprender casos de pacientes con osteoporosis tipo grave.
- e) De ser posible hacer la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas en una sola sesión.
- f) De acuerdo a los resultados se pueden retomar los indicadores de alteración psicológica que se revelaron, como; hipocondriasis, temores, desadaptación y problemas psicosomáticos para profundizar en el estudio de los efectos de la osteoporosis.

2.- Diseñar un programa preventivo a nivel nacional que disminuya los factores de riesgo en la población general, pero sobre todo en la femenina, con el propósito de evitar que esta enfermedad se presente y así disminuir las consecuencias y problemas psicológicos que conlleva.

3.- Trabajar sólo con mujeres osteoporóticas y estudiar su problemática emocional y psicológica, ya que se intuyen, por los resultados que se presentan, una serie de alteraciones en su vida cotidiana, provocadas por la angustia y la depresión que manifiestan.

4.- Sugerir en los Centros de Salud la posibilidad de integrar grupos de autoayuda o grupos terapéuticos con población osteoporótica con el propósito de intervenir psicológicamente y aliviar los estados de depresión y angustia que viven las pacientes.

5.- Sugerir en los Centro de Salud la posibilidad de incluir en las Clínicas de Osteoporosis la presencia del psicólogo, ya que el personal que atiende a esta población es sólo médico y, en la mayor parte de los casos, se requiere del apoyo psicológico desde antes del diagnóstico debido a las fantasías y temores que vive cualquier persona que está siendo sometida a este tipo de valoración médica, realizada muchas veces con poco tacto.

A N E X O S

A N E X O I

ENTREVISTA PARA MUJERES CON OSTEOPOROSIS

ENTREVISTA PSICOLOGICA

1. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE:
EDAD:
ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
2. DESCRIPCION DE LA PACIENTE
3. CONSTITUCION DE LA FAMILIA
4. PADECIMIENTO ACTUAL (ANTECEDENTES, TRATAMIENTO)
5. ACTITUD ANTE SU PADECIMIENTO (COMO LO VE, COMO LO ENFRENTA, COMO LE AFECTA Y EN QUE)
6. ACTITUD DE SU FAMILIA ANTE SU PADECIMIENTO
7. ACTITUD ANTE LA MENOPAUSIA
8. DESCRIPCION DE SU ESTADO EMOCIONAL ACTUAL
9. HISTORIA LABORAL
10. HISTORIA SOCIAL
11. AREA SEXUAL
12. INTERESES
13. DISFUNCIONES DEL SUEÑO
14. APETITO

A N E X O 2

ENTREVISTA PARA MUJERES SIN OSTEOPOROSIS

ENTREVISTA PSICOLOGICA

1. FICHA DE IDENTIFICACION
NOMBRE:
EDAD:
ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
2. DESCRIPCION DE LA PACIENTE
3. CONSTITUCION DE LA FAMILIA
4. ACTITUD ANTE LA MENOPAUSIA
5. DESCRIPCION DE SU ESTADO EMOCIONAL ACTUAL
6. HISTORIA LABORAL
7. HISTORIA SOCIAL
8. AREA SEXUAL
9. INTERESES
10. DISFUNCIONES DEL SUEÑO
11. APETITO

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Arriaga, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	1	2	3	0
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	0
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	1	2	3	0
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3

ANEXO 5

ESCALAS DEL MMPI-2

ESCALAS DE VALIDEZ	ADICIONALES
L Mentira	FP Infrecuencia posterior
F Infrecuencia	INVAR Inconsistencia en las respuestas Variables
K Corrección	INVER Inconsistencia en las respuestas Verdaderas

Escalas Clínicas	Escalas de Contenido	Escalas Suplementarias
1 Hs Hipocondriasis	ANS Ansiedad	A Ansiedad
2 D Depresión	MIE Miedos	R Represión
3 Hi Histeria conversiva	OBS Obsesividad	Fyo Fuerza del yo
4 Dp Desviación psicopática	DEP Depresión	A-Mac Alcoholismo
5 Mf Masculinidad-femeidad	SAU Preocupación por la salud	Hr Hostilidad reprimida
6 Pa Paranoia	DEL Pensamiento delirante	Do Dominancia
7 Pt Psicastenia	ENJ Enojo	Rs Responsabilidad Social
8 Es Esquizofrenia	CIN Cinismo	Dpr Desajuste profesional
9 Ma Hipomanía	PAS Prácticas antisociales	GM Género masculino
10 Is Introversión	PTA Personalidad tipo A	GF Género femenino
	BAE Baja autoestima	EPK Desorden de estrés Posttraumático de Keane
	ISO Incomodidad social	EPS Desorden de estrés Posttraumático Schelenger
	FAM Problemas familiares	
	DTR Dificultad en el trabajo	
	RTR Rechazo al tratamiento	

B I B L I O G R A F I A

- Aguilar, N. M. N., y Ptak, M. (1983). La depresión durante el Climaterio en mujeres que trabajan fuera del hogar, y en mujeres que trabajan en el hogar. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Arzac P.J.P. (1995). Manual Práctico de Diagnóstico en Osteoporosis. México: MSD.
- Arzac, P.J.P. (1995). Manual Práctico de Tratamiento en Osteoporosis. México: MSD.
- Barreira M.E. (1994). Diagnóstico y Tratamiento en Osteoporosis. Revista Mexicana de Reumatología . 2 (5), 115-119. México.
- Branden, N. (1993), El Poder de la Autoestima (como potenciar este importante recurso psicológico. México: Paídos.
- Bee, L.H. y Mitchell, S. (1987). El Desarrollo de la Persona en Todas las Etapas de la Vida. México: Harla.
- Berg, C.W. y Celso, R.G. (1987). Tratamiento Médico de la Menopausia y Premenopausia. Barcelona : Médica.
- Birchall, E.F. y Gerson, N. B. (1972). La Mujer Adulta y las Relaciones Sexuales. Nueva York: Editors Press Service Inc.
- Bischof, L. S. (1990). Interpretación de las Teorías de la Personalidad. Mexico: Trillas.

- Botella, J. (1990). La Edad Crítica. Climaterio y Menopausia. Barcelona: Salvat.
- Buelas, C., Caballo, V. E. (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. España: Siglo XXI.
- Cambell, D., y Stanley, J. (1993). Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales. Buenos aires: Amorrortu.
- Casamadrid, P. M. E. (1986). La Mujer, sus Síntomas y sus Actitudes en la Fase de Climaterio. Tesis de Maestría de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Civeira, M. J., Sánchez, P., Martín, M. M., Abril, G. A. y Diez, D. A. (1988). Diferencias Sintomatológicas en la Mujer Depresiva con relación al Climaterio. Revista de Psicopatología. 8 (3), 183-195.
- Craig, H. J. (1994). Desarrollo Psicológico. México: Prentice-Hall.
- Cueli, J., Aguilar, L. y cols. (1990). Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
- Cuevas, C. S. (1992). Salud Mental. Dirección General Materno Infantil. Programa Nacional Mujer, Salud y Desarrollo. La Mujer Adolescente, Adulta, Anciana y su salud. (pp. 371-378). Secretaría de Salud: México.
- Deutsch, H. (1968). La Psicología de la Mujer. Buenos Aires: Losada, S.A.
- DiCaprio, S. N. (1976), Teorías de la Personalidad. México: Interamericana.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1979). Barcelona: Salvat.

- Dolto, F. (1994). *Sexualidad Femenina*. Buenos Aires. Paidós.
- Englander, B.C. (1993). *El Climaterio. Aspectos Psicológicos en Hombres y en la Mujer*. Tesis de Licenciatura de Psicología. Universidad Autónoma de México.
- Erikson, E. (1976). *Infancia y Sociedad*. México: Paidós.
- Escofer, R.D. (1992). *Enfermedades Oseas Metabólicas*. España: Jr. Praos.
- Estopier, B. (1989). *Ansiedad y Depresión en la Epoca del Climaterio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freedman, M.A., Kaplan I. H. y Sadock J. B. (1980). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Freud, Anna. (1993). *El yo y los Mecanismos de Defensa*. México: Paidós.
- Freud, Sigmund. (1975). *Obras Completas (Vol. 18)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund. (1979). *Obras Completas (Vol. 19)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund. (1980). *Obras Completas (Vol. 23)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuchs, E. (1982). *La Segunda Edad*. Barcelona: Grijalbo.
- Glass, R. H. y Kase, N. G. (1975). *Tu Cuerpo*. México: Pax-México.
- Goldman, H. H. (1995). *Psiquiatría General*. México. Manual Moderno.

- Guilly, P. (1960), La Edad Crítica. Buenos Aires: Eudebo Universitaria.
- Hall, S. Calvin y Lindzey Garner. (1984). La Teoría Psicoanalítica de la Personalidad de Freud. México: Paidós.
- Hare, J.W. (1987). Endocrinología Clínica. Signos y Síntomas. México: McGraw-Hill.
- Harrison, (1987). Principios de Medicina Interna. Tomo II. México: McGraw-Hill.
- Huerta, G. A. (1992). Climaterio. Dirección General Materno Infantil. Programa Nacional Mujer, Salud y Desarrollo. La Mujer, Adolescente, Adulta, Anciana y su Salud. (pp. 413-417). Secretaría de Salud: México.
- Kaplan I. H., y Sadock J. B. (1996). Terapia de Grupo. Madrid:Panamericana.
- Kolb, L. C. (1977). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Prensa Médica Mexicana.
- Lucio G. M. E. (1995). Inventario Multifásico de la Personalidad. Minnesota-2 MMPÍ2. Traducción y Adaptación al Español. México: El Manual Moderno.
- McKay, M., M. y Fanning, P. (1995). Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. México: Psicología Martínez.
- McCary, J. L., y McCary, S. A. (1993). Sexualidad Humana. México: El Manual Moderno.
- McIlwain, H.H., y cols. (1994). Osteoporosis. España: Masson-Salvat.
- Méndez, R. I. y cols. (1994). El Protocolo de Investigación. México: Trillas.

- Méndez, R.I. (1989). La Ubicación de la Estadística en la Metodología Científica. *Revista Ciencia* .40, 39-48.
- Mischel, W. (1990). Teoría de la Personalidad. México: Mc-Graw-Hill.
- Papalia, D.E. (1994). Desarrollo Humano. México: Mc-Craw-Hill.
- Poinso, Y., y Gori, R. (1976) Diccionario de Psicopatología. Barcelona: Herder.
- Shakespeare R. (1979). Psicología de la Invalidez. México: Continental.
- Sherman, J. A. (1978) Psicología de la Mujer. Madrid: Maron.
- Schild, H.H., Heller, M. (1993). Osteoporosis. España: Masson-Salvat.
- Siegel S. (1976), Estadística No Paramétrica Aplicada a las Ciencias Sociales. México: Trillas.
- Sullivan, H. S. (1974). La Teoría Interpersonal en la Psiquiatría. México: Psique.
- Videla, M. Leiderman, S., y Cinco, M. y cols. (1992). La Mujer, su Climaterio y Menopausia. Argentina: Cinco.
- Zárate, A., y Miranda, R. (1991). Osteoporosis y Menopausia. *Gaceta Médica de México*. 127. (1). 1-2.
- Zeno, L. A. M. (1987). Sexualidad en la Mujer Postmenopáusica. *Revista Latinoamericana de Sexología*. 2(1), 37-55.