



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EL CLIMATERIO
ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL HOMBRE Y LA MUJER"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

CORA ENGLANDER BOLAÑOS

ASESORA: LIC. MARGARITA MOLINA AVILES

MEXICO, D.F.

1993

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAGINA	
I N T R O D U C C I O N	1	
CAPITULO I	GENERALIDADES	4
	(Climaterio Femenino y Climaterio Masculino)	
CAPITULO II	MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA	7
CAPITULO III	TRATAMIENTO HORMONAL EN LA MENOPAUSIA Y LA ANDROPAUSIA	53
MANIFESTACIONES PSICOLOGICAS DEL CLIMATERIO		
CAPITULO IV	SEXUALIDAD	81
CAPITULO V	ADAPTACION	88
CAPITULO VI	RELACIONES EMOCIONALES	92
CAPITULO VII	LA PAREJA Y LA FAMILIA	102
MANIFESTACIONES PSICOPATAOLOGICAS DEL CLIMATERIO		
CAPITULO VIII	ESTADOS NEUROTICOS	111
	ESTADOS MANIACO-DEPRESIVOS	117
	REACCIONES DELIRANTES	120
	DISFUNCION SEXUAL	125
	DEPRESION INVOLUTIVA	131
CAPITULO IX	TRATAMIENTO PSICOLOGICO	142
CAPITULO X	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	160
B I B L I O G R A F I A		166

I N T R O D U C C I O N

El ser humano pasa por diferentes etapas a lo largo de su vida. En cada una de estas etapas existe una constante transformación. Hay períodos más o menos estables (como la edad adulta), y hay otros en donde los cambios en las estructuras tanto físicas como psicológicas, afectan de un modo general, y en ocasiones afectan dramáticamente al individuo, tal es el caso de la etapa conocida como adolescencia y de lo que podría ser su contraparte, el climaterio.

En ambos casos, los cambios físico-orgánicos y hormonales son de tal magnitud, que la persona debe así misma ajustar sus estructuras psicológicas a la nueva etapa que habrá de enfrentar, de ahí que no sólo sea necesario el apoyo médico, sino también el aspecto psicológico, que como se verá a lo largo de este trabajo, adquiere gran importancia por las repercusiones de índole emocional y social que acompañan a estos períodos.

El psicólogo, por lo tanto, debe saber si su paciente menopáusica, por ejemplo, está o no controlada, si lleva tratamiento hormonal, tratamiento con psicofármacos, etc.. y

los efectos que producen la presencia o la ausencia de dichos medicamentos; de lo contrario puede elaborar juicios erróneos acerca de su paciente.

Desgraciadamente éste tema, desde un punto de vista psicológico, ha sido muy pobremente investigado en México, y por lo mismo su bibliografía es escasa. Por otra parte, los estudios médicos han sido más extensos al respecto; y es por ésto que en muchas ocasiones tuve que tomar lo poco que encontré sobre aspectos psicológicos en las mismas investigaciones médicas para agregar un mayor número de datos valiosos al problema.

El climaterio no es, por lo tanto, un problema que se reduzca al ginecólogo y a la mujer menopáusica en su período biológico de suspensión de la menstruación; es un problema que también afecta al hombre y posee gran cantidad de manifestaciones psicológicas además de ocasionar serios conflictos conyugales y familiares.

Por esta razón es que entra dentro del terreno de la psicología.

Los alcances de este trabajo son básicamente el de proporcionar la información al psicólogo acerca del problema, la posible prevención de algunos síntomas de indole psicológico en el paciente, y quizás motivar una mayor investigación en

México, como sería el que psicólogos con varios años de experiencia en la terapia con adultos, aportararan mayores conocimientos acerca del climaterio a través de sus propios pacientes.

Su utilidad partiría de la forma como el lector comprendiera y aprovechara esta información para el manejo de sus pacientes. En resumen, el climaterio es un período de la vida caracterizado por trastornos psicológicos diversos, que afectan tanto al individuo, al cónyuge y a la familia, así como trastornos fisiológicos y hormonales; entonces, una ayuda psicológica adecuada unida al tratamiento médico correspondiente, contribuirán a prevenir y combatir dichos conflictos, logrando que las personas vivan esta etapa sin mayores dificultades.

Además, no esta por demás mencionar el hecho de que el individuo que tenga información sobre los cambios físicos y psicológicos de este período, le va a ayudar enormemente a enfrentarse positivamente a esta etapa de su vida y asimismo sabrá sobreponerse a algunos de los malestares tanto físicos como psicológicos por los que podría atravesar.

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S

GENERALIDADES

CLIMATERIO FEMENINO Y CLIMATERIO MASCULINO

Entendemos por climaterio la etapa en la cual se manifiesta la decadencia de las funciones sexuales. Lo situamos, aproximadamente, entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años. Es un período de vida muy mal definido; podría hablarse igualmente de tercera edad adulta. Termina en la presenectud. Mientras el climaterio hace referencia a la involución sexual, la senectud hace referencia a involución somática. Como ocurrió en la adolescencia, también la confusión terminológica reina en este período. Seguimos a Bonilla (1970) y otros cuando definen el climaterio como el período comprendido por los años que preceden y que suceden a la menopausia. La menopausia es la fecha de la última menstruación; suele tener lugar entre los cuarenta y cinco y los cincuenta años, aunque con frecuencia oscila entre los cuarenta y los cuarenta y cinco años. La menopausia, lo mismo que lo fue antes la menarquia, es una etapa muy concreta, mientras que el climaterio es un período de tiempo como lo fue la pubertad. Salvando las distancias, podríamos decir que existe la misma relación entre el climaterio y la menopausia que entre la pubertad y la menarquia.

El concepto de climaterio está centrado en la biología de la mujer, pues en el hombre no existe ninguna fecha determinada en la que ocurra algo paralelo, como pudiera ser una última eyaculación. A partir de la menopausia, la mujer no puede engendrar; mientras el hombre conserva prácticamente la capacidad generatriz. (Monedero, 1972). También este período en el hombre coincide con una declinación de su potencia sexual, y es por lo que podemos hablar, paralelamente de "climaterio masculino". Aunque en la mujer hay una desaparición de la capacidad generadora, la respuesta sexual no se extingue nunca completamente: esto último es lo mismo que ocurre en el hombre.

La declinación de las funciones sexuales provoca una serie de cambios tanto en el hombre como en la mujer. Si en la pubertad estos cambios estaban condicionados por una modificación de la constelación hormonal; ahora también tiene lugar una modificación hormonal en la mujer, aunque la mayoría de los autores coinciden en pensar que en el climaterio los cambios psicológicos no dependen de los cambios hormonales, sino más bien de la personalidad anterior de los sujetos. (Monedero, 1972).

C A P I T U L O I I

MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA

MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA

CAMBIOS FISICOS Y PSIQUICOS DE LA MENOPAUSIA.

CAMBIOS FISICOS Y PSIQUICOS DE LA ANDROPAUSIA.

VITALIDAD DE LOS CONTACTOS SEXUALES CONYUGALES.

CLIMATERIO FEMENINO O MENOPAUSIA

Al finalizar el crecimiento y alcanzar la madurez, comienza entonces la pérdida gradual de la integridad músculo-esquelética. La densidad ósea disminuye gradualmente la proporción entre longitud corporal y distancia entre los puntos de los dedos medios con los brazos extendidos en cruz. Se presenta una limitada capacidad regenerativa del cartilago auricular y aumentan las lesiones en superficies articulares, agravadas a veces por el sobrepeso, haciendo que las afecciones artríticas sean cada vez más comunes en ésta edad. Al practicar una vida sedentaria y comer en forma constante, se expanden los tejidos adiposos y sobreviene el aumento de peso, a pesar de que la masa corporal magra disminuye. La obesidad es pues, distintiva de la edad madura en las culturas desarrolladas.

A medida de que la edad avanza, existe un descenso lineal de las capacidades funcionales; disminuyendo así la capacidad para desempeñar el trabajo físico, por lo cual se necesita menos ingestión de alimentos, pues las energías no se gastan como antes. La actividad reproductora y sexual desciende; la función sexual declina a un ritmo más gradual de lo que se cree.

Es comunmente conocido como "cambio de vida", el período en la vida de la mujer cuando su capacidad reproductiva termina, los ovarios cesan de madurar al óvulo y cesan de rendir su capacidad de fertilización.

Justamente como en la pubertad, la preparación de la totalidad del organismo para el período de madurez sexual es gradual, así la transición hacia los cambios característicos de la menopausia toman lugar gradualmente, produciendo una serie de síntomas conocidos como síntomas del climaterio.

Así como el comienzo de la actividad ovárica durante la pubertad es concluida por la primera menstruación, se acostumbra diagnosticar el comienzo del "cambio de vida" con el cese súbito o gradual de la menstruación. Pero la menstruación no es el único síntoma importante de esta etapa. Las alteraciones comienzan antes de la menopausia, período llamado preclimatérico; y después de la menopausia con los síntomas postclimatéricos o postmenopáusicos.

Es difícil establecer que el período de cambio en todos los casos precede a la edad avanzada, así como que el climaterio siempre ocurre dentro de la edad madura. Sin embargo, la menopausia marca el comienzo del envejecimiento del cuerpo y particularmente de los órganos genitales.

Investigaciones estadísticas realizadas por Schaffer (1965) al respecto informan de 903 casos: la edad promedio fue de 47.36 años observándose que los cambios se dan de los 45 a los 50. El rango de esta fluctuación es indicado por la siguiente tabla. De acuerdo con sus investigaciones el cese de la madurez sexual y la actividad cíclica del aparato genital ocurre:

En 3.65% de los casos a la edad de 40 años.

En 20.50% de los casos a la edad de 40 a 44 3/4.

En 44.19% de los casos a la edad de 45 a 49 3/4.

En 30.01% de los casos a la edad de 50 a 54 3/4.

En 1.64% de los casos a la edad de 55 a 57 3/4.

Kleinwachter (1950), quien investigó datos concernientes a 373 mujeres, observó la ocurrencia de la menopausia entre las edades de 45 y 50 en 54.15% de los casos; en 18% de los casos la menopausia ocurrió después, en el 34.85% antes de la edad de 45 años. Stratz (1950) calculó en base a 86,000 observaciones de literatura que el promedio de edad de la primera menstruación en Europa son los catorce, y el cese de la misma, los 46 años.

Según Botella (1990), el tiempo que duran los cambios está influido por numerosos factores tales como clima, grupo étnico, herencia, modo de vida y características constitucionales que juegan un papel en esta conexión.

Sin embargo, viendo la importancia de la condición del clima, varios autores no parecen estar de acuerdo. Montegazza (1950) concluye por investigaciones realizadas en Italia, que el clima caliente frecuentemente atrasa la menopausia. Bruce y Oppenheim (1950) sostienen el punto de vista contrario, diciendo, que en los climas cálidos la menopausia ocurre tempranamente. Tenemos el hecho de que las mujeres del sur tienen la madurez sexual y pierden su atractivo antes que las mujeres del norte.

Sin embargo, Mayer (1972), no encontró ninguna variación al respecto.

Desde otro punto de vista, podríamos decir que es más probable que las diferencias de edad en que la menopausia ocurre depende no tanto del clima como de las características étnicas y hereditarias. Wiesel (1950) es quien sostiene esta opinión diciendo que si una mujer nace en el sur de Europa y llega a la pubertad a edad temprana, da a luz una niña en el clima nórdico, su niña, no siguiendo la regla de la región en donde nació, tendrá su menstruación tempranamente. Las hijas de ésta, suponiendo que también nacieran en el norte, similar-

mente menstruarán tempranamente, justo como su abuela. Lo mismo es aplicable al climaterio, el cual, como la menarquia, sigue al tipo familiar, y es inafectable por meros factores locales.

Que la menopausia en diferentes grupos étnicos ocurra a diferentes edades ha sido conocido por largo tiempo. Las mujeres chinas menstruan no más allá de los 14, y la menopausia frecuentemente ocurre tempranamente. El tiempo de la menopausia en las japonesas es hacia el final de los cuarenta.

Por otro lado las Indias del Norte de América continúan menstruando a una edad en que mujeres de nuestra raza han pasado ya el climaterio. La menopausia ocurre particularmente temprano en las mujeres de raza negra. Por ejemplo, las mujeres de la tribu Woloff tienen su menopausia entre las edades de 35 a 40 años. La mujer junto a la costa de la Sierra Leona, cesan de menstruar a los 35. La capacidad reproductiva de la mujer de la India termina antes que la de la mujer europea.

Referimos ya la conexión que existe entre la herencia y la menopausia, conexión que es concomitante al grupo étnico. Von Jachke (1950) enfatizó la importancia de la herencia, en numerosos casos en los cuales la menstruación persistía por largo tiempo, estableció que el climaterio fue tardío en la madre, en las hermanas de la madre y en las hijas. Los casos

en los cuales el límite temporal del cambio es bajo, se puede colocar bajo el nombre de climaterio precoz o climaterio temprano.

Ciertas observaciones confirman la visión de que el modo de vida influye en el tiempo de la menopausia. (Botella, 1990).

Ha sido cierto, (Botella, 1990), que la menstruación cesa frecuentemente temprano en mujeres pobres que trabajan.

Los factores físicos constitucionales naturalmente juegan un importante rol en la aparición temprana o tardía del climaterio. Así algunos autores opinan que la menstruación continúa largo tiempo en mujeres de constitución robusta y de pelo oscuro. La menopausia es frecuentemente temprana en mujeres infantiles (con inadecuada función ovárica), y en mujeres con características masculinas.

Existe una pregunta más a considerarse. Según Ganong (1971), la aparición temprana de la menstruación, involucra una aparición tardía de la menopausia y viceversa. Esta afirmación no es apoyada por los hechos, Pérez de Salazar (1972). Es verdad que la duración del período de madurez sexual es usualmente mayor en mujeres que comenzaron a menstruar pronto, la mujer que comenzó tarde, generalmente su período es más corto como promedio. En ambos casos sin embargo, la

menopausia, en ausencia de otros factores, tales como irregularidades constitucionales, etc., ocurre a la misma edad.

Existen factores que pueden afectar el tiempo del climaterio, tales como enfermedades de los órganos genitales, o, traumas -impresiones violentas- de naturaleza física o psíquica que pueden dirigir a una inesperada menopausia.

Como ya se dijo, el síntoma más significativo en el cambio de vida es el cese gradual o súbito de la menstruación. Existen variados tipos de cese menstrual. En algunos casos en los que la menstruación desaparece gradualmente, esto ocurre de manera tal que el fluido recurre regularmente cada 4 semanas disminuyendo poco a poco su intensidad. En otros casos los intervalos entre una menstruación y otra ocurren cada vez mayores unido a la disminución de la intensidad de fluido. A veces sucede que la menstruación aparentemente cesa completamente, por un largo o corto período (por 9 meses o un año) después ocurre a intervalos regulares y finalmente termina.

Algunas veces se da una súbita terminación de la menstruación, acompañada por mayores o menores trastornos. Muchas mujeres lo confunden con un signo de embarazo y puede acompañarse por todos los síntomas de "embarazo nervioso". Un examen médico revela la verdad de inmediato. Generalmente este

súbito cese de la menstruación se observa en casos de climaterio prematuro.

Todo ésto es fisiológicamente normal; otras formas acompañadas de incremento del fluido menstrual son vistas como patológicas.

Existen síntomas adicionales como son los cambios en el aparato genital de la mujer, consistentes en procesos de retrogresión debidos al fin de la actividad ovárica, la causa última se desconoce.

En la menopausia, en general, todo el aparato genital se altera, sufriendo encogimiento de algunas partes, perdiéndose cualidades, así, la membrana de la vagina se reseca, el tubo vaginal se acorta y pierde su elasticidad. Hay una degeneración lenta del útero, haciéndose considerablemente pequeño. Existiendo igualmente una gran cantidad de cambios físicos que alteran todo el cuerpo.

Ploss-Bertels (1950) describen la apariencia de las formas femeninas durante el climaterio, dice que como resultado de los depósitos característicos de grasa, el hombre encuentra a la mujer climatérica repulsiva, durante este período, pues el cuerpo se deforma frecuentemente. Algunos autores piensan que estos cambios externos son solamente anomalías constitucionales o hereditarias que se intensifican durante la menopausia. La

tensión y elasticidad de la piel se reduce, haciéndose una acumulación característica de grasa.

Cabe mencionar que en la actualidad, en nuestra cultura, la mujer menopáusica cuya edad está comprendida en el rango antes mencionado (35 a 50 años) si bien presenta alguno(s) de estos trastornos, ha tratado de minimizar o contrarrestar los efectos negativos a través de una serie de actividades, como el ejercicio físico, ingestión de vitaminas, aplicación de cremas para la piel, etc. que le permiten afrontar esta etapa mejor preparadas.

En otras palabras, la cultura actual propicia o promueve que la mujer no envejezca, que se mantenga joven el mayor tiempo posible y esto se logra con ejercicio, masajes corporales, alimentación balanceada, afeitándose el exceso de vello, etc. Todo esto tiene un aspecto positivo pero también puede ser negativo si se cae en una obsesión por querer verse joven, sin contar con que en muchos casos son intereses comerciales los que mueven a crear esa imagen de "eterna juventud".

Por otra parte, se observan el desarrollo de características viriles, perdiéndose femineidad en ciertas mujeres que generalmente tienden a ser altas, flacas y huesudas, o sea, que durante el climaterio adelgazan aún más en vez de acumular grasa.

Aparecen también gran número de cambios llamados "molestias climatéricas". Su causa son el fin de la actividad ovárica. Dado que el ovario, es tanto una glándula endócrina como exócrina, su función no está restringida a la ovulación; colabora también con otras glándulas endócrinas. Así la carencia endócrina del ovario altera otras glándulas. En circunstancias normales, los síntomas de carencia están lejos de ser serios. Las mujeres de las tribus primitivas atravesaban este período sin mayor problema, pero la mujer civilizada tiende a la neurastenia y se inclina a la psicopatía. De todas maneras, el sistema endócrino requiere un tiempo para restablecerse, y una vez recuperado el equilibrio, los trastornos tienden a desaparecer según investigaciones del Dr. Pérez de Salazar (1972).

Al disminuir las secreciones hormonales, el control neurovascular se vuelve lábil y se producen períodos episódicos de transpiración, bochornos, tensión, mareos y mal humor. A estos signos pueden asociarse angustia y agitación. Dolor en los senos, hormigueo en la piel, cefalea y sensación de asfixia. Podemos observar también otros trastornos psicogénicos, tales como insomnio, accesos de llanto, fatiga, depresión, aprehensión y nerviosidad. Trastornos metabólicos como atrofia de la vulva, ocasionando prurito, disfunción de la vejiga, nicturia y frecuencia en la micción, osteoporosis con sus dolores óseos y musculares, y varios fenómenos catabólicos que en sí constituyen los síntomas más conocidos del climaterio.

En las últimas décadas la duración de la vida ha aumentado en promedio alcanzando edades hasta de 75 años, y más, por lo que en consecuencia, el número de mujeres que viven muchos años después de la menopausia aumentará cada vez más y estarán expuestas a sufrir una serie de síntomas que en un alto porcentaje de casos, son de intensidad tal que incapacitan física y psíquicamente a la mujer, ya que de lo contrario, podría llevar una vida más activa y fructífera. Es decir, que la tercera parte de la vida de la mujer transcurre después de comenzado el climaterio.

Aproximadamente el 75% de todas las mujeres presentan algunos síntomas de menopausia, menos del 20% se ven notoriamente incapacitadas y quizás el 25% buscan ayuda médica. Nos dice el Dr. Michael Newton (1974) de la Universidad de Chicago, que la disminución ovárica ocasiona ciclos anovulatorios con una menor producción de progesterona, después la producción de estrógenos también se reduce y cesa la menstruación.

El climaterio femenino desde el punto de vista somático tiene ocasión a la degeneración esclerosa del ovario que no responde a las gonadotropinas hipofisarias. Sin ovulación no hay cuerpo lúteo, ni producción de progesterona, ni excreción de pregnandiol en la orina y el endometrio deja de desarrollar la fase pregestacional. Debido a esto, muchas mujeres son

relativamente estériles al aproximarse a los 50 años y lo son casi por completo después de dicha edad.

El desarrollo folicular anovulatorio puede continuar por espacio de meses, ocasionando cambios variables en la producción de estrógenos, aunque esta actividad disminuye poco a poco con la atrofia de los ovarios. Los estrógenos inhiben normalmente la producción de gonadotropina de la glándula pituitaria; pero a medida que decrece la producción de estrógenos, aumenta la secreción de la hormona estimulante de los folículos. Con el tiempo, la super-producción de gonadotropina se interrumpe, y pequeñas cantidades de estrógenos procedentes de la corteza suprarrenal, los ovarios y posiblemente otras fuentes, restauran la estabilidad endócrina sobre una nueva base.

Aunque los sofocos se atribuyen a una inestabilidad hipotalámica temporal, se han indicado otras causas; pueden ocurrir sólo durante unas semanas o persistir varios años. Como manifestación de una actividad paroxística de la regulación vasomotora, pueden ser ocasionales y momentáneos o repetidos y persistentes, acompañados, en los casos intensos, de sudores, frío o escalofríos.

De acuerdo al análisis sobre el climaterio femenino que hace el Dr. Jose Luis Pérez de Salazar (1972), encontramos la siguiente clasificación: en algunas mujeres se presenta una

adaptación suave y sin síntomas alarmantes, lo cual él llama "climaterio normal"; por otro lado, la presencia de sintomatología que amerita el manejo médico lo designa como "climaterio patológico". Hay autores, Monedero (1972) que consideran que el 85% de las mujeres climatéricas presentan sintomatología y sólo el resto son casi asintomáticas.

Por falta de recursos, por ignorancia, falta de tiempo, etc., hay mujeres con cuadros climatéricos que no consultan nunca al especialista, por lo que podemos decir que una demarcación entre climaterio normal y patológico no es posible de determinarse.

Según Pérez de Salazar (1972), la época climatérica femenina se divide cronológicamente en tres etapas:

Climaterio premenopáusico,
Climaterio postmenopáusico temprano y
Climaterio postmenopáusico tardío.

Monedero (1972), simplemente lo divide en premenopausia, menopausia y postmenopausia. Uniendo varios criterios podríamos decir que:

PREMENOPAUSIA. Si nos referimos concretamente a las alteraciones menstruales, éstas son exclusivas de este período. Las perturbaciones del ritmo menstrual pueden ser adelantos o

retrasos del mismo. Aparecen fases de amenorrea o de hemorragias uterinas. Al aumentar en la premenopausia la foliculina, se provocan desequilibrios neuro-vegetativos: tarquicadia, náuseas, palpitaciones, cefaleas, vértigos, tensión mamaria, bochornos, sudoración profusa, etc..

La presencia de dichos trastornos menstruales se debe al inicio de la falla ovárica, alterándose primero la producción de óvulos y como consecuencia la falta de cuerpos amarillos, lo que se manifiesta con endometrios sin manifestaciones secretoras, sino que puramente estrogénicos y proliferativos o hiperplásicos. Por lo tanto las manifestaciones clínicas son:

1. Esterilidad relativa o disminución de la fertilidad, que se acompaña con la disminución en la frecuencia del coito y la infrecuencia de los ciclos ovulatorios.
2. La ya mencionada alteración del ritmo menstrual. Aproximadamente, sólo del 10 al 20% de las mujeres conservan su periodicidad normal.
3. Síntomas neuro-vegetativos o vasomotres, entre los que se encuentran los clásicos bochornos, caracterizados por una sensación de calor, que va de abajo hacia arriba hasta llegar al cuello y a la cara con enrojecimiento y congestión de la misma, a veces seguido de sudoración, sensación de frío y palidez. Varían en su cantidad y duración

umentando su intensidad hasta la fase postmenopáusica temprana. Los sudores (diaforesis) son nocturnos, seguidos de calosfríos, transpiraciones que aparecen y desaparecen paralelamente a los bochornos.

Son muy frecuentes las cefaleas, continuas en forma difusa, como aprensión sobre el cráneo o en forma vascular o jaqueca.

Manifestaciones de perturbaciones sensoriales, manifestadas como neuritis o neuralgias de localización diversa. Paresias y parestesias que se manifiestan como hormigueo o adormecimiento de miembros.

A veces aparecen fugaces manchas rojas en la piel, sobretodo en el cuello y cara, en respuesta a estímulos emocionales; palpitaciones de unos minutos de duración que se pueden repetir a cualquier hora; náuseas y vértigos ocasionales; adinamia, astenia y fatiga muscular, temblor de las manos; estos últimos síntomas se hacen más ostensibles en la postmenopausia.

MENOPAUSIA. A medida que prosigue el envejecimiento ovárico, disminuye la capacidad de respuesta al estímulo con gonadotropinas hasta el punto de que la secreción de estrógenos ováricos llega a ser tan escasa que no se produce crecimiento endométrico.

Entonces cesa la menstruación, o sea, se establece la menopausia.

POSTMENOPAUSIA TEMPRANA. Así, como consecuencia de los niveles estrogénicos bajos, se producen cambios en todo el organismo. Los tejidos genitales se atrofian. La falta de inhibición de la hipófisis se traduce en la formación de grandes cantidades de gonadotropinas. El déficit estrogénico causa una disminución en el anabolismo general. En esto se refleja un adelgazamiento de la piel y una disminución en la matriz protéica del hueso y una disminución del dispendio calórico, debido a lo cual hay tendencia a la obesidad.

En esta época es cuando llegan a su climax los síntomas vasomotores que ya mencionamos.

Unos cuantos años después de la menopausia se presenta la siguiente sintomatología:

1. Síntomas vasculares, además de los ya mencionados, se presentan hipertensión, arterosclerosis, precordalgias, palpitaciones y arritmias.
2. Hipertensión, la que se presentan con menos intensidad y frecuencia en mujeres que reciben terapia ocupacional.

3. Arteriosclerosis general y de la coronaria, relacionada con el aumento del colesterol.
4. Síndrome osteo-músculo-articular. Ocasionando disminución de la estatura, jorobamiento notable, fracturas frecuentes, mialgias (dolores musculares), artralgias y alteraciones en la fuerza, resistencia y elasticidad de los músculos.
5. Osteoporosis que ocasiona el aplastamiento de las vértebras, la joroba y disminución de la estatura en el 25 al 30% de los casos.
6. Síntomas endócrino-metabólicos. Hay un aumento del apetito, disminuye la actividad y se aumenta de peso, junto con una alteración en los depósitos de grasa. El climaterio es también un factor desencadenante de la diabetes.

Las alteraciones en la función ovárica, provocan un desajuste hormonal en favor de los andrógenos, lo que ocasiona un paulatino proceso de desfeminización que se manifiesta por:

- a) Hirsutismo e hipertrichosis. Apareciendo vello en el labio superior, mentón y mejillas.
- b) Cambios en la voz, cada vez más grave, semejante a la masculina.

- c) Caída del cabello y tendencia a la calvicie.
- d) Alteraciones en la respuesta sexual.
- e) Atrofia genital y mamaria que es más palpable en la postmenopausia tardía.

POSTMENOPAUSIA TARDIA. La hipófisis involuciona y tiende a restablecerse el equilibrio. Durante estos cambios han disminuido las restantes hormonas hipofisiarias. La hiperfunción de la corteza suprarrenal contribuye a restablecer el equilibrio endócrino (sustituyendo al ovario en la regulación de la hipófisis).

La atrofia genital llega a su máximo. Desde el monte de venus se produce un aplanamiento porque disminuye el tejido adiposo prepubiano, perdiendo parte del vello y encaneciéndose el resto. Pierden su elasticidad la vulva y los tejidos, como en la craurosis en la que se presenta borramiento de ninfas y clítoris con prurito intenso y rebelde. La vagina pierde elasticidad y se estrecha, cesa su secreción, haciéndose incapaz para el coito. El útero disminuye de tamaño y cae con facilidad en retroversión. Sin embargo, su capacidad de reacción ante el estímulo estrogénico no se pierde llegándose a restituir sus características. Las trompas se transforman en simples cordones. Se ha observado una marcada disminución del peristaltismo.

Se observa una disminución del ovario a partir de los 50. Son frecuentes los prolapsos genitales que ocasionalmente, al extenderse hacia el recto y ano, producen incontinencia fecal por pérdida de tono del esfínter, y fisuras por la atrofia de la piel y mucosa. Las mamas pierden turgencia. Se producen alteraciones en el aparato urinario. La piel se endurece y reseca fácilmente atacada por dermatitis. Se forman hematomas con facilidad.

CLIMATERIO MASCULINO O ANDROPAUSIA

En cuanto a las alteraciones físicas del climaterio masculino o andropausia encontramos que fue un científico alemán, Mendel (1950), el primero en postular un "climaterio masculino", habiéndolo observado en una gran cantidad de hombres. Al aproximarse la edad crítica, la mayoría de los hombres estudiados, los cuales habían estado en perfecto estado de salud sin ninguna tendencia a padecer de los nervios, comenzaron a quejarse de sentirse enfermos, con accesos periódicos de ansiedad y "ataques nerviosos". Algunos de ellos experimentaban un estado de debilidad agravado por súbitos cambios de humor, pero todos mostraban el síntoma característico de esta condición con excesiva sensibilidad, al grado de estallar con la más mínima provocación.

"Yo encuentro que soy tan sensible como una mujer" decía uno de los hombres observados por Mendel. Otro afirmaba: "Yo monto en cólera por cualquier tontería".

Otras molestias que mencionaron fue el no poder leer el periódico debido a que les afectaban demasiado las malas noticias, además evitaban mezclarse con otras personas por temor a que pensaran mal de ellos ya que estaban muy susceptibles.

La similitud de estas confesiones muestra que estas no son casos excepcionales, sino que es el síntoma en cuestión que con frecuencia se presenta a cierta edad. Y el científico alemán agrega que todos, o casi todos estos hombres fueron personas normales.

Pero además de la intensificación de la sensibilidad, hay otros puntos de comparación con la menopausia, los hombres observados por Mendel, se quejaban de bochornos, vértigos, palpitaciones, fatiga general, dolores de cabeza, insomnio o somnolencia por el día. Mendel observó también pérdida de la memoria en eventos recientes, disminución en el interés por el mundo, además de neurastenia e hipocondría. El paciente cada vez se vuelve menos sociable.

Como síntoma característico de este estado aparece el decremento del apetito sexual. En algunos casos se extingue totalmente al finalizar el período crítico, en cambio en otros el cese de los síntomas es seguido por la recurrencia de la sensualidad. Sin embargo, en muchos casos ésto no es cosa seria, algunas veces se debe a causas patológicas.

De acuerdo con el profesor Mendel, el proceso del climaterio es progresivo, y llega a su culminación después de cierto período, entre 10 meses y 4 años, pero en muchos casos de 18 meses a 3 años.

Por otra parte, el profesor Hollander (1950) observó en sus pacientes los síntomas siguientes: lasitud, impaciencia, irritabilidad, pérdida de confianza tanto en los demás como en sí mismo, pérdida de la energía, disminución del poder de la imaginación, y en general de las facultades intelectuales. En la esfera física el profesor observó dolores de cabeza e insomnio.

Algunos médicos, como el Dr. Hoche (1950) confirmaron los cambios que ocurren en el hombre durante la edad crítica, aproximadamente de los 50 en adelante, pero al mismo tiempo ellos sostienen que es difícil hacer una clara distinción entre los síntomas precursores de la edad madura y el síntoma climatérico propiamente. Algunas mujeres adquieren frecuentemente características masculinas durante la edad

crítica; este fenómeno jamás ha sucedido o sido observado en el hombre, a la inversa, claro esta. Más aún, ciertas manifestaciones de esclerosis y otros problemas debidos a causas externas, tales como el abuso del alcohol y nicotina, que muchas veces son erróneamente considerados como fenómenos climatéricos. En términos generales, los principales síntomas psicológicos de la menopausia, como irritabilidad que casi cae en histeria, no ocurren tampoco en los hombres a ese extremo. Finalmente, los hombres nunca experimentan cambios en la presión arterial, lo cual es muy frecuente durante la menopausia.

Sin embargo, un hecho que emerge de esta controversia es que hay un período en la vida de los hombres que es comparable con la menopausia. De acuerdo con Havelock (1950), se presenta en ciertos hombres tempranamente a los 38 años, de acuerdo con Marcuse (1968), entre los 40 y 55, y de acuerdo con Kenneth-Walker (1950), entre los 55 y los 60. Es generalmente admitido que la causa inmediata de este cambio en la vida sexual de los hombres es debido a un decaimiento genital ocasionado por la lenta declinación de la actividad glandular. De acuerdo con Mendel, la deficiencia funcional de los testículos es responsable, cuando Marcuse atribuye el cambio crítico a la lenta declinación de la próstata. El científico francés, De Fleury (1950), atribuye el "climaterio masculino" a la deficiencia en la actividad de la glándula tiroides. Se puede ver que virtualmente todos los científicos delínean los

problemas de la edad crítica a causas genitales, sin embargo, como ya se sabe, no solamente los testículos y próstata o la tiroides tienen una importancia en la vida sexual.

Además de los síntomas temporales que marcan el período crítico, el cambio de vida masculino algunas veces provoca un profundo cambio en el carácter y personalidad del hombre. El hombre en posesión de todas sus facultades, activo, agresivo, optimista, puede en un mes convertirse en un pesimista con una fobia variable con toda clase de esfuerzos. El cambio es particularmente asombroso en el tipo jovial de hombres.

En algunos hombres la dirección de su sexualidad cambia. Hombres normales heterosexuales, en el período del climaterio, súbitamente desarrollan tendencias homosexuales.

El profesor Nolen (1987), en su libro sobre el climaterio masculino señala problemas de homosexualidad así como otro tipo de perversiones. Muchos hombres han confesado que el climaterio ha producido en ellos tendencias al sadismo y al fetichismo. Se lee frecuentemente acerca de hombres mayores que molestan a niñas de escuela en la calle. Otros son incapaces de satisfacer su apetito sexual excepto por actos de exhibicionismo. Algunos autores han observado el aumento de los crímenes sexuales en la edad crítica. Existen estadísticas que muestran, por ejemplo, que en muchos casos de incesto el culpable está en sus 47 años.

Todos estos ejemplos muestran como "el cambio de vida" puede afectar profundamente al hombre.

Por último, de acuerdo con el profesor Vaerting (1950), fisiólogo, el climaterio manifiesta en sí mismo intensidad variable, tanto en el hombre como en la mujer. Argumenta que el cese o disminución de la producción de semen es un fenómeno enteramente nuevo en el hombre, mientras en la mujer generalmente ha tenido alguna experiencia previa a la menopausia, de la suspensión de la actividad de las glándulas germinales, las cuales, como se sabe, siempre ocurre durante el embarazo.

Nolen (1987), atribuye la alta mortalidad entre los hombres mayor que entre las mujeres durante la edad crítica, entre los 45 y los 50, en cambio después de los 60, la mortalidad es casi la misma en los dos sexos.

El cese súbito en la actividad de las glándulas sexuales es responsable a veces de la frecuencia de suicidios durante la edad crítica, lo cual está probado por datos estadísticos según las investigaciones de Vaerting (1950).

Según las investigaciones de Werner (1939), sobre el climaterio masculino, los síntomas climatéricos se podrían resumir en:

1. erecciones flácidas
2. pérdida del deseo sexual
3. impotencia
4. nerviosismo
5. lagunas mentales
6. bochornos
7. excitabilidad
8. fatigabilidad y lasitud
9. depresión y sollozos
10. constipación
11. irritabilidad
12. taquicardia y palpitaciones
13. vértigo
14. dificultad para concentrarse
15. insomnio
16. cefalea
17. dolor occípito-cervical
18. escotomas
19. adormecimiento y calambres
20. enfriamiento de manos y pies
21. hormigueos
22. dolores vagos

Los hombres están sujetos al síndrome hipogonadal o climático, período en el que se produce una reducción o pérdida de la función de la glándulas sexuales. Experimentando una declinación fisiológica de la función sexual, en la fase tardía de la vida, que es caracterizada por un fracaso de la respuesta gonadal a la hormona gonadotrópica del lóbulo anterior de la hipófisis.

La edad considerada como promedio según Browing (1960) es 53.7 años. En 252 pacientes con climaterio masculino se reveló una disminución de la potencia sexual o ausencia de la misma en el 80.3% de los casos. En otro grupo de 263, la potencia estuvo reducida o ausente en el 90% de los casos.

La fatiga y dolores vagos, así como la fatiga matutina son una molestia frecuente y muchos se quejan de estar más cansados por la mañana al levantarse que por la noche.

Síntomas circulatorios tales como aumento de ritmo del pulso, palpitaciones, mareos, bochornos, sudoración, adormecimientos y hormigueos, enfriamiento en las manos y los pies.

Alfons Kockemann (1970), habla de la relación que existe entre la edad, la producción de testosterona y los procesos que dependen de ella (por ejemplo, concentración de fructosa en el esperma). Las manifestaciones de déficit androgénico están

representados más frecuentemente por los síntomas del climaterio viril constituido éste por un conjunto de síntomas psico-vegetativos semejantes a las molestias climatéricas de la mujer. Aunque ambas manifestaciones no se comparan con todo rigor, debido a que en la mujer la función incretora del ovario se extingue con rapidez relativa y el cese de la función testicular incretora no debe presentarse en forma brusca. Sin embargo, la reducción en la producción de andrógenos que se hace evidente en el hombre hacia la cuarentena, puede ocasionar la aparición de marcadas manifestaciones carenciales.

Si bien existen alteraciones psicológicas que son específicas de cada sexo, muchas veces van unidas dependiendo del cónyuge o siendo comunes a ambos sexos, por lo que señalaremos tanto las alteraciones psíquicas femeninas como las masculinas de manera conjunta.

Bierman (1975), nos dice al hablar de los componentes sociales y de conducta en la edad de los cuarenta en nuestra civilización occidental, que la edad adulta temprana es una etapa de educación y `entrenamiento y no el inicio de una existencia independiente. Así durante los cuarenta, la vida de la pareja ingresa a una nueva etapa en donde se presenta la partida de los hijos, a lo cual tienen que adaptarse, y la oportunidad para una nueva intimidad matrimonial o el aumento de la soledad. Es por ésto que la edad crítica es un desafío a la estabilidad del vínculo conyugal, lo cual se corrobora en el

aumento de divorcios ocurridos en este período aún y cuando el matrimonio haya sido de muchos años. Claro está, que muchas parejas no llegan al divorcio, sin embargo, viven en una situación de tensión y agitación a lo cual no sólo se agregan los conflictos con los hijos que pugnan por su independencia, sino también los conflictos con los padres ancianos quienes generalmente demandan apoyo emocional y económico.

Ocurren también otros cambios en la personalidad incluyendo la agresividad del hombre que se ve disminuída, volviéndose menos dominantes, lo contrario sucede a las mujeres quienes al independizarse los hijos tienen mayor libertad, por lo que se vuelve más agresiva, autogenerativa y exigente.

Los hombres de negocios o profesionistas generalmente se enfrentan en esta época a decisiones cruciales; el logro de sus ambiciones o la mediocridad definitiva.

La mujer, por otra parte, al haber cumplido con sus deberes de madres, se encuentra en la búsqueda de ocupaciones diferentes, un cambio en su estilo de vida que le proporcione una nueva identidad así, tanto el hombre como la mujer atraviesan una etapa de continua adaptación al cambio. Cambios en la personalidad, en el matrimonio, en la familia y en la vocación además de los continuos cambios de nuestra sociedad

del siglo XX. Periodo crítico del desarrollo humano de cuyo éxito o fracaso depende el curso de la segunda mitad de la vida.

Otros aspectos son anotados por Pérez de Salazar (1972), al hablar de los aspectos psicológicos de la menopausia, señala su "síndrome psicoemocional del climaterio". La brusca supresión del sangrado menstrual de manera definitiva, causa un impacto psicológico, el cual tiene dimensiones que dependen de la estabilidad emocional de la mujer. Por lo tanto, pueden presentarse una gran gama de manifestaciones psíquicas, problemas sociales, emocionales y familiares que provocan stress. El marido, quien ya ha alcanzado una posición en su trabajo (buena o mala) ya no necesita de los consejos de su esposa, los hijos ya son independientes y la actividad sexual disminuye, a excepción de casos en los que aumenta el impulso sexual con una hipersexualidad que puede desembocar en perversiones. Así, la mujer climatérica se siente un ser inútil, por lo que cae en un negativismo que la hace ver todo con indiferencia, irracionalidad, ansiedad y depresión. Los insomnios, que a veces son frecuentes, aumentan los estados de malestar, tristeza y depresión. La depresión y la ansiedad son los estados anímicos más importantes del síndrome.

El temor a considerarse viejas, a perder la satisfacción sexual, a morir en poco tiempo, a enfermarse principalmente de cáncer, de diabetes, del corazón, etc., pueden conducir a estados psicóticos.

Por otro lado, nos señala Pérez de Salazar (1972), la hiperemotividad o labilidad emotiva, que se hace aparente ante los más pequeños problemas de manera exagerada, crisis de llanto, irritabilidad o nerviosismo persistente que distorciona la forma de enfrentarse a los problemas y la vida. Pérez de Salazar señala tres fases por las cuales atraviesa esta alteración psíquica; el período de impacto, es la primera fase, que puede durar de días a semanas; la segunda fase es el período de adaptación, de semanas a meses; y la última fase es un período de reorganización de meses o incluso años.

La magnitud de dichas manifestaciones está íntimamente relacionada con la historia previa de la paciente, es decir, si padeció de fatiga y tensión premenstrual, dismenorrea, sangrado disfuncional, así como desajustes emocionales, disarmonía matrimonial, problemas socioeconómicos, contrariamente a las personas sin patología psicosomática previa, con buen ambiente familiar, matrimonial, buena cultura y emocionalmente estables. De ahí que se diga que cada mujer presenta la crisis emocional climatérica que se merece, ya que muchas mujeres reaccionan de una manera más constructiva, con manifestaciones moderadas y de

corto tiempo, mientras que otras presentan desajustes emocionales que trastornan incluso la esfera psíquica.

En un estudio sobre los problemas psicogénicos, el ginecólogo Howard J. Osofsky (1972), y el psiquiatra Robert Seidenberg (1972), de la facultad de medicina de la Universidad del Estado de Nueva York, daban énfasis a la creencia de que la psicología femenina depende en gran medida de la biología. Ya que la sociedad ha atribuido gran importancia a la juventud, al atractivo, al sexo y a la maternidad, cosas que se pierden durante la edad madura. Observaron que los hombres a esta edad, no llegan al mismo estado de depresión quizás debido a que están llegando a la culminación de su vida y les quedan años aún para llegar a la jubilación. Enfatizan también el hecho de que las mujeres que se dedican a un arte o profesión, le menopausia les afecta mucho menos ya que no están orientadas únicamente a la función biológica. Esto se confirma en los estudios realizados por la tesis que realizaron Aguila Noriega y Ptak Manevich, "La Depresión Durante el Climaterio en Mujeres que Trabajan Fuera del Hogar y en Amas de Casa" (UNAM 1983). Pero no se puede dejar de lado que en el varón también existe la preocupación por las ambiciones frustradas, el tener una esposa menopáusica y síntomas de envejecimiento físico. Lo cual entre otras cosas, origina manifestaciones nerviosas tales como irritabilidad, depresión y pérdida de la memoria.

El individuo de alrededor de 50 años, que experimenta una declinación gonadal, nos dice el Dr. Ernesto García Herrera (1968), sufre intensamente. Debido a que se ha preocupado desde siempre por todo lo relacionado con su esfera genital; así, es psicológicamente normal que al ver su potencia sexual comprometida, se angustie de perder con ello su atractivo hacia el sexo opuesto. Por lo tanto, un hombre cuya vida sexual ha sido activa, a la primera falla que presenta puede tener alcances graves, creando una especie de psicosis de envejecimiento prematuro con todas sus consecuencias. Los factores psíquicos se presentan en dos formas, una influida por el medio ambiente del paciente, y la otra por su propio medio interno.

Algunos ejemplos de la influencia del medio ambiente externo, podrían ser los cambios de actitud en el matrimonio, las diferentes presiones sociales, familiares, de trabajo, etc.

La mujer climatérica, pretende extender su influencia y valorarse a sí misma, interviniendo en comités y organizando actividades apostólicas que a veces incurren en la beatería, afirma Monedero (1972). Cuando ve que su vida empieza a declinar, tiende a hacer un balance de la misma, tomando una actitud de autocrítica, que muchas veces lleva a una profunda tristeza, ya que piensa en las cosas que ha dejado de hacer. En su interior dominan sentimientos de miedo y de angustia; miedo a envejecer, a perder la vida matrimonial, a que se le

tome como a una histérica, y sobre todo a la muerte lo cual se manifiesta muy frecuentemente en la fobia al cáncer. Todas las manifestaciones de la menopausia, están teñidas por los conflictos psíquicos, por lo que no son únicamente el producto de una carencia hormonal. Y vuelve a afirmar, que es la personalidad previa de la paciente la que determina el contenido del proceso biológico. Sin embargo, no ocurre así con mujeres que trabajan según la tesis de Aguila Noriega y Ptak Manevich (UNAM 1983) ya mencionada con anterioridad.

Pero es Paul V. Lemkau (1974), uno de los autores que nos da una visión más extensa y detallada de los aspectos psicológicos relacionados con el período de la edad madura, define la madurez, como el período en que el hogar paterno queda reducido, ya que hubieron hijos a quienes tuvieron que guiar y educar, y ahora quedan nuevamente solos.

Durante este período nacen los nietos, ocurren cambios en la personalidad, se requiere adaptación para volver la vista hacia uno mismo. Estos cambios incluyen la preocupación por el propio cuerpo y el propio yo; tendiendo a aumentar el egocentrismo. Comienzan las inquietudes sobre la salud, y las enfermedades crónicas a aparecer, la muerte se convierte en una posibilidad. Sobreviene un descenso en las funciones sensoriales con pérdida de la capacidad física y de la fuerza. La potencia sexual sigue una curva similar de declinación tanto en el hombre como en la mujer. La apariencia física cambia de

manera notoria, aumentando el peso, las arrugas, el encanecimiento y la pérdida del cabello, principalmente en el varón quien no puede admitir que es ya incapaz de conservarse físicamente. Esta disminución de la capacidad física ocasiona con frecuencia angustia por el temor de que la potencia sexual también decrezca. El hombre observa que su mujer está ya en la menopausia y cree que la supresión de las reglas significa el fin de la vida sexual por lo que teme el fin de su propia actividad sexual.

Es muy común hacer uso del humorismo para protegerse contra la angustia de envejecer, así muchos hacen ridiculeces para demostrar que aún son jóvenes, confiesan su miedo y al mismo tiempo se ríen de él.

Es interesante observar que en nuestra cultura existe gran interés por ocultar de alguna manera el envejecimiento. Tanto los hombres como las mujeres usan faja para disimular la grasa. Los cosméticos, los tintes de pelo, es un esfuerzo constante por hacerse atractivos, simulando una juventud sexual que no se posee.

Entre los cambios que se presentan en la mujer madura, tenemos los cambios fisiológicos que imposibilitan el embarazo; lo cual constituye un alivio para muchas mujeres cuya fecundidad ha sido agobiante y han tenido muchos hijos; por otro lado, la mujer que nunca gozó con el contacto sexual

encuentra una excusa para no realizarlo. Sin embargo, la mujer en general no quiere perder su menstruación que es signo de femineidad.

El hecho de que la mujer se queje de las molestias menopáusicas o acuda a tratarse depende de muchos factores, como son, su educación, además del conjunto de sus miedos supersticiosos acerca de la menopausia, de su capacidad para aceptar un estado de pasividad sin luchar agresivamente contra el mismo y por último de su adaptación a la vida familiar y personal.

En cuanto al climaterio masculino, cuya existencia ha sido ya establecida por las observaciones de autores diversos, desde el siglo X con Articella, estudios más modernos como los de Martel, Thomas y Hirsch (1964-1967), etc.; el tratamiento del mismo no se requiere con tanta frecuencia como el de la menopausia, comienza de manera más gradual y perdura por más tiempo. Observaciones de Hamilton (1966), encuentran la tendencia del hombre a lamentarse de la disminución de su potencia sexual ya desde los 37 y los 40 años. Es interesante hacer notar que es justamente a esta edad cuando la mujer alcanza su máxima expresión en la totalidad de sus actos sexuales, según aseguran los hallazgos de Kinsey (1953), por tanto, cuando la mujer tiene una máxima vitalidad sexual, el hombre tiene una mínima.

Cuando los hijos abandonan el hogar, queda un vacío, pues no solo los lazos afectivos no se satisfacen de la misma manera, sino que existe ahora mucho tiempo libre, que antes se ocupaba con los hijos, lo que se presenta de manera más marcada en la mujer, pues podría decirse que en este momento llega a su "jubilación" no teniendo ya que cumplir con sus ocupaciones de madre. Pero generalmente, los hijos no se van todos de una vez, además de que la relación rara vez cesa tan completamente como cuando ocurre un fallecimiento. Las hijas dejan la casa paterna más tarde que los hijos y de manera más definitiva. Los hijos en cambio se independizan antes aún y cuando no se hayan casado. De aquí parten las bromas que se hacen a la madre de la novia, por ejemplo, que llora en la boda de su hija, expresando así lo que la gente siente en estos casos. Es una forma de protegerse haciendo uso de un humor patético. Por otra parte se presenta el peligro de que el último hijo que queda en el hogar paterno, no se le permita marcharse por cualquier motivo, tratando sus padres de retenerlo en una fase de la vida que ya ha pasado. Esta resistencia a soltar a los hijos del hogar es quizás mayor en los padres cuyas relaciones se han enfriado en el transcurso de la vida matrimonial. Tenemos por ejemplo el caso de la madre que deposita todo su interés en su hija, haciéndola de manera consciente o inconsciente el objeto principal de su afecto. Probablemente le inculca un ideal imposible de esposo que nunca encontrará, o desvaloriza las satisfacciones sexuales del matrimonio porque ella misma no gozó con ellas, en fin, retarda el desarrollo de

la niña, protegiéndola en exceso de cualquier posible contaminación por las compañías demasiado estimulantes, reduciéndola a un pequeñísimo grupo de amigas previamente aprobadas por ella. Si acaso la niña puede evadirse de todas estas precauciones y se rebela posiblemente se enfrente a la vida inadecuadamente preparada. De una manera semejante se observa este mismo fenómeno en la viuda que no deja en libertad a su hijo o hija únicos.

En cuanto a los intereses, Strong (1943), demuestra que éstos no sólo cambian conforme aumenta la edad, sino que también suelen reducirse. Así por ejemplo, los intereses depositados en la actividad física, la exploración, la aviación o la conducción de automóviles se ven disminuidos, mientras crecen el gusto por el hogar, las exposiciones de arte, las novelas detectivescas y los actos de beneficencia. Es por tanto un descanso para las personas maduras, la salida del hogar de los adolescentes intrépidos. Se prefieren también las diversiones con grupos más pequeños. Existe la tendencia a conservar las condiciones de vida ya existentes y de resistirse a los cambios. Generalmente las personas maduras (esto dicho desde un punto de vista psicológico, o sea, mentalmente maduras) buscan nuevos intereses.

Entre los intereses que aumentan a esta edad, está el de la propia salud; como dice Lemkau (1974) "los jóvenes alardean de sus aventuras eróticas mientras los viejos presumen de la regularidad de sus funciones intestinales".

Las preocupaciones por el soma, que son valiosas cuando tienden a proteger la vida, si se exageran pueden hasta convertir al individuo en un inválido. En esta edad, el vacío que queda debe llenarse con la mayor unión y comprensión mutuas; cuesta trabajo, pero muchos matrimonios pueden y llegan a adaptarse. Aunque hay cosas que estorban a esta situación, como es el hecho de que el hombre está menos libre que su mujer, ya que aun no llega el tiempo de la jubilación, y por el contrario está lleno de compromisos y ocupaciones de trabajo, por lo que le es difícil comprender por qué su esposa desea salir y ver gente cuando él regresa tan agotado del trabajo; él lo atribuye a la menopausia, que si bien influye no es lo único que provoca esta agitación e inquietud de la mujer. Muchas veces la mujer opta por extender sus propios intereses lejos de la compañía de su esposo. Es tan grande la necesidad de compañía que experimenta la mujer, que muchas veces, por ejemplo, las partidas de bridge o canasta, etc., se convierten en una manía; o si no se aficionan al cine, a las actividades políticas o benéficas, a veces con un fervor que proclama la profunda insatisfacción que sienten en los otros aspectos de su vida. Por último, algunas incapaces de encontrar satisfacción en nada se convierten en las entrometidass suegras. Todo esto

es tan común que incluso han sido motivo de ciertos recursos protectores de tipo humorístico.

Otro aspecto que puede presentarse en esta edad es la comprobación de que no se han logrado todas las ambiciones de la juventud y es así que el empleado que siempre soñó con tener su propio negocio, se da cuenta de que nunca podrá reunir el capital para poseerlo, o el contador privado que ha luchado por alcanzar el título de contador público, se da cuenta de que no puede obtenerlo. La esposa que siempre quiso que su esposo fuera el presidente de la empresa y probablemente ya no saldrá del departamento de contabilidad, etc.. Esta comprobación para algunos, sirve de alivio a las fuerzas que lo han hecho insatisfecho y se alegran de la paz que les ofrece la muerte de sus ambiciones frustradas. Otros no se conforman y critican con amargura al mundo que los menospreció. Y hay otros que renuncian a sus ambiciones proyectándolas en forma aumentada sobre sus hijos, exigiendo a ellos más de lo que pueden hacer. Este último caso, puede no solo hacer de su hijo un fracasado, sino inclusive provocar un agotamiento emocional. En el lado opuesto, encontramos padres tan vencidos por su fracaso, que muchas veces desaniman a un niño superdotado a que tenga ambiciones tan elevadas como lo permite su capacidad. En ambos casos, es sumamente difícil modificar la actitud paterna.

Cuando los padres llegan a abuelos durante la madurez, es muy común el que se interesen muchos en su nieto, tienden a

pasarse la mayoría del tiempo junto a él dotándolo de cualidades que ni los mismos padres pueden encontrar. Se preocupan entonces por su cuidado y educación interviniendo en los métodos; olvidando por una parte que los métodos pueden haber cambiado, y por la otra que sus nietos tienen otros abuelos que pueden tener distinta opinión. Así, cuando sólo tienen un nieto, lo llenan de regalos, que la mayoría de las veces están por encima de las posibilidades económicas de los padres, creando en ellos sentimientos de insuficiencia e irritación. Si bien estas tendencias pueden ser hasta cierto punto normales, también es cierto que pueden convertirse en un entrometimiento inadmisibles. Este tipo de problemas puede ser aún más grave cuando la abuela es viuda. Y todo esto ocurre cuando no han podido compensar el vacío emocional que siguió a la marcha de los hijos.

Durante el período de la madurez, la experiencia de los años y otros factores de maduración hacen que llegue a la cima una cualidad difícil de definir: el juicio.

El tratamiento y diagnóstico de las alteraciones de este período, requieren de la colaboración y de la comprensión de la familia para lograr el éxito.

En la época media del matrimonio, se presenta la oportunidad para una relación sexual óptima, tanto el hombre como la mujer poseen una urgencia sexual equivalente, pero al

llegar el climaterio como ya dijimos anteriormente, la necesidad de satisfacción sexual aumenta en la mujer y disminuye en el hombre, salvo algunas excepciones. Sin embargo, debido al énfasis que nuestra cultura contemporánea pone en el atractivo físico en el desempeño sexual, puede ocasionar dudas sobre la propia capacidad sexual. Es por esto que muchas veces (generalmente el hombre), el adulto inseguro puede abandonar su sentido del equilibrio, el respeto que se tiene a sí mismo y la aceptación del proceso de envejecimiento, a cambio de intentar, casi siempre inútilmente, capturar de nuevo el vigor juvenil por medio de hazañas sexuales fuera del matrimonio buscando muchas veces otro compañero más joven. Así se presenta una rebeldía que se despierta al temer que los demás puedan pensar que se es ya un viejo. Al observar que la esposa ya entró en la menopausia, muchas veces los hombres sienten pánico de que su actividad sexual está a punto de sucumbir. Debido a este pánico, consciente o inconscientemente, el hombre maduro se compromete con jovencitas. Nuevamente estos cambios se hacen aparecer como ridículos indicando la profunda ansiedad subyacente que probablemente ocasionan. De aquí pueden surgir problemas, tales como el rencor de la familia, por ejemplo, los adolescentes que no soportan ver que sus padres se niegan a verse como el esposo de una mujer madura y se siguen creyendo jóvenes y apuestos. De hecho, existe un ligero aumento de la cifra de divorcios en esta edad, muy probablemente debidos a esta compleja situación.

Otras veces, las exigencias sexuales de la mujer pueden también angustiar al esposo y a veces ocasionar impotencia. Es por ésto que no sólo debe administrarse un tratamiento endócrino, también debe existir un tratamiento que abarque toda la persona, en su esfera psicológica, tanto en la mujer como en el hombre. Entre las manifestaciones nerviosas del climaterio masculino figuran también la irritabilidad, depresión y pérdida de la memoria. En algunos casos aparecen tendencias al suicidio.

En cambio, otros autores como Monedero (1972), Usandizaga (1970), y Marañón (1968), opinan que en la mujer se presenta una "típica agresividad contra el ambiente", que a veces se concentra en el marido. Al pensar que con la menopausia su vida sexual declina y la de su marido se mantiene, le da una envidia básica que se transforma con frecuencia en celos. La mujer al vivir y haber perdido algo importante trata de imponer su personalidad por todos los medios y es la época en que adquiere la clásica mentalidad de suegra emprendiendo sistemáticamente contra nueras y yernos. Desea a toda costa imponer su voluntad; generalmente las personas jóvenes le desencadenan agresión, es la época de los conflictos con las criadas que casi siempre son más jóvenes y tienen toda una vida sexual por delante.

Por otro lado, en mujeres neuróticas cuya sexualidad había sido conflictiva, la llegada de la menopausia se experimenta como una liberación; también es común la reacción a dicha pérdida en forma de negación; entregándose a toda clase de placeres, buscando continuas relaciones sexuales, seduciendo a jóvenes y entregándose a todo tipo de perversiones lo cual ya entraría dentro de la patología.

La reacción que experimenta el hombre ante la pérdida de su potencia sexual es básicamente la depresión. Muchas veces la pérdida de la virilidad del pene. Así es que el hombre se experimenta como un ser castrado y sin valores que exhibir a la mujer. Esto ocurre principalmente en el tipo de hombre que ha centrado su virilidad en la potencia de sus genitales.

En cambio, en los comunes accesos amorosos, la actitud de amante insatisfecho lo puede llevar a cometer todo tipo de torpezas, que lo conducen a una constante frustración. La esposa ante esta situación, no sabe si considerar la actitud de su marido como un desvarío, un engaño o el producto de un desequilibrio mental, ocasionándose conflictos conyugales más fuertes. Al mismo tiempo es común el que no se lleve bien con su pareja.

Otros autores como el Dr. Newton (1974), opinan que la actividad sexual no debe declinar en ninguno de los sexos.

Muchas veces el miedo de perder la potencia sexual, se manifiesta en una necesidad de "aprovechar el tiempo", cuando aún se es potente sexualmente, con el fin de acumular un máximo de placeres. Por consecuencia, el individuo busca tener una serie de relaciones de tipo sexual que nunca le deja satisfecho por completo, y esto provoca en el sentimientos de culpa; provocando así la depresión como resultado final de un desequilibrio vital manifestándose por la impotencia.

Monedero (1972), afirma que el hombre no pierde la potencia sexual por completo y siempre tiene la capacidad de experimentar orgasmos. En cambio la mujer, sí ha tenido cambios decisivos en el terreno hormonal.

Los cambios de actitud en el matrimonio son factores eficientes debido a que después de 20 o más años de casados, las relaciones íntimas entre la pareja constituyen cierto tipo de hábito o forman cierto tipo de dependencia. No es fácil lograr una armonía aceptable en esta época del matrimonio sin la colaboración decidida de ambos cónyuges. La mujer supone que al declinar en edad el hombre, sus exigencias sexuales disminuirán en medida semejante, y paradójicamente sus necesidades se hacen mucho más imperiosas y frecuentes constituyendo una manifestación subconsciente de reafirmar su potencia que se pierde y son al mismo tiempo la defensa del sujeto al proceso inevitable del envejecimiento.

La mujer inteligente que toma estas relaciones con calma y afecto, prolongará y estrechará aún más los lazos matrimoniales, hará que el esposo se sienta atraído hacia ella y procurará mantener su atractivo sexual lo suficiente para inducir a su esposo a la confianza que ha perdido, y que junto a la fatiga psicológica que también sufre, le hace perder cada vez más el interés por repetir las mismas experiencias.

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO HORMONAL EN LA MENOPAUSIA Y EN LA ANDROPAUSIA

TRATAMIENTO HORMONAL EN LA MENOPAUSIA Y EN LA ANDROPAUSIA

En la actualidad se planea el tratamiento del climaterio en dos sentidos:

1. Tratamiento Endócrino; y
2. Tratamiento con Psicoterapia.

Ambos tratamientos se complementan en lo que llaman "Sinergismo Terapéutico".

Por lo tanto, se considera importante que el psicólogo tenga conocimiento de en qué consiste dicho tratamiento endócrino con el fin de entender mejor cualquier efecto secundario que pudiéser estar provocando en el paciente; y tener así un diagnóstico más objetivo del estado de salud del mismo.

Desde épocas remotas, se han hecho estudios acerca del climaterio desde el punto de vista médico u hormonal; las aportaciones al respecto han sido muchas y entre las más importantes podríamos citar aquí las siguientes:

Bullbroock y Greenwood (1958), comprueban que la extirpación de los ovarios en la mujer postmenopáusica no modifica las cifras de estrógenos. En cambio la adrenalectomía en la mujer ovariectomizada, produce disminución inmediata de los

estrógenos. Demostrándose así que los ovarios y las suprarrenales son fuente principal de estrógenos en la mujer.

Zondeck (1930) encontró grandes cantidades de gonadotropinas hipofisiarias (hormonas foliculoestimulante y luteinizante que intervienen en el ciclo menstrual) en la orina de postmenopáusicas, demostrando que la disminución de la producción de estrógenos causa un aumento en la secreción de gonadotropinas hipofisiarias.

Baham (1953) y colaboradores comprobaron la actividad de las gonadotropinas hipofisiarias en la mujer postmenopáusica, con actividades aumentadas de la hormona folículo estimulante y de la luteinizante.

Masters (1957), concluyó que quizá puedan rejuvenecer otros elementos del aparato genital, pero jamás el ovario ni siquiera un grado mínimo.

La mujer menopáusica y la postmenopáusica están afectadas genitalmente. Los ovarios están en estado de insuficiencia. Esta etapa de declinación ovárica que constituye el climaterio femenino, debe ser tratada como cualquier disfunción endócrina con medicación complementaria. En el dominio glandular, se trata de cualquier insuficiencia, en éste caso ovárica, el tratamiento médico precoz es esencial si se quiere evitar todas las complicaciones debidas a las diversas carencias hormonales.

En todos los casos de insuficiencia glandular de origen orgánico, la enferma no puede abandonar el tratamiento.

En los diversos períodos del desarrollo del organismo femenino, la secreción total cotidiana de estrógenos varía según la edad de la mujer, según ciertas circunstancias de su vida, según la fase del ciclo menstrual.

El punto crucial es la disminución repentina de la secreción hormonal entre los 40 y los 50 años, entre los 50 y los 60. Mas tarde la dosis de estrógenos permanece estable.

Médicamente es aceptable recurrir a la terapia de reemplazamiento hacia la cuarentena, no solo para prevenir o suavizar los síntomas molestos de la menopausia con las oleadas de calor, los sudores fríos, etc., sino también para evitar la arterioesclerosis (que es una forma de endurecimiento de las arterias caracterizada por depósitos grasos que tapizan la pared arterial), la osteoporosis (fragilidad de los huesos), la degeneración de los tejidos flojos de los senos, de la epidermis, de los ligamentos y de las vías genitales.

El tratamiento de las primeras etapas de la premenopausia, o sea de insuficiencia de progesterona y de persistencia folicular derivadas de la insuficiencia ovárica fisiológica que ocasionan clínicamente baches amenorréicos (ausencia de sangrado menstrual) y hemorragias disfuncionales, se hace con

legrado uterino (raspado), que a la vez es diagnóstico y terapéutico, posteriormente se hace la suplencia hormonal de la progesterona (que es la que comienza a liberarse cuando comienza la ovulación) con progestágenos para producir sangrados periódicos.

En la tercera etapa de la insuficiencia estrogénica que abarca la terminación de la premenopausia y la menopausia propiamente dicha, el tratamiento se hace a base de estrógenos.

La orientación hacia éste tratamiento substitutivo se hace en función del valor que tienen éstas hormonas en el aparato genital como en el organismo y sus funciones metabólicas celulares.

Los estrógenos son esenciales en el anabolismo protéico y la retención nitrogenada, lo cual es básico en la calcificación ósea; en el metabolismo del colesterol existe una relación entre hipercolesterolemia y los bajos niveles estrogénicos, lo mismo que con la arteroesclerosis coronaria. Es por ésto, que muchos especialistas indican que no debe abandonarse a las pacientes a su suerte por considerar a éstos fenómenos regresivos como estrictamente fisiológicos y no considerar el climaterio femenino como una enfermedad fundamentalmente carencial.

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.

Psicológicamente, el climaterio es más patológico en la mujer cultivada y elegante que en la campesina, la primera está más preocupada por su propio cuerpo. (Botella, 1990).

En la actualidad los aspectos del climaterio se tratan con los siguiente métodos:

1. Estrógenos.
2. Estrógenos y Andrógenos.
3. Andrógenos.
4. Estrógenos y Progestágenos.
5. Progestágenos.
6. Estrógenos, Tranquilizantes o Sedantes.

Las hormonas se administran en forma oral, parenteral (intra muscular), en forma de implantación de pellets, por la vía vaginal o por unción en piel (frotar con aceite u otra materia grasa).

Los estrógenos que más se usan son:

1. Los estrógenos esteroideos, estradiol, etinilestradiol y estrógenos conjugados equinos.
2. Los estrógenos sintéticos, dietilbestrol hexestrol - Methalenestril Chlorotrianisene.
3. Metil Eter de etil estradiol.

De acuerdo a la etapa del climaterio que atraviesa la paciente según sus características físicas particulares, se designa su tratamiento hormonal específico a seguir en dosis adecuadas.

No está de más señalar la importancia que tiene el procurar la tranquilidad de la paciente explicándosele en qué consisten sus cambios menstruales; recalcarle la importancia de los exámenes periódicos. Aconsejarle acerca del uso de anti-conceptivos hasta mucho después de suspendersele los flujos, puesto que las probabilidades de concebir aún existen (aunque en menor grado después de los 40 años), hasta que se interrumpen los períodos menstruales y ayudarla a aliviar sus tensiones psicológicas.

El manejo abarca también indicaciones sencillas tales como la importancia del ejercicio físico y una dieta alta en proteínas, la administración de vitaminas, especialmente de vitamina B oral. Y por supuesto, la psicoterapia, sobretodo si presenta

síntomas psicóticos evidentes. También cabe señalar el uso de tranquilizantes o sedantes.

En lo que se refiere a la terapia hormonal, encontramos diversos puntos de vista.

Así por ejemplo, el Dr. Robert A. Wilson (1972), ginecólogo neoyorquino, defiende la idea de que la mujer puede evitar la menopausia y sus concomitantes alteraciones tomando hormonas de por vida. Basándose en la teoría de que la menopausia y sus síntomas no forman parte del proceso natural del envejecimiento sino que son el resultado de una enfermedad carencial. Así, también el Dr. Joseph W. Goldzeiher (1972), de la Southwest Foundation for Research and Education, de San Antonio, Texas, dice: "la menopausia es un error de la naturaleza. La hembra humana es el único animal cuyos ovarios dejan de funcionar antes de la muerte".

Por otra parte, el Dr. Wilson y sus seguidores (1972), opinan que las mujeres afortunadas que poseen suficientes estrógenos naturales y padecen sólo molestias de poca importancia durante la menopausia y después de ella, no necesitan terapia adicional.

Sin embargo el enfoque general, a pesar de las controversias se inclina hacia la terapia hormonal. Así, se han realizado diversas investigaciones en éste campo, como por ejemplo:

En 1952, Gould demostró que agregando a la gonadotropina coriónica humana, sustancias vitamínicas y aminoácidos, se obtenía una potencialización del efecto estimulante gonadal.

La declinación funcional de las gónadas en ambos sexos sugiere que ésta hipofunción endócrina puede ser un factor que contribuya para desencadenar las complicaciones de la vejez.

Otro informe sobre una terapia con mezclas hormonales de ésteres de acción prolongada (valerianato de estradiol y enanato de testosterona) sin manifestaciones secundarias que alivia las manifestaciones de cesación de la función ovárica, nos lo proporciona el Dr. J. Ufer de Berlín en 1954, y es corroborada por los doctores E. Frank, J. Froewis, A. Rockenschoub y el Dr. R. Ulm en el mismo año en su estudio sobre tratamiento combinado de manifestaciones de deficiencia ovárica con hormonas esteroides estrógenas y andrógenas.

En la Clínica Ginecológica Universitaria de Innsbruck en 1967, el Dr. Tapfer administró una terapia estrogénica encontrando que 91 de 103 casos disminuían las molestias climatéricas.

Haciendo uso de la llamada Terapia Secuencial, los doctores Efraín Vázquez y Victoria Bruciaga (1967), del Laboratorio de endrocrinología del Hospital Español encontraron en este mismo año que pacientes que atendieron por trastornos

del climaterio de edades entre los 44 y los 62 años: se les administró por vía oral once días de estrógeno solo y diez días combinado con progestágeno. Se agruparon los síntomas en 4 grandes síndromes:

1. Vasomotor (bochornos, palpitaciones, sudoración, mareos).
2. Metabólico (cefalea, artralgias, dolores de tipo radicular, parestecias, flacidez de la piel y tejido subcutáneo)
3. Neuropsíquico (angustia, irritabilidad, depresión: insomnio, cansancio desde el despertar).
4. Trastornos Menstruales.

Los resultados fueron:

La tensión arterial fue uniforme, hubo un ligero aumento de peso. El control de los síntomas vasomotores se logró en la mayoría de los casos.

En cuanto al síndrome neuropsíquico, que es difícil de interpretar en su evolución por estar influidos por las circunstancias ambientales, familiares, etc., con tres excepciones, todas las pacientes señalaron una franca mejoría sobretodo en el insomnio y la irritabilidad. Las tres excepciones manifestaban síntoma predominante de depresión por lo que requirieron de drogas timolépticas y servicio psiquiátrico.

Velikay (1968) constató en su investigación sobre el tratamiento del síndrome climatérico con estradiolvalerianato, la desaparición, la mejoría, o la continuación de los síntomas vegetativos (oleadas de calor, erupciones de sudor, insomnio, estenocardias, trastornos circulatorios, dolores de cabeza), en dependencia del factor dosis/tiempo.

Leland S. Valladolid, Leticia Buenaluz y Anaclea Iledan en Manila, Filipinas (1973), encontraron que una terapia prolongada a base de estrógenos conjugados naturales fue suficiente para que 119 pacientes que presentaban una variedad de síntomas menopáusicos desde los 29 hasta los 70 años de edad tuvieron una buena o excelente respuesta; hasta con ausencia total de síntomas después de seis meses de terapia estrogénica. Las pacientes que siguieron el tratamiento por más de un año, el 100% mostraron excelente respuesta.

En cuanto a la terapia hormonal dirigida hacia los trastornos del climaterio masculino, encontramos como antecedentes:

Hace algunos años, el tratamiento que se indicaba para la impotencia que se tornó lento y tedioso, con resultados inciertos y desalentadores hasta para el enfermo más paciente, fue el tratamiento consistente en el uso de testosteronas que es un sistema terapéutico sumamente largo y de resultados dudosos.

Aún y cuando existe la idea de que el decaimiento testicular del climaterio masculino no es muy evidente; y si bien hay trastornos tales como pérdida del deseo sexual y de la potencia, irritabilidad, depresión, a veces pérdida de la memoria y rara vez síntomas vasomotores semejantes a los de la menopausia; existen trabajos autorizados que no consideran pocos los casos en los cuales la causa de los síntomas es hormonal, sino que por el contrario, demuestran que el climaterio masculino es una forma clínica estructuralmente ligada a una declinación endocrigonal. Con ésto no se quiere decir tampoco que la capacidad sexual desaparezca con los años por completo; el hecho está en que existen reportes de individuos mayores de 80 años cuya potencia sexual persistía, llevando a cabo un promedio de 10 copulaciones al año. Sin embargo la disminución de la potencia y del deseo sexual a partir de los 40 y los 50 años es muy común.

La función androgénica disminuída de las células de Leydig (en los testículos) que gobiernan los atributos de la virilidad, puede estimularse con la ayuda de la inyección de hormonas, específicamente de gonadotropina coriónica.

Este agente hormonal es obtenido de la orina de mujeres embarazadas y es elaborado por la placenta, probablemente con el fin de conservar las funciones del cuerpo amarillo en el transcurso del embarazo.

La acción estimuladora de la gonadotropina coriónica humana sobre la secreción de testosterona por las células de Leydig, se usa mucho en la terapia endócrina práctica. Existen datos preliminares que sugieren que la administración de esta hormona durante 45 a 60 días, restaura un esperma completamente maduro.

Su eficacia estriba en que estimula, fisiológicamente, la actividad de las células intersticiales de los testículos para que éstas produzcan a su vez, la testosterona necesaria para restituir el equilibrio endócrino alterado por su déficit. Por otra parte, vía de estimulación hipofisiaria, induce al aumento de la espermatogénesis.

La adición de clorhidrato de tiamina y ácido L (+) glutámico fortifica la gonadotropina coriónica proporcionando una actividad terapéutica superior debido a la sinergia que se observa entre los tres compuestos. La tiamina es útil en la corrección de la sintomatología neurológica inducida por su deficiencia, como depresión, irritabilidad, nerviosismo y astenia.

Por otra parte, el ácido L (+) glutámico, posee un efecto analéptico. Obviamente los efectos estimulantes sobre el sistema nervioso central potencializan la actividad que desarrolla la gonadotropina coriónica en el climaterio masculino.

En cuanto a los efectos en la administración de testosterona existen 2 puntos de vista.

El que sostiene que los efectos fisiológicos de la testosterona pueden reproducirse administrando la hormona como terapéutica substitutiva en varones con deficiencia gonadal.

En cambio, otros afirman que la testosterona proporciona poco o nulo beneficio sobre los casos de impotencia. Que prueba ser detrimento, ya que provoca una esterilidad temporal por inhibición de las gonadotropinas hipofisiarias. En virtud de que la hormona no estimula la glándula que la produce, la terapia de tipo intensiva por testosterona ocasiona inhibición y por último atrofia del sistema gonadal masculino. Por otra parte, la testosterona está contraindicada en casos de carcinoma prostático y provoca la activación de su malignidad, sólo con ésto se justificaría su rechazo en la terapia para la impotencia y pérdida del interés sexual.

Varias han sido los estudios que corroboran la efectividad del tratamiento del climaterio masculino con gonadotropinas coriónicas.

En 1956, Gould W.Z. reporta de 67 casos empleando una gonadotropina coriónica fortificada. En el 85% de los casos tratados, se obtuvieron excelentes resultados (57 pacientes). En general la mejoría hizo aparición entre la tercera y décima

inyeccion. Diez casos no tuvieron una respuesta apreciable. En ninguno de los casos se obtuvieron efectos indeseables ni en pacientes con 6 años de tratamiento, de aquí su superioridad sobre el uso de las testosteronas.

Strosberg I. y Damrau F. en 1960 en su investigación sobre impotencia y climaterio masculino, hicieron una valorización comparativa entre la actividad de la gonadotropina coriónica fortificada, la gonadotropina coriónica simple y un placebo. Encontrando un coeficiente subjetivo integral de respuesta terapéutica:

- con gonadotropina coriónica fortificada 99%.
- con gonadotropina coriónica simple 41%.
- con placebos 8%.

En 1965, Efrain Fisbhein en México, con un grupo de pacientes con edades comprendidas entre los 37 y los 67 años fueron tratados por impotencia y pérdida del deseo sexual, utilizando un sistema estimulativo gonadal a base de gonadotropina coriónica potencializada con tiamina, ácido glutámico e hidroxocobalamina. Arrojando como resultado un 83.3% de resultados satisfactorios.

Según los estudios realizados por el Dr. H. Reid Robinson, Profesor de Ginecología y Obstetricia de la University of Texas, Medical Branch, Galveston, Texas; el uso de las testos-

teronas es ineficaz, en cambio el tratamiento con gonadotropina coriónica fortificada incluso en los hombres de edad avanzada, incluyendo los 80 años y más pueden llevar a cabo copulaciones satisfactorias en el 87.5% de los casos. Hace énfasis en el reajuste psicológico, en la rehabilitación del individuo impotente y por último señala que "la recuperación del vigor masculino controla a menudo los síntomas de la mujer y preserva la armonía marital".

TRATAMIENTO DE LA MUJER CON CONTRAINDICACION PARA TOMAR
ESTROGENOS

Todos los síntomas y signos ya mencionados con respecto al climaterio, no sólo son debidos a la deficiencia hormonal, sino también al envejecimiento orgánico global que está relacionado a numerosos factores como: la salud, la herencia, el medio, las emociones, los hábitos pasados y otros; por lo que el síndrome climatérico, que alguna vez se pensó que sólo estaba relacionado en forma directa con la pérdida de las funciones biológicas, en la actualidad tiene un contexto mucho más amplio, aceptándose ahora que mucha de la sintomatología observada depende más de factores sociales, culturales y psicológicos, que de una baja estrogénica o del deterioro orgánico, (Dr. Jorge Kunhardt y Dra. Fernanda Rio de la Loza, Oct. 1991).

Entendido de ésta manera, el efecto que el climaterio tiene sobre la mujer, tenemos que aceptar que el tratamiento tendrá que ser integral, abarcando con esto cada una de las funciones que manifiesten deterioro y de preferencia adelantarnos, antes de que se hagan aparentes los signos y síndromes, ya que es más fácil prevenir que curar.

Si aceptamos que en la actualidad sólo hay cuatro complejos sintomáticos muy relacionados a la baja estrogénica, bien conocidos como síntomas vasomotres, atrofia urogenital, desmineralización de los huesos y cambios en el metabolismo de los lípidos, cabe pensar que el resto de los síntomas no están relacionados básicamente con la baja hormonal. (Kunhardt, 1991).

A continuación se hará mención de las posibilidades terapéuticas que tienen aquellas mujeres con sintomatología asociada a valores bajos o ausentes de estrógenos y en quienes existe contraindicación para su uso y en las que además hay que prevenir sintomatología a largo plazo.

Antes de iniciar, cabe recordar que existen contraindicaciones absolutas y relativas (Cuadro 1) y de otra índole para utilizar estrógenos; además hay quienes manifiestan intolerancia a cualquier vía de administración o aquellas que por razones personales no aceptan el tratamiento.

CUADRO 1

ABSOLUTAS

- * Antecedentes de cáncer mamario o endometrial no metastático.
- * Cuando hay metástasis y sintomatología climaterica importante, hay que recordar que es mejor calidad que cantidad de vida.
- * Otoesclerosis.

RELATIVAS

- * Hiperplasia endometrial
- * Displasia mamaria.
- * Antecedente de enfermedad tromboembólica.
- * Insuficiencia venosa.
- * Diabetes.
- * Hipertensión.
- * Miomatosis.
- * Litiasis vesicular.

Antes de iniciar cualquier tratamiento, debemos explicar con claridad que es el climaterio, el por qué de su sintomatología y las enormes posibilidades de prevención, terapéutica y rehabilitación.

Algunas de las sintomatologías que con frecuencia surgen durante la época del climaterio podemos mencionar las siguientes: trastornos del sueño, depresión, ansiedad, trastornos

somatiformes, problemas de control de peso, y un estado general de condición física deteriorado.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los resultados de procedimientos de medición fisiológica del sueño en mujeres climatéricas mostraron un período latente aumentado y despertares frecuentes como consecuencia de los cambios hormonales, síntomas vasomotores y factores psicológicos como angustia y depresión pudiéndose agregar otros como uso indiscriminado de hipnóticos, sedantes, ronquido, síndrome de apnea durante el sueño, mioclonus nocturnos (principio coincidente de padecimientos médicos).

El insomnio transitorio dura menos de tres semanas y, por lo general, es de índole situacional; sus causas pueden ser emociones como excitación, tristeza, ansiedad y la mayoría de los expertos en sueño consideran que es la única indicación para prescribir somníferos y dentro de ellos los únicos recomendables son las benzodiacepinas de acción breve.

El insomnio que dura más de tres semanas es conocido como insomnio persistente y dentro de las causas más importantes está la automediación crónica y dosis creciente de hipnóticos. El tratamiento consiste en suprimir todos los hipnóticos y proporcionar instrucciones para procedimientos para higiene del sueño como:

- * Mantener un horario regular de actividades diarias.
- * Evitar ejercicios por la noche.
- * Tener tiempo en la noche para relajarse y pensar sin preocupaciones.
- * Antes de acostarse tener una actividad relajante.
- * Tomar algo ligero.
- * Tener una recámara y cama confortable.
- * Acostarse y levantarse a la misma hora todos los días.
- * Evitar bebidas con cafeína, bebidas alcohólicas y medicamentos para dormir.
- * Suspender siestas durante el día.

DEPRESION

En el climaterio el tratamiento de la depresión debe enfocarse a los aspectos somáticos y psicológicos.

Cuando la depresión muestra características psicóticas, se utilizan amins tricíclicas secundarias como la desipramina o nortriptilina, que tienen pocos efectos secundarios, así como amins tricíclicas terciarias como amitriptilina, imipramina y doxepina, solas o combinadas con un tranquilizante mayor, variando la dosis de 75 a 150 mg.

El carbonato de litio es el mejor tratamiento de los episodios agudos de manía, la combinación de farmacoterapia con psicoterapia, ha demostrado ser la más eficaz; la primera

mejora los síntomas neurovegetativos de la depresión (sueño, apetito, libido, ansiedad), en tanto la psicoterapia incide sobre el estado de ánimo y la autoestima. La psicoterapia debe enfocarse a los aspectos específicos del desarrollo de la edad madura, con el objeto de ayudar a las mujeres a enfrentar los cambios en sus estados psicológico y social principalmente.

ANSIEDAD

Los múltiples síntomas somáticos que se presentan en los trastornos de ansiedad, crean difíciles dilemas diagnósticos al médico. Como muchos de estos síntomas son comunes en las afecciones físicas de las mujeres de edad madura, se hacen costosas evaluaciones y procedimientos diagnósticos. Cuando estos estudios resultan negativos, los síntomas son atribuidos al síndrome climatérico.

El tratamiento consiste en el uso de medicamentos y psicoterapia conductual específica para enfrentar la conducta fóbica de retraimiento. Los fármacos que se han utilizado con buenos resultados en el tratamiento de los síntomas, tanto de la ansiedad como del pánico, incluyen las benzodiazepinas, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los antidepresivos tricíclicos; en la actualidad se han utilizado con buenos resultados la buspirona y el propanodol.

TRASTORNOS SOMATIFORMES

Uno de los grupos de pacientes más frustrantes que atienden los médicos es el de las mujeres con trastornos somatiformes, entre los que se incluyen hipocondriasis, trastornos de somatización, dolor psicógeno y trastornos conversivos. Las mujeres han visto muchos médicos de primer nivel y especialistas y se someten a extensas evaluaciones diagnósticas y cuando se le asegura que no tiene nada mal, la paciente sigue buscando un médico que la ayude.

La comprensión de la psicodinamia de la paciente y de los objetivos de tratamiento ayudan al médico a atenderla en vez de reaccionar de manera negativa ante ellas.

CALORIAS Y CONTROL DE PESO

Varios factores participan en el incremento ponderal de la mujer climatérica, como es el que las necesidades energéticas de reposo declinan en aproximadamente un 2% por decenio a lo largo de la vida adulta, por reducción de la masa corporal magra activa desde el punto de vista metabólico. Otro factor y quizás el más importante, es la disminución en la actividad física.

El consumo energético, según la "Recommended Dietary Allowances" para mujeres entre 51 y 75 años ha sido calculado en 1800 kcal, pudiendo fluctuar entre 1400 y 2200 kcal.

Tanto las mujeres como los hombres en vida sedentaria son incapaces de perder peso y además mantener un nivel calórico que permita suficiencia nutricional, por lo que hay que motivarlos a incrementar su actividad.

El ejercicio físico puede realizarse de manera simple e individual. La actividad más sencilla y más segura es la caminata; caminar rápido triplica el gasto energético comparado con el del estado de reposo. A las mujeres se les debe insistir en ponerse a dieta controlando el ingreso calórico. Esta disminución implica limitar la ingestión de alimentos ricos en grasas, así como de azúcares y conocer cual debe ser la cantidad de alimentos permitidos ya que la nutrición es parte fundamental en la formación y conservación de un estado de salud favorable. Aunque los nutrientes son indispensables durante toda la vida, en esta época debe haber cambios en las cantidades requeridas y en el valor nutritivo de los alimentos.

Como sugerencia del "Dietary Guidelines for American", se menciona:

- * Comer alimentos variados.
- * Evitar alimentos con demasiada grasa.
- * Grasas saturadas y colesterol.
- * Incluir almidón y fibra en cantidad suficiente.
- * Limitar el exceso de azúcar y sal.

Finalmente, la educación debe ser el objetivo a alcanzar con una orientación fácil y bien dirigida acerca del papel de la nutrición en la salud y una orientación práctica acerca de qué alimentos elegir.

CONDICION FISICA

Una buena condición física es un estado perfectamente accesible a cualquier edad, sin embargo, la tendencia a la vida sedentaria y a los excesos en hábitos, provocan una grave amenaza para el organismo, lo que finalmente lleva a la aparición de trastornos médicos frecuentes y no menos graves como la enfermedad coronaria, hipertensión, obesidad, ansiedad, depresión, así como, síndromes dolorosos músculo-esqueléticos tanto en hombres como en mujeres. Aunque las mujeres han ido aceptando que el logro de una buena condición física debe ser una meta común, los medios para alcanzarla son variados y dependen mucho de las características y metas personales de cada persona por lo que el programa de ejercicios debe individualizarse.

La buena condición física puede considerarse, en cierto sentido, como un estado de adaptación fisiológica óptima que conduce al desempeño eficiente del trabajo físico por la musculatura esquelética del cuerpo. La persona físicamente apta puede ejecutar una tarea con menos esfuerzo que la persona sedentaria. Las adaptaciones fisiológicas que conducen al resultado final, se logran mediante la realización de ejercicios dinámicos, estos incluyen caminata, carrera, natación, ciclismo. La adaptación fisiológica al ejercicio crónico mejora considerablemente el suministro y uso de oxígeno en el músculo activo, observándose además que la ejecución regular de ejercicios dinámicos de intensidad, duración y frecuencia producen cambios favorables en los sistemas músculo-esquelético y circulatorio.

Con lo anterior, queremos hacer ver que no existe un medicamento ni una sola dosis, ni fórmulas exclusivas, sino que una gran variedad de posibilidades médicas de prevención, tratamiento y rehabilitación para las personas climatéricas, que además tiene que ser específica para cada síntoma e individual a cada persona y durante todo el tiempo que se requiera para controlar no sólo la sintomatología que motivó la consulta, sino las consecuencias a largo plazo que pudieran aparecer. Pero quizás lo más trascendente es el procurar elevar su autoestima, fomentar su desarrollo y realización como ser humano en todos los aspectos, y tratar de que tenga la

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

mínima dependencia para hacerla una persona de valer que más adelante se enfrente con energía y entusiasmo a la soledad y a la vejez.

MANIFESTACIONES PSICOLOGICAS DEL CLIMATERIO

C A P I T U L O I V

S E X U A L I D A D

S E X U A L I D A D

Un apartado importante en el climaterio es el de la sexualidad, pues con frecuencia escuchamos quejas en este sentido, mismas que se relacionan con una actitud general frente a la sexualidad. En otras palabras, la apetencia y satisfacción sexual en esta etapa depende esencialmente de como se ha manifestado a lo largo de la vida del individuo. Esto es muy importante debido a que en ocasiones se le atribuye, de manera absoluta, a los cambios morfo-fisiológicos la alteración en la vida sexual sin considerar que éstos solo son un contribuyente más a las dificultades.

Otros elementos que debemos de considerar, son los que se refieren al concepto que el individuo tiene de la sexualidad y a las normas, valores y costumbres que marcan la sociedad en la que se encuentra inmersa el o la paciente.

Toda consideración psicológica sobre el tópico que estamos tratando debe partir de algo que, por muy sabido, muchas veces se olvida o confunde: "De acuerdo con la concepción corriente, la vida sexual humana consiste esencialmente en el impulso de poner los órganos genitales propios en contacto con los de una persona del sexo opuesto", pero "Es necesario establecer una neta distinción entre los conceptos de lo "sexual" y lo

"genital". El primero es un concepto más amplio y comprende muchas actividades que no guardan relación alguna con los órganos genitales" (Freud, 1938).

El concepto de sexualidad adquiere capital importancia en la estructura de la teoría psicoanalítica y tiene un papel de pivote estructurante de ella. Por esa razón, por estar en el eje, se convierte en tan fundamental que hace difícil su delimitación conceptual. No obstante, intentaré ordenar algunos conocimientos que nos sirvan para orientarnos en nuestro tema.

Psicológicamente, la sexualidad había sido definida, por Kinsey (1948), como el conjunto de los impulsos, conductas, emociones y sensaciones que están intrínsecamente relacionados con la actividad reproductiva o con el uso de los órganos genitales como fuente de satisfacción. En tal forma fue conceptualizada antes de los descubrimientos trascendentales del psicoanálisis, que llamaron la atención sobre el hecho de que la sexualidad adulta tiene su precursor en una sexualidad infantil, que existe desde la constitución misma del individuo en forma de una pulsión ubicada en el límite entre lo psíquico y lo somático, es decir, como una conducta predeterminada en sus posibilidades de acceder a objetos y fines más o menos específicos. La energía de esta pulsión fue definida por Freud como destinada a la búsqueda de placer y posteriormente por Fairbairn y seguidores, como buscadora de objetos.

Cualquiera que sea el punto de vista teórico que se adopte hay, sí, una cosa en común: la sexualidad infantil es contemporánea con el desarrollo del sujeto y se manifiesta en sus primeros años de una forma polimorfa, sin centrarse específicamente en los órganos genitales. Cualquier parte del sujeto puede constituirse en sí y por sí en una zona erógena capaz de ser asiento de una excitación de tipo sexual. Paulatinamente y luego de un largo y difícil recorrido en el cual el sujeto, para constituirse como tal, debe soportar prohibiciones y aceptar sacrificios, estas pulsiones van confluyendo en la erotización tanto de los órganos genitales como de su función. A partir de la pubertad en adelante, será la exteriorización más visible de la sexualidad, pero que siempre estará dominada en sus manifestaciones por las vicisitudes que ésta haya sufrido en el desarrollo de la inserción del sujeto dentro del orden simbólico sociocultural. De esta forma, la genitalidad queda subsumida en el movimiento más abarcativo de la sexualidad, de la cual sólo es un representante, pero no el único.

Los individuos que soportan una disminución o desaparición de sus funciones genitales no por eso son asexuados y deberán realizar su sexualidad a pesar de sus limitaciones. Justamente, éste es el problema del hombre o la mujer climatérica y de la persona de edad avanzada. Por esta razón y a pesar de que los estudios que han realizado al respecto Kinsey (1948), Pfeiffer (1969), y Masters y Johnson (1978),

parecen centrados en la función genital, prefiero mantener la expresión "sexualidad" porque nos permitirá descubrir y describir la dimensión psicológica que subyace a las diversas formas de su funcionalidad.

Así pues, la sexualidad puede aumentar, disminuir, desplazarse, dando contenido a infinidad de conductas que, para un observador no advertido, podrían pasar desapercibidas o llevarlo a pensar que nada tienen que ver con la persona. Simone de Beauvoir (1970) da una descripción que merece ser citada extensivamente, tanto por su concepto como por su forma. "Las actividades sexuales tienen una pluralidad de fines. Apuntan a resolver la tensión creada por el impulso sexual y que -sobre todo en la juventud- tiene la violencia de una necesidad. Más tarde, frustración, el individuo busca más que una liberación, un placer positivo; lo alcanza en el orgasmo; éste va precedido y acompañado de un cortejo de sensaciones, imágenes, mitos que procuran al sujeto "placeres preliminares" resultantes de la descarga de "impulsos parciales" arraigados en la infancia, y que pueden tener para el sujeto tanto o más valor que el orgasmo mismo. Esta búsqueda de placer rara vez se reduce al simple ejercicio de una función; por lo común es una aventura en que cada miembro de la pareja realiza su existencia y la del otro de una manera singular; en el deseo, la turbación, la conciencia se hace cuerpo para alcanzar al otro como cuerpo, fascinarlo y poseerlo; hay una doble encarnación recíproca y transformación del mundo del deseo. La

tentativa de posesión fracasa fatalmente, puesto que el otro sigue siendo sujeto; pero antes de concluir, el drama de la reciprocidad es vivido en el abrazo bajo una de sus formas más extremas y más reveladoras. Si adopta la figura de una lucha, engendra hostilidad; las más de las veces implica una complicidad que inclina a la ternura. En una pareja que se ama con un amor en que se suprime la distancia del yo al otro, aun el fracaso es superado". Pero no sólo está involucrada esta relación con el otro, sino que la relación con uno mismo, narcisista, está ampliamente determinada por la sexualidad. No sólo se reconocen y valorizan en sus atributos masculinos o femeninos sino que el ejercicio de la función se erotiza y ordena el curso de la actividad amorosa.

Se comprende que así definida, la sexualidad no tiene límite de edad para su exteriorización; desde el nacimiento hasta la muerte siempre estará con nosotros. Podrán variar sus manifestaciones, pero sólo eso. Ya sea que se busque la descarga de tensión, o el placer con el otro, o una afirmación narcisista de sí mismo o todos estos fines al mismo tiempo, la dialéctica del deseo no se interrumpe nunca; sólo la represión, interna o cultural, la distorsiona de manera nefasta, produciendo no sólo los graves trastornos de disfunción sexual de lo cual hablaré más adelante, sino también absurdas creencias prejuiciosas con respecto a la sexualidad después de los 50 o 60 años de edad.

Por lo tanto, no existe ningún factor fisiológico ligado al proceso normal de envejecimiento que permita creer en una disminución del impulso sexual o libido, tanto en las mujeres como en los hombres de edad porque los componentes fisiológicos del impulso sexual se hallan ligados a la secreción de andrógeno procedente de las glándulas suprarrenales en las mujeres y no son en absoluto susceptibles de influencia por la menopausia y la histerectomía. (Mishara, 1986).

C A P I T U L O V

A D A P T A C I O N

A D A P T A C I O N

Morales (1991), trata de connotar el término "adaptación" en el sentido evolutivo de un momento decisivo y crucial que, por lo mismo, podría causar un desajuste emocional. De tal manera que como otros períodos críticos, plantea al menos dos polos, uno en el sentido de crecimiento y productividad y el otro de decadencia e improductividad. La elección va a depender de los recursos emocionales que se han consolidado a lo largo de la vida y que en este momento se tornan mayormente evidentes por el proceso mismo por el que se está pasando.

El aprovechar esta circunstancia vital en el sentido de desarrollo y crecimiento va a conducir a enriquecer su propio concepto de sí mismo, al ser capaz de ofrecer una guía a las siguientes generaciones en las que se plasma su experiencia, teniendo como consecuencia una vivencia de utilidad y satisfacción, alcanzando así un sentido de integridad en el que se han aceptado los triunfos y desengaños, pudiendo así asumir un ciclo vital único y propio y de las personas que han llegado a ser significativas, como algo que tiene que ser así y que no admite sustituciones.

Cuando el paciente no posee estos recursos, entonces gira hacia una necesidad muy importante de contar conseudorelaciones, acompañadas de un profundo sentimiento de estancamiento,

aburrimiento y empobrecimiento, que con frecuencia les lleva a autogratificarse; transformando así las molestias en el vehículo indiscutible de la preocupación por sí mismo. Pero tales condiciones sólo pueden llevar a la desesperación y el disgusto por la vida y al temor ante la muerte por no quedar suficiente tiempo para iniciar otro tipo de vida.

Es decir, la época climatérica se constituye en la piedra de toque del desarrollo ontológico y por lo mismo las manifestaciones que observamos no pueden ser comprendidas sin un análisis exhaustivo de la historia del individuo, así como de las condiciones y circunstancias de la vida del paciente, en lo individual y particular de cada uno.

De tal forma que en tales circunstancias de abrumación en que el paciente percibe que no puede controlar ni su entorno, ni sus emociones y tampoco su cuerpo, es conveniente conjuntar esfuerzos entre diferentes especialidades en aquellos casos que así lo ameriten.

Por otro lado, existen investigaciones hechas en México, como sería la tesis de Aguila Noriega y Ptak Manevich (UNAM, 1983) donde concluyen que las mujeres que tienen ocupaciones distintas a las tareas del hogar se preocupan menos ante la proximidad de la menopausia y la depresión es menos frecuente que en las amas de casa. Además, poseen una mayor autoestima y el campo de intereses es más amplio que el de las mujeres

dedicadas exclusivamente al hogar. Por lo tanto, el proceso de adaptación a esta nueva etapa de su vida, como es el climaterio, se da con mayor facilidad y aceptación.

CAPITULO VI

RELACIONES EMOCIONALES

RELACIONES EMOCIONALES

Una área importante de la vida es la amistad o la relación entre pares. No es mucha la literatura de carácter empírico a la que podamos recurrir para esclarecernos en esta área, pero la situación general puede describirse del siguiente modo. Según Salvarezza, (1988), las relaciones personales pierden buena parte de su importancia a medida que se avanza hacia la madurez porque la mayor parte de las personas satisfacen sus necesidades de intimidad a través del matrimonio. Y si no tienen pleno éxito en este sentido, se hallan por lo menos preocupados por el esfuerzo que deben realizar. Para los hombres existirán, naturalmente, relaciones amistosas con sus colegas de trabajo, y las mujeres las establecen con las amas de casa de su vecindario y con las esposas de los colegas de sus maridos. La dificultad reside en que tanto para los hombres como para las mujeres, esas relaciones no llegan a ser muy profundas. Las lealtades primarias que se centran en la familia y las preocupaciones siempre presentes por el progreso material o por el éxito individual tienden a impedir la formación de amistades íntimas.

Cuando se examinan las diferencias existentes entre las amistades formadas durante la adolescencia y las que se establecen en la madurez, Douvan y Adelson (1966) proporcionan

un excelente resumen del modo en que la mayoría de las autoridades de la psiquiatría interpretan las pautas de la amistad adulta. Tras señalar los obstáculos a la intimidad que acabamos de mencionar, estos autores pasan a una interpretación más profunda de esa vida social superficial de los adultos.

"La adultez trae consigo, con excesiva frecuencia, una retirada a la extroversión y, paradójicamente, una pérdida de la sensibilidad con respecto al otro. Independientemente de aquellos cuyo trabajo o estilo de vida les permite o favorece la introspección y la contemplación de sí mismos, se da una tendencia a abandonar los recursos internos. La intimidad con otro pone en peligro las represiones de impulsos y afectos. En un grado inquietante, la amistad de los adultos no es más que una mutua huida del aburrimiento -un pacto contra el aislamiento, que tiene un inciso que previene contra la intimidad-. La interacción se centra en los chismes y en la ocupación del tiempo libre; en muchos casos la amistad se centra en un juego (bridge o golf, por ejemplo) con el sobreentendido de que todo aquello que no guarde relación con el juego constituye una impertinencia, es algo embarazoso o que rebase los límites tácitamente admitidos. Las cosas que son cruciales para la integración personal, tales como la historia, los valores o el trabajo de la persona, se excluyen cuidadosamente de la interacción".

Por otro lado, Sapetti (1987) aclara con respecto a ¿qué sucede con el hombre que está solo porque nunca se ha casado o porque se ha divorciado, o porque es viudo, separado u homosexual?

Puede tener un amigo muy cercano -masculino o femenino, conviva o no con él- que actúe como un sustituto de esposa, y que probablemente le proporcionará la mayor parte del apoyo que él necesita para superar su crisis. Si no cuenta con tal amistad, entonces puede llegar a tener serios problemas.

El hombre solo -y esta categoría constituye una porción cada vez más grande del segmento de personas de edad media en la sociedad- tiene la mayor parte de los problemas que sufren los hombres casados, y algunos otros también. No sólo se preocupa por la falta de progreso en su trabajo sino que, en esta etapa de mediana edad, los heterosexuales comienzan a preguntarse si no deberían haberse casado, haber continuado casados, haberse vuelto a casar y/o haber tenido hijos.

Para el homosexual que no tiene un compañero estable al alcanzar la etapa del climaterio o la mediana edad, sino sólo amigos casuales o amantes, la situación es muy parecida. Al avanzar en edad y estar en crisis, es muy difícil para cualquier hombre cambiar su estilo de vida. Si no tiene un compañero, necesita muy seriamente a alguien más con quien hablar de sus problemas.

Los hombres sin ataduras, tienden a preocuparse más por los cambios en su apariencia física. Aquellos con parejas estables no necesitan hallar compañía; ya tienen una que además es muy improbable que los abandone porque han descuidado un poco su aspecto o han agregado algunos kilos de más a su cintura.

Sin embargo, el hombre que vive solo puede estar y probablemente esté buscando una compañera. Una de las cosas que hacen atractivas a las personas, es la apariencia. Con las mismas cualidades, el hombre con una gran panza y nariz prominente tendrá que esforzarse mucho más para atraer a una mujer que el hombre delgado y bien parecido. Este es uno de los muchos problemas que podrán resultar una carga más pesada para el hombre solo. ¿De quién puede él recibir apoyo?

De asesores profesionales o de grupos de apoyo de una clase o de otra. Estas fuentes (en particular los grupos de apoyo) podrán resultar de enorme ayuda para el hombre solo -heterosexual u homosexual- pero también pueden serlo para el hombre casado. Aun con la esposa más comprensiva, puede haber temas de los cuales un hombre se resista a hablar. A veces, son las cosas que más angustian.

Quizás, por ejemplo, él no desee agobiarla con sus problemas económicos. Quizás él no pueda asumir la situación como para admitir frente a ella qué desilusionado está de haber sido omitido para una promoción. Podrá ser que esté tan avergonzado de su impotencia que simplemente no pueda hablar abiertamente del tema con ella. Hay momentos en que es más fácil para un hombre hablar con otro hombre respecto de sus problemas que con su propia mujer, aun cuando esos hombres sean extraños y la mujer esté muy cerca de él. ¿Cuáles son las alternativas, para los hombres -casados o solteros- de hablar las cosas que los preocupan?

Una opción es acudir a un psicoterapeuta. Los psicólogos, los psiquiatras, los terapeutas familiares, los terapeutas sexuales son distintas opciones posibles. La ventaja de acudir a este tipo de personas no es sólo el hecho de que ellos sean profesionales, y de que seguramente han asesorado antes a personas con problemas similares sino también que la persona elegida no conoce personalmente al hombre en crisis. Con frecuencia resulta más fácil hablar con un extraño sobre los problemas personales que con alguien a quien se ve frecuentemente u ocasionalmente en otras circunstancias.

A menudo vemos caricaturas que muestran a alguien sentado a la barra de un bar confiando en el cantinero, en busca de consejos. Eso sucede con frecuencia. En realidad, algunas asociaciones de salud mental en los Estados Unidos de América

proporcionan cierto asesoramiento a los cantineros de modo que ellos pueden identificar a las personas con serios problemas emocionales y referirlos a ellos para un posible apoyo. La gente habla a los cantineros sobre sus problemas porque en general los conocen sólo en esa función. Les pueden contar sus problemas porque no van a verlos otra vez, excepto en el bar. Y, por supuesto, generalmente han bebido uno o dos tragos y algunas de sus naturales inhibiciones han quedado atrás.

El asesoramiento profesional, desafortunadamente, es por lo general, costoso. La terapia de grupo es, en general, menos costosa, pero si a la persona no le gustan uno o dos de los integrantes del grupo, este puede no resultar satisfactorio.

El asesoramiento profesional es ciertamente una opción que vale la pena intentar, y el hombre en crisis puede encontrar que es justamente la clase de ayuda que él necesita.

Si no puede acceder a ello o no quiere esta clase de ayuda, existe otro recurso de apoyo que el hombre en crisis debería considerar. Una alternativa podría ser un grupo de apoyo que esté pasando por similar tipo de crisis existencial. En algunas ciudades hay lugares de encuentro donde los hombres en crisis pueden asistir para encontrarse con otros hombres en su misma situación, por ejemplo en México, el grupo de apoyo llamado "Neuróticos Anónimos".

Estos lugares de encuentro son más comunes y numerosos en los Estados Unidos de América . Sin embargo, en México y en general en culturas hispanas como la nuestra, los hombres se resisten más a acudir con el psicólogo, ya que existen muchos prejuicios al respecto.

De algún modo, parece ser que es más fácil para las mujeres que para los hombres el hablar de su problemas y de sus reacciones emocionales con respecto a ellas. En nuestra cultura los hombres son el sexo más fuerte y demostrar señales de debilidad está considerado poco masculino.

Sin embargo, no hay duda de que para un hombre en crisis, un grupo de apoyo, si encuentra uno, puede ofrecerle una ayuda importante. En cualquier gran ciudad, uno debería poder contactarse con tales grupos simplemente llamando a centros de salud mental, o a los hospitales.

En pequeñas ciudades, donde los grupos de apoyo formales no existen, vale la pena intentar el método de co-asesoramiento uno a uno. Si ni siquiera eso es posible, por una razón u otra, entonces será conveniente elegir a uno o dos de sus amigos en quienes pueda confiar, y ellos podrán ser un sustituto satisfactorio. En estos casos es donde las relaciones amistosas tienen un gran valor, ya que el simple hecho de

que la persona tenga a quien contarle sus preocupaciones, ya es de gran ayuda; y si además recibe apoyo, puede ser de gran alivio para la persona en crisis.

Particularmente en la etapa del climaterio y más aun en tiempo de crisis, es importante tener uno o dos amigos a quienes poder hablar con completa franqueza y libertad. No importa cuán cerca puedan estar de sus esposas, siempre hay temas que son más fáciles de hablar con otro hombre. Para explicar lo obvio, ls mujeres ven las cosas desde la perspectiva femenina. El consejo y la evaluación de otro hombre puede ayudarles mucho para resolver los problemas del hombre en su crisis de madurez. Si ese hombre obtiene tal asesoramiento de un profesional, de un grupo de apoyo, de un amigo íntimo, o de los cuatro, depende de su personalidad y/o de sus circunstancias. Pero ciertamente debería encontrar otro hombre u otros hombres en quienes pueda confiar.

Con lo que respecta a las mujeres, Murphy (1982), éstas se hallan más centradas en la familia cuando se manifiestan como madres o abuelas activas. Es decir, ofrecen un menor interés por aquellas circunstancias que le interesan a uno como "ciudadano" y parecen asimismo apreciar menos el hecho de tener un amplio círculo de conocidos y por ende se reduce el establecimiento de relaciones emocionales significativas. Los abuelos activos, en cambio, que se reúnen frecuentemente con sus nietos, cuidan también las relaciones extrafamiliares con

los amigos y conocidos. Así, pues, mientras que en las mujeres el hecho de recluirse en la familia parece excluir otros contactos -lo cual no sucede, desde luego, tan sólo en la edad avanzada-, en los hombres, unas relaciones más estrechas en el seno de la familia posibilitan otros contactos. Habría que preguntarse si la existencia de contactos extrafamiliares hacen que el varón se muestre también más abierto a las relaciones con la familia; es ésta una pregunta que exige respuesta individual. En todo caso, este ejemplo nos mueve a considerar las cuestiones relativas a la actividad social y a los problemas de la desvinculación no sólo en relación con la edad, sino también con el sexo, y específicamente, con la personalidad, sobre un sustrato biográfico.

C A P I T U L O V I I

L A P A R E J A Y L A F A M I L I A

LA PAREJA Y LA FAMILIA

Esta es otra área que con frecuencia se ve afectada en el periodo climatérico, ya que la relación de pareja en nuestro medio está basada en un modelo patriarcal que le proporciona un matiz muy peculiar a la relación hombre-mujer.

En primer lugar, nuestra cultura hispana, marca una condición asimétrica a favor del varón como consecuencia de ser el poseedor de los medios de subsistencia de la familia y por lo tanto "tiene el derecho" de ser tratado de manera diferencial. Por su parte, la mujer ha aceptado de manera tácita estas diferencias de forma acrítica, viviéndolas con resentimiento y resignación. Evidentemente estos antecedentes no favorecen una relación de confianza y seguridad, por el contrario, se traba una lucha por el poder, que encuentra como terreno fértil la relación con los hijos y la práctica de la sexualidad.

Afortunadamente, estas diferencias de que el hombre sea tratado de manera diferencial por ser el que provee los medios de subsistencia familiar, han ido cambiando en las últimas generaciones ya que cada día existen más mujeres con carreras universitarias que ejercen su profesión y contribuyen al sustento de la familia, por lo tanto, exigen igualdad a todos los niveles incluyendo el trato como pareja.

Sin embargo, en estratos socio-económicos y socio-culturales más bajos, o en su defecto, cuando la pareja en donde ambos trabajan, la mujer no logra tener dicha igualdad de trato, esta situación se va estructurando de forma paulatina incrementando el deterioro que va sufriendo la relación, particularmente en el plano de la comunicación, sobretodo por la complicación que surge ante la crianza, en tanto que implica la inclusión de un tercero en la relación dual, tercero que requiere de mucha atención y que funciona como un modificador de la dinámica establecida en la pareja. Esta toma de distancia, de no existir una buena estructura, comienza a condicionar una fisura en la comunicación e intereses de la pareja. De esta forma y de manera imperceptible, los elementos en común dejan de estar presentes, aunque se oculte tras de la crianza como centro fundamental de atención, ello provoca que se convierta en un diálogo a través de los hijos y no de uno a otro. Se agrega a esto que las limitaciones impuestas por el cuidado de los hijos, dejan pocas oportunidades para establecer actividades y compartir intereses, de tal forma que al paso del tiempo y en la medida que la familia crece y por lo tanto requiere de una menor dedicación, se revierte el proceso y se propicia el reencuentro, que en ocasiones no resulta halagador pues se llega al convencimiento que la pareja ya no es la misma pues se han perdido las oportunidades de seguirle la pista y no se ha reconocido sus cambios, que naturalmente ocurren como parte del desarrollo ontológico.

Estos antecedentes se adicionan a otros cambios en el ciclo de la familia, como son la separación de los hijos, la jubilación, los cambios físicos y de autoimagen, etc. mismos que son precipitadores de la confrontación con la pareja. Esta falta de intereses comunes así como de visiones tan disímiles de la vida es lo que muchas veces condiciona que la mujer haga un intento de prolongar su papel social y familiar mediante el cuidado de los nietos, dejando nuevamente ajena a la relación de pareja.

Tales vicisitudes crean un ambiente de desconfianza y desolación, impregnado de resentimientos que se han acumulado y por lo mismo resulta más difícil tener acceso a un rescate de los valores que inicialmente los llevaron a la unión.

En este sentido es que cuando hablamos de climaterio, nos encontramos con dificultades en la relación de pareja, ya que la confrontación con ésta es ineludible.

En general, las pacientes no cuentan con elementos que les permita aclarar su situación y su respuesta se basa en un sentimiento de impotencia que son atribuidos a factores ideológicos, pero que no resuelve su situación vital.

Finalmente, hay que asentar que un factor importante en el equilibrio emocional que repercute en las quejas somáticas, es la cantidad de apoyos psicosociales, particularmente las que se

circunscriben a las relaciones familiares y más fundamentalmente a la pareja, sobretodo en una época en que se hace un recuento de la vida y de lo que puede ser interpretado como éxito o fracaso.

En este caso, también debe considerarse cómo era la relación de pareja antes de que llegaran al climaterio, esto es, si el matrimonio funcionaba bien, tendrán más posibilidades de atravesar con éxito este período e incluso disfrutarlo ya que podrán hacer cosas que antes por la responsabilidad de los hijos no podían, como por ejemplo, viajar, asistir a espectáculos, etc. Por el contrario, si el matrimonio ya no tenía nada en común, excepto los hijos, entonces será una etapa muy difícil para ambos.

Existen estudios longitudinales, Lehr (1988), de biografías de diversos pacientes donde muestran que la familia gana o pierde importancia para el individuo, según la índole de la relación entre los cónyuges. La intensidad de las vinculaciones conyugales experimenta oscilaciones que apenas pueden ser captadas por las encuestas transversales, ni pueden tampoco ser esclarecidas por las mismas en cuanto a la variedad de factores estratificados desencadenantes. A partir de los datos obtenidos en la investigación biográfica hay que mostrarse escépticos respecto de las afirmaciones de los institutos de opinión pública, basadas en las encuestas y en el porcentaje de "matrimonios desgraciados". En casi toda

descripción biográfica, destacan ciertas fases durante las cuales se experimenta una alteración de los vínculos conyugales -y también familiares- y otras en las que se vivencian épocas felices de íntima unión. Estas fases, que oscilan entre 2 polos más o menos marcados, se pueden demostrar ya en el tercer decenio de la vida y se manifiestan igualmente entre las personas de mayor edad. La actitud respecto de la familia durante esta etapa de la vida, no puede quedar definida por esta única afirmación "muy unido a la familia" o "poco unido a la familia" (Lehr, 1988). De las biografías se desprende que ciertas situaciones penosas y difíciles que se han vivido en común (guerra, enfermedad, etc.) o dificultades que soportan (de índole económica, fundación de un negocio, etc.) se han de examinar también a la luz de los factores que intensifican las relaciones familiares en la adultez media, mientras que en épocas de bienestar general, en tiempos de ausencia de preocupaciones económicas, se hacen sentir más bien los factores perturbadores, envueltos con frecuencia por la capa del tedio.

De modo análogo, la actitud ante los hijos se ve sometida a múltiples transformaciones: épocas de intenso cariño van seguidas de períodos caracterizados por una actitud más fría, por la que se desearía verlos lo más pronto posible fuera de casa para "valerse por sí mismos". El grado de actitud ante los hijos se orienta, dependiendo del grado de armonía en el matrimonio, de modo que, cuando surgen situaciones de crisis se

da en la mujer con frecuencia un mayor apego a los hijos y un mayor distanciamiento de éstos por parte del padre. Así, especialmente en el caso de las mujeres de mayor edad y cuando se hallan alteradas las relaciones conyugales, aquéllos son considerados como el único y último contenido de la vida; cuando las relaciones conyugales son armoniosas, se desea un mayor alejamiento con respecto a los hijos. En cambio en los varones se comprueban tendencias contrapuestas. (Mayer, 1972).

Y finalmente, en relación con esto, es importante también la afirmación de que las viudas y divorciadas mayores viven con mayor frecuencia con los hijos y desean este "modus vivendi" mucho más que las que aún están casadas.

MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS DEL CLIMATERIO

C A P I T U L O V I I I

E S T A D O S N E U R O T I C O S

E S T A D O S M A N I A C O - D E P R E S I V O S

R E A C C I O N E S D E L I R A N T E S

D I S F U N C I O N S E X U A L

D E P R E S I O N I N V O L U T I V A

ESTADOS NEUROTICOS

Debido a que el climaterio, al igual que la pubertad, es una época de crisis, surgen en este período manifestaciones psicológicas que muchas veces pueden caer ya en la patología, todo depende de la gravedad del estado. Siguiendo la clasificación que acepta Monedero (1969) de las manifestaciones psicopatológicas del climaterio, encontramos en primer término a los estados neuróticos; en segundo a los estados maniaco-depresivos y por último a las reacciones delirantes. En este capítulo nos ocuparemos de los primeros, además de la disfunción sexual y la depresión involutiva. Cabe mencionar que la información que a continuación citaré es desde el punto de vista psicoanalítico y que existen otras formas de abordar la problemática, como por ejemplo, desde un enfoque sistémico.

Los estados neuróticos son los más frecuentes, caracterizándose algunas veces por una excesiva emotividad, cansancio físico y psíquico. Al aumento de la edad y disminución gradual de las capacidades físicas, puede presentarse una inquietud por las funciones corporales, una somatización de la ansiedad experimentada que puede convertirse en hipocondrias menores ya sea con problemas de dolor vago o generalizado, y en forma más especial, una inquietud por lo adecuado de sus funciones

corporales normales. Todo esto se refleja en la preocupación por los alimentos y la función intestinal. Se dice que esta preocupación ansiosa con el propio cuerpo y el temor a sufrir enfermedad, frecuentemente acompaña a ciertos estados de depresión o los sustituye como un equivalente. La hipocondriasis, expresa la profunda necesidad de sufrir, que se deriva de un sentimiento de culpabilidad inconsciente. Existe en ella una actitud narcisista, ya que la preocupación por la parte del cuerpo supuestamente enferma es utilizada como una excusa eficaz para retirar el interés del mundo exterior y concentrarlo en uno mismo. El sentimiento de culpabilidad se alivia, puesto que la excusa implica sufrimiento.

Es una depresión matizada en la que se refleja la pérdida del gusto por vivir. La depresión neurótica que muchas veces suele manifestarse por ésta actitud de concentración en uno mismo perdiendo el interés en las situaciones externas, el deprimido tiende a la pasividad y al abandono porque se da cuenta de la inutilidad de sus esfuerzos y la incapacidad para encontrar satisfacciones. Desde el punto de vista psicodinámico, la depresión es respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo. Es considerada como normal cuando la reacción ocurre en relación con circunstancias externas y sólo persiste hasta que el individuo llega a un nuevo ajuste.

Otras veces los estados neuróticos se manifiestan por trastornos sexuales, que pueden oscilar entre la frigidez y la impotencia y la hipersexualidad. Las actitudes pasionales se hacen frecuentes; la envidia, etc. En la edad adulta se desarrollan formas diversas de trastornos represivos que se asocian a conflictos y tensiones conyugales, vocacionales u otras presiones de la vida. La represión representa el mayor intento de nulificar las amenazas. Cuando la persona expulsa del campo de su advertencia algunos de sus afectos y de sus pensamientos, no sólo impide el que se expresen en su conducta, sino que evita la posibilidad de que sean modificados por el aprendizaje. Los impulsos reprimidos permanecen en el inconsciente separados del resto de la experiencia del individuo, pero con la posibilidad de irrumpir en la conciencia. Estos impulsos reprimidos son inaccesibles para la razón del sujeto y dirigen su conducta. La represión impide que el neurótico pueda verse a sí mismo con objetividad, pues la imagen que tiene de sí mismo está construída a expensas de lo que no está reprimido, mientras todo lo reprimido, que no armoniza con la fachada ideal, queda afuera. La fatiga psíquica de los estados neuróticos parte de la utilización de cargas de energía con la que el sujeto cuenta para lidiar con la realidad. El sujeto experimenta tensión de donde parte su irritabilidad. Su disposición para descargar tensiones hostiles residuales que son desplazadas hacia otros objetos diferentes a los originales. La conducta neurótica es defensiva para evitar angustia, culpa o vergüenza. Además utiliza en forma

repetitiva las mismas pautas conductuales, aún y cuando éstas sean ineficaces, pues no puede aprender nada mejor.

Debido a éste aumento de ansiedad que trae consigo la edad media, sobrevienen trastornos en la actuación sexual y ansiedad por la misma; tanto los varones como las mujeres durante el climaterio, pueden presentar sintomatología hiposexual (impotencia y frigidez) que mencionaremos en capítulos posteriores; o sintomatología hipersexual con un interés por la experimentación sexual, la sexualidad compulsiva. Algunas mujeres se inclinan sexualmente por adolescentes poco viriles o a la homosexualidad, su humor se vuelve inestable. A veces aparecen actitudes místicas o románticas.

Aparecen también con frecuencia los síntomas histéricos y los obsesivos. Los síntomas obsesivos consisten en pensamientos cuya recurrencia el sujeto no puede evitar, a pesar de reconocer que son de naturaleza irracional. Una obsesión es un pensamiento parásito que tiende a irrumpir en la conciencia en forma repetida y contra la voluntad del sujeto. Las obsesiones muchas veces van seguidas de la compulsión o impulso a la acción que tiene la misma tendencia irracional hacia la repetición. Cuando el sujeto intenta rechazar dicho pensamiento o dicho impulso a actuar, experimenta angustia. Son muy comunes las ideas obsesivas que expresan un temor a la contaminación, lavándose repetidamente las manos, por ejemplo.

Las ideas de automutilación (arrancarse los cabellos o costras), y la ideas de violencia, como el temor de matar a alguien.

También son características las ideas de culpabilidad que son expresadas en la exagerada autodisciplina y en los impulsos auto-punitivos y de purificación. Las personas obsesivas, son rígidas, frugales, convencionales, parsimoniosas, tercas, pedantes, exactas. Tienen un fervor exagerado por la limpieza, la puntualidad y el orden.

Por lo que toca a los síntomas histéricos, podríamos mencionar también a la ansiedad histérica que se manifiesta comunmente por una descarga masiva o fraccionada del sistema nervioso, particularmente del sistema autónomo: taquicardia, arritmias, disena, náusea, diarrea, sensación vertiginosa subjetiva, sentimiento de irrealidad que suelen presentarse en forma de crisis diurnas o nocturnas. Después de la primera crisis, el enfermo permanece aprensivo y temeroso de que la experiencia aterrizante pueda repetirse. Esto sobreviene por la angustia que experimenta el individuo por una amenaza interna que no es tangible al sujeto. Esta angustia, psicodinámicamente hablando, se produce cuando impulsos irracionales (agresivos o sexuales) reprimidos amenazan a la conciencia, ya sea porque las situaciones externas refuerzan

las tendencias reprimidas, por debilitamiento psíquico (fracasos repetidos, pérdida de seguridad) o físico (debilitamiento del organismo).

Por otra parte, la angustia puede ser también eliminada de la conciencia, ser reprimida o convertida en síntomas resultando en una conversión histérica, en donde el síntoma afecta órganos que mantienen contacto con el mundo exterior y que conceptualmente, para el sujeto, el órgano representa la expresión de sus afectos reales. Otra característica de los síntomas histéricos es la ausencia de preocupación ante la enfermedad, lo cual explica la represión del conflicto.

La angustia y la ansiedad son vivencias de un psiquismo en peligro, que en el climaterio son la expresión de la decadencia.

ESTADOS MANIACO-DEPRESIVOS

Son muy frecuentes los estados maniaco-depresivos. El rasgo más llamativo de las frases maniacas del climatero es un erotismo. En sus sentimientos de omnipotencia dirigen todo su interés a las aventuras eróticas. Los estados maniaco-depresivos son de carácter episódico y de pronóstico benigno en cuanto a la recuperación; los episodios fluctúan de la depresión a la manía y se presenta en ambos sexos muchas veces antes de los 40 años, otras veces se desencadenan durante el período del climaterio.

El inicio de la depresión es gradual, con pérdida del interés y confianza, fatiga, insomnio, anorexia y dificultades para la concentración mental. El sujeto comienza a dejar de disfrutar diversiones y trabajo concentrando su atención cada vez más en sí mismo; de manera semejante sucede en la depresión neurótica, sólo que en éste caso puede favorecerse un estado psicótico, incapacidad al individuo en sus actividades cotidianas, perdiendo excesivamente el interés por las cosas y los contactos interpersonales, descuidando la apariencia personal con pensamientos restringidos y monótonos además de los comunes intentos de suicidio.

Aquí pueden mezclarse también ideas de tipo delirante, a veces se hacen presentes distorsiones vagas de la vista, el gusto, el sonido, el olfato con alucinaciones auditivas.

Por otra parte, llega un momento en el cual el sujeto pierde recato, discreción y prudencia llegando a un estado de excitación y alegría poco justificadas; éste estado maniaco lo vuelve exhibicionista, impulsivo, seductor y gastador. Las ideas expresadas abundan en grandiosidad, erotismo y agresividad unidas a impaciencia e irritabilidad.

Para caer en este tipo de estados, se considera evidente la predisposición hereditaria, ya que las historias de generaciones anteriores muestran la existencia del mismo trastorno.

Desde el punto de vista psicodinámico, la psicosis maniaco-depresiva puede desarrollarse en personas que tengan prominentes rasgos de carácter oral, su necesidad de ser amados y gratificados oralmente no ha sido suficientemente satisfecha. Esta personalidad receptiva tiene la necesidad de recibir y ser aceptado y al rechazo de otras personas, desarrolla hostilidad por su frustración. Puede expresarse en tendencias exhibicionistas y en la persecución del poder y la gloria desmedidamente. En otras ocasiones las tendencias a la oralidad son expresadas en el alcoholismo o en las neurosis impulsivas; es por esto que se requiere la presencia de

ambivalencias irreconciliables para que se manifieste un estado maniaco-depresivo. La conciencia infantil domina a la fase depresiva mientras que las tendencias instintivas dominan a la fase maniaca al no poder coexistir ambas tendencias.

REACCIONES DELIRANTES

En ésta época de la vida, las reacciones delirantes se presentan con bastante frecuencia. A veces en forma de crisis delirantes agudas que coinciden con angustia o un estado anímico exaltado. Se presentan en el sujeto alucinaciones y trastornos del pensamiento. Sus contenidos giran alrededor del misticismo, la envidia o la excitación erótica. Suelen suceder con cierta obnubilación de la conciencia y es común que se remitan sin dejar huella.

Los delirios sensitivos son frecuentes. Se presenta en individuos con un tipo muy peculiar de personalidad, tímidos, sensibles, escrupulosos, obsesivos y ansiosos. Constantemente perturbados por sus dudas y sentimientos de culpabilidad. Con un sentimiento de inferioridad considerando su vida como una serie de frustraciones. Al surgir una experiencia penosa puede aparecer la idea o las ideas delirantes. Creen que las personas que le rodean se burlan de ellos, se portan groseros y atentan contra su personalidad. Es un delirio de relación, reaccionan al supuesto ataque de los demás con depresión.

Es característico el delirio que se desencadena en muchas solteras en la época climática que se piensan burladas y desconsideradas por todos quienes están pendientes del fracaso emocional de sus vidas.

La paranoia involutiva, fue descrita por Kleist (1913) como un delirio crónico que sólo se presenta en sujetos con rasgos paranoides previos, los cuales presentan alucinaciones en un 50% de los casos. Las ideas delirantes son un juicio falso incorregible de origen morbooso que ordinariamente desaparecen cuando cambian las condiciones que las producen.

Este tipo de psicosis delirantes crónicas se diferencian de la esquizofrenia en que no presenta una evolución deficitaria. El sistema delirante de estos sujetos es compatible con una personalidad bien conservada que les permite seguir llevando su vida cotidiana. Dentro de este grupo de psicosis delirantes crónicas encontramos la paranoia, la psicosis alucinatoria crónica y la parafrenia, según la descripción de Monedero (1969).

En la paranoia encontramos un tipo de psicosis delirante crónica sistematizada que refleja una personalidad que previamente se relacionaba con los demás en forma tensa, una personalidad que perseguía y se sentía perseguida concretando sus vivencias en ideas delirantes con una visión del mundo falsa.

Siempre se da la autorreferencia y la persecución cuyo contenido puede ser de reivindicación, pasional, de interpretación o sensitivo. Fuera de aquello que se relaciona directamente con sus ideas delirantes, el sujeto conserva un

buen contacto con la realidad y sabe que otras gentes consideran sus ideas infundadas, por lo que las oculta cuando lo cree conveniente. Está lógicamente elaborada, pero es falsa. El paranoico actúa por la fuerza de sus convicciones sin prestar atención a las consecuencias personales de sus actos. Una explosión agresiva y violenta puede desencadenarse fácilmente cuando el sujeto no encuentra respuesta satisfactoria a sus reclamaciones.

Ideas delirantes de persecución se ponen de manifiesto con facilidad en cualquier situación que amenaza la personalidad y su integridad psicológica o fisiológica. Circunstancias en la vida que ocasionan un sentimiento de ineficacia y derrota, pueden producir reacciones en las que el mecanismo paranoico es evidente.

Psicodinámicamente podemos decir que el núcleo de los síntomas paranoicos es una fuerte condición de tipo narcisista. Porque el individuo se experimenta a sí mismo como el centro de todo y objeto especial de interés para los demás. Intentando así compensar sus intensos sentimientos de pequeñez; es incapaz para enfrentarse a los problemas, lo cual impide su éxito y al mismo tiempo es también incapaz para aceptar sus fracasos, por lo que necesita atribuirlos a circunstancias externas. Es así como niega una parte de la realidad.

Esta parte de la realidad que se niega, es la que está directamente ligada con sus deficiencias personales.

Es muy común el hecho de que sujetos paranoides tengan tendencias a la homosexualidad latente. Reprimiendo su interés sexual por personas de su mismo sexo y reaccionando con angustia ante las circunstancias que pudieran estimular sus tendencias homosexuales, las cuales no son fáciles de descubrir aunque estén generalmente presentes.

Se requiere de una personalidad prepsicótica caracterizada por patrones defensivos y sentimientos primarios de inseguridad para que se presente una reacción involutiva paranoide. Generalmente han sido personas que critican en exceso a los demás, culpándolos de sus propios fracasos y ve desaires en las actitudes más simples. Es considerada como una persona obstinada, intransigente, celosa, dada a los secretos, insatisfecha, infeliz, que tiende a alimentar motivos de queja, suspicaz y rencorosa. Es entonces durante el climaterio, cuando dichas defensas ya no son suficientes, recurriendo a medidas más intensas propias de la psicosis paranoide, con sus ideas delirantes e interpretaciones falsas.

La psicosis crónica alucinatoria es caracterizada por la importancia que tienen el síndrome de automatismo mental y las alucinaciones.

La parafrenia es una psicosis crónica caracterizada por un delirio extremadamente fantástico que contrasta totalmente con la buena adaptación del paciente con el medio externo.

Las ideas paranoides son el primer tipo o clase de reacción psicótica involutiva, la segunda es la depresión, la cual analizaremos posteriormente.

D I S F U N C I O N S E X U A L

Tanto la impotencia masculina como la femenina también llamada frigidez, son problemas comunes que pueden aparecer durante el climaterio como ya dijimos, al referirnos a los estados neuróticos. Debido a la importancia que tienen la declinación sexual en éste período, consideré pertinente tratar a la impotencia en forma más amplia.

La impotencia masculina constituye quizá la única condición capaz de hacer al hombre sentirse viejo. La incapacidad para sostener relaciones maritales satisfactorias, puede a tal grado deprimirle que ocasione un cambio radical en su vida, afectando además en forma indirecta a la esposa, perturbando la armonía conyugal.

El Dr. H. Reid Robinson (1961), indica en uno de sus estudios sobre la impotencia masculina, que para obtener un informe más preciso del problema, se hace necesaria una entrevista combinada con ambos cónyuges, ya que muchas veces los síntomas nerviosos atribuidos a la menopausia, pueden originarse en una frustración sexual, que la induce a una inestabilidad emotiva por la mengua en el poder sexual de su esposo. Muchas veces este problema ocasiona el divorcio. Según las cifras obtenidas, el 8.7% de los divorcios fueron provocados por éste problema.

Pueden reconocerse diversos grados de impotencia: desde la falta absoluta de erección, sin interés en el coito; una erección parcial o inadecuada, con interés limitado en el coito; falla periódica de la erección junto a un deseo sexual limitado; habilidad para establecer una erección pero falta de satisfacción sexual y eyaculación prematura.

Para realizar satisfactoriamente el acto sexual se necesita un impulso sexual coercitivo, una compañera atractiva (lo cual muchas veces no sucede con una mujer climatérica), una situación dentro de la cual no existan distracciones, ni angustia, y a su vez la excitación. Es por tanto que la impotencia puede desencadenarse cuando no hay atracción hacia la compañera, o cuando las condiciones que rodean al coito son amenazadores o distraen al individuo. Sin embargo, son muy frecuentes los amores inconscientes y conflictivos, debidos a una liga infantil hacia la madre, la hermana y otra mujer que dió gran apoyo durante los primeros años o, a ligas homosexuales latentes. Los sentimientos de culpa, la angustia o la vergüenza también pueden producir impotencia en los casos en que el sujeto percibe desaprobación por parte de sus padres o de la sociedad. Puede tener un deseo inconsciente de dañar a su compañera, o piensa que al mostrar su cuerpo o la manera de efectuar el acto sexual están sujetos al ridículo. Otras veces es el miedo de contraer una enfermedad venérea.

La impotencia acompaña frecuentemente a las reacciones depresivas (las cuales son comunes en este período).

Otros factores importantes en la impotencia psicógena son, la actitud del sujeto hacia su compañera, el ambiente, la frecuencia de las relaciones sexuales, las actitudes hacia las diversas formas de estimulación que preceden al coito y el deseo de obtenerlas, y el estudio de la actitud de la compañera. Las fantasías que el sujeto tenga durante el coito son también dignas de mención pues hay hombres que inician el acto mientras piensan en otra compañera, o se sienten insatisfechos porque creen que su compañera no accederá a diversas estimulaciones; otros son impotentes sólo ante ciertas mujeres.

En otras ocasiones utilizan el coito como medio para defenderse de la homosexualidad inconsciente. Pero es básica la actitud de la compañera.

Las medidas terapéuticas a seguir, según Noyes (1992) son, la psicoterapia con orientación psicoanalítica (de preferencia). Cuando no se presenta la erección, inicialmente se aconseja evitar las relaciones sexuales y por tanto el fracaso, evitando así la disminución de la autoestimación. Lo contrario ocurre con la eyaculación prematura en donde la frecuencia reduce la tensión de anticipación.

Cuando la impotencia es síntoma de depresión, los síntomas desaparecen cuando desaparece a su vez la depresión. Los pacientes de edad muy avanzada o aquellos cuya compañera sexual siempre intimida o amenaza, las probabilidades de mejoría son pocas.

Hasta cierta edad, el poder erótico del hombre permanece estable. Un tipo de vida razonable, puede prolongar su duración, pero el proceso biológico de desgaste es inevitable y la potencia sexual irá disminuyendo a partir de un momento dado. Cuando el especialista interroga a los pacientes que sufren de impotencia, casi siempre descubren que en la mayoría de los casos, su instinto sexual nunca ha sido muy pronunciado, y en forma inconsciente, la cópula no les procuró la satisfacción que consigue el promedio de los hombres. Tampoco le han atribuido al acto sexual una importancia determinante, independientemente de la frecuencia con que se realizara, pues aunque hubieran tenido una vida sexual muy activa, ésta era motivada por la necesidad de ejercer la función de "varón", ya que según ellos esto era lo normal y todos tienen la costumbre de hacerlo. Es así que muchos mantienen relaciones por vanidad, para compensar sentimientos o complejos de inferioridad. Es por esto que cuando los fines no son esenciales y elementales, pasan lentamente a un segundo plano y el poder sexual decrece en igual forma.

Muchas veces es éste el caso de los hombres casados que al superar la cuarentena ven disminuir su potencia erótica en las relaciones conyugales. Generalmente el deseo sexual del paciente hacia su esposa está desde hace tiempo apagado, y si persistieron en su papel fue sólo por acceder a los deseos de su esposa o de satisfacer su vanidad.

Existen muchos que durante los primeros tiempos de su matrimonio hacen gala de su potencia viril, realizando incansablemente el acto sexual, de ahí que la esposa piense que siempre será lo mismo. Siendo que la capacidad masculina es irregular, más o menos frecuente, pero limitada. Con tacto y gradualmente, para evitar desengaños, la esposa debe saberlo.

Al tomar en consideración la respuesta a la relación sexual, es necesario recordar que el clímax del coito femenino no es igual al orgasmo del hombre. Muchas mujeres tienen la idea equivocada de que lograrán un orgasmo rápido semejante al de los hombres. Para que sean satisfactorias las relaciones sexuales, la mujer necesita un compañero deseable, no tener angustia ni culpa, y de esta manera recibir la estimulación apropiada para obtener una satisfacción más lenta y duradera. Es por esto que muchas mujeres se consideran frías, sin serlo, debido a sus erróneas ideas sobre la estimulación femenina.

La noción de frigidez comprende diversos fenómenos del comportamiento sexual de la mujer, difíciles de delimitar con relación a las actitudes normales o sanas. Según sus disposiciones naturales y temperamento, cada mujer reacciona al sexo de manera diferente, aparte de que en muchas ocasiones su colaboración va a depender del carácter, condición y temperamento del hombre. (Masters y Johnson, 1978).

La frigidez es la manifestación de una angustia psíquica y de una disposición defectuosa, casi siempre provocadas por la influencia del medio y de la educación.

D E P R E S I O N I N V O L U T I V A

"La depresión es una reacción afectiva normal; una emoción natural y normal. Es algo que todos podemos padecer; en realidad, si no sentimos depresión (en la forma de aflicción) cuando las circunstancias son extremadamente adversas, es que algo anormal nos ocurre. Pero existen algunas personas -de hecho, un número muy elevado de individuos- que presentan una vulnerabilidad excesiva ante circunstancias penosas o adversas. Dichos sujetos tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma tan exagerada, que su conducta llega a ser patológica. Desde que el hombre ha escrito crónicas sobre su conducta, ha dejado comentarios acerca de individuos que presentaban tendencia a la melancolía."

Ya mencionamos con anterioridad a las ideas paranoides que pueden presentarse en el período climatérico; ahora mencionaremos otro tipo de psicosis involutiva: la reacción involutiva depresiva. Los síntomas de desequilibrio son muy frecuentes durante el período del climaterio y este trastorno parece estar relacionado específicamente con los problemas de esta edad y es por tanto que debe ser separado de otras reacciones psicóticas.

Existe un grado variable de depresión en las psicosis involutivas; en casos ligeros es manifestado por sentimientos de ineficacia, indecisiones, dificultad para la concentración en el trabajo mental, etc.. Son muy comunes las quejas somáticas, en especial el insomnio, la constipación y la anorexia.

La depresión puede iniciarse precediendo a la terminación de las reglas (en el caso de la mujer) o acaso ocurrir años después. El tratamiento endocrinológico tiene influencia sobre los síntomas fisiológicos del climaterio, pero obviamente no influye sobre los síntomas mentales; es evidente que si bien el desequilibrio endócrino es importante, no todo se reduce a una deficiencia hormonal.

Si bien la edad en que se inicia la depresión involutiva varía considerablemente de uno a otro, es frecuente que se presente en mujeres cerca de los cincuenta años y en hombres cerca de los sesenta. Generalmente el primer acceso ocurre durante la edad madura o la vejez, así pues en algunos casos puede inclusive presentarse desde los 35 años, por lo que se podría decir que es causada más bien por un cambio en el "significado" psicológico de la vida que por diferencias en los niveles hormonales. De todas maneras, el término nació de una supuesta etiología.

Su incidencia, según datos estadísticos, son de un 16% en las mujeres y de un 8% en los hombres.

No se sabe hasta qué punto los cambios fisiológicos actúan en el origen, pero hay datos que sugieren que dichos cambios no son tan importantes en sí mismos, como lo son los cambios psicológicos que implican. La amenaza a la personalidad por la pérdida de las funciones biológicas, las cuales son muy estimadas, y el inminente proceso de envejecimiento, resultan ser más angustiantes que los cambios endocrinos, encontrándose el individuo en una etapa de stress psicofisiológico en donde las amenazas a una personalidad insegura, producen angustia, reacciones paranoides y/o angustia y depresión. Hay veces en que se presenta un miedo exagerado en las mujeres. (Hans Huber, 1972).

Es común una disminución del interés sexual, que está altamente asociado con el climaterio, pero algunos investigadores afirman que mujeres de más de 40 años manifiestan un aumento de sus sensaciones eróticas y que los hombres, pese a retardos en la eyaculación, no sufren de impotencia. Por lo tanto, existe inconsistencia en estos hallazgos.

Existe una teoría acerca de la frecuencia con que se presenta la depresión tanto en la mujer como en el hombre, sostiene dicha teoría que no es que las mujeres sean más

propensas a la depresión, sino que también los hombres están tan deprimidos como ellas, pero enmascaran sus sentimientos mediante la ingestión de bebidas alcohólicas, así pues, las estadísticas sobre las enfermedades mentales y el alcoholismo tienden a equilibrarse mutuamente. Parece ser más aceptable para la mujer el estar enferma que para el hombre, de ahí que la actitud masculina que prevalece es la de salir a emborracharse.

Según el Dr. Klerman (1966), la psicoterapia individual no contribuye de manera positiva a las depresiones de la edad madura, como lo hace la terapia familiar, reuniendo a padres e hijos con una libre expresión de sus sentimientos personales y sus resentimientos ocultos que salen a la luz pudiendo encontrarse soluciones. La depresión de edad avanzada sólo responde favorablemente a la administración de drogas.

Se ha comprobado que las personas que son rígidas, meticulosas, de intereses estrechos y tercas son más susceptibles para desarrollar una psicosis involutiva; son personas que suelen ser retraídas y conservadoras con una reducida capacidad para adaptarse a los cambios y cuyas experiencias de vida son relativamente pobres; tiene dificultades para la autoexpresión. En el caso de las mujeres, en este período, la pérdida de la belleza juvenil que las priva de una importante fuente de satisfacción; el cercano retiro del trabajo, en el caso de muchos hombres, el crecimiento de los

hijos y el abandono del hogar, todo en su conjunto facilitan los estados depresivos, por lo que puede entenderse a la psicosis involutiva como una reacción ante las frustraciones resultantes de condiciones físicas y ambientales que concurren en el climaterio. Sin que podamos dejar a un lado el importante hecho de que la reacción involutiva depresiva generalmente se desarrolla en personalidades prepsicóticas, que han tenido determinados hábitos de vida y personalidad.

Esta personalidad prepsicótica, la que según la mayoría de los autores, es más común en la mujer, está caracterizada en el siguiente ejemplo: Una niña angustiada, con antecedentes de inseguridad desde los primeros años; su temperamento compulsivo, inhibido, tendiente a ser silenciosa y a no interferir en las actividades de las demás personas, sería, crónicamente preocupada, sensible, intolerante, tacaña y escrupulosamente honrada. Muchas veces carece de sentido del humor, exigente e inflexible consigo misma, con tendencias al autocastigo, sumisa, apasible y sensible a los estados anímicos de los demás; perfeccionista, mojigata y con sentimientos de culpa.

Muchos autores aseguran que la personalidad prepsicótica del involutivo depresivo se desarrolla como una especie de formación reactiva contra la agresión. Es común el hecho de que la vida sexual no haya sido satisfactoria.

Ya en la edad adulta, se presentan el miedo a la soledad y a la pérdida del atractivo físico; el sentimiento de que la oportunidad de éxito ha pasado, causando frustración y aumento de la inseguridad. La paciente tal vez siente que ya no es femenina ni atractiva, experimentando un profundo resentimiento que se expresa en forma de depresión y odio a sí misma. Es una rebelión contra el hecho de envejecer.

La pérdida de la capacidad de procrear y la cada vez menor potencia sexual del hombre, hacen que la mujer sienta la pérdida de un símbolo de energía que ya no existe. Es así que a veces los deseos sexuales surgen en forma perturbadora. Surgen también pensamientos de muerte que provocan más angustia, los conflictos se acrecientan, en ocasiones se añaden problemas económicos que llevan a la posibilidad de volverse económicamente dependiente de alguien. Entonces puede desencadenarse la psicosis, ante cualquier cambio que amenace la situación en que se vive, o la muerte de un ser querido del cual dependía psicológicamente.

En estos estados de franca psicosis, particularmente en los hombres es frecuente el suicidio.

Dentro de la clasificación nosológica de la depresión, o sea, la que concierne a entidades patológicas y a sus orígenes, es posible diferenciar varios grupos de depresiones: las depresiones somatógenas (cíclicas, periódicas, depresiones de

la involución, de las esquizofrenia); y las depresiones psicógenas (neurótica, de agotamiento, reaccional).

Las depresiones que pueden presentarse durante el climaterio no se reducen solamente a la depresión involutiva, la cual se diferencia de las otras por ser endógena y presentarse solamente en este período; sino que pueden presentarse depresiones psicógenas y de origen somatógeno. En general todas las depresiones se manifiestan por un cuadro clínico común y son de duración limitada, es decir, tienen principio y fin.

Cada deprimido presenta solamente una parte de los síntomas que examinaremos, sin embargo es difícil concebir un síndrome depresivo en el cual no estén parcialmente representados cada uno de estos tres grupos:

1. El síndrome de inhibición.
2. Los trastornos del humor y del carácter.
3. Los síntomas "orgánicos" de depresión.

Síndrome de inhibición. La personalidad del deprimido está afectada en su totalidad por una disminución de su eficiencia, tanto intelectual como físicamente. El trastorno más común es la fatiga, el cual se manifiesta por un rápido agotamiento después de un período más o menos largo de esfuerzo cerebral o físico. Es común que la astenia predomine durante las primeras horas del día, esa fatiga antes de actuar puede

retroceder en parte durante la tarde y reaparecer por la noche. Es una especie de sentimiento de fracaso anticipado unido a un desinterés hacia el medio ambiente. Se presenta una sensación de aburrimiento que acompaña a cualquier actividad, el cual puede presentarse como pasivo, al existir una ausencia de alerta ante nuevas situaciones, o activo, al manifestarse un comportamiento de descontento o de exasperación ante las mismas circunstancias.

Muchas veces existe una dificultad para evocar los recuerdos dificultándose el encontrar el hecho o la palabra precisa en el mismo momento en que se desea intensamente, produciéndose un sentimiento de ansiedad. Disminuye la capacidad de atención y de concentración, lo cual también repercute en la memoria; esta dismnesia se hará manifiesta en hechos recientes de la vida cotidiana; por el contrario, los acontecimientos relevantes serán fijados y susceptibles de rememorar.

La capacidad de idear se empobrece, siendo reemplazada por ansiedad y sentimientos de tristeza, comprobándose una lentitud para concebir ideas y expresarse claramente. La actividad y la voluntad disminuyen. El sujeto vacila, duda, no se decide fácilmente a pasar de la idea a la acción. Se embotan la capacidad de mando, la estimulación y la autoridad.

Muchos deprimidos parecen afectados por una agitación incesante que aparenta una acrecentada actividad, sin embargo, dicha actividad es confusa, superficial, enredada y poco productiva, lo que evidenciaba una sensación de ansiedad y malestar.

Trastornos del humor y del carácter. Existe una orientación hacia la tristeza y el pesimismo. El rostro tiene una expresión de abatimiento con rasgos que tienden hacia afuera y hacia abajo. Los hombros caídos, la mirada tierna, la espalda tiende a encorvarse. Se presenta una autodepreciación psicológica, el deprimido se juzga muy severamente, pudiendo desembocar en un sentimiento de inutilidad, de culpabilidad, con trastornos del juicio, extendiéndose un profundo pesimismo al mundo que lo rodea. Las situaciones se juzgan difíciles y a veces catastróficas. Así pueden presentarse ideas de ruina, avaricia por restricciones presupuestarias sin motivos reales, se juzga la situación profesional como mediocre y llena de problemas insuperables, el ambiente familiar no aporta las satisfacciones deseadas, al igual que los amigos. Existe una angustia que está siempre presente.

Se puede reconocer una depresión detrás de las modificaciones del carácter.

Dentro de estas modificaciones del carácter están: un aspecto pasivo, taciturno, inhibido, con hostilidad hacia el ambiente. Reacciones inapropiadas que pueden llegar hasta la cólera, a la violencia verbal. A veces se muestran intolerantes a los estímulos sensoriales, como sería la luz y los ruidos, etc.. Todas estas manifestaciones son a veces dolorosamente sentidas por el sujeto mismo, agregándose a su autodepreciación.

La depresión puede acompañarse por algunos signos neuróticos, las fobias, obsesiones, fenómenos histéricos de conversión e incluso pueden acompañarse de manifestaciones de índole psicótica.

Síntomas "orgánicos" de depresión. La astenia, a veces experimentada como difusa, es descrita a menudo como más o menos localizada en los miembros, principalmente inferiores, en el tronco y columna vertebral, en la región ocular; conteniendo un componente doloroso. Cefaleas, cervicalgias, lumbalgias, trastornos reumatoides en general y de tipo neurálgico son clásicos en estos estados depresivos.

Se presentan trastornos del sueño, variando los horarios hípnicos, el sueño se presenta en forma insuficiente, dificultades para conciliar el sueño, despertar precoz con agravación del humor deprimido en la mañana, despertar en medio de la noche. Contra lo anterior, algunos deprimidos duermen

mucho, presentando accesos de somnolencia repentinos e irresistibles, haciendo su aparición como la expresión de un verdadero rechazo a la existencia actual.

A menudo se presenta una anorexia con digestiones difíciles que ocasionan la pérdida de varios kilogramos, o una necesidad imperiosa de orinar a menudo.

Habitualmente se presentan perturbaciones de la sexualidad, impotencia, frigidez. Así como trastornos circulatorios con enfriamiento de las extremidades, hipotensión, palpitaciones, taquicardia e irregularidades en las pulsaciones. Moderada elevación térmica y a veces se observan verdaderas fiebres además de trastornos respiratorios y trastornos menstruales.

C A P I T U L O I X

T R A T A M I E N T O P S I C O L O G I C O

T R A T A M I E N T O P S I C O L O G I C O

La propuesta inicial sería la de trabajar en un nivel de atención primaria en la que se les proporcione a los pacientes información respecto a los cambios físicos, emocionales y de su ubicación dentro de su ciclo vital, aclarando sus dudas e inquietudes y favoreciendo la expresión afectiva de sus dificultades, con lo que se puede reorganizar y mostrar otras formas de percibir los mismos hechos. Esta acción por sí misma, en algunos pacientes, es suficiente y en poco tiempo se podría tener la oportunidad de observar una franca mejoría.

Sin embargo, algunos otros pacientes requieren de un abordaje de mayor especialización y es cuando el especialista en salud mental debe de trabajar directamente con el paciente. En estos casos la terapia breve de objetivos limitados ha demostrado utilidad en el abatimiento de síntomas. De manera particular en las instituciones, es la psicoterapia grupal la que en general se ha empleado y logrado cierto nivel de sistematización, es así que se puede separar en tres las etapas de trabajo. En primer lugar el paciente ingresa expresando sus molestias físicas, dificultades familiares y/o de pareja, con una sensación de no ser capaz de ejercer un control sobre las condiciones de su vida. Regularmente éste es un buen momento para iniciar un manejo de clarificación de sus problemas (por lo que es útil la participación del médico en la información

respecto al climaterio), que facilite el análisis de las alternativas que pudiese tener.

Esta primera parte sustenta un segundo momento en el que emerge la vivencia personal histórica, y se va correlacionando el recuerdo de los hechos dolorosos con su actual sensación de infravaloración y de desesperación. Técnicamente se favorece un proceso reflexivo que permita comprender los factores psicogenéticos de su estado actual, y se brinda la contención necesaria para que fortalezca sus funciones psíquicas y rescate paulatinamente un autoconcepto que le permita encontrar una nueva perspectiva ante la vida.

Por último, se podría trabajar en el sentido de plantear el proyecto de vida, lo que por sí mismo genera las acciones que les conducen a una sensación de mayor satisfacción y confianza.

A lo largo de este proceso, es importante que se mantenga una comunicación muy estrecha con el médico, pues sólo de esta forma los esfuerzos que cada uno está llevando a cabo confluirán en el interés común que se resume en colaborar a la salud general del paciente.

Como podemos notar, las acciones de trabajo psicoterapéutico tienen el sentido de reencontrar el camino del desarrollo productivo, enfatizando las características creativas de su

carácter, propiciando así, la toma de conciencia de su papel en esta etapa del ciclo vital, siendo quizás la forma más segura para retomar el control de la propia vida y por ende de la esperanza en el futuro a través de un acto libre que le dé el sentimiento de integridad y dignidad que todo ser humano merece

Sin embargo, no en todos los casos, el hecho de que se establezca una comunicación estrecha tanto con el médico como con el psicoterapeuta, ya es suficiente para mitigar y/o superar la crisis por la que esta pasando el paciente. Existen casos con manifestaciones psicopatológicas que requieren de ciertas pautas específicas a seguir en el manejo de algunas de estas que se presentan durante el climaterio desde un enfoque de psicoterapia analítica. Así tenemos que:

a) La Depresión

El deprimido en un principio requiere de una terapéutica de apoyo antes de explorar e interpretar sus síntomas; por lo que el psicólogo debe ser cauteloso y adoptar tempranamente una estrategia a seguir para evitar errores que resulten antiterapéuticos.

Debe evitarse el reforzar actitudes de niño indefenso por parte del paciente, sin embargo es aconsejable responder a las demandas de dependencia evitando interpretaciones que el paciente tomaría como actitud de rechazo.

Al iniciarse la entrevista, es preferible preguntar al paciente por su bajo estado de ánimo y no la razón por la que busca ayuda. Ante las respuestas lentas y quejas constantes del paciente, es necesario proseguir con la entrevista demostrando interés y seriedad, pues los comentarios humorísticos o una sonrisa podrían dar al paciente la impresión de que el psicólogo no está dispuesto a tolerar su melancolía. Una vez que el paciente ha descrito su depresión puede preguntarse sobre su vida en el pasado. Debe evitarse el que la entrevista se convierta en un cuestionario de preguntas y respuestas monosilábicas, comentando al paciente el hecho de que se le dificulte el hablar provocando en él una mayor participación. El silencio rara vez es útil, pues podría interpretarlo como una forma de desinterés.

Es importante brindarle constante apoyo y aprobación por su participación, aunque ésta consista solamente en contestar preguntas. Si el paciente pierde el hilo de la conversación, se le puede hacer un resumen de lo tratado y entablar un ritmo más lento de la entrevista. Cuando el paciente llora, se le dá apoyo y el tiempo para que se tranquilice y proseguir con la entrevista, si disimula las lágrimas, debe facilitarle la expresión emocional de sus sentimientos; esperando un tiempo prudente para proseguir, pues si se continúa con la entrevista demasiado pronto, el paciente lo tomará como impaciencia y desinterés por parte del psicólogo y si por el contrario, se espera demasiado, se perderá la comprensión.

Es importante indagar con qué personas ha establecido el paciente relaciones dependientes y con quien ha sufrido rupturas que pudieran ser precipitantes de su depresión.

Deben examinarse activamente los problemas de tipo físico, explorando así de qué manera se enfrenta a sus problemas y qué efectos tienen sus síntomas sobre su familia y sobre sí mismo. De qué manera reacciona cuando se siente mal o enfermo, qué piensa y cómo trata de curarse, preguntando también qué efecto ejercen sus síntomas físicos en los demás. El psicólogo proporcionará una comprensión acerca de la relación que existe entre los síntomas físicos y sus problemas psicológicos.

El desinterés que pueda mostrar por comprender sus problemas no debe interpretarse pues dichas interpretaciones se tomarán como rechazo y crítica.

La psicoterapia de apoyo consistirá entonces en aliviar la culpabilidad y el sufrimiento que experimenta el paciente, estimulando las esperanzas de mejoría y protegiéndolo contra sí mismo.

Una vez hecho ésto, puede proseguirse con la exploración psicodinámica de las causas de la depresión con el fin de resolverla y evitar el que se repita en el futuro.

Durante la terapia de apoyo se refuerzan todas las defensas que le son eficaces al individuo para protegerse de sus sentimientos dolorosos; el psicólogo se ofrece a sí mismo como sustituto del objeto de afecto perdido reemplazando temporalmente la frustración de la realidad. El hecho de sugerir al paciente que está enfermo, lo ayuda a disminuir su sentimiento de culpa, y a pensar en una posible mejoría.

No todos los pacientes tienen capacidad para ejercer la autocrítica, es por ésto que el psicólogo debe indagarlo cuanto antes con el fin de preveer si en algún momento se podrá abandonar la terapia de apoyo y pasar a la verdadera terapia exploratoria y de interpretación. Si el paciente se sirve de las interpretaciones tempranas del psicólogo para convencerse de que es indigno, resulta que todavía no es tiempo de llegar a la exploración. Sin embargo, puede lograrse una importante mejora clínica con el simple método de apoyo.

El desinterés y la indiferencia son mucho más destructivos en el tratamiento que los sentimientos de enojo o culpa por parte del psicólogo. El deprimido desea ser atendido, se requiere cuidado en cuanto a reaccionar con exceso a las demandas del paciente o en cuanto al rechazo de sus sentimientos; capacidad y sensibilidad para comprenderlo e interpretarlo eficazmente.

Suele ser eficaz la entrevista con los familiares del paciente que muchas veces desarrollan actitudes que contribuyen a la depresión del paciente. Otras veces la misma familia prefiere que el paciente siga así, siendo en este caso recomendable una terapia familiar.

b) La Manía

La manía puede presentarse o bien como un cuadro psicótico declarado, o bien como un síndrome hipomaniaco en el cual el paciente se sirve de defensas maniacas sin perder el contacto con la realidad, se expresa libremente acerca de cualquier tema, tiende a ser irritable aunque es más capaz de disimularlo en la entrevista que en el mundo exterior; el principal problema en su tratamiento radica en que hable sobre sus problemas en vez de tocar otros temas.

Es útil asociarse al humorismo del paciente e intercalar preguntas sencillas. La conducta maniaca ha de tratarse primero como una defensa contra el contacto emocional. La entrevista tiende a ser breve y deben aprovecharse los cambios de humor para comentar sus problemas.

c) La Paranoia

Debido a su desconfianza característica, es de utilidad en la entrevista mostrarse sumamente atento y demostrarle al paciente que no se le teme, sosteniendo su mirada atentamente durante la sesión. Es muy importante el averiguar acerca de sus malestares hipocondríacos para una mejor interpretación psicodinámica. Ha de permitirse al paciente contar su historia para favorecer el contacto que el paciente trata de evitar, deteniéndose en algunos detalles y preguntando al paciente de qué manera sugiere él que se le podría ayudar. Toda interpretación debe evitarse en las primeras etapas del tratamiento. En vez de tratar de convencerlo de que puede confiar en el psicólogo, se le dá la razón en cuanto a que no tiene por qué confiar abiertamente en un extraño y al mismo tiempo empatizar con su situación para favorecer la relación emocional; o sea, una relación auténtica y profesional más que personal.

Se le pide que hable acerca de sus experiencias en las que ha sido traicionado, enfrentándose a sus sentimientos, y si se muestra suspicaz y hace algún comentario acerca de que el entrevistador desea manipularlo, pueden explorarse entonces los motivos que el paciente le atribuye para hacerlo, descubriendo su temor a ser controlado y su conflicto de poder. No debe presionársele a que revele información pues sólo se reforzaría su miedo.

No debe mostrarse acuerdo con las ideas delirantes ni tampoco negarlas, simplemente preguntar al paciente la causa de su persecución, cuidándose de no hacer ninguna declaración engañosa, mostrándose franco pero sin discutir sus puntos de vista con el paciente. Al hablar del desacuerdo de sus parientes con su punto de vista, será útil expresarle que no necesariamente tiene que tomar partido, creando así dudas que proporcionan bases para el establecimiento de la relación terapéutica.

Para lograr la colaboración del paciente en su tratamiento, es indispensable motivarlo a ser un participante activo en el desarrollo de su propio plan de tratamiento. Para establecer una relación de confianza, el psicólogo debe ser escrupulosamente honrado y firme, apoyando las decisiones propias del paciente recalcando el que pueden existir desacuerdos entre él y el psicólogo.

Debe advertírsele que en cualquier momento sospechará del terapeuta, pero que ésto no deberá poner fin a la relación. Por otra parte, la evitación del humor es indispensable pues ésta persona carece de sentido del humor y lo tomará como una burla dirigida hacia sí mismo.

Las interpretaciones deben dejarse hasta que se establezca la confianza, mientras tanto se estimula la duda y la incertidumbre acerca de sus delirios. Es necesario ofrecer comentarios que reduzcan sus sentimientos de culpa.

Cuando el paciente comience a ver en el terapeuta a una persona omnipotente, será necesario hacerle ver su deformación idealizada soltándole datos que pongan en entredicho su sobreestimación hacia el terapeuta. Una herramienta terapéutica indispensable con estas personas es la introducción constante de la realidad protegiéndolo de sentimientos de humillación cuando se toquen tópicos acerca de su delirio.

Poco a poco el paciente comprenderá que él no es el centro del universo, cómo sus actitudes afectan a los demás y aprenderá que la gente es capaz de interesarse sinceramente por él.

d) La Histeria

El histérico siente una gran necesidad de aceptación, es por ésto que los intentos del terapeuta para explorar sus problemas se verán como amenazadores por el paciente. Generalmente al iniciarse la entrevista, el histérico suele tratar de simpatizarle al terapeuta halagándolo de alguna forma, por lo que se hace necesario desplazar el foco de atención hacia la problemática del paciente. En el caso de que el terapeuta sea del mismo sexo que el paciente, éste experimentará desilusión

(pues no podrá experimentar el aura de un nuevo romance), la interpretación de éste sentimiento será inútil ya que negará el sentimiento.

Se requiere de persistencia para conseguir información acerca de la conducta del paciente, pues siempre habla de la actitud de los demás, por lo tanto, es importante comunicarle que su actuación es importante y que debe influir sobre su medio ambiente en vez de dejarse llevar por él. El terapeuta deberá atender a los detalles en los que el paciente se contradice y a las nuevas exageraciones que relate en su historia para la interpretación animando al paciente a expresar sus sentimientos de soledad y tristeza.

Como parte de su interés por la vida del paciente, el terapeuta preguntará acerca de su estado físico sin expresar aún su relación con el estado psicológico, lo cual el paciente negaría. La ganancia secundaria de los síntomas físicos tampoco deberán interpretarse tempranamente aún y cuando el paciente parezca reconocerla, y por el contrario, comentar la pérdida secundaria que el paciente pudiera experimentar por sus dolencias.

El histérico suele evitar la responsabilidad de sus respuestas emocionales y de sus decisiones procurando que el terapeuta asuma la responsabilidad, demanda que el psicólogo desatenderá y en su lugar sugerirá al paciente la exploración

del conflicto que le impide ser responsable. Constantemente el paciente pedirá la opinión del terapeuta, a lo cual se puede comentar su sentimiento de desamparo o simplemente expresarle que no sabe qué decir.

Los estados de ánimo moderadamente depresivos en los principios de la terapia son el resultado de la interpretación de las defensas del histérico, dicha emoción motiva al cambio terapéutico por lo que el terapeuta no debe preocuparse mucho por aliviar la depresión.

Muchas veces el paciente no está realmente interesado en cambiar su vida, lo cual puede descubrirse en detalles como el hecho de pedir consejo para resolver problemas de otras personas, a lo cual el terapeuta debe remarcar el hecho de que para él no tiene ninguna utilidad para la solución de sus conflictos el hablar de los problemas de otros; el leer libros de psicología y discutir sus problemas con amigos para lo cual deberá interpretarse que el terapeuta no está otorgando la suficiente ayuda. Muchas veces el paciente emocionalmente distante parece le gustara escuchar las interpretaciones del terapeuta, será necesario hacerle notar dicha actitud. Y por último, indica poco interés el omitir datos importantes.

Sentimientos de soledad, depresión y ansiedad serán experimentados por el histérico cuando resulten acertadas las interpretaciones de sus defensas, en este momento el terapeuta

deberá satisfacer su dependencia y mostrarse preocupado sin abandonar su posición profesional.

Es característica la solicitud de privilegios especiales por parte del paciente a los cuales el terapeuta no deberá ni responder con rigidez y autoridad ni con indulgencia, simplemente debe concretarse a explorar la motivación subyacente de dichas demandas, mostrarse firme y al mismo tiempo amable y comprensivo.

e) Alteraciones psicosomáticas

Es indispensable interesarse en los problemas físicos del paciente para que éste permita que se le conozca como persona. Después de conocer sus síntomas físicos, se hace un historial personal y familiar junto con una descripción de su situación actual de vida. El terapeuta deberá estar atento a los datos relativos a las tensiones psicológicas susceptibles de relacionarse con los síntomas, observando durante la entrevista si se presenta en el paciente rubor, u otro tipo de respuesta fisiológicas o motoras al tocar un tópico determinado. Será de utilidad sugerir al paciente que describa en detalle un día típico o todo lo ocurrido durante la semana para eludir sus defensas. Poco a poco se va dirigiendo su atención hacia las respuestas emocionales de manera que el paciente desarrolle una mejor percepción de sus sentimientos. Se podrá preguntar, qué haría si no tuviera dichos trastornos físicos, lo cual

proporciona material acerca de la significación psicodinámica de los síntomas y de su ganancia secundaria; además de averiguar quién resiente el dolor del paciente.

Nunca se le sugerirá que su dolor no es real o que exagera.

Cuando el paciente cuestiona qué tipo de ayuda podrá encontrar en el tratamiento, el psicólogo podrá explicarle breve y sencillamente el efecto que sobre el organismo tienen los factores emocionales y la importancia de la comprensión de dichos sentimientos y su conexión con los síntomas físicos.

f) Impotencia y frigidez

Nat Lehrman (1977), sugiere para los problemas sexuales agudos, la psicoterapia y para los crónicos, el psicoanálisis; siendo el sistema de Masters y Johnson el ideal para las parejas que no están demasiado traumatizadas y se encuentran altamente motivadas a colaborar.

El tratamiento terapéutico de Masters y Johnson (1978) es en la actualidad el sistema más específico encaminado a tratar la incompatibilidad sexual. Estos autores, quienes se han dedicado al estudio profundo de la sexualidad humana, sugieren para el tratamiento de cualquier tipo de incompatibilidad sexual:

La terapia conjunta de la unidad conyugal, porque el paciente no es el cónyuge alterado, sino la relación matrimonial.

Equipos mixtos de terapia sexual, que consiste en incluir un miembro de cada sexo en el equipo terapéutico, otorgando así a cada miembro de la pareja a "un amigo en el tribunal" además de un intérprete. Se recurre a la intervención de éste equipo para interrumpir la interacción patológica entre los esposos mediante la discusión, la persuasión, liberación, identificación y educación. Por otra parte, la presión del equipo terapéutico ejerce una influencia positiva sobre el paciente alterado, contrarestando inhibiciones, tabúes y temores. La duración de dicho cambio va a depender de la medida en que la recompensa de la mutua satisfacción sexual, la sensación de dominio y el progreso de la autoestima pueden integrarse en una nueva experiencia generadora de desarrollo, en contraposición a la persistencia del conflicto que se resiste al cambio, se coloca a la experiencia positiva.

Se necesita describir detalladamente el problema sexual para ventilarlo y desarrollar cooperación y confianza mutuas entre el equipo terapéutico y la pareja. Se agrega en la terapia, la enseñanza de datos anatómicos y técnicas de estimulación que vencen a la inexperiencia y crean un sentimiento de dominio que se funda en el conocimiento.

Debido a que en la terapia individual el paciente del sexo opuesto al del terapeuta puede sentirse incomprendido por éste, se recomienda la intervención de un coterapeuta quien evaluará, transmitirá y representará claramente al miembro del mismo sexo de la pareja. Además, cada cónyuge es representado en la terapia de igual manera, centrando la terapia en la relación matrimonial y no en el cónyuge alterado.

No debe favorecerse la transferencia positiva con el miembro del sexo opuesto, ya que en este tipo de problemas puede convertirse en un obstáculo para la efectiva interrelación entre la pareja que lucha contra un problema sexual.

Es necesario que el compañero reconozca los temores de su pareja para que pueda ayudarle y aliviarle la angustia. Con el fin de establecer la comunicación en la pareja, los coterapeutas alentarán la discusión sirviendo como catalizadores y poco a poco dejarán que la pareja se comunique por sí sola.

Al interrogar a la pareja se procura sacar información detallada de la incompatibilidad sexual, de la personalidad de los cónyuges y su relación interpersonal para determinar qué cambios pueden efectuarse, con qué recursos se cuenta y cuáles son las motivaciones de la pareja para seguir la terapia. Si han habido encuentros sexuales exitosos, se consideran con el fin de comprender los requerimientos sexuales del individuo y lo más importante, nunca debe siquiera insinuarse la existencia

de una psicopatología que podría comunicar prejuicios, temor, enmascaramiento de hechos importantes o la pérdida de la confianza en la terapia desperdiciando un valioso material.

Al elaborar la historia sexual debe darse al sujeto un clima de tranquilidad creando una atmósfera sin prejuicios acerca de las ideas, valores o prácticas sexuales del paciente y aportando conocimientos en el momento apropiado haciendo énfasis en ubicar al sexo dentro de su contexto natural.

Debe pedirse a los esposos que se abstengan de discutir hasta que cada uno haya expuesto sus puntos de vista sin la crítica del otro facilitando así un mutuo conocimiento.

Primero, es necesario modificar los temores del cónyuge alterado relativos al desempeño sexual. Segundo, reorientar su pauta de conducta involuntaria de manera que se convierta en un participante activo y por último, aliviar los temores que el/la compañero (a) tiene por su rendimiento sexual.

Este tratamiento no se propone simplemente para facilitar el desempeño físico sexual, sino también mejorar la relación emocional total entre los dos protagonistas del acto sexual para que se convierta en algo más que una experiencia narcisista desprovista de significado y gratificación.

C A P I T U L O X

C O N C L U S I O N E S Y S U G E R E N C I A S

CONCLUSIONES

Habiendo revisado lo anterior, podemos concluir:

a) Que el climaterio es un período de la vida tanto del hombre como de la mujer que se caracteriza por un conjunto de cambios físicos y carencia hormonales, que marcan el comienzo del camino hacia la vejez y que son factores desencadenantes o agravantes de desajustes psicológicos, ocasionando conflictos personales, conyugales y familiares.

b) Que la comprensión y colaboración de la familia son elementos necesarios para el tratamiento exitoso del problema.

c) Que atacando directamente todo aquello que contribuye a mantener ciertos aspectos del problema, éste puede controlarse. Como sería por ejemplo, el ocupar a la mujer climatérica con una actividad constante y productiva que la alejara de sus pensamientos negativistas.

d) Que existen diferencias tanto en el hombre como en la mujer en cuanto a la sintomatología de la etapa climatérica dependiendo no solo en base a diferencias culturales ya que dentro de un mismo grupo étnico existen a su vez diferencias de síntomas fisiológicos y psicológicos dependiendo de su estrato social, económico y cultural. Existen también diferencias

significativas con respecto a la sintomatología de la mujer que trabaja fuera del hogar y de la que no trabaja, y de la que no trabaja y sólo se dedica al hogar con respecto a la que se involucra en otras actividades fuera del hogar, etc.

e) Que el deseo sexual nunca se pierde y es por demás conocida la primordial importancia que tiene la disposición psicológica que tiene el individuo hacia el sexo para lograr su satisfacción. Por lo que es necesario recalcar aquí la importancia de buscar ser atractiva (o atractivo) hacia el compañero sexual, por cualquier medio, procurándose una mutua satisfacción, dejando totalmente de lado prejuicios que solo atentan contra la armonía y la salud de la pareja. Si bien es cierto que la capacidad de procreación desaparece y que los órganos sexuales envejecen como todo el organismo, al igual que éste, no por ello dejan de funcionar. Para lograr dicha armonía se necesita la colaboración decidida de ambos cónyuges.

En resumen, es de vital importancia una ayuda psicológica que elimine esos "miedos supersticiosos" acerca del climaterio, lo cual lograra que tanto la familia, como el conyuge, como el sujeto mismo, acepten la existencia del problema, lo comprendan y lo combatan, para lo cual no debemos olvidar la gran ayuda que nos proporciona la medicación pertinente de hormonas y psicofármacos; y ya, una vez controlado el organismo por un médico especialista, la psicología se encargará de mantener al paciente en un equilibrio emocional.

SUGERENCIAS

Analizando lo anterior, sería beneficiosa la formación de grupos con asesoría psicológica, de 6 u 8 personas, que comentaran con el psicólogo sus problemas con la finalidad de que la persona climatérica no se sienta sola con su problema, lo conozca mejor y por lo mismo, sepa cómo controlarlo y dé sentido a su vida. Además de hacerla sentirse comprendida y apoyada por los miembros del grupo. A través de las sesiones del grupo, se les podría ir proporcionando la información necesaria acerca de su problema, así como la importancia de seguir un buen tratamiento médico según las necesidades individuales. Con esto resolveríamos una parte considerable de los trastornos psicológicos "normales" y físicos.

En cuanto a la importancia que tiene la familia para ayudar en el tratamiento, considero conveniente promover el contacto con los familiares de la o del sujeto, de manera que puedan conocer también el problema de climatérico para colaborar con su comprensión y apoyo.

Por otro lado, sería conveniente ensayar diversas formas y métodos para encarar los distintos aspectos del problema; una forma de lograr disipar pensamientos negativistas en la menopausia o andropausia respectivamente, sería ocupar a la persona en alguna actividad productiva. Podrían ensayarse por ejemplo actividades recreativas según los gustos e intereses afines a la edad. Se podría ensayar la forma de hacer sentir a la persona que es útil y necesaria, sobre todo si tiende a la depresión, o en el caso del hombre cuya jubilación se aproxima, prepararlo para que desarrolle otro tipo de intereses relacionados o no con su profesión, como sería el arte, trabajos manuales e incluso intelectuales en donde no necesite depender del trabajo que le proporcionó durante años la institución o la empresa a la que siempre perteneció; y así sucesivamente, analizando cada una de las manifestaciones del problema de acuerdo con cada individuo, buscar la forma adecuada para atacarla.

Por último, entrevistas combinadas a ambos cónyuges, si necesitan orientación para afianzar sus lazos matrimoniales. Se hace necesario concientizar a la pareja de que es justamente en este período cuando deben estar más unidos y aprender a convivir en su nueva situación, enfatizar en el hecho de que "no existe nada poco usual ni mucho menos inmoral en la regularidad de las funciones sexuales ni aún en el período de la vejez, menos aún durante el climaterio". En cierta forma, viven una situación privilegiada, en la mayoría de los casos,

pues generalmente se ha llegado a una cierta estabilidad económica, sin deberes para con los hijos que ya salen del hogar y con toda la libertad para hacer lo que deseen. En pocas palabras, debe lograrse que cada pareja fomente una actitud mental positiva que dé como resultado la estabilidad y estrechamiento de los lazos matrimoniales.

Así pues, esto nos conlleva a promover y generar líneas de investigación en torno a este tema tan interesante como es el del climaterio en mujeres y hombres mexicanos de diferentes medios sociales, culturales y económicos; con el fin de obtener datos estadísticos más reales y recientes, y soluciones más adecuadas a nuestra cultura latinoamericana y en especial a la de este país como es México.

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

Arieti, Silvano/Rosenthal, Saul H., "Adult Clinical Psychiatry" American Handbook of Psychiatry. Vol. III: Editor Basic Books. Second Edition. Revised and Expanded. New York. 1974.

Banner, E. "La Menopausia y la Postmenopausia". Tribuna Médica; 1989 55:23-27.

Bellak/Small. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Ed. Pax. México. Octubre 1990.

Botella Llusíá, J. La Edad Crítica (Climaterio y Menopausia). Barcelona, España. Ed. Salvat. 1990.

Brenner, P. "The Menopausal Syndrome". Obstet Gynecol. 1988. 72:6-11.

Browing, William J., M.D. "Male Climateric-an impotence value of gonadal stimulation". Reprinted from International Record of Medicine. Nov. 1960. Vol. 173. No. 11.

Calderone, M.S. Release from Sexual Tensions. Nueva York, Random House. 1960.

Cole, J. "Tratamiento Farmacológico de Ansiedad y Depresión".
Clin. Med. Norte Am.. 1988. 72:869-885.

DSM III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C. 3rd Edition. American Psychiatric Association. 1980.

Dupont, C. "El Tratamiento de Molestias Climatéricas con Valerianato de Estradiol". Med. Klin. 1967. 62, 35:1356.

Easterling, William E., Jr., M.D. "Managing the Menopause".
Reprinted an original article of American Family Physician.
Marzo 1973.

Enciclopedia de la Sexualidad. Vida Intima. México. ALGAR 1986.

Erickson, E. Identidad, Juventud y Crisis. Buenos Aires,
Argentina. Editorial Paidós. 1976.

Espinoza, Dr. "Depresión". Actualidades Médicas. México.
Abril 1973.

Fishbein, Dr. Efrain. "Tratamiento de la Impotencia Hipogodonal Empleando Gonadotropina Coriónica Potencializada". Revista de Medicina, México. Enero 25 de 1965. Tomo XLV - Año XLV - Núm. 956. Págs. 42-44.

Freud, S. Compendio de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina. Santiago Rueda Editores. 1938. O.C., XXI.

Freud, S. Sobre Psicoterapias. Buenos Aires, Argentina. Santiago Rueda Editores. 1905. O.C. XIV.

Frinkle, Alex I., M.D., Moyers, Thomas G., A.B. Tobenkin, Mark, I., M.D. & Karg, Sara. J. "Sexual Potency in Aging Males". JAMA, July 18, 1959. Vol. 170. No. 12.

Fry, J. "Trastornos del Sueño". Clin. Med. Norte Am.; 1987. 71:91-105.

Ganong, William F. Manual de Fisiología Media. México. Ed. El Manual Moderno S. A. 1971.

García Herrera, Ernesto. "El Climaterio Masculino" Sobretiro de la Revista Medicina. México. 1968. Tomo XLVIII - Año XLIX-Núm. 1047.

Gitlin, M., Pasnav, R. "Psychiatric Syndromes Linked to Reproductive Function in Women and Men". A Review of Current Knowledge. Amer. Journal Psychiatry. 1989. 146:1413-1422.

Goth, Andrés. Farmacología Médica. Ed. Interamericana, México, 1968.

Gould, W.L. "Impotencia". Sobretiro de la Revista Medicina. México. Nov. 25 de 1966. Tomo XLVI - Año XLVI - Núm. 1000.

Greenson, Ralph R. Técnica y Práctica del Psicoanálisis. México. Ed. Siglo IXXI. 1986.

Hans Huber Publishers. "Depressive Illness". Diagnosis, Assessments, Treatment. Viena. Ed: by P. Kielholz, Basle. Bern Stuttgart. 1972.

Hans Huber Publishers. "Depression in Every Day Practice". Diagnosis, Assessments, Treatment. Viena. Ed. by P. Kielholz, Basle. Bern Stuttgart. 1974.

Huppert, L. "Tratamiento Sustitutivo Hormonal: Beneficios, Riesgos, Dosis". Clin. Med. Norte Am.; 1987. 71:27-41.

Kinsey, A., Pomeroy, W., Y Martin C.E. Sexual Behavior in the Human Male. Filadelfia, PA. W.B. Saunders, Co.. 1948.

Kockeman, Alfons. "Los Andrógenos". Monografías de Schering A/G Berlín. Bergkamen, Alemania. 1970.

Lehr, Ursula. Psicología de la Senectud - Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. Barcelona, España. Edit. Herder. 1988.

Lehrman, Nat. Técnicas Sexuales de Masters y Johnson - Hacia una sexualidad sin problemas. Barcelona, España. Granica Editor. 1987.

Lemkau, Paul V. Higiene Mental. Fondo de Cultura Económica. México. 1974.

Mackinnon y Michels. Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interamericana. México. 1973.

Masters, W. y Johnson, V.E. Incompatibilidad Sexual Humana. Buenos Aires, Argentina. Ed. Intermédica. 1978.

Masters, W. y Johnson, V.E. Respuesta Sexual Humana. Buenos Aires, Argentina. Ed. Intermédica. 1978.

Masters, Johnson y Kolodny. La Sexualidad Humana. Ed. Grijalbo. 3 Volúmenes. 1980.

Mayer, Harry, M.D. "The Menopause-Interpretation and Management" Excerpta Médica. Ed.: Silson, R.A. and Craver, B.N. 1972.

MEDCOM, Inc. "Depresion". Monografía para Lakeside Laboratories Inc. Biblioteca del Congreso. 1970. Catálogo Núm. 78 - 137226.

- McCary, J. L. y McCary, S. P. Sexualidad Humana de McCary
México. Ed. Manual Moderno. 1986.
- Mishara, B.L., y Riedel R.G. El Proceso de Envejecimiento.
Madrid, España. Ediciones Morata. 1986.
- Monedero, Carmelo. Psicología Evolutiva y sus Manifestaciones
Psicopatológicas. Madrid, España. Ed. Biblioteca Nueva. 1972.
- Morales Carmona, F. "Temas Actuales de Ginecología y Obstetri-
cia" Aspectos Psicológicos. Asoc. Mex. de Gineco-Obstetricia.
México. 1991.
- Morel-Maroger, A. "Los Síndromes Depresivos". Lab. Ciba-Geigy.
Paris. 1974.
- Moreno Lara, Xabier. Triunfar en la Tercera Edad. Editorial
Mensajero, S.A. España. 1990.
- Murphy, E. "Social Origins of Depression in Old Age". Brit J.
Psychiat. 1982. 141:135-142.
- Naderson, C. Notman, M., Ellis, E. "Psychosomatic Aspects of
Obstetrics and Gynecology" Psychosom. 1983. 24:871-883.
- Newman, Gustave, M.D. & Nichols, Claude R., M.D., Dierham N.C.
"Sexual Activities in Older Persons". JAMA. 1960. Vol.173. No.1.

Newton, Michael. "Tratamiento de la Menopausia". Tribuna Médica.
Consulta. Ginecología. 1974.

Nolen, William A., Dr. La Crisis del Hombre Maduro. Editorial
Litoarte, S.A. de C.V. México. 1987.

Noyes, Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica
Mexicana. 1992.

Ostow, M. La Depresión: Psicología de la Melancolía. Madrid,
España. Alianza Editorial. 1973.

Pérez de Salazar Solana, Jose Luis. "Climaterio Femenino".
Monografía. Lito Ediciones Olimpia, S.A. 1972.

Pérez de Salazar Solana, José Luis, Dr., Betina García Tórreres,
Drs. Ruíz Velasco y Condi Manjarrez. "El Valerianat o de
Estradiol en el Tratamiento del Climaterio Femenino". Gineco-
logía y Obstetricia de México. México. Nov. 1971. Vol. 30.

Pfeiffer, E. "Geriatric Sex Behavior". Medical Aspects of
Human Sexuality. Nueva York. 1969. 3:19-28.

Rappoport, Leon. La Personalidad desde los 26 Años hasta la
Ancianidad. Biblioteca de Psicología Evolutiva. Buenos Aires,
Argentina. Edit. Paidós. 1978.

Robinson, H. Reid, M.D., F.A.C.S. University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas. "Estimulación Gonadal en la Impotencia0. Medical Record and Anuals. 1961.

Roland, Maxwell, M.D., Samuel Stules and William B. Ober. "Perimenopausal Patients". Geriatrics. May 1972. Vol. 27, pp. 138-145.

Rosenblatt, Teng, P., M.D., Kerpe, S., Beck, I. "Hormonal Replacement Therapy for Menopausal Symptoms". Medical Counterpoint 3, 53. 1971.

Salinas Rivero, Dr., Drs. Martínez Cárdenas, Flores de la Garza, y de la Garza. "Estudio Clínico, Citológico y Hormonal del Climaterio". Ginecología y Obstetricia de México. México. Febrero 1971. Vol. 29 Año XXVI Núm. 172.

Salvarezza, L. Psicogeriatría - Teoría y Clínica. México. Ed. Paidós. 1988.

Sapetti, A., Dr. y Kaplan, M. Dr. La Sexualidad Masculina. Buenos Aires, Argentina. Ed. Galeana. Octubre 1987.

Seid, Ben, M.D. "Tratamiento Gonadotrópico (HCG) de la Impotencia". Virginia Medical Monthly. Marzo 1962. 89:178-181.

Small, F. "The Psychology of Women": A Psychoanalytic Review. Can J. Psychiatry. 1989. 34:872-878.

Smith/Bierman. Las Edades Biológicas del Hombre -Desde la Concepción hasta la Edad Avanzada. México. Ed. Interamericana. 1975.

Stern, K. y Prados, M.: "Personality Studies in Menopausal Women". Amer. J. Psychiatry. 1946.

Strosberg, I. Y Damrau F. "Impotencia y Climaterio Masculino". Exper. Med. and Surg. Diciembre 1960. 18 (4): 371.

Ufer, J. Dr., "Sobre el Tratamiento de Molestias Climatéricas con Mezclas de Estéres de Hormonas de Acción Prolongada". Geb. u. Frauenheilkd. Berlín, Alemania. 1954. Vol. 14, No. 7, 650-655.

Vander, Dr. Willy and Dr. Fisher. The Illustrated Encyclopedia of Sex. New York, U.S.A. 1953. Cadillac Publishing Co., Inc.

Vázquez, Dr. Efraín, y Dra. Victoria Bruciaga. "Experiencia Ampliada con el Uso de la Terapia Secuencial en el Tratamiento de los Trastornos del Climaterio". Revista Médica del Hospital Español. Barcelona, España. Enero-Febrero 1967. Vol. XVII. No. 1.

Warner-Chilcott. "Climaterio Femenino". Guia Médica Ilustrada.
Boston, MA. U.S.A. 1975.

Wolan, Benjamin B. Psychological Aspects of Gynecology and
Obstetrics. Oradell, N.J. Medical Economics Company. 1978.