

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del Título de Psicóloga

"DEPRESIÓN EN MUJERES CON MENOPAUSIA ENTRE 50 Y 60
AÑOS DE EDAD DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL
CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA"

AUTORA:

RUBY ALEYDA TREJOS CEDIEL

DIRECTOR:

DR. EDUARDO MORÁN

Quito, 25 DE ENERO DEL 2011

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Quito, Enero – 25 - 2011

DEDICATORIA

Agradezco con toda mi alma a mi Dios que me levantaba cuando desfallecía sin abandonarme; a mi misma por superar cada reto; a mis padres por su apoyo y amor, en especial a mi madre con su forma maravillosa y única de tranquilizarme; a mi novio que estuvo motivándome durante este proceso; al Doctor Eduardo Morán que me guió y apoyó en esta investigación con su comprensión; y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron con palabras de aliento o una simple escucha para que este trabajo culminara.

INDICE GENERAL

1. Introducción.....	8
Capítulo I	
2. Depresión y Menopausia.....	11
2.1 Depresión desde el enfoque cognitivo.....	11
2.2 Menopausia.....	17
2.2.1 Proceso biológico de la menopausia.....	19
2.2.2. Aspectos psicológicos de la menopausia.....	20
2.2.3. Aspectos socio-ambientales de la Menopausia.....	22
2.3 Menopausia y síntomas depresivos.....	27
Capítulo II	
3. Contribución teórica de Ellis.....	30
3.1 Biografía.....	30
3.2 Aportes.....	33
3.3 Terapia Racional Emotivo Conductual.....	35
Capítulo III	
4. Resultados de la Investigación.....	45
Conclusiones y recomendaciones.....	119
Bibliografía.....	129
Anexo 1.....	132
INDICE DE CUADROS	
Cuadro 1.	
Edad actual de las mujeres y tiempo de estadía en la Menopausia.....	48
Cuadro 2.	
Lugar de nacimiento de las mujeres entrevistadas.....	49
Cuadro 3.	
Sector de residencia actual.....	50
Cuadro 4.	
Estado civil actual.....	51
Cuadro 5.	
Profesión u ocupación actual.....	53

Cuadro 6.	
Posición económica.....	55
Cuadro 7.	
Razón para ubicarse en esa clase social.....	56
Cuadro 8.	
Personas con quien vive.....	58
Cuadro 9.	
Calidad y tiempo que comparte con su familia.....	60
Cuadro 10.	
Relación con pareja actual.....	63
Cuadro 11.	
Orden de nacimiento, conformación de la familia de origen y tipo de relación en ella.....	66
Cuadro 12.	
Tiempo de ocio y actividades que realiza.....	70
Cuadro 13.	
Edad Menarquia y sentir sobre esto.....	73
Cuadro 14.	
Opinión personal de la Menstruación.....	76
Cuadro 15.	
Vivencia de la Menstruación en su vida: Responsabilidad, algo normal, molestia o placer.....	78
Cuadro 16.	
Malestar físico o psíquico: antes, durante o después de las menstruaciones.....	79
Cuadro 17.	
Edad de comienzo de Menopausia – sentires cuando lo supo.....	81
Cuadro 18.	
Diferencia entre esta etapa y la anterior.....	84
Cuadro 19.	
Influencia de la Menopausia en otras esferas de la personalidad.....	85
Cuadro 20.	
Cambios en la vida sexual por la Menopausia.....	87

Cuadro 21.	
Opinión de la sociedad sobre la Menopausia y su influencia.....	89
Cuadro 22.	
Opinión de la pareja sobre la Menopausia/influencia.....	91
Cuadro 23.	
Pensamientos ante los malestares físicos de la Menopausia.....	94
Cuadro 24.	
Lo más complicado de manejar en la Menopausia: comentarios de la gente, pensamientos o creencias, manifestaciones físicas.....	96
Cuadro 25.	
Estado físico y mental actuales.....	97
Cuadro 26.	
Humor en la mayoría del tiempo.....	99
Cuadro 27.	
Comentarios de seres cercanos respecto a su estado de ánimo.....	101
Cuadro 28.	
Actividad que disfruta o es placentera últimamente.....	103
Cuadro 29.	
Actividades que agradaban y actualmente ya no.....	104
Cuadro 30.	
Pérdida o aumento abrupto de peso.....	105
Cuadro 31.	
Apetito actual.....	106
Cuadro 32.	
Sueño y características.....	108
Cuadro 33.	
Existencia o no de fatiga actualmente.....	109
Cuadro 34.	
Parte motriz: agitación o enlentecimiento.....	110
Cuadro 35.	
Sentimientos de inutilidad o culpa.....	111
Cuadro 36.	
Cambios en forma de pensar, concentrarse, indecisión.....	113

Cuadro 37.	
Ideación suicida.....	114
Cuadro 38.	
Medicamentos que influyan en el estado de ánimo.....	115
Cuadro 39.	
Familiares con problemas psicológicos o físicos.....	116
Cuadro 40.	
Malestar psicológico en su vida.....	116
Cuadro 41.	
Duelos elaborados.....	118

1. INTRODUCCION

Este trabajo nace de la interacción con mujeres que estaban cursando la Menopausia en un centro de atención ginecológica, y es desde aquí donde se puede observar como éstas, en su discurso, manifestaban síntomas psíquicos que, en ese instante, no estaban vinculados con la psicología sino únicamente con la medicina, bajo cuyo contexto eran tratados de forma farmacológica, ya que se concebía el origen de su malestar con una argumentación netamente fisiológica.

Ahondando en los síntomas se podía notar que estos correspondían a manifestaciones que parecían depresivas, y en la mayoría de los casos eran justificadas por éstas, como consecuencia de su edad. Y es así como se decide analizar el discurso de estas mujeres y, al mismo tiempo, elegir un enfoque desde donde se pueda analizar, para ratificar o negar, si estos síntomas -que desde siempre se han manejado desde el área de la medicina- tendrían cabida en la psicología, mostrándose como sintomatología paralela o asociada al proceso de la Menopausia.

Con estos antecedentes un primer paso ineludible fue el determinar cuál era la relación de prevalencia existente entre la menopausia y los trastornos psíquicos, y debido a lo extenso del tema se vio importante estudiar específicamente el vínculo entre Menopausia y Depresión.

La escuela psicológica que se tomó como la más adecuada para la temática fue la cognitiva conductual, con uno de sus prominentes expositores Albert Ellis, quien expone cómo puede detectarse si un sujeto está cursando depresión y las razones por las cuales lo hace, integrando el contexto, que es predominante para las mujeres que cursan la depresión, y concepciones que puedan ser causantes de un malestar psíquico –todo esto claro está- desde su posicionamiento denominado Terapia Racional Emotivo Conductual, del cual Ellis es su creador.

A continuación, se encontrará en este estudio un acercamiento a la depresión desde el enfoque cognitivo conductual, el cual concibe a este malestar como creado en parte, de manera consciente, debido a creencias, ideas o percepciones distorsionadas, que se encargan de explicar la etiología, desarrollo, y mantenimiento de los síntomas.

Al mismo tiempo se ahonda en el significado de Menopausia, lo que ésta implica a nivel físico, orgánico y funcional, con el fin de encontrar la posible relación entre la sintomatología física y aquella que pueda asociarse con un proceso depresivo. Se analiza también con este preámbulo, aspectos psicológicos que puedan encontrarse en el proceso menopáusico.

Los aspectos socio-ambientales que rodean al proceso menopáusico son otro tema importante que se destaca en esta investigación, dado que el análisis de cada mujer lleva a estudiarla, no como un ser aislado en un proceso físico, sino como un ser integral con muchas esferas que lo componen.

El saber hasta qué punto existe bibliografía o conocimientos sobre este tema de investigación, dio luz para tomarlo en cuenta como un tópico que debería exponerse en este trabajo; por lo tanto, se puede ver una descripción casi histórica de cómo se ha venido relacionando menopausia con síntomas depresivos.

La metodología que se encuentra en las posteriores páginas corresponde a entrevistas abiertas, aplicadas de forma individual a las mujeres, con diferentes tópicos como datos generales, familia de origen, su hogar actual, percepción de la Menstruación, ideas, concepciones y creencias propias y sociales de la Menopausia, con el fin de establecer -según el posicionamiento teórico adoptado por este trabajo- si en realidad existía una incidencia de depresión durante el proceso menopáusico.

Para finalizar se expone las conclusiones de este estudio y algunas recomendaciones en cuanto a éstas, que puedan ser aplicadas a las mujeres que atraviesan este proceso, demostrando la conveniencia e importancia de considerar a la menopausia desde una perspectiva psicológica, de modo que la atención médica la incluya.

Cabe aclarar entonces que se toma como objetivo general el determinar la prevalencia de depresión en mujeres menopáusicas y los conceptos alrededor de este proceso en ellas, tratándolos desde el enfoque cognitivo conductual, en donde sería importante como objetivos específicos de la investigación el definir si existen grados y tipos de depresión en estas mujeres, el determinar sus prejuicios, estereotipos,

imaginarios, alrededor del concepto de Menopausia y su influencia en la vida de estas, al mismo tiempo que se observaría como en un modelo de tratamiento biológico se percibe el campo de lo psicológico, además de diseñar un proceso de intervención cognitivo conductual para estas mujeres diagnosticadas con Menopausia en el “Centro Integral de Atención al Climaterio y la Menopausia”.

CAPITULO I

2. DEPRESIÓN Y MENOPAUSIA

2.1 DEPRESIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO

Si bien existen algunas formas de definir la depresión, se ha elegido tratarla directamente desde el enfoque cognitivo, sin necesidad de comparar o confrontar con otras definiciones y enfoques.

Para el modelo cognitivo conductual la depresión se explica desde tres conceptos específicos: la triada cognitiva, esquemas inadecuados y errores en el procesamiento de la información. En donde la triada consiste a su vez en tres patrones cognitivos que inducen al sujeto a una consideración patógena de sí mismo, de su futuro y de sus experiencias inmediatas.

La consideración negativa de sí mismo se basa en que el sujeto se autoevalúa como inútil, con poca valía, defectuoso, enfermo y basándose en estas conceptualizaciones explica lo desagradable de sus experiencias, ya que todo, de una forma egocéntrica, se basaría en sus falencias de tipo psíquico, moral o físico. Por ende, su apreciación es de poca valía o estima, autocrítica severa y, por lo tanto, no “tendría” lo necesario para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo patrón consiste en la interpretación negativa de las experiencias que cursa, ya que a su parecer el mundo a su alrededor le hace demandas exageradas, y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aún cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.¹

¹ BECK, Aaron, y otros, *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15ª Edición, Editorial Descleé de Brouwer, España, 2002, pág 19.

Lo más importante en este caso por parte de la terapia es que el depresivo, con el llamado a la reflexión, mediante la exposición de otras disyuntivas, tome el camino hacia interpretaciones más adecuadas.

El patrón que se encuentra en tercer lugar en la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro, viéndolo a este como desolador y con desesperanza, ya que este simplemente sería un alargamiento de lo que ya está viviendo; en este caso, sufrimientos, dificultades, frustraciones y privaciones interminables. El sujeto, de una manera rígida, anticipa que todo lo que pueda proyectarse a un futuro va ser desagradable o poco exitoso; es por esta razón que no emprenderá nada a largo plazo, porque sus expectativas son de fracaso total.

En cuanto a lo que concierne al resto de los síntomas del depresivo (tristeza, irritabilidad, poca fuerza de voluntad, deseos de escape, evitación, ideación suicida, apatía, inhibición psicomotriz), el modelo cognitivo centra su etiología en patrones cognitivos negativos.

El segundo concepto preponderante en la explicación de la depresión, para el modelo cognitivo, consiste en esquemas, que son *“estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información (Beck, 1967, 1987)”*².

Según Aaron estas estructuras, cuya función principal es la asignación de significado, se elaboran mediante interacciones repetidas entre el ambiente y *“estructuras preexistentes, innatas e indiferenciadas denominadas protoesquemas”*³. Aquí puede notarse la importancia que la escuela cognitiva asigna a los patrones que ya vienen de la estructura de un individuo en forma innata; es así como estos, junto a las demandas ambientales, entran en acción para interpretar la circunstancia que afronta el sujeto.

² GABALDA, Isabel, *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona-España, 1997, pág 120.

³ Idem, pág. 121.

Por ende, la función de estos esquemas en la explicación de la depresión consiste en que estos patrones cognitivos serían inadecuados y prepotentes, dando como resultado conceptualizaciones distorsionadas de las situaciones, alejándose del concepto de la realidad por uno totalmente subjetivo; y es aquí donde se genera el trastorno psíquico -en general- para el modelo cognitivo conductual.

Desde una visión técnica el trastorno psíquico se caracteriza por esquemas idiosincráticos desadaptativos, que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente. Vale aclarar que se habla de “activación”, ya que este patrón cognitivo puede estar inactivo por largos periodos de tiempo, si no es estimulado por un acontecimiento ambiental o externo específico, como las situaciones generadoras de ansiedad.

Beck menciona que entre más uso se le dé a este tipo de esquemas, se vuelve cada vez más fácil evocarlos ante cualquier estímulo, de modo que con el tiempo y una frecuencia de uso alta, el sujeto se olvidará de que existe otro tipo de esquemas y, por lo tanto, interpretaciones más adecuadas de los estímulos.

Según la gravedad de la depresión, estos esquemas van despojando de mayor voluntad al sujeto, de tal forma que en las depresiones agudas el paciente vive sus pensamientos de una forma automática, con un control nulo sobre estos y sus consecuencias; en otras palabras, entre más se agudice la depresión y el sujeto emplee como única opción los esquemas negativos, de tal forma, que los use de manera habitual, pierde sistemáticamente la capacidad para reflexionar sobre la veracidad de sus interpretaciones, ya que se encuentra absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes.

Se puede evidenciar en un sujeto con estas características, la dificultad de concentración en estímulos externos (como por ejemplo, leer, responder preguntas, etc.), o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos).⁴

⁴ BECK, Aaron, y otros, *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15ª Edición, Editorial Descleé de Brouwer, España, 2002, pág 21.

Este tipo de degeneración o patologización en el uso de los esquemas desadaptativos en la depresión, se debe a que tienden a ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos. Es por esta razón que en el modelo cognitivo, lo más importante para el cambio es lograr identificar que existe este tipo de pensamientos inadecuados, para llegar así a modificarlos, y que no se lleguen a instaurar de modo crónico. Ya que estos esquemas juegan un papel fundamental guiando pensamientos, sentimientos y conductas. En síntesis, en este modelo lo que los individuos creen y comprenden es mucho más importante que los pensamientos que entran en su flujo de consciencia.

El error en el procesamiento de la información es un concepto fundamental en el enfoque cognitivo conductual para explicar la depresión, ya que el sujeto al seleccionar, diferenciar, codificar e interpretar el material que se expone a sus sentidos, lo hace de una forma sesgada de diversas maneras:

- 1) Por un fenómeno denominado **inferencia arbitraria**, por la que puede adelantar conclusiones en ausencia de evidencias, o cuando esta es contraria a la conclusión;
- 2) Por **abstracción selectiva** en la que se centra en un detalle específico aislado de su contexto, bajo el cual reduce la conceptualización de la experiencia, como resultado de la omisión de estímulos más relevantes en la situación.
- 3) O, realizando una **generalización excesiva**, por la que elabora una regla general a partir de uno o varios hechos aislados, aplicándola tanto en situaciones relacionadas, como en las que no tengan ninguna vinculación;
- 4) Puede generar maximización o minimización en la evaluación de un evento, en ocasiones atribuidas, asimismo, a fenómenos externos sin una base para tal conexión, fenómeno que se conoce como **personalización**,
- 5) Inclusive la persona puede clasificar sus experiencias en una o dos categorías opuestas, en forma de **pensamientos absolutistas, dicotómicos**.⁵

Beck plantea que *“una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la*

⁵ BECK, Aaron, y otros, Art. Cit, pág. 21-22.

*realidad vs. modos “maduros”*⁶. Justamente la manera primitiva de organizar las experiencias corresponde a la formación de juicios globales, contenidos de pensamiento extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc.

Se llama primitivo por comparación con los estadios del desarrollo planteados por Piaget, específicamente referido al pensamiento infantil (no-formal), contrario al pensamiento “maduro”, estadio posterior del desarrollo, cuya característica principal consiste en la integración automática de las situaciones en varias dimensiones, de una forma más relativa que absolutista. A continuación se muestra una representación esquemática de este planteamiento:

PENSAMIENTO “PRIMITIVO”

1. *No dimensional y global*: Soy un miedoso.

2. *Absolutista y moralista*: Soy un despreciable cobarde.

3. *Invariable*: Siempre fui y siempre seré un cobarde.

4. *“Diagnóstico basado en el carácter”*
Hay algo extraño en mi carácter

5. *Irreversibilidad*: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema.

PENSAMIENTO “MADURO”

Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.

Relativo; no emite juicios de valor:
Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.

Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.

“Diagnóstico conductual”: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos medios.

Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.

Fuente: BECK, Aaron, y otros, Terapia Cognitiva de la Depresión, 2002.

En cuanto a una etiología de la depresión, Beck dice que la escuela cognitiva ofrece en su modelo, una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas

⁶ Idem, pág. 22.

proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.⁷

Conviene acotar que esta explicación revela un saldo psicoanalítico que Beck aún posee, ya que atribuye el origen o la base de una patología a una interacción con las primeras figuras de vinculación de un ser humano. Sin embargo, el aporte de este postulado es que, dado que estos esquemas se reactivan frente a una situación específica, podría ser identificada, y por ello mismo, removida o trabajada en ese instante, a pesar de que se encuentra en relación directa con el pasado.

En síntesis, se puede decir que la mayor crítica que se le ha hecho al psicoanálisis por parte de la escuela cognitiva es que no trabaja el ahora, el presente del sujeto, sino con acontecimientos del pasado. Con esta vinculación que se menciona en este postulado cognitivo se podría trabajar un estímulo reactivado desde el pasado con el mismo efecto con hechos del presente, dadas sus similitudes o analogías.

Por otro lado, se podría pensar que el concepto del modelo cognitivo no toma en cuenta el espacio extra-psíquico o contexto del sujeto, al hablar el origen de la depresión, “limitando” su etiología a una interpretación interna errónea, aunque no deja de lado la importancia que puede tener el ambiente y su interacción con éste como factor en el desarrollo o mejoría de un malestar.

Así, pues, se tiene claro que el contexto puede ayudar a corroborar o negar la imagen negativa que pueda tener el depresivo en ese momento, por ejemplo, si el sujeto se aleja de sus seres significativos y, al mismo tiempo, estos tienen una reacción negativa frente al ambiente sumando concepciones inadecuadas o poco funcionales para el sujeto en ese momento (críticas), confirmarían los conceptos de minusvalía (autorechazo y autocrítica) que podría estar manejando la persona en su malestar.

⁷ BECK, Aaron, y otros, Art. Cit, pág. 23.

En cambio si existe alguien que comprende la posición negativa del enfermo y le sirve de representación social de la sociedad, para ayudarlo a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos, contrarrestará los pensamientos que crean malestar y, por lo tanto, será un aporte a su tratamiento.

Toda esta concepción se da porque la teoría cognitiva se apoya en el postulado de Bandura que dice *“la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona”*⁸. Por esta razón, se deduce que un grupo de apoyo social positivo sirve al depresivo para compensar su tendencia a subestimarse, mediante demostraciones de aceptación, respeto y afecto.

2.2 MENOPAUSIA

La menopausia es un proceso natural en la vida de toda mujer que consiste en el cese definitivo de los ciclos menstruales, debido a la interrupción de la actividad folicular ovárica usual a causa de variaciones hormonales específicas en esta época de la vida; suele darse alrededor de los 40 y 55 años de edad, pero ésta puede variar de acuerdo a muchos factores entre ellos la menarquia de la mujer, cultura, intervenciones quirúrgicas, entre otras.

En la cultura occidental la menopausia ha sido signada con características negativas, que se han ido edificando alrededor de una serie de circunstancias sociales, familiares, etc, que se suman a ésta y, por lo tanto, hacen que su vivencia sea dada con una expectativa negativa y peyorativa sin poder dar cabida a una conceptualización propia.

Se dice que ha comenzado la menopausia cuando se ha dado amenorrea por un año completo y sin interrupciones, y es desde aquí que comienzan a darse una serie de características que han sido descritas como generadas por este cambio hormonal pero que a su vez, a través del tiempo, se ha ido comprobando que no se presentan en toda mujer y por ende depende de ésta y su historial.

⁸ BECK, Aaron, y otros, Art. Cit, pág. 24. Los aportes de Bandura son citados en el texto de Beck.

En esta época comienzan a aparecer una serie de complicaciones tanto físicas como psíquicas, las cuales a su vez vienen dadas por cuestiones hormonales o por contextos ambientales, que se presentan paralelamente a esta transición. Son precisamente estas vivencias las que hacen para las mujeres que la atraviesan, que se acreciente la mala fama, que tanto se promulga en el saber popular sobre la menopausia.

Entre las manifestaciones físicas se pueden evidenciar trastornos cardiovasculares, osteoporosis, trastornos del aparato genito-urinario, entre otros. Por otra parte, las manifestaciones psíquicas pueden oscilar entre depresión, trastornos del sueño, de la alimentación, cefaleas, etc.

Dentro de la Menopausia, a su vez, se describen las etapas previa y posterior a ésta que se denominan pre-menopausia y postmenopausia respectivamente. La pre-menopausia puede tener su inicio a los 35 años y se caracteriza por cambios irregulares en el ciclo menstrual y características físicas específicas de ésta.

En cuanto a la postmenopausia, esta se define como el periodo desde que se instaura la menopausia hasta el final del climaterio, el cual con frecuencia se confunde con la menopausia por sus puntos en común; pero éste consiste en el *“período de transición entre los últimos años de la etapa reproductiva y la vida post-reproductiva, que se inicia con la desaparición progresiva de la función ovárica”*⁹

Actualmente la menopausia es tratada en su mayoría con procedimientos fisiológicos, que buscan restablecer las condiciones hormonales ideales o normales para el buen funcionamiento del aparato reproductivo, y lógicamente esto se debe a que su conceptualización está dada como un desbalance hormonal y, por ende, en él se pone un mayor énfasis para su tratamiento.

⁹ GUTIÉRREZ, Germán, y otros, “Menopausia”, *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*, Colombia, Julio, 1999, Páginas 40.

Una de las técnicas empleadas es la THS (Terapia Hormonal Sustitutiva) que se muestra como la primera e ideal opción frente a la sintomatología menopáusica, pero que incluso está contraindicada para algunas mujeres.

2.2.1. Proceso biológico de la Menopausia

Para poder hablar del proceso biológico intrínseco a la Menopausia se debe hacer hincapié en el proceso normal del sistema reproductor femenino. Generalmente, los ovarios encargados del ciclo menstrual de cada mujer, a través de la producción de óvulos, son estimulados gracias a la acción de las gonadotropinas hipofisarias para que se desarrolle el folículo lo suficiente como para salir a las trompas de Falopio.

Todas las mujeres al nacer tienen una cantidad de dos millones de folículos en sus ovarios, los que para la pubertad se han reducido a 350.000 en promedio, y precisamente el cese total de estos es la causa de la menopausia, ya que al no haber folículos no hay óvulos y, entonces, no hay proceso de ovulación en el que entrarán en dinámica una serie de hormonas, que sirven para diversas funciones en el cuerpo de la mujer, y están dadas por el cuerpo lúteo que es el mismo folículo, cuando ya se ha desprendido de él el huevo.

Entre estas hormonas imprescindibles se encuentran los estrógenos y progestágenos, responsables de la sintomatología presente en la Menopausia, estos dan como resultado de su disminución que se produzca un mayor número de hormonas folículo-estimulantes y luteinizantes.

Como consecuencia de la deficiente síntesis ovárica de estrógenos, se produce un aumento de la secreción de las hormonas folículo-estimulante (FSH) y luteinizante (LH). Al mismo tiempo, las células del estroma ovárico y de las glándulas suprarrenales aumentan la síntesis de androstenediona, un andrógeno débil que es transformado a estrona en los tejidos periféricos (sobre todo a nivel del tejido adiposo) y se convierte en el estrógeno primordial de la mujer postmenopáusica.¹⁰

¹⁰ GUTIÉRREZ, Germán, y otros, Op. Cit, p.42.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en la Menopausia son síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna, taquicardia transitoria, palpitaciones), alteraciones del aparato genitourinario (sequedad de la vagina, incontinencia de esfuerzo, dispareunia, infecciones locales), modificaciones en la piel y el cabello (piel y cabello fino y frágil, arrugas, pérdida de cabello, en el vello axilar y pubiano hay pérdida del lanugo femenino), trastornos cardiovasculares, osteoporosis, cambios psicológicos y emocionales (irritabilidad, depresión, insomnio, alteraciones de la memoria a corto plazo, variabilidad en el estado de ánimo), modificaciones de la sexualidad (disminución de la libido, pérdida del interés sexual, atrofia vaginal), entre otras.

A menudo se sitúa el insomnio como un síntoma físico pero es factible explicar su existencia por los calores nocturnos. Estos síntomas pueden cesar con un tratamiento a base de estrógenos. Adicionalmente no hay que perder de vista el carácter emocional de estos, que pueden ser causados por tensión, estrés, nerviosismo, angustia, etc. (hay síntomas que no tienen que ver necesariamente con la menopausia sino con el proceso de envejecimiento).

Ya que no es necesario profundizar sobre el asunto, se puede tomar en cuenta que *“Los sofocos y los sudores nocturnos suelen ser más pronunciados en las mujeres que han tenido menopausia inducida que en las que han tenido menopausia natural.”*¹¹

2.2.2. Aspectos Psicológicos de la Menopausia

Frecuentemente la menopausia juega un rol de chivo expiatorio en las mujeres que la están atravesando, ya que ésta pasa a ser de una forma indirecta la “causa” de todas las problemáticas que se puedan estar viviendo o presentando en ese momento y, que seguramente, sin tomarlo en cuenta puedan tener otro origen; este puede ser a causa de los problemas físicos, emocionales, laborales o familiares. Cuando lo adecuado al encontrar síntomas psíquicos asociados a la Menopausia sería analizarlos bajo la

¹¹ GRUPO CIENTIFICO DE LA OMS, *Investigaciones sobre la Menopausia en los años noventa*, España, 1996.

premisa de una asociación entre cambios físicos, influencias culturales y “*expectativas y percepciones individuales del proceso*”¹²

Existen investigaciones que describen la presencia de síntomas físicos a raíz de elementos psíquicos, como por ejemplo la cita que se señala en la revista española *Avances en Psicología Latinoamericana*:

*[...], diversas investigaciones han encontrado una relación entre el estrés y algunos de los síntomas primarios, y en concreto, con la aparición de sofocos (Gannon, Hensel y Goodwin, 1987). Esos autores encontraron que los sofocos son más prevalentes durante tareas estresantes. Por tanto, un síntoma físico característico de la menopausia, tan desagradable para las mujeres, podría ser susceptible de ser tratado mediante tratamiento cognitivo conductual.*¹³

Se están dando a conocer pruebas –desde el área médica- para afirmar que en ciertos casos, síntomas expresados en el cuerpo tienen una causa más allá de éste y su parte fisiológica, con lo que se estaría considerando que el área psíquica es uno de los factores causantes de reacciones en el área física, traduciendo una consideración dualista del ser humano, que creíamos ya superada, pero que pone al descubierto la posibilidad y apertura de la intervención psicológica en estos casos.

Y para seguir señalando a la autora Cristina Larroy se cita a continuación un párrafo donde ratifica estos presupuestos:

*En la actualidad los profesionales de la salud y los medios de comunicación difunden permanentemente que la menopausia es un proceso patológico lleno de riesgos para las mujeres y por tanto susceptible de tratamiento (Díaz, 2002). Esta autora indica que sólo existe evidencia de que el descenso de estrógenos se asocia a síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de masa ósea, y que el resto de los síntomas no son específicos de la menopausia estando más relacionados con factores psicológicos y socioculturales.*¹⁴

¹² PÉREZ, Sempere, y otros, “Menopausia y depresión”, *Psiquiatría pública*, Núm. 4, Vol. 10, Leganés, España, Julio-Agosto 1998, Páginas 249-250.

¹³ LARROY, Cristina, y otros, “Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la Menopausia”, *Avances en Psicología Latinoamericana, Fundación para el avance de la Psicología*, año/vol. 22, Bogotá, Colombia, 2004, pág. 78.

¹⁴ LARROY, Cristina y otros, Art. Cit., pág. 79.

En esta cita se puede encontrar una visión nueva para ahondar en la investigación de otro tipo de razones en especial ambientales, que puedan estar alrededor de la sintomatología menopáusica, que hasta ahora no se han tomado como relevantes o significativas para su estudio y, por lo tanto, posible intervención.

2.2.3. Aspectos Socio-Ambientales de la Menopausia

Se sabe que en Occidente siempre se ha relacionado el concepto de menopausia con una mujer que tiene un humor bastante peculiar, y de hecho, se han atribuido características comportamentales a ésta sin ningún fundamento científico sino más bien como una construcción social, que se hace masiva desde su vivencia y, desde allí, se vive como paradigma.

Se hace entonces imprescindible para hablar de menopausia verla desde sus contextos sociales, familiares y fisiológicos, ya que, el error que se ha cometido para definirla y, por lo tanto, encontrarle un tratamiento adecuado, es aislarla de su esfera psicosocial.

La connotación principal del término menopausia es, la mayoría de veces, negativa o despectiva, y cuando la mujer atraviesa esta etapa puede serle aún más difícil aceptarla, pues existe una carga social que soslaya la objetividad u opinión que pueda tener sobre esa nueva experiencia.

Efectivamente, según Matthews (1991) los síntomas que puede presentar o no una mujer que atraviesa la menopausia se ven influenciados por la percepción o el concepto que maneje su cultura o sociedad frente a ésta, ya que se han encontrado casos en los que los síntomas de la menopausia son pocos o escasos, si la valoración que se tiene de esta etapa de la vida es positiva e incluso admirada; caso contrario, si la conceptualización que se tiene es negativa o despectiva, lo que generalmente se encuentra en occidente, sucedería lo que Matthews plantea.

Leod cha pai-lom cha ma, que literalmente significa “la sangre se irá, el viento vendrá”, es la expresión que se utiliza en Tailandia para referirse a

los cambios y al bienestar relacionados con la Menopausia, pues es cuando las mujeres adquieren una mejor posición social y se liberan del vínculo sexo-procreación, así como los posibles problemas menstruales; es decir, tienen ahí una actitud positiva hacia la menopausia, y muchas mujeres la esperan con gusto por el sentimiento de independencia que les brinda (Punyahotra y Dennerstein, 1997).¹⁵

En esta cita se puede notar los cambios en la experiencia de la menopausia cuando su percepción o conceptualización es positiva, opuesto a lo que se puede apreciar en contraposición en la siguiente cita: [...] *las conclusiones de un estudio cualitativo realizado en México a 20 mujeres de entre 45 y 65 años (Pelcastre-Villafuerte et al., 2001) indican que las mujeres realizan representaciones sociales que se construyen alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento.*¹⁶

Este es un ejemplo donde se puede encontrar el valor o la connotación negativa que construyen estas mujeres en cuanto a la menopausia, que en su mayor parte se ve originada desde la cultura porque, como se podía ver en la cita anterior a ésta, existen culturas donde se favorece a la menopausia como otra vivencia; aún más si se aplica la teoría de Matthews con la cual se podría predecir las reacciones o las vivencias que estas mujeres tendrán, o experimentarán en este proceso.

Para poder trascender sobre todas estas apreciaciones de las mujeres, un punto imprescindible para comprender la connotación o percepción que se ha vendido de la menopausia y en la cual se ve involucrado el contexto, es el análisis que se desprende de cada época y de quienes han venido aportando con diversos conceptos, conforme la experimentaron de forma directa o indirecta.

En 1896 se comienza el primer discurso científico acerca de la depresión en la Menopausia con Emil Kraepelin, psiquiatra alemán quien nombra a la “melancolía involutiva” como la primera entidad que hacía una relación directa entre la depresión y la menopausia, apareciendo ésta en la “época de involución”, después de los 50 años. Y a pesar de que poco después, en 1921, el creador de este término se retractó

¹⁵ JIMÉNEZ, Laila y MARVÁN, María, “Significado psicológico de la Menopausia en mujeres en etapa adulta media”, *Psicología y salud*, número 001, año/vol. 15, Xalapa-México, Enero-Junio, 2005, páginas 69-76.

¹⁶ LARROY, Cristina, y otros, Art. Cit., pág. 79.

diciendo que no podía ser una entidad por sí misma, en Estados Unidos y Francia en los años 30 seguían manteniendo a este tipo de depresión como un postulado, llevando con esto a que se siguieran incrementando los textos en donde continuaba apareciendo la menopausia como una fase propicia para los problemas depresivos. El autor Daniel Delanoe de la Universidad de Guadalajara afirma, en un artículo, a la Revista Investigación en Salud:

*Frente a una mujer con menopausia y deprimida, la primera interpretación de los clínicos es atribuir dicho estado al cese de los ciclos menstruales. Así pues, la psiquiatría moderna ha retomado, de la medicina francesa de los siglos XVIII y XIX, la idea de la menopausia como factor desencadenante de problemas psíquicos.*¹⁷

En contrapunto a este discurso se puede encontrar estudios empíricos, en los que se puede comprobar que la menopausia no es razón suficiente para que una mujer pueda sufrir de depresión. Incluso después de todas estas afirmaciones de la psiquiatría, un profesional de la misma rama, llamado Frédéric Rouillon, publica en una revisión que hizo sobre la epidemiología de la depresión que “*la depresión clásica jamás ha sido demostrada en los trabajos epidemiológicos*”¹⁸. Ésta, al ser una visión diferente a lo que históricamente se venía planteando no fue lo suficientemente controversial o, por lo menos influyente, dentro del discurso clínico sino hasta mucho después.

Y si a temas biológicos se refiere, el autor Ballinger, psiquiatra y estudioso sobre el tema concluyó que, contrariamente a la creencia difundida sobre los cambios hormonales en la menopausia, éstos tienen poca influencia en la salud mental. Por el contrario, los estudios sí arrojan como posibles causantes de depresión en esta época acontecimientos como cambios en la estructura familiar, la salida del hogar de los hijos, tener al cuidado personas de edad mayor, la jubilación, el reencuentro con la pareja, entre otras. Y es en estos estudios empíricos, donde se comienza a descubrir las connotaciones negativas o prejuicios que lleva la cultura consigo frente a la menopausia, lo que según Daniel Delanoe quiso afirmar Ballinger:

¹⁷ DELANOE, Daniel, “La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia”, *Investigación en salud Universidad de Guadalajara*, Abril, año/vol. IV, número 001, Guadalajara, México, 2002.

¹⁸ Idem, pág. 4.

[...]Ballinger constata que en la cultura occidental persisten los prejuicios negativos sobre la menopausia y la convicción de que ésta es la antesala del deterioro del bienestar psíquico y atribuye la persistencia de este mito a la influencia que ejercen sobre la población los medios de comunicación masivos y a la promoción de las ventas de estrógenos.¹⁹

Otro ámbito muy importante que está dentro de la cultura es esta nominación que ha influido en la connotación que se pueda dar a la Menopausia y este es el “género”. Desde el principio se creía que la histeria, asociada directamente con la depresión y la menopausia, solamente se podía dar en las mujeres por una cuestión simplemente biológica, pero después se rectificó comprobando que, independientemente de que el órgano que había dado pie a ésta patología se hallaba en la mujer, el hombre también podía padecerla.

Dado que se está hablando de la sociedad y su influencia, cabe mencionar lo importante que es analizar los roles que desempeñan socialmente el hombre y la mujer. Ésta última siempre ha sido quien destina en su vida un tiempo mayor a actividades no retribuidas de forma monetaria, cuando entran cuestiones en cuanto al rol familiar, contrario al hombre quien tiene más disposición hacia otro tipo de actividades más “masculinas”, y que no “cabrían” dentro de las de una mujer, para sustentar la siguiente afirmación se cita en el siguiente párrafo:

Respecto a los factores individuales y sociales que favorecen la depresión se encuentra el triple papel que han de jugar las mujeres hoy en día: ser amas de casa, cuidar de los hijos y trabajar fuera del hogar. Cabe destacar que las mujeres dedican, por término medio, dos tercios de su tiempo libre a actividades no remuneradas, mientras que los hombres sólo le dedican un tercio. La responsabilidad que conlleva el conjugar todas estas funciones aumenta el estrés y el riesgo de depresión. Según De la Gándara, "se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juega un papel muy importante en la depresión, aunque casi siempre es un evento de estrés específico el que desencadena un episodio depresivo.

Existen, además, otros factores de gran importancia en el origen de la enfermedad: en las mujeres casadas hay una menor incidencia de este trastorno en comparación con las separadas o divorciadas. Aunque la calidad de un matrimonio también influye en gran medida, puesto que una falta de intimidad o confianza, junto a problemas maritales graves están relacionados con la prevalencia de la depresión en la mujer. De hecho, las

¹⁹ DELANOE, Daniel, Op. Cit.

*tasas más altas de incidencia de depresión se dan en matrimonios infelices.*²⁰

En esta cita se puede comprender como a una mujer, después de encontrarse la mayoría de su vida bajo este estrés, le cuesta adaptarse a su nuevo contexto cuando llega la menopausia y con ésta, sus características, entendiendo que los hijos de los cuales estuvo todo el tiempo pendiente se han ido, o el trabajo por el cual no le alcanzaba el tiempo y vivía bajo presión, ya no está (si lo ejerció).

Por otro lado, la pareja juega un papel primordial en la etiología o mantenimiento de éste trastorno en la menopausia, ya que en esta época los esposos vuelven a reencontrarse y se vierte otra dinámica desconocida desde hace mucho tiempo, sumado a la influencia que pueda tener la concepción que él también maneje de la menopausia.

Desde una visión social se puede analizar cómo la mujer, a través de la historia, ha adquirido un significado por sus diferentes representaciones, en función del sexo. En la menopausia se ponen en juego las concepciones mentales en cuanto a la vejez. El peso en estas concepciones se da gracias a la imagen negativa, que enfatiza las carencias en la vejez, la cual incluye a la menopausia, facilitando así el rechazo social hacia esta etapa.

No conviene olvidar la idea de que los sentidos que cada persona asigne a su existencia, a su sistema global de valores, etc, definirán la percepción del sentido y valor de la vejez tanto propia como ajena. Por lo tanto, desde la sociedad hacia la mujer menopáusica se estaría orquestando una discriminación tanto por su edad como por su género.

²⁰ ANÓNIMO, *Menopausia y Depresión*, 21 Marzo 2005, <http://www.klip7.cl/blogsalud/femenina/2005/03/menopausia-y-depresin.html>.

2.3 MENOPAUSIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

La cultura occidental ha construido una serie de mitos alrededor de la menopausia, en su mayoría peyorativos, al describir a las mujeres que la atraviesan como “histéricas”, hipersensibles e insoportables, modificando así esta etapa de la vida la personalidad usual, o al menos carácter de estas mujeres, y es aquí donde entra a colación la depresión como uno de los trastornos psíquicos o emocionales “más característicos”, que pueden darse como resultado de la llegada a la menopausia (a pesar de no estar aún comprobado de forma científica).

Dada la frecuencia de la incidencia de depresión en la menopausia se establecía a ésta como la causa de tan común malestar psíquico, contrapunteando con la actualidad, en donde las investigaciones han descubierto que no necesariamente existe una relación directa entre estas dos entidades como se creía antes, con la excepción de mujeres que en su historia clínica hayan sufrido de algún trastorno depresivo, o una menopausia quirúrgica y, por lo tanto, sea más alta su propensión.

Los trastornos afectivos han sido, probablemente, los que con mayor frecuencia se han asociado a la menopausia. Incluso Kraepelin se refirió a ella al escribir acerca de la melancolía involutiva en relación con la menopausia. Sin embargo, los estudios más recientes vienen a desmitificar esta conexión, ya que no hallan evidencias significativas que permitan establecer la existencia de un trastorno depresivo asociado específicamente a dicho periodo, ni la mayor prevalencia de mujeres depresivas entre las menopáusicas, señalándose la excepción en aquellas mujeres con trastornos afectivos previos de curso cíclico o asociados a acontecimientos relacionados con la reproducción (mujeres que han padecido previamente síndrome premenstrual, depresión posparto y/o depresión en los años previos a la menopausia).²¹

Es tentativo creer que un cambio tan significativo como el hormonal, que da pie a una serie de síntomas físicos, no pueda ser también la razón de las molestias psíquicas, aunque estas hipótesis pueden volverse más llamativas ante la escasez de trabajos actuales sobre los tipos de etiología en los trastornos psíquicos, en una entidad que desde la visión médica tendría una causa netamente física.

²¹ PÉREZ, Sempere, y otros, Art. Cit, pág. 249.

La depresión que pueda presentarse en la menopausia no tiene ninguna diferencia en comparación a las que se pueden presentar en otras épocas de la vida. Realmente esa depresión en la menopausia se ha vinculado más con circunstancias como la menopausia inducida a través de una intervención quirúrgica, una preexistencia de depresión, estado actual de salud, problemas menstruales, problemas en su ámbito social o familiar, y una expectativa o concepción negativa frente a la menopausia. [...] *ha sido la menopausia quirúrgica la que se ha relacionado con mayor índice de depresión. No está claro si sólo se debe al déficit brusco hormonal, a la situación psicosocial o a la enfermedad que provocó la intervención.*²²

Se puede notar en esta cita que los comentarios que se presentan como conclusiones de circunstancias específicas, no pueden llegar a ser afirmaciones concretas de relaciones directas de causa y efecto.

La esperanza de vida en la mujer, a medida que avanza el tiempo, ha ido aumentando debido a los avances en las diferentes ciencias, lo que ha hecho que un mayor número de mujeres atraviesen la menopausia y vivencien un malestar significativo respecto a ésta en la actualidad. Mientras que en épocas anteriores con baja esperanza de vida se asociaba la menopausia con el envejecimiento.

Los estudios referenciales en cuanto a la menopausia datan de una época diferente a la actual, como es el caso de Kraepelin en 1896 por ejemplo, cuando este ciclo de la mujer se veía totalmente sesgado por la patologización del momento. En este punto cabe denotar que la mujer actual tiene una visión diferente de la menopausia, incluso se podría decir que no tan peyorativa como en tiempos atrás. Un artículo publicado por la Universidad de Guadalajara afirma lo siguiente: *“La mujer moderna, por su mayor integración social, posee una consciencia mucho menos dolorosa ante la crisis de climaterio que sus antecesoras”*²³.

²² PEYTON, Deborah, “La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino”, *Avances en Psicología Latinoamericana*, año/vol. 25, número 001, Bogotá, Colombia, 2007, pág. 47.

²³ DELANOE, Daniel, “La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia”, *Investigación en salud Universidad de Guadalajara*, Abril, año/vol. IV, número 001, Guadalajara, México, 2002.

Así que si las mujeres actuales experimentan sensaciones, sentimientos y estados de ánimo depresivos, y traducen estos fenómenos en sus modos de relación y en sus estilos de vida, es posible que no se deba a condiciones orgánicas en primera instancia, sino que en estas vivencias femeninas pueden existir elementos claramente de orden emocional, afectivo, o social-cultural.

CAPÍTULO II

3. CONTRIBUCIÓN TEÓRICA DE ELLIS

3.1 BIOGRAFÍA

Albert Ellis nació el 27 de Septiembre de 1913 en Pittsburgh-Pensilvania (Estados Unidos) en una familia judía compuesta por tres hermanos de los cuales este era el mayor, le seguía un hermano dos años menor y una hermana con cuatro años de diferencia.

Las características de su hogar mostradas por el mismo autor en su autobiografía describen a padres poco amorosos; su padre un negociante con escaso éxito profesional, que se ausentaba con frecuencia, y su madre una mujer bipolar y ensimismada, no fueron apoyo afectivo para Ellis incluso cuando este sufrió de varias enfermedades (renal, amigdalitis y escarlatina) que lo empujaron varias veces al hospital a intervenciones, entre sus cinco a siete años de edad.

Tuvo que responsabilizarse de sus hermanos desde muy pequeño ya que su madre no respondía a sus obligaciones dada su inestabilidad emocional. Pero más allá de quejarse Albert aprendió a sobrevivir con eso ya que, en sus propias palabras, aprendió a desarrollar una indiferencia creciente a estas negligencias.

Sus estudios comenzaron inclinándose a la economía que culminó en una Licenciatura en la City University of New York. Así comienza una breve carrera seguida de una como escritor, aunque no le fue tan bien en razón de los sucesos en la época de la Gran Depresión económica que comenzó en 1929.

Y es en 1942 cuando empiezan sus estudios de PhD en psicología clínica en la Universidad de Columbia, la cual para ese entonces formaba psicólogos orientados fundamentalmente al psicoanálisis. Terminó su grado de Máster en psicología clínica en el Teachers College de la Universidad de Columbia en junio de 1943 y empezó

prácticas privadas a tiempo parcial -ya que posiblemente no tenía licencia para ejercer como psicólogo en New York- al mismo tiempo que trabajaba en su tesis.

Como la mayoría de los terapeutas de su época, Ellis comienza un análisis personal y un programa de supervisión con Richard Hulbeck (cuyo analista había sido Herman Rorschach), que era un analista líder en la formación en el Instituto de Karen Horney, justamente después de su maestría (1947).

La autora de mayor influencia en el pensamiento de Albert es Karen Horney aunque Alfred Adler, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan también han jugado un papel determinante en sus modelos psicológicos. Otro autor importante que menciona Ellis es Alfred Korzybski y su libro “*Ciencia y Cordura*”, ubicándole como el comienzo para la creación de la teoría racional-emotiva. Otra influencia importante en la teoría de Ellis fueron las lecturas y prácticas de filosofías de Epicteto, Marco Aurelio, Spinoza y Bertrand Rusell, bajo cuya inspiración ha trabajado muchos de sus postulados, incluso antes de estar en análisis.

Ellis consideraba que su abordaje surgía de la antigua tradición estoica (racionalismo que liga en forma indisoluble la lógica, la física y la moral²⁴), apoyada por filósofos tales como Spinoza, además de las similitudes con el existencialismo y la psicología existencialista, ya que cualquier propuesta que implica la responsabilidad del individuo con sus creencias, tendrá aspectos comunes con su teoría.²⁵

A pesar de su formación psicoanalítica se separa de esta escuela en 1953 dada la inconformidad en el progreso en la terapia, y es así, que va creando su propia teoría, que a diferencia del psicoanálisis es más activa y directiva.

Empezó a enseñar su nueva técnica a otros terapeutas desde 1954. En 1957 expuso por primera vez la terapia cognitivo conductual, después de lo cual escribió su primer libro “*Cómo vivir con un neurótico*”, que fue elaborado con su nuevo método y publicado dos años más tarde. Tuvo una presentación de su teoría en 1960 en una

²⁴ “El pequeño Larousse”, Diccionario Enciclopedico, 10^{ma} edición, 2004, MMIII, 423.

²⁵ BOEREE, George, *Teorías de la Personalidad*, 1998,
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/ellis.htm>.

convención en Chicago, organizada por la Asociación Americana de Psicología, aunque no fue considerada de mucho interés.

Como ha sucedido con muchos psicólogos, su enfoque no fue acogido inmediatamente; sin embargo Ellis fundó en 1959 su propio instituto (organización sin afán de lucro), “para la Vida Racional”. En 1968 fue declarado por la mesa de gobernadores del Estado de New York como un instituto de aprendizaje y de psicología clínica, lo cual era bastante mérito para el contexto.²⁶

En el 2003 Albert Ellis fue premiado por la Asociación para la Terapia Racional-Emotiva Conductual (Reino Unido) por la formulación y el desarrollo de la TREC. En el 2004 Ellis se enfermó con un problema intestinal grave que condujo a una hospitalización de emergencia y, posteriormente, a la necesidad de que le extirparan su intestino grueso. La persona que estuvo a su cuidado fue Debbie Joffe, que hasta ese entonces era su ayudante, poco después la convierte en su esposa. Un año más tarde ha debido abandonar su trabajo, incluso el del instituto, después de una disputa política por la dirección de éste.

Falleció el 24 de julio del 2007 en Manhattan a la edad de 93 años, momentos en los que se encontraba escribiendo un libro sobre su teoría de la personalidad junto al Dr. Mike Abrams y la Dra. Lidia Abrams.

²⁶ COLABORADORES DE WIKIPEDIA, *Albert Ellis*, 10 de Noviembre del 2010, http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Ellis.

3.2. APORTES

- a) Ellis propuso en su teoría, basándose en el filósofo Epicteto, que no son en realidad los hechos o acontecimientos los que causan el malestar o una consecuencia desfavorable, sino la interpretación que hagamos de estos con nuestro sistema de creencias.
- b) Según su modelo estas creencias irracionales son creadas a partir de una interpretación errónea de la realidad, originada en muchas personas, a partir de acontecimientos negativos que, a su vez, les lleva a configurar actitudes o formas de sentir provocadoras de emociones o conductas disfuncionales, que perpetúan el malestar, o un sufrimiento innecesario, o productores de emociones y conductas desproporcionadas con respecto a una situación específica.
- c) Estas conductas o actitudes son comportamientos “auto-saboteadores”, que dificultan (o impiden) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- d) La base de su teoría y su mayor aporte se basa en una disposición innata e instintiva denominada “*Masturbatory*”²⁷, que consiste en la tendencia hacia la perturbación emocional a través de una interpretación negativa de los acontecimientos en la realidad, que se caracterizaría por guiar al ser humano siempre hacia el lado inadecuado y menos sano de las conceptualizaciones de las experiencias del sujeto.
- e) La neurosis para Ellis se traducían simplemente en *un imperativo* que el sujeto vivía constantemente, ya que detrás de toda neurosis (según postula) se puede encontrar una exigencia o demanda absolutista, y ésta puede producirse para consigo mismo, con los demás y el Universo.

²⁷ ELLIS, Albert y otros, *Manual de Terapia Racional Emotiva*, 9na Edición, Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao-España, 2003, pág. 22.

- f) Para el autor existe una gran variedad de “*errores del pensamiento*” típicos en los que un sujeto puede obsesionarse y, por lo tanto, perder la posibilidad de ver otras dimensiones de su vida. Y estos se originan específicamente, al ignorar los aspectos positivos, exagerar los negativos, y hacer generalizaciones perjudiciales en todo. Y es por esto que la terapia se basaría en declinar la “*filosofía demandante*” para reemplazarla por una “*filosofía preferencial*”.²⁸
- g) Para Albert Ellis es totalmente irracional sentir baja autoestima ya que es imposible asignar un valor “general” y rígido a una persona (bueno o malo), “*lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas*” y “*la opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos*”. Y es así que propone como alternativa, el concepto de “*auto-aceptación*”, que se traduce en “*un amor incondicional a nosotros mismos*” solamente por el hecho de existir y sin juzgarnos por nuestros hechos, sino valorando lo que somos. El propio autor define este enfoque por ser eminentemente humanista.²⁹
- h) Después de muchos análisis sobre los tests de personalidad de la época, Ellis concluyó que el único test que cumplía todos los requisitos para ser usado como instrumento válido para la investigación era el Minnesota Multiphasic Personality Inventory.
- i) Ellis creía que el sujeto, al trabajar bajo el análisis racional recibido por un psicoterapeuta racional emotivo conductual, podría entender sus creencias irracionales y, por ende, podría cambiarlas por una posición más racional.
- j) Por lo tanto, el terapeuta debe ser aquel que guía al paciente a encontrar sus ideas irracionales y tener un cambio de filosofía, demostrando al paciente sus éxitos y debatiendo la creencia irracional en vez de abalanzarse sobre el síntoma en sí mismo.

²⁸ TOM, *Albert Ellis y la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)*, Sábado 15 de Agosto del año 2009, <http://sicolog.com/?a=1681>

²⁹ TOM, *Albert Ellis y la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)*, Sábado 15 de Agosto del año 2009, <http://sicolog.com/?a=1681>

- k) Ellis era bastante escéptico sobre la existencia de un “verdadero” self, criticando específicamente la idea de un conflicto constante entre un self promovido por la actualización, en contra de otro impulsado por la sociedad. De hecho, dice, “*la propia naturaleza y la propia sociedad más bien se apoyan entre sí, en vez de ser conceptos antagónicos*”³⁰
- l) Albert no apoyaba la idea de un self transpersonal o alma, sumado a que era escéptico con respecto a los estados alterados de consciencia, ya que considera a estos estados más irreales que trascendentes.

3.3. TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

La terapia racional emotivo conductual es una de las terapias más destacadas de la escuela cognitiva conductual, este enfoque fue creado por Albert Ellis en el año de 1955, en un contexto donde aún se daba un mayor crédito al psicoanálisis, el cual era el que regía la psicoterapia en ese momento junto con el conductismo; y es precisamente frente a la inconformidad con la escuela fundada por Freud que Ellis intenta plantear una propuesta, acorde a las demandas, debido a que no había podido aliviar a los pacientes, según su experiencia clínica.

Esta terapia se funda básicamente en la idea de que el ser humano es responsable, en gran parte, de los problemas a nivel psíquico que lo acongojan, ya que es a través de “*creencias irracionales*” internalizadas que interpreta los estímulos que vienen de fuera a causar malestar, según cómo los tome. Y es aquí donde Albert expone una de sus principales teorías para explicar esta dinámica del malestar psíquico.

La “*teoría ABC de la perturbación emocional*” esquematiza que A es la experiencia o acontecimiento activador, B es la creencia, idea o valoración irracional y, C, la consecuencia emocional o conductual. La siguiente cita lo aclara:

³⁰BOEREE, George, *Teorías de la Personalidad*, 1998, <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/ellis.htm>.

La teoría RET, por tanto, afirma claramente que las Experiencias Activadoras en A, como la pérdida de un empleo, no hacen que tengas Consecuencias emocionales en C, tales como los sentimientos de depresión, desesperación y pánico, y no te llevan a las Consecuencias conductuales tales como la inercia y la evasión. Más bien, tú eres el factor principal que produce tus propias Consecuencias, en C, al creer firmemente ciertas cosas en B, tú Sistema de Creencias, innatamente predispuesto y aprendido, adquirido³¹.

Por lo tanto, sí es posible controlar, en buena parte, las conductas que causan malestar. El siguiente paso sería identificar este tipo de creencias irracionales para voluntariamente modificarlas, y es aquí donde el autor plantea que se podrían descubrir de una forma autodidacta buscando cada uno sus “debería”, “tengo que” y “es necesario que” absolutistas, ya que las personas los usan frecuentemente de forma imperativa para con ellos mismos, los demás y el Universo; esto se puede dar de una forma consciente o inconsciente por parte del sujeto.

Claro que existen excepciones, cuando las creencias irracionales no sólo involucran estos imperativos sino que son “afirmaciones no empíricas o irreales”³², que a su vez son originadas por *supra* - generalizaciones sacadas de datos que se vivencian. Por lo tanto, tendrían un grado de verdad pero no el suficiente como para crear la realidad y, peor aún, el malestar. Esta es su postulación:

Casi siempre, por tanto, las Creencias irracionales (Ci) no solamente brotan de tu tendencia humana a ver el mundo algo deformado y a hacer afirmaciones antiempíricas acerca de lo que te ha ocurrido o te ocurrirá probablemente, sino de tus afirmaciones exigentes e imperativas acerca de “te debería ocurrir” o “es preciso que te ocurra” de tal forma así puedes conseguir absoluta y necesariamente lo que deseas. Si realmente te mantuvieras en tus deseos y preferencias y nunca las proyectaras a las necesidades y exigencias, muy pocas veces te harías afirmaciones antiempíricas a ti mismo y a otras personas. Pero tan pronto como conviertes tus deseos en horribles necesidades, tales afirmaciones irreales se originan casi inevitablemente, y con frecuencia, en grado abundante³³.

³¹ ELLIS, Albert y otros, *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, 9na Edición, Editorial Desclée de Brouwer, España, 2003, p, 20.

³² Idem, p. 21.

³³ Idem, p. 22.

En esta cita puede denotarse como idea principal la baja tolerancia a la frustración que pueden tener algunas personas frente al cómo, cuándo y dónde se realicen las cosas que deseen; más aún, se puede hablar de que la sociedad actual tiene como característica principal este inmediatez, que hace que este tipo de concepciones, en referencia a la época en la que fueron descubiertas, se incrementen.

Adicionando a este resultado, en la actualidad puede encontrarse que algunos medios de comunicación ofrecen, de una forma consumista, objetos o deseos y preferencias -como dice la cita- para que se conviertan en algo que es inevitablemente “necesario” para un supuesto bienestar y supuestamente “ser feliz”. Incluso, este tipo de liberalismo capitalista, puede pensarse como una razón más para justificar algunos tipos de malestar psíquico en la sociedad presente.

Se explica, entonces, cómo se construyen estos pensamientos, qué generan y en qué forma lo hacen, al mismo tiempo que surge la pregunta ¿porqué los seres humanos insisten en reproducirlos si son tan perjudiciales?.

Yendo más allá, Ellis, propone un origen biológico a este tipo de búsqueda de perturbación en el ser humano, una característica que -en sus palabras- sería innata, vendría como un chip instalado en cada uno, desde el momento en el que nace, y esto es, sin importar raza, sexo, cultura, etc. He aquí su afirmación:

(...) la forma de pensar, sentir emociones y comportarse irracionalmente parece tener intrínsecamente una base de características biológicas (¹). Antes de discutir este punto, voy a definir lo que quiero decir al usar los términos fundamento biológico e irracionalidad. Por fundamento biológico entiendo que una característica o rasgo tiene unos orígenes marcadamente innatos (así como también adquiridos); en parte brota de la fácil y natural predisposición del organismo a comportarse de una forma característica.

No quiero decir que esta característica o rasgo tiene una base puramente instintiva, que no puede experimentar ningún cambio mayor, ni que este organismo perecería, o al menos viviría en una miseria indecente, sin ella.

Solamente quiero decir que, a consecuencia de su naturaleza genética y/o congénita, una persona desarrolla fácilmente su rasgo y encuentra dificultad en modificarlo y eliminarlo.

*Entiendo por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que se interfiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.*³⁴

Este tipo de explicación para una conducta bastante thanática en el ser humano hace denotar la influencia que este autor pudo tener del psicoanálisis, y no necesariamente porque estuviera de acuerdo, sino más bien de una forma involuntaria, por la experiencia que tuvo que pasar al ser el psicoanálisis en una época su única escuela, y por lo tanto, única manera de comprender los trastornos psíquicos.

Y es aquí donde se puede notar una contradicción con la escuela cognitiva, ya que a pesar de que la terapia racional emotiva fue creada como una alternativa al psicoanálisis, se le está dando una característica típica de los postulados de Freud. Ya que con esta concepción se le quita poder al sujeto para contrarrestar su malestar o influir conscientemente en este, porque a pesar de que pueda reconocer sus creencias irracionales (las cuales son las causas de las conductas de inconformidad), para poder así “dominar” su problemática, se le está omitiendo el derecho a que pueda encontrar la autonomía para una mejoría perdurable o al menos profunda.

Ellis se refiere aquí a que el sujeto puede reconocer el origen de un malestar y de pronto erradicarlo, pero este no sería el único o último que se le presente ya que, dado su instinto y esta concepción, puede mantener incluso ambivalencias en sus concepciones, siempre va estar buscando esta necesidad de perturbación -lo que conlleva a que siempre tenga que luchar con alguna creencia que le este causando inestabilidad psíquica o, simplemente, una interpretación errónea y, por lo tanto, no constructiva para su aparato psíquico.

El punto principal de la terapia de Ellis se basaría en reconocer estas “*creencias irracionales*” para modificar la interpretación que se da a los estímulos, y así, no crear una consecuencia o conducta que interfiera con la salud mental. Él ofrece varias pautas para reconocerlas en sí mismo, de forma autoinstruida, mediante

³⁴ ELLIS, Albert y otros, *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, 9na Edición, Editorial Desclée de Brouwer, España, 2003, p, 27-28. Tomado de ELLIS, Albert, “*El fundamento biológico de la irracionalidad humana*”, *Journal of Individual Psychology*, 1976, 32 (2), 145-168.

cuestionamientos, como encontrar los principales ejes de las creencias irracionales de: “sentirte horrible, no poder soportar la vida, poseer una “necesidad–perturbadora” y maldiciones a ti mismo y a los demás”³⁵. Por lo tanto, cuando el sujeto encuentre en su discurso una de estas frases, podrá notar que detrás de estas se encuentra una creencia irracional, que posiblemente en ese instante sea la causa de un malestar. Ya que cuando se experimenta algún tipo de problema emocional, se puede suponer que creencias irracionales adoptan una o más de estas cuatro formas básicas y/o que todas aparecen relacionadas una con otra.³⁶

Sin embargo, cabe aclarar que Ellis manifestó que esto tampoco se podía generalizar. “[...] no hagamos excesivas clasificaciones y no insistamos en que todos los desórdenes conductuales consisten exclusivamente en la exigencia interna. Muy probablemente no. Pero la mayor parte de lo que normalmente llamamos problemas emocionales, probablemente sí.”³⁷

Ellis basa su teoría de una tendencia natural e innata hacia la perturbación, en resultados que se citan luego, que se originaron en la evidencia que recogió en sus estudios para la creación de su teoría, y en las conclusiones de estos experimentos considerados por el autor de gran valía, ya que son bastante amplias y abrumadoras:

1. Todas las principales irracionalidades humanas, incluyendo las cuatro más importantes, y todas las que se engloban en estas cuatro (sentirse horrible, no poder soportar algo, la “necesidad – perturbadora” y la auto-condena) parecen existir, bajo una forma u otra, en casi todas las personas.
2. Casi todas las irracionalidades principales que ahora existen se han extendido poderosamente en prácticamente todos los grupos sociales y culturales que se ha investigado histórica y antropológicamente.
3. Muchas de las irracionalidades que las personas siguen ciegamente van contra de lo que dicen sus padres, compañeros o medios de comunicación social.

³⁵ ELLIS, Albert y otros, Art. Cit, pág. 24.

³⁶ Ref. cit. ELLIS, Albert y otros, *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, 9na Edición, Editorial Desclée de Brouwer, España, 2003, p. 23.

³⁷ Idem., p. 24.

4. Casi todas las irracionalidades son verdaderas y aplicables no sólo para personas ignorantes y muy perturbadas, sino también para las que son muy inteligentes, educadas y casi no están perturbadas.
5. El extremismo tiende a permanecer como un rasgo natural humano aunque tome una forma u otra.
6. Las condiciones ambientales insólitas a veces producen comportamientos inesperados, en personas normalmente sanas.
7. Las personas que se oponen fuertemente a varias clases de irracionalidades a veces caen presa de ellas.
8. Existe una tendencia humana básica a tener dos creencias contradictorias al mismo tiempo, una “intelectual” que se mantiene débil y ocasionalmente y otra “emocional” que se mantiene vigorosa y consistente, y es por esto que se actuará según esta última.
9. No importa cuán duro ni cuánto tiempo trabajen las personas para superar sus pensamientos y comportamientos irracionales, normalmente encuentran que es excepcionalmente difícil vencerlos y extirparlos.
10. Cada persona crea, al menos en gran medida, autísticamente, “el conocimiento” falso o irracional que va con sus sentimientos auténticos (...) La tendencia natural de las personas parece consistir en frecuentes creencias dogmáticas que sus profundos sentimientos prueban que algo existe objetivamente en el Universo. Esto aparece como un proceso de ilusión innata.
11. Si se observa detenidamente algunas de las formas irracionales más populares, parece claro que las personas se las imaginan. Ellas comienzan con una observación realista o sensible y terminan con un tipo de conclusión ilógica.

12. Muchas clases de pensamiento irracional consisten en grandes supra-generalizaciones.

13. El pensamiento humano varía de modo significativo en relación a los niveles de inteligencia de las personas.

14. Existe alguna evidencia en que las personas a menudo encuentran más facilidad para aprender la conducta auto-destructiva que la no auto-destructiva.

Como se puede ver la gran mayoría de afirmaciones encontradas, a partir de la experiencia, pueden dar sustento a la explicación propuesta por el autor, ya que más allá de la metodología o proceso utilizado para encontrarlas, la mayoría de personas se identifica con algunas de estas premisas o simplemente conoce a alguien muy cercano que le suceda. Aunque el panorama de una “cura” es oscuro dada la tendencia que tendría el ser humano en buscar lo contrario a su bienestar.

Por otra parte, es muy interesante y práctica la metodología que usa el autor para lograr combatir estas ideas irracionales que acongojarían al paciente. Y todo comienza con el método lógico-empírico de cuestionar, debatir, distinguir y definir este tipo de concepciones erróneas.

El debate se hace a través de preguntas retóricas que tienen como objetivo el deshacer las creencias falsas o encontrar los argumentos suficientes para mantenerlos pero cambiando su concepto de modo tal que no cause ningún tipo de malestar.

Aunque lo ideal no es sustentar las creencias que posee de por sí el sujeto sino tener la suficiente perspicacia para encontrar las que parecen poco sólidas y discutir las, para que el sujeto cree consciencia de que todas sus creencias pueden someterse a juicio, y segundo, pero no menos importante, que logre debatir sus ideas irracionales.

Este debate implica una discusión interna, tratando de ser objetivo al máximo posible en la discusión de las creencias irracionales y racionales de cada uno.

Otro proceso, a la par con el debate, es distinguir las diferencias claras que hay entre lo que una persona quiere vs. lo que necesita; lo que desea vs. su demanda (o imperativo); su idea racional vs. su idea irracional, con el fin de mostrar al sujeto que no todas sus conclusiones son en realidad sustentables con la realidad.

El siguiente paso es el proceso D que consiste en definir términos; diciéndolo de una forma más textual consistiría en la corrección de palabras o conceptos empleados por el sujeto de una forma absolutista y errónea. Para explicarlo a profundidad considérese el siguiente ejemplo planteado por Ellis:

*...Si dices: "Siempre que actúo estúpidamente, me siento como un burro y doy brincos y trato de mover mi rabo"; eso no prueba que te conviertas de verdad en burro cuando sientes y actúas de esa forma. Puedes **crear**, hasta el grado que quieras, que te transformas en burro cuando actúas estúpidamente; pero solamente puedes probar, a lo sumo, la idiotez de tu comportamiento pero no que seas un burro real.*³⁸

En este ejemplo puede notarse la incongruencia entre las interpretaciones y las nominaciones que un sujeto cree correctas sobre una situación, y las que comparadas con la realidad son más acordes. En este caso específico él cree que por sentirse como un burro y actuar como tal, la realidad o la parte empírica se transforma totalmente en lo que siente, sin dar cabida a la constatación de la realidad o la evidencia empírica. El objetivo, al constatar lo que se piensa, siente o cree es crear la consciencia o, al menos, el cuestionamiento de la veracidad de sus afirmaciones.

Con esta exposición sobre las "verdades" que cada quien puede construir desde su subjetividad puede darse pie a que algún tipo de malestar de hecho pueda estar actuando desde una interpretación errónea de la realidad, ya que como se puede evidenciar, el pensamiento o sentimiento logra una consecuencia en la acción.

Aún más basándose en la propuesta de Albert, en la que el ser humano tiene una tendencia a un superávit de maldad o a una barbarie en las interpretaciones, con una tendencia evidente a lo mágico, estas elucidaciones incluso podrían partir sólo desde el pensamiento sin necesidad incluso de un sentir. Ellis menciona: "*La atrocidad que*

³⁸ ELLIS, Albert, Op. Cit. Pág, 36.

inventas acerca de tus propias desventajas en realidad no existe, y representa algo parecido a un demonio”, y con esto se refiere a que, igual que las hadas y los duendes, estos solamente pueden existir en el pensamiento.

En suma, el método de la RET de la Discusión consiste en varias clases de reestructuras cognitivas, incluyendo la Averiguación de tus irracionalidades, el Debate contra ellas, la Distinción entre el pensamiento lógico e ilógico, y la Definición y Redefinición semántica que te ayuda a detener la supra-generalización y mantenerte más cerca de la realidad.³⁹

El objetivo del debate es erradicar básicamente conceptos mal empleados y que tienen gran repercusión psíquica, como por ejemplo, no **poder soportar o tolerar algo**, que se encuentra generalmente detrás de una imponencia o idea irracional. Ellis es bastante específico al manifestar que esta afirmación incluso no tendría un sustento, ya que científicamente el ser humano podría soportar cualquier cosa hasta que muera; pero esta palabra empleada de una forma inadecuada, hace cambiar totalmente la postura del sujeto ante un estímulo.

Una frase empleada con sus pacientes por parte de este terapeuta era “*puedes siempre aguantar lo que no te gusta. Aunque, por supuesto, pocas veces tienes que hacerlo*”, manifestando así lo erróneo de la conceptualización de cierta situación en algún momento de la vida y, al mismo tiempo, dando pie a que estaría en las manos de esa persona el que la situación deba ser vivida simplemente de modo opcional.

Es interesante captar cómo el autor habla de la discusión retórica para erradicar el malestar, ya que según él, el núcleo del malestar estaría dado por imposiciones que a su vez deben cambiar desde el lenguaje, y es aquí donde se discute cada *debería, tengo y es necesario que*. La problemática, por ende, parte de un sujeto en acción con el contexto, donde se crean como dogmas, exigencias u obligaciones imperativas consigo mismo, hasta para con las otras personas y las condiciones del Universo.

Para sintetizar, la discusión como método lógico-empírico de la ciencia y enfoque terapéutico principal de la RET, quiere lograr que el sujeto tenga una dinámica en el cuestionamiento de sus creencias irracionales, ya que sólo con la continuidad y

³⁹ ELLIS, Albert, Op. Cit. pág, 34.

firmeza en el debate de estas, después de un tiempo, logrará disminuir el crédito o valor que se les otorgue, dejando así la necesidad perturbadora, que tanto menciona el autor, como causa del malestar psíquico.

Para finalizar, el proceso encuentra la E que simboliza efecto, que tiene que ver con un cambio de filosofía “*que te capacite a pensar semiautomáticamente sobre ti mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más sensata en el futuro*”⁴⁰ ya que sí se logra tener un entrenamiento activo sobre la manera adecuada de identificar y cuestionar las creencias irracionales, inmediatamente conllevará a dar la bienvenida a un cambio. Ellis afirma que, junto con el Efecto cognitivo o nueva filosofía, se dará como resultado un nuevo Efecto emotivo y, por lo tanto, un nuevo efecto conductual.

⁴⁰ ELLIS, Albert, Op. Cit. pág, 41.

CAPÍTULO III

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se expone los resultados obtenidos en la investigación, mediante entrevistas a mujeres que se hallan en la etapa de la Menopausia, de conformidad con la Guía de Entrevista que se había establecido (véase Anexo 1).

Los diversos aspectos que se contempla en las entrevistas realizadas se exponen en cuadros que faciliten una percepción global del lector. Estos cuadros han permitido realizar diversos comentarios que procuran investigar si la hipótesis planteada en el Plan es apoyada por los datos encontrados, o ésta tiene alguna significación diferente, o de alguna manera la modifica, esclareciendo aquellos síntomas que son manifestados durante la etapa de la Menopausia.

Más que dar importancia al número de personas entrevistadas, se ha centrado la atención en el análisis de los contenidos de sus discursos, sin perder de vista la intencionalidad con la cual han sido elaborados por las mujeres, su nivel de vínculo que se ha creado en este proceso y el sentido que pudiera encontrarse en ellos.

Los diversos cuadros hacen un recorrido por datos que en principio son bastante generales y que animan el diálogo, evitando la posibilidad de un choque inicial o cualquier temor que pudiera existir en la experiencia de una entrevista, sobre todo cuando ésta tiene carácter psicológico; es decir, cuando la persona en estas entrevistas se ve impelida a enfrentarse consigo misma, debido a que está revelando aspectos que pertenecen a su dimensión íntima, en especial, si se considera que el tema de la Menopausia –como se verá- toca aspectos vinculados a la identidad, a la feminidad, la sexualidad, sus pensamientos, creencias y actitudes algo más profundas, que las que se mencionan en una consulta médica.

Se procura, además, ir relacionando los diversos datos que se van encontrando en los diversos cuadros y tejiendo con ellos los comentarios, que pueden ser o no complementados por nuevos datos, observaciones e inclusive percepciones de la entrevistadora.

La metodología a emplearse fue el método científico cualitativo en el cual a través de entrevistas abiertas se busco identificar mediante el análisis del discurso de las mujeres, el objetivo de la investigación, que en este caso era la existencia de estereotipos, prejuicios e imaginarios alrededor del concepto de Menopausia y por ende la existencia o no, de depresión.

La población consiste en las mujeres diagnosticadas con Menopausia entre 50 y 60 años de edad de la ciudad de Quito, de donde se tomo como muestra a las mujeres diagnosticadas con Menopausia entre 50 y 60 años de edad del “Centro Integral de Atención al Climaterio y la Menopausia”. Esta muestra era del tipo “no probabilística” ya que la selección de las unidades de análisis dependieron de los criterios personales del investigador, por ende, comprendió el procedimiento de muestreo intencional, en donde estas mujeres fueron los casos característicos de la población, ya que la población era muy variable (menopausia inducida, colaboración voluntaria, entre otras) y consecuentemente la muestra fue muy pequeña.

Para delimitar la muestra se tomo en cuenta que debían ser mujeres que no hubiesen sido intervenidas de forma quirúrgica en la extracción de su útero (histeréctomía), en otras palabras, que no hubiese sido inducida de forma artificial su Menopausia, que se encontrará diagnosticada su Menopausia entre los 50 y 60 años de edad, que estuvieran ubicadas entre la clase Media, Media-Alta (esto según el criterio del Centro del cual se dieron los datos) y que vivieran en Quito actualmente. Los criterios que no se tuvieron en cuenta para esta selección de la muestra fueron los siguientes: estado civil, instrucción superior, profesión, edad de menarquía y religión.

Siendo la Hipótesis de esta investigación desde un principio “la existencia de una alta prevalencia de Depresión que acompañaba al proceso menopáusico así como una gran cantidad de conceptos distorsionados alrededor del tema, en las mujeres que están atravesando esta etapa, realidad que requería diversas formas de intervención cognitivo conductual, que se han mostrado en la práctica, como las más eficientes para abordar temas depresivos” se podía ir comprobando a través del avance en la investigación, pero el orden se dio desde el descubrimiento de conceptos

distorsionados para el posterior diagnóstico con base en este de la existencia de depresión según el enfoque adoptado.

CUADRO 1
EDAD ACTUAL DE LAS MUJERES
Y TIEMPO DE ESTADÍA EN LA MENOPAUSIA

NÚMERO	NOMBRE	EDAD ACTUAL	TIEMPO EN LA MENOPAUSIA
01	VILMA	53	2
02	NANCY	55	1
03	INÉS	53	1
04	VIOLETA	59	7
05	EVELYN	60	8
*Se han utilizado nombres ficticios.			

La edad de las mujeres va entre los 53 y 60 años de edad lo que plantea que estas mujeres ya se encuentran en la edad promedio del climaterio.

Este grupo presenta la ventaja de mostrar una variedad ya que ocupa un rango de casi diez años, lo que mostraría cómo se vive la Menopausia no solamente en sus inicios sino también cuando las características propias de esta etapa han disminuido de manera considerable.

Adicionalmente se puede analizar esta particularidad (diferentes edades) como un factor que denota una apertura para la investigación en las mujeres, sin depender su edad de vivencia de la Menopausia, lo que nos dice que quizás no existe una fase de la Menopausia que pueda necesitar más apoyo que otra.

Las mujeres entrevistadas llevan entre 1 y 8 años viviendo la menopausia, su promedio es, entonces, de 1 año y 6 meses, que puede considerarse un tiempo suficiente para poder hablar con veracidad sobre esta etapa y, en consecuencia, enriquecer este estudio.

CUADRO 2
LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

NÚMERO	NOMBRE	LUGAR DE NACIMIENTO
01	VILMA	Quito
02	NANCY	Quito
03	INÉS	Bogotá
04	VIOLETA	Quito
05	EVELYN	Quito

Todas las mujeres entrevistadas están viviendo en ciudades grandes, capitales de los países en donde nacieron y, de alguna manera, pueden marcar una tendencia generalizada, pues, en las ciudades suelen congregarse personas de todos los estratos sociales, o podrían representar a grupos algo más numerosos.

Los datos de este cuadro pueden hablar mucho sobre el tipo de manejo sanitario, ya que siendo lugares con accesos menos restringidos a posibles tratamientos “nuevos”, podrían mostrar menos queja o mejor asesoramiento para vivir esta etapa.

Cabe preguntarse si existe la posibilidad de que mujeres con un acceso al campo o a zonas en contacto constante con la naturaleza podrían vivir de otra forma este proceso, ya que se ha comprobado que las mujeres que viven en ciudades están expuestas a mayores demandas y esta presión aumentaría su estrés, lo cual podría ser, a su vez, un elemento desencadenante de muchos síntomas vasomotores.

Se tiene así dos elementos importantes: es probable que en todas las edades de la menopausia, las necesidades de atención son las mismas, y si viven en espacios urbanos, éstas pueden tener una característica común: mejores oportunidades de atención en esta etapa, y mayores probabilidades de encontrar sitios a dónde acudir para recibir atención especializada.

CUADRO 3
SECTOR DE RESIDENCIA ACTUAL

NÚMERO	NOMBRE	SECTOR DE RESIDENCIA
01	VILMA	Cumbayá
02	NANCY	Monteserrín
03	INÉS	Kennedy
04	VIOLETA	La Gasca
05	EVELYN	Batán Alto

Los barrios en donde residen las mujeres entrevistadas oscilan entre clase alta y media baja, cuya posición económica puede sugerir que se mantienen más bien ajenas a las actividades comunitarias, asunto que es posible preguntarse si podría influir en su proceso de vivencia de la menopausia, y abriría nuevas perspectivas de investigación.

¿Pueden ser los barrios factores importantes en el desarrollo de actividades en esta época de la vida y, por ende, influencia en su marco de interacción social para estas mujeres?, y lo más importante, ¿es necesario que este sector urbano sea influyente para vivir una identidad y, por lo tanto, una apertura a nuevas experiencias en sus vidas, ahora con más tiempo libre (en el caso de las mujeres que no pertenecen a un trabajo con horario de oficina)?

Si eso es así, las mujeres del sector urbano y, en especial las de clases media y superior a la media, no solamente contarían con mejores oportunidades para examinar sus vivencias durante la etapa de la Menopausia, sino que podrían reconocer y expresar con mayor apertura sus incidencias.

Si cuentan con mayores oportunidades, sus vivencias podrían tener mejor apoyo para vivirlas menos traumáticamente, si se toma en cuenta que están rodeadas de condiciones sociales, económicas y culturales también con mayor apertura y disposición, tanto que pueden escoger qué tipo de atención desean recibir.

CUADRO 4
ESTADO CIVIL ACTUAL

NUMERO	NOMBRE	ESTADO CIVIL
01	VILMA	Casada (25 años)
02	NANCY	Casada(36 años)
03	INES	Casada (28 años)
04	VIOLETA	Divorciada (14 años) Matrimonio duró 28 años
05	EVELYN	Casada (39 años)

Las mujeres entrevistadas han estado casadas alrededor de los 25 y 39 años incluyendo aquí el divorcio concluido de algunas o la posibilidad de este, lo que puede denotar que a pesar del concepto que se manejaba antes del matrimonio “para toda la vida” algunas mujeres han podido dejar algunos paradigmas sociales y pensar en sí mismas, lo cual influye directamente de forma positiva sobre la Menopausia ya que pueden cuestionar más estos estigmas sociales que se da a su vivencia, dando cabida a conceptos propios sobre su proceso, los cuales así mismo pueden crear una concepción desmitificada a futuro y posiblemente vivirla diferente a cómo se vive actualmente.

Se puede acotar que estos matrimonios son largos en comparación a las cifras que existen en la actualidad, lo que plantea la posibilidad de que exista mayor tolerancia a los conflictos que se pueden vivir durante el matrimonio, o una represión en la forma de manejar sus problemas matrimoniales.

Es posible también que esta sea una característica de los grupos sociales a los que ellas pertenecen, que se ha señalado como ubicados en la clase media, y esta característica común pueda ser tomada como una variable que influya en el manejo de la menopausia. Esta etapa de la vida puede ser mejor manejada si se comparte con alguien emocionalmente ligado durante sus incidencias. De todas formas, las mujeres

entrevistadas han logrado vivirla de modo aparentemente tranquilo, como ellas lo aseguran.

Sin embargo, llama la atención el comentario de casi todas ellas sobre la necesidad de tener un alguien con quien compartir, esto puede llevar a considerar que estas relaciones, en general, y a pesar de haberlas mantenido por un tiempo considerable, no han llegado a construir un nivel de confianza suficiente como para compartir con su pareja las incidencias de esta etapa, y poder recibir de ella la fortaleza, que parece surgir como una necesidad.

Queda aún una consideración de estos comentarios: un posible temor a compartir los sentimientos, sensaciones, pensamientos e imaginarios con su pareja, por la posibilidad de ser juzgadas equivocadamente y, con esta consideración, perder la estimación o la imagen de “mujer”, que tuvieron por mucho tiempo. Puede ser esta la razón para que ellas prefieran no compartir sus vivencias, por temor a perder su sitio en el vínculo afectivo, que es muy apreciado, como se ha visto.

Esta actitud ante las incidencias de la Menopausia, y este temor a ser evaluadas equivocadamente, parece ser un rasgo característico de esta etapa, sin importar la clase social, o quizá sin importar el sector donde cada una reside, y se diría también, sin importar el nivel cultural que cada una de las mujeres haya alcanzado.

No se puede descartar la posibilidad de que, debido a que la mayoría de las relaciones establecidas no hayan logrado el grado deseado de comprensión o satisfacción de sus necesidades, en especial por parte de sus esposos, se refleje en el autoestima o confianza en sí mismas, y pueda generar una creencia de que es necesario mantener una relación solo por el simple hecho de que haya alguien a su lado, sin considerar que puedan hacerlo solas, como mostró una de ellas.

Parece indudable que no es lo mismo contar con alguien que pueda compartir los sentimientos e incidencias en la Menopausia, que vivirla sola. A pesar de ello, gracias a la capacidad resiliente de los seres humanos, éstos logran encontrar caminos alternativos. En los casos de esta investigación se muestra como importante, contar con un alguien que está presente, aunque no se muestre dispuesto a

comprender plenamente el significado que para la mujer puede tener la travesía por la etapa de la Menopausia.

CUADRO 5
PROFESIÓN U OCUPACIÓN ACTUAL

NÚMERO	NOMBRE	PROFESIÓN U OCUPACIÓN
01	VILMA	Profesora de Inglés
02	NANCY	Guía de turismo
03	INÉS	Hogar
04	VIOLETA	Secretaria
05	EVELYN	Jubilada (Secretaria ejecutiva)

Todas las mujeres emplean su tiempo en actividades de servicio a los demás, sin importar si se trata de una institución o de sus hogares. Cabe la pregunta, ¿necesitan para su valía personal que alguien las valide? Lo que tendría mucho sentido en el grado de influencia que podrían tener las connotaciones sociales en su vivencia de la Menopausia.

Es posible considerar que esto sea así, si se observa que una de ellas se ha jubilado y es la que más tiene problemas en organizar su tiempo y en hallar el adecuado para realizar los quehaceres del hogar. Al analizar paralelamente su discurso se puede notar que vive un decaimiento en su voluntad pudiendo manifestarse esto, según Albert Ellis, como un síntoma depresivo.

Queda una pregunta surgida de este cuadro: contar con una actividad específica, ¿puede tener algún impacto positivo en el modo en que las mujeres puedan manejar su menopausia? ¿Es el tipo de actividad que desarrollan estas mujeres lo importante, o es el mero hecho de entregar su atención y esfuerzo a alguna actividad compartida

con otras personas? Y, ¿de qué manera las beneficia para vivir la experiencia de la menopausia con un manejo más eficaz? ¿Es en estos lugares donde encuentran otras personas que puedan haber pasado o estén pasando por situaciones similares y, en consecuencia, su comunicación pueda girar en torno a esta temática, de tal manera que no necesiten compartirla con su pareja?

También se podría pensar que contar con una actividad específica aparte su atención de su propia persona, dejándoles la posibilidad de vivir con mayor soltura la etapa de la menopausia, además de no concentrarla en las posibles manifestaciones o sintomatologías que aparezcan.

Si esto es así, es probable que la realización de actividades sociales, más allá de las domésticas, pueda provocar incrementos significativos en las dimensiones de la identidad femenina, espacios para ser valorada, si sus esposos no lo hacen, y refuerzo compensatorio para buscar nuevas formas de afirmación para sí mismas.

Cabe considerar que, leyendo sus discursos desde otro ángulo, en ellas existe un pensamiento subyacente que puede traducir la creencia de que las mujeres son mejor valoradas fuera de su casa que en la suya, y que alcanzan mejor comprensión de otras personas, que de sus propias parejas. Y estas creencias se han visto apoyadas por las experiencias que han estado viviendo en sus relaciones maritales.

A su vez, los comportamientos de las parejas de estas mujeres entrevistadas, traducen pensamientos que ellos pueden poseer, como que sus mujeres, dada su edad, no necesitan cuidados y atenciones como cuando se hallaban en las etapas de enamoramiento, o en los primeros años de vida matrimonial. Y, estas creencias, pueden fundamentarse en las actitudes y comportamientos autosuficientes, que ellas han mostrado, atendiendo a ellos, en lugar de estar dispuestas a recibir atenciones, atendiendo a sus hijos en lugar de compartir con ellos las funciones domésticas, siendo independientes económicamente antes que siendo dependientes de los ingresos del marido, realizando actividades sociales propias sin necesitar la presencia indispensable de sus parejas. Otra vez, la investigación de Ellis parece ratificarse.

CUADRO 6
POSICIÓN ECONÓMICA

NÚMERO	NOMBRE	POSICIÓN ECONÓMICA
01	VILMA	Media
02	NANCY	Media
03	INÉS	Media-baja
04	VIOLETA	Media
05	EVELYN	Media

Todas las mujeres se ubicaron a sí mismas en una posición económica media, sin determinar bajo qué factores se situaban en esa franja poblacional. De todos modos cabe la pregunta de si su manera de ubicarse es una respuesta en la que tan solamente toman en cuenta factores sociales, económicos e incluso educativos.

El factor posición económica, y por lo tanto, poder adquisitivo, parece ser un desencadenante importante en cómo vivan estas mujeres su Menopausia, ya que se ha mencionado que si las mujeres menopáusicas realizan diversas actividades de distinto tipo, estarán menos pendientes de posibles factores negativos de esta etapa, en especial, si no tienen que preocuparse por un sustento diario, como sucedería en estratos menos favorecidos.

Esta respuesta podría ratificar los alcances de los comentarios a los últimos cuadros y se presentaría como un posible indicador para quienes pasan por esta etapa natural de su vida en este grupo social medio, como un artificio o un recurso para lograr un mejor manejo de las situaciones que ocurren, sobre todo porque disminuiría de modo considerable el grado de estrés que la vivencia de la menopausia podría traer consigo. Si a esta condición se añade el beneficio de vivir con alguien con quien pueda compartir actividades, intereses y en especial afectos, el manejo de esta situación mejoraría notablemente.

Un punto importante que debe tomarse en cuenta es que la vivencia de la Menopausia trae consigo un costo alto, refiriéndose aquí a la clase de tratamientos que se debe adquirir como suplementos alimenticios, hormonas, entre otros, dado al déficit que se da a nivel orgánico, dejando así muy claro que las mujeres que tengan acceso a estos tendrán una mejor vivencia de este proceso, lo que no se podría encontrar en mujeres de estratos más bajos a los de este estudio.

CUADRO 7
RAZON PARA UBICARSE EN ESA CLASE SOCIAL

NÚMERO	NOMBRE	RAZON DE CLASE SOCIAL
01	VILMA	Porque trabaja en varias partes frente a sus sueldos bajos en un solo lugar (con esposo), para vivir con ciertas facilidades.
02	NANCY	“Tengo para vivir sin apuros. No soy rica ni estoy en la pobreza”
03	INÉS	“Porque nos mantenemos. Hubo un cambio estábamos más altos antes”
04	VIOLETA	“Porque creo que tengo lo que necesito, no tengo lujos, tampoco carezco de lo necesario”.
05	EVELYN	“Porque no considero que estoy media alta y baja no, porque considero que tengo ingresos suficientes como para cubrir los gastos elementales.

Durante la entrevista las mujeres refirieron estar situadas en un estrato menor al que al parecer de la entrevistadora pertenecían, aduciendo que su nivel económico era suficiente para cubrir sus necesidades o gastos básicos, excluyendo “excentricidades”.

Es posible también que la percepción de su propia situación se constituya en una manera de ubicarse frente a las demás personas de su entorno. En otras palabras ubicarse en una clase social-económica-educativa-laboral obedece a la representación de su rol en el contexto social.

También es posible que alguien se ubique en un estrato social de conformidad con su percepción del significado de su situación emocional en la que puede encontrarse, transparentando, entonces, una proyección de su estado afectivo.

No se ve alejado de este análisis la posibilidad de que la vivencia de la menopausia tenga connotaciones de vacío, de tristeza, de pérdida, que a su vez puede derivar en estados de connotación depresiva; y ésta se traduzca en una percepción de una condición socioeconómica inferior a la que pertenece.

Si se analiza la actividad laboral a la que cada una de las entrevistadas se dedica, ésta no marca la posición social en la que se han ubicado; pues, la satisfacción de sus necesidades no es cubierta con el fruto de su trabajo, sino con los aportes de su pareja. Su bienestar social no depende de sus ingresos individuales, pero transparenta la posición que se asigna a sí misma, en el contexto social.

Recuérdese lo mencionado por las mujeres entrevistadas, que adujeron que los acontecimientos de la menopausia no era un tema que compartían con su pareja, dejándolas en una posición de cierta soledad. Esto lleva a pensar que la actividad a la que se dedica cada una de ellas no tiene importancia por la ganancia económica que produce, sino porque le proporciona un nuevo sentido a su existencia, le permite compartir con las personas más allá del ámbito doméstico y reafirmar su identidad.

De esta manera también la percepción de su posición económica es percibida como de un menor nivel al que realmente pertenece porque es juzgada desde los ingresos que su actividad produce, y no desde los ingresos globales de carácter familiar, aunque sí, están tomando en cuenta que su situación les permite vivir sin apuros, y es suficiente para cubrir sus necesidades, aunque sin lujos ni excentricidades.

CUADRO 8
PERSONAS CON QUIEN VIVE

NÚMERO	NOMBRE	PERSONAS CON QUIEN VIVE
01	VILMA	Esposo y 3 hijas (23, 21, 18 años)
02	NANCY	Esposo y 2 Hijos (33, 31)
03	INÉS	Esposo, 2 hijos (24, 22) y “adoptado” (5 años)
04	VIOLETA	Con 2 hijas y 2 nietos
05	EVELYN	Esposo

La mayoría de las mujeres viven con algunos hijos y su esposo, o en su minoría con hijos y nietos, lo que significa que estas mujeres no se hallan desvinculadas de su núcleo familiar; en otras palabras, siguen dedicando, como se había mostrado más arriba, en sus profesiones u ocupaciones, tiempo de su diario vivir para su hogar y lo que esto conlleva (interacción familiar, quehaceres, actividades en familia, etc).

Sin embargo, la gran mayoría muestra lo que se evidencia como una experiencia depresiva en la Menopausia, y es este “nido vacío”, ya que a pesar de que viven en la misma casa, la interacción con los hijos no se produce como cuando ellos eran más pequeños, al punto de que respetan que cada uno maneje ya su vida por sí mismo, que salgan del hogar en algunos casos e incluso en las mujeres de mayor edad hay una desvinculación total de sus hijos, lo que ha generado otro contexto familiar al que han venido adaptándose y va paralelo a la Menopausia; por ende puede ser un factor que favorezca, como se mencionaba en cuadros anteriores, a esa sensación de vacío en esta época.

Dado que estas mujeres han encontrado oportunidades de interacción con los niños, cabe preguntarse si la vinculación con éstos es necesaria para estas mujeres, aun considerando su etapa evolutiva, y, si sería necesario para ellas que se mantenga esta pertenencia, como parte de su familia.

El promedio de hijos con quienes viven es 1 y éstos se encuentran entre los 18 y los 40 años, mientras que los niños están entre los 5 y 17 años, por lo que no importa mucho que sus hijos hayan salido de su hogar, si cuentan con la oportunidad de prolongar su rol materno con los nietos.

Podría considerarse también que los hijos no logran irse totalmente de su hogar cuando dejan a sus hijos al cuidado de la abuela, sea por razones de trabajo, de economía o de comodidad. De esta manera, esta mutualidad permite que las necesidades de la abuela tengan un correlativo con las necesidades de los hijos en esta etapa del “nido vacío”. Cada uno tiene un recurso que le permite superar los niveles de ansiedad que la separación puede producir, o llenar el vacío que puede experimentar en cada etapa evolutiva.

El tiempo que estas mujeres brindan a la familia podría explicar en parte que la economía no esté fundamentada en sus ingresos directos, y, por otra parte, sugiere que ese nivel económico no resulte tan precario para ellas cuando pueden dedicar parte de su tiempo al cuidado de los nietos, contribuyendo de manera efectiva con valores económicos aunque éstos no sean monetarios.

Así que es probable la consideración que ya ha sido mostrada en los cuadros anteriores, de que las apreciaciones de las mujeres entrevistadas sobre su estatus socio-económico reflejen más bien sus estados de ánimo, antes que su realidad. En este caso, las apreciaciones o percepciones de sus estados de ánimo pueden ser vividos como muestras de estados depresivos, donde estos no dependen solamente de las relaciones que han establecido, sino que están relacionados con esta etapa evolutiva.

Es posible ratificar que mantener los vínculos afectivos con sus hijos y sus nietos puede ayudar a experimentar esta etapa de mejor manera, y aunque poco comparten verbalmente sobre sus situaciones relacionadas con la Menopausia, a pesar de que los adultos que viven en casa se hallan entre los 18 y los 40 años, la comprensión implícita de quienes pertenecen a la familia nuclear, puede convertirse en una manera de complementar el vacío que puedan sentir.

CUADRO 9
CALIDAD Y TIEMPO QUE COMPARTE CON SU FAMILIA

NÚMERO	NOMBRE	TIEMPO COMPARTIDO EN FAMILIA
01	VILMA	El fin de semana generalmente todos pasamos juntos. Caminamos en algún parque, antes íbamos a la piscina pero ya no lo hacen por mi enfermedad sexual, salimos a comer o a visitar familiares. Yo tengo una buena comunicación con mis hijas. Su hija mayor es más independiente y la menor se parece un poco a esta pero la del medio es con la que mejor se lleva en cuanto a comunicación y afectivamente.
02	NANCY	La relación con mis hijos es buena dentro de todo lo normal porque hay comunicación. Mis hijos son bien comportados entonces no tengo problemas con ellos. Yesenia (hija mayor) es más comunicativa pero Jorge Esteban (hijo menor) hay que “sacarle con tirabuzón”. Trato de hablar cuando llegan del trabajo, y conmigo es con la que más hablan de cuestiones personales, aunque ahorita por los dos infartos que ha sufrido el papá los dos se han integrado un poco acercándose a él. Las actividades que hacíamos antes del problema de mi esposo (porque ahora no lo hacen o no tan frecuente) eran paseos o salidas a comer.
03	INÉS	La relación con sus dos hijos mayores es normal porque se comunican continuamente, en el caso de su única hija que vive en Guayaquil es por teléfono, y con su hijo mayor cuando tiene tiempo, pero con su hijo menor no es tan buena, debido a su carácter, sus temas de conversación son alrededor de su decisión de casarse y actualmente hay un corte mayor de comunicación porque pasa mucho tiempo en el

		internet. Alejandro el niño de quien se hacen cargo juega un papel importante en la familia, como un miembro más. No menciona actividades en familia pero sí demandas de atención por parte de los padres hacia el hijo menor, específicamente para que comparta más tiempo con ellos.
04	VIOLETA	La mayoría del tiempo desde que se divorció ha vivido con su hija menor, con la cual tienen una estrecha relación, pero temporalmente están viviendo con ellas (su segunda hija y sus dos hijos), lo cual le incomoda a su hija menor que es intolerante en esta convivencia. En cuanto a sus otros nietos los ve cada ocho días. Actividades en familia son en su mayoría con la hija con quien vive y son de descanso como ver televisión o salidas a algún centro comercial o a visitar algún familiar.
05	EVELYN	No ve muy seguido a sus hijos porque viven en Estados Unidos y las pocas veces que vienen comparte con el mayor pero la comunicación con el menor es nula. No existen fechas consensuadas en que regularmente se reúnan.

La interacción con sus hijos es normal, dado que todavía mantienen comunicación sobre cosas rutinarias del día a día y estos viven en su mayoría con ellas. Sin embargo, se puede ratificar los comentarios hechos más arriba respecto a que a pesar de que existe comunicación esta no es tan enriquecedora como antes ya que cada hijo maneja su vida de una forma independiente y su estadía en sus hogares no es larga, lo cual puede aumentar las posibilidades de que estas mujeres se sientan solas en esta etapa, aunque cuenten con otras personas con quienes interactuar y, por ende, sean más propensas a presentar síntomas depresivos, como por ejemplo tristeza, como algunas de ellas han mencionado en su discurso.

Las actividades en familia se han ido perdiendo por el crecimiento y la consecuente autonomía de los hijos, sobre todo en el caso de las mujeres casadas; pero en el caso de aquellas mujeres que viven solamente con sus hijos, éstos pasan a tener un papel primordial en sus vidas. Lo que puede llevar a la conclusión de que estas mujeres necesitan interactuar con los miembros de su familia en esta época ya que puede resultarles difícil reencontrarse consigo mismas, en particular durante esta etapa de la menopausia. Y en el caso de las mujeres divorciadas, ¿serán suficientes y compensatorias las relaciones con sus hijos y nietos para suplir las necesidades afectivas que no tienen con su pareja?

En el discurso de estas mujeres se pudo apreciar que ellas creen que el papel de los padres está limitado a su familia, y creen que este rol está limitado a integrar a la familia y realizar actividades más bien recreativas, no solamente por el hecho de ser madres, sino porque en esta etapa menopáusica, eso es lo único que podrían hacer.

La mayoría de las mujeres no hacen referencia a una relación cercana o armoniosa padre-hija, o la califican de precaria entre estos, por lo que ellas se ven en la necesidad de cubrir esta deficiencia a través de las interrelaciones familiares. Aunque también este comportamiento puede estar alimentado por la creencia, tanto en las mujeres como en los esposos, de que las interrelaciones familiares, la recreación y la compañía más familiar es asunto de las mujeres, de las mamás, y no de ellos como padres y esposos. Estas creencias las lleva a dedicarse a estos vínculos, y a ellos a mantenerse distantes de estas relaciones.

En el discurso de las mujeres se puede notar una dinámica no tan frecuente con sus familiares, fuera de las relaciones mantenidas con quienes conviven. ¿Quiere decir esto que a pesar de que sienten la necesidad de comunicar sus sentimientos, sensaciones y pensamientos sobre la etapa que viven, no encuentran eco en los miembros de su familia, debido a que cada uno de ellos tiene otros intereses? Si esto es así, ¿la necesidad de estas mujeres se evidencia sobre todo en la necesidad de compañía, antes que de diálogo?

Una vez más la interacción con la familia, el ejercicio de roles especialmente maternos y la cercanía de sus miembros, son factores motivadores que apoyan

positivamente en la etapa de la menopausia. Habría que destacar, con todo, la capacidad de sobreponerse a sus dificultades, vacíos, o necesidades afectivas, gracias a la capacidad resiliente de los seres humanos, que bien utilizada puede convertirse en un recurso en esta etapa vital.

CUADRO 10
RELACIÓN CON PAREJA ACTUAL

NÚMERO	NOMBRE	RELACIÓN CON SU PAREJA
01	VILMA	Con su esposo no se pueden ver mucho entre semana por sus trabajos pero se están comunicando constantemente y salen todos juntos los fines de semana. No tienen actividades para ellos solos como pareja. Estuvieron separados un año (no comenta razón), menciona algo sobre cortes en la comunicación debido a su dedicación laboral y prolongados tiempos sin hablarse después de las discusiones.
02	NANCY	Ella lo primero que comenta es que su relación se ha deteriorado por completo. Estuvo a punto de divorciarse dado a las peleas pero ambos decidieron no hablarse más por las consecuencias de estas en la salud de cada uno. No se hablan hace un año, más que para lo estricto y la convivencia se hace una resistencia y apatía mutuas.
03	INÉS	Ella refiere que se lleva muy bien con su esposo y además acota que es el hombre que toda mujer debería o quiere tener porque es hogareño, responsable y está pendiente de su familia.
04	VIOLETA	Actualmente se encuentra divorciada y no sale con ningún hombre, ni le llama la atención hacerlo, porque sus experiencias después de su divorcio han sido negativas.

05	EVELYN	Ella cree que su relación es buena y aunque comparten mucho tiempo juntos porque ambos hacen actividades de voluntariado en una fundación, ahora no comparten tanto como antes (solo medio día) porque su esposo es el presidente de este club (organización de labor social).
----	--------	--

Puede notarse que las actividades en pareja son escasas o ya no existen en la dimensión que antes. Este es un factor que puede explicar, en parte, la dedicación de las mujeres a las vinculaciones intrafamiliares, como se había comentado. Y por otro lado, puede ser un factor más para posibles sentimientos depresivos, incrementados o significativos, debido a la necesidad de compartir con alguien –como ellas mencionaron- estas incidencias de la Menopausia.

Cabe, entonces, preguntarse, si esa vinculación con su familia, de la que se hablado en los comentarios anteriores obedece más bien a la presencia de alguien, más que a una vinculación afectiva significativa, que de existir es muy valorada como lo hacen dos de las entrevistadas.

Es posible preguntarse también si la respuesta que dan sus parejas es consecuencia de la manera en que las mujeres viven la menopausia, dejándolas solas, aisladas, incomunicadas; o esta incomunicación les impide compartir las incidencias de su menopausia. Quizá no sea posible saber qué causa qué, sino que más cierto sería afirmar que estos dos elementos están presentes e interactúan retroalimentándose continuamente.

Aquí es posible reafirmar la capacidad resiliente de las mujeres entrevistadas, con la que les permite superar las dificultades propias de esta etapa, y los síntomas asociados a la menopausia, como calores, resequedad vaginal, disminución del apetito sexual, sin que esto signifique desinterés por las manifestaciones afectivas.

Por ello también la necesidad que han presentado estas mujeres de compensar sus necesidades afectivas, ligándose con sus hijos y sus nietos, logrando una mejor

comunicación con ellos; y la necesidad de mantener su rol materno en la atención que les proporcionan, a pesar de no recibir la retribución afectiva y la comprensión que anhelan.

Es importante mencionar que sus parejas pueden estar pasando, dada su edad, por sus propios cambios, por lo que es probable que ellos vivan sus propias conflictividades, lo cual explicaría en parte el desinterés que muestran por las incidencias que su esposa pasa durante la Menopausia, haciendo que estas vivencias, que tampoco son compartidas por ellos, les lleve a buscar refugio en el trabajo, como una manera similar de reafirmarse, siendo incapaces de resolver las necesidades afectivas y sexuales de su esposa. En consecuencia, ¿las mujeres menopáusicas preferirán pasar esta etapa de la vida aisladas, en lugar de buscar la compañía, en especial de su pareja?

Aquí podría encontrarse una nueva complementariedad entre las necesidades de ellas y de ellos, sin que ello signifique dejar de experimentar soledad, vacío y estados depresivos, que nacen –como se ha visto- no tanto de los efectos directos de la Menopausia, cuanto de las creencias, apreciaciones, pensamientos que unas y otros conservan, a pesar de sus conocimientos, cultura y profesionalización.

¿Sucedería algo parecido en las mujeres que no tienen una pareja? A pesar de que este es un sentimiento generalizado en las mujeres entrevistadas, se hace necesario recordar que la mayor parte de las mujeres han mencionado -como se apreciaba en el cuadro anterior- una mejor comunicación con los hijos que con los esposos.

Se debe este comportamiento con los hijos a que ellos pueden encontrarse menos prejuiciosos que sus esposos, o a que los niveles de relación de unos y otros son distintos y exigen en los maridos respuestas también distintas a niveles más profundos, con mayor compromiso emocional. Si esto es así se podría entender que la falta de esta vinculación más significativa puede significar una pérdida mayor, que la que puedan generar los hijos que, “en cualquier momento se irán”.

CUADRO 11
ORDEN DE NACIMIENTO, CONFORMACIÓN DE LA FAMILIA DE
ORIGEN Y TIPO DE RELACIÓN EN ELLA

NÚMERO	NOMBRE	ORDEN DE HIJA Y FAMILIA DE ORIGEN
01	VILMA	Yo soy la tercera, somos cinco. Tres hombres y dos mujeres. Con sus hermanos desde pequeña se ha llevado muy bien y sigue siendo así de adulta, exceptuando con su hermana mayor pero en la infancia. Lo que más resalta es su relación paterna, aunque se ha llevado bien con su madre, sobresale la relación que tuvo con su padre hasta que muriera lo cual fue “un golpe demasiado fuerte para ella” ya que manifiesta mucho malestar frente a este acontecimiento.
02	NANCY	Hija única. Su papá murió cuando ella nació, no lo conoció y no tuvo muchas figuras paternas, sólo una imagen de su abuelo, muy lejana. Vivió con su madre hasta los quince años y de ahí hasta los diez y nueve con su abuela materna y dos tías. Y manifiesta no lamentarse de haber estado esa época sin su madre porque la querían mucho sus tías y abuela.
03	INÉS	Yo soy la segunda. Su padre los abandonó junto con sus hermanos en su niñez, pero vivieron con él en su adolescencia “sin rencores”, y su madre falleció después de durar toda una vida con esquizofrenia. Vivió su niñez con una tía a la cual fue asignada, al igual que en un internado. Ella cataloga su vida como “una historia no común a la mayoría” ya que sus hermanos y ella fueron repartidos entre la familia de la mamá por su enfermedad mental. Son cuatro hermanos, tres mujeres y un hermano, su relación es muy buena pero viven en países diferentes.
04	VIOLETA	Yo soy la tercera. Son cuatro, dos hermanos uno mayor

		y uno menor, una hermana mayor y ella. Con ellos actualmente se lleva muy bien. A su padre no lo menciona mucho en su discurso pero con su madre se lleva muy bien hasta ahora. Por otro lado, verbalizo el sentir que juzga a veces a su padre por comportamientos pasados.
05	EVELYN	Yo soy la primera, la mayor. Tiene sólo una hermana menor y la relación con su padres sólo fue afectiva con su padre, aunque dice que no tiene recuerdos específicos; con la madre fue más de respeto (ellos eran Checoslovacos y vivieron en campos de concentración en la segunda Guerra Mundial). Llora al no poder recordar momentos sobre su relación con su padre o la relación entre ellos. La relación actual con su hermana es de discordia por personalidades opuestas.

Lo primero que se puede notar en las respuestas de estas mujeres es su apertura para hablar de su pasado, y según cada caso, lo más difícil de superar en sus vidas. Asimismo la necesidad de contar con un espacio para hablar de algo que les causa malestar, a pesar de que ellas no consideraban necesario hablar en este Centro.

La mayoría de las mujeres hizo referencia a una relación negativa con sus padres (papás), más que todo una ausencia de su figura. Aquí cabe incluir cosas como, desconocimiento de sus padres o interacción nula. Es posible que en una situación de déficit afectivo, se requiera de una relación comprensiva, comunicativa, con quien compartir, y no solamente junto a quien estar.

Al parecer los patrones de relación se repiten con cierta facilidad, como el producido con su padre. Por ello, los modos de relación se repiten en las relaciones con sus esposos, y de éstos con ellas, porque al parecer es un asunto que parte de imaginarios y creencias sociales. De este dinamismo puede surgir el hecho de mantenerse aisladas y, así mismo, de aislarlas.

Junto con estos modos de ser, no se puede dejar de lado los posibles imaginarios de los esposos que, como varones, puedan estar traduciendo un pensamiento inapropiado, como el que las únicas relaciones significativas entre un hombre y una mujer tengan que ser necesariamente sexuales; y, si estas no ocurren, aparece el distanciamiento y las actitudes hostiles hacia sus mujeres.

Pero también ratifican la necesidad de diálogo sobre estas incidencias propias de la menopausia y sus etapas pre y post, a fin de que su comprensión más allá de lo cognitivo, se traduzca en un compartir, buscar otras alternativas relacionales, y superar la crisis que, sin lugar a dudas, se produce alrededor de esta etapa.

De esta manera, es posible preguntarse si aquí ya están presentes pensamientos de desvalorización de la mujer sobre sí misma, quien no está desempeñando el rol que se supone debe ejercer, y en consecuencia, su valoración como mujer disminuye, aceptando estas formas de relación, viviendo pasivamente en este estilo de vida, dejando que estos modos de relación se prolonguen sin solución. Y son, al parecer, estos pensamientos de ellas, que se relacionan con los de ellos, complementándose de manera peyorativa y desvalorizante. Por ello también se puede comprender la compensación de ellas en los roles maternos, descuidando los roles conyugales de acompañamiento, ayuda mutua y realización progresivamente positiva como seres humanos que utilizan sus recursos resilientes para encontrar caminos de relación y comunicación nutritivos.

Los pensamientos de base que varones y mujeres manifiestan, traducen no solamente los imaginarios, formas de interpretar la realidad, y actitudes que auspician conductas, sino que también son reflejos claros de aquellas maneras de pensar existentes en los contextos sociales, sin importar la posición de nacimiento de las personas, ni su nivel socioeconómico o educativo, ni la actividad laboral o de labor social que puedan ejercitar.

Es posible preguntarse si son estos pensamientos los que directamente están influenciando en la vivencia de la menopausia, en la interpretación de su significado, en la traducción en síntomas y manifestaciones, en la percepción de un estado de vacío, soledad o aislamiento, por sobre la realidad.

Se sabe que el cerebro interpreta con saberes conocidos aquellos síntomas que son nuevos, hasta que no tenga una información correcta, e inclusive cuando esta información ha sido corregida se resiste a modificarse porque forma parte de una cadena interminable de elementos ubicados en la asimilación de experiencias, que se han traducido en significados asignados, resistentes a los cambios.

¿Es esto lo que pasa en las mujeres entrevistadas respecto a la menopausia, la forma de vivirla y la manera de buscar actividades compensatorias? ¿Son estas maneras de percibir, interpretar y vivenciar las que las conducen a desvalorizarse, situándose en una posición similar a la depresión, y que después, se la asimila como depresión?

Su posición en la familia es aleatoria ya que algunas han sido únicas, las de la mitad o mayores, sin embargo, ninguna ha sido menor en su familia. ¿Tendrán estas posiciones de hijos relevancia alguna en su vivencia de la Menopausia?

Algunas mujeres que tuvieron hermanas tenían conflictos con ellas en su infancia por expectativas y exigencias de sus padres, manteniéndose esta discordia aún en la actualidad en algunas. Sin embargo, sí puede verse una gran influencia en las mujeres que tienen apoyo o complicidad con hermanas dentro de este periodo y quiénes no.

Aquellas que han tenido hermanos mayores o menores han tenido una relación estrecha con ellos desde su infancia hasta la actualidad. ¿Influirá esto en la visión que ellas creen que tienen los hombres sobre la menopausia? O ¿el apoyo que esperen de sus parejas y que ahora no se da?

En su gran mayoría, las mujeres mantienen y han tenido una muy buena relación con sus madres al punto de compartir tiempo con ellas fuera de sus familias. Y esto puede verse afianzado aun más en esta época a favor de la identificación y empatía que comienzan a tener con ellas.

CUADRO 12
TIEMPO DE OCIO Y ACTIVIDADES QUE REALIZA

NÚMERO	NOMBRE	TIEMPO OCIO Y ACTIVIDADES
01	VILMA	Antes era más constante en cuanto a ejercitarme ahora no tanto, en los últimos años no me he dedicado a mí misma. Lee al menos tres veces a la semana y en ingles por su profesión, novelas, artículos en internet, obras literarias. A pesar de indicaciones del doctor no se ha organizado para realizar actividad física., dice que siente que ella se ha descuidado. Su tiempo de ocio es al llegar del trabajo (tarde-noche) y fines de semana pero refiere estar muy ocupada.
02	NANCY	Su tiempo de ocio es cuando sale del trabajo y los fines de semana. Ella refiere que cuando quiere, exceptuando por el horario de su trabajo, puede tomarse el tiempo para realizar la actividad que desee porque “ya no hace funciones de esposa, madre, hija sino sólo para ella”. Y en cuanto a ejercicio camina cuarenta minutos diarios.
03	INÉS	Ella comenta que “ya no se da esos gustos” porque se la pasa en la iglesia a la cual dedica mucho tiempo y en los que hacer de su casa porque ya no tiene a nadie que le ayude. Pero no menciona ningún tiempo de ocio o actividad física. Comenta que le gustaba leer pero ya no lo realiza, al igual que ver televisión pero alega que no tiene tiempo.
04	VIOLETA	La señora refiere no practicar ninguna actividad física por su trabajo ya que no le da tiempo pero sí lee libros de aventura, ve televisión junto a su hija o comparte tiempo con ella los fines de semana. Admite que su barrio o contexto (smog, inseguridad) no le permite realizar al menos caminatas.
05	EVELYN	“Ahora tengo demasiado tiempo de ocio” pero aclara

	<p>que es muy desorganizada con su tiempo ya que pasa gran parte de este en la computadora en especial en internet en donde pertenece a un grupo internacional de mujeres judías y a una organización interreligiosa con el fin de promover la paz en el mundo, también interactúa por mensajes en su mail con amigas pero al mismo tiempo admite que juega mucho en la computadora y en sus palabras reconoce “que está desperdiciando tiempo”. No realiza ejercicio físico aunque lo desearía pero se considera una “vaga”, “estoy muy gorda y la doctora me llama la atención...y no hago nada para cambiarlo”. Y en cuanto a actividades de ocio manifiesta haber dejado de leer y salir en grupo con amigos en común, con su pareja lo cual apreciaba mucho. Menciona que no realiza actividades físicas por ser “un accidente esperando por ocurrir” ya que siempre ha tenido problemas con su tendón de Aquiles.</p>
--	---

En su gran mayoría las mujeres necesitan actividad física pero no la realizan por falta de tiempo o debido a que los contextos son percibidos como inadecuados, o no favorecen estas actividades; sin embargo, se puede notar el reproche contra sí mismas por no hacerlo, al admitir que existe la posibilidad de organizarse y sacrificar para realizarlo. De todos modos son claras manifestaciones de apatía, desmotivación, que al parecer más bien son compatibles con desvalorización de sí mismas, descuido de sus personas y ausencia de deseos de “sentirse bien”.

En las entrevistadas se puede notar que dan preferencia a actividades de ocio que al ejercicio, interpretándose esto como la sumisión a las manifestaciones que deben “aguantar” a esta edad, cabe denotar si ¿podría justificarse este “descuido” en su salud como una forma de vivir estos prejuicios sociales relacionados con su edad?

Quizá en el empleo del tiempo libre se pueda notar con mayor claridad la dimensión de sus sentimientos respecto a sí mismas, del grado de desvalorización, y la caída del

umbral de motivación. Y justamente estos síntomas pueden ser asimilados como manifestaciones de un estado o de un cuadro depresivo, pero del cual poco o nada pueden hablar en el consultorio ginecológico. Hace falta otro ambiente en el que ventilar estos sentimientos y estas sensaciones.

Se puede notar que las mujeres que no trabajan se entregan por completo a algún tipo de actividad religiosa, como estudio de la biblia, o conformación de grupos de paz o afines a sus objetivos religiosos. ¿Será esto una búsqueda de bienestar dada esa posible sensación de vacío que se mencionaba en reflexiones anteriores? O ¿es un tipo de actividad a la que pueden centrar todo su tiempo libre sin temor a ningún juicio por no desempeñar ya un “rol social”?

También puede ser que los interrogantes sobre esta situación, su ser, su crisis, traen consigo preguntas sobre el significado de sus vidas, y en consecuencia la necesidad de encontrar un sentido nuevo. Por ello su afán de buscar elementos más espirituales y religiosos, y la necesidad también de entrar en contacto empático con quienes sufren, en servicios de bienestar social, sin que esto signifique que sus actividades no tengan una intencionalidad fraternal con las personas, al margen de cualquier intencionalidad de obtener nuevos ingresos económicos.

La pequeña minoría pero no menos importante que ha logrado encontrar tiempo para sí misma y no tanto como madre, esposa, o hija alegan sentirse muy bien ya que realizan las actividades que más les gusta y cuando ellas decidan, practicando incluso una rutina diaria de ejercicio. Sin embargo, a pesar de estas condiciones óptimas como mujeres, se puede notar en el discurso una queja en cuanto a la incompleta y frustrante vida sexual. Esta afirmación da cabida a mencionar que si existe un rol importante del hombre o pareja en esta transición de estas mujeres, no es solamente como un apoyo moral.

Puede notarse, además que las personas que se dan tiempo para sí mismas y que sienten ser atendidas, son aquellas que mantienen mejores relaciones familiares y sociales. Nuevamente se trata de un elemento que requiere de reciprocidad y que por ello puede cambiar muchas de las relaciones familiares y sociales.

Relacionando estas conclusiones con temas anteriores en cuanto a nivel económico cabe preguntarse si se debe a esta condición su dedicación a actividades de ocio que no necesariamente son remuneradas, y si estas actividades colaborarán en la salud mental de estas mujeres, aunque no se hallen aportando económicamente.

CUADRO 13
EDAD MENARQUIA Y SENTIR SOBRE ESTO

NÚMERO	NOMBRE	EDAD MENARQUIA Y SENTIMIENTOS
01	VILMA	A los trece años, no fue traumático pero si le dio susto cuando vio su interior manchado a pesar de que ya estaba informada sobre esto. El lugar fue después del colegio, yendo a su casa. En general, refiere que “es duro vivir por uno mismo eso” pero cree que entre todo, fue normal para el suceso. Tuvo dolores antes de su desarrollo que pudo reconocer después.
02	NANCY	A los doce años, le pareció normal y no la cogió por sorpresa pero sí con un poco de vergüenza y miedo de ya poder quedar embarazada porque “se convierte en mujer”. En su parte física no ha sentido grandes molestias ha sido puntual.
03	INÉS	A los 15 años, dice “no sé describirlo porque fue chistoso”, ya que pensó que se había untado de ensalada roja en una fiesta, pero en general, para ella fue muy normal, además la tía a quien estaba a cargo le explico todo. Refiere físicamente no padecer dolores.
04	VIOLETA	A los 13 años, menciona que fue normal porque su hermana paso primero la experiencia así que para ella fue normal y eso trato de transmitir a su mamá la cual hacia gran escándalo ante este suceso; no dio pie a comentarios con su naturalidad ya que vivió las escenas que su madre había hecho a su hermana cuando ella

		vivió por primera vez esto.
05	EVELYN	A los 12 años, para ella fue traumático porque se despertó y su cama estaba ensangrentada y hace notar en su discurso que no fue su madre quien estuvo ahí en esos momentos sino su empleada, y que esta la calmo al explicarle que todo esto era normal.

Lo primero a denotar es que cada una de las mujeres mencionó a la persona que las informó sobre la menstruación, y al parecer, quien pudo dar una connotación positiva o negativa a este suceso, y por lo tanto, en cómo fue vivida. Lo cual sirve para deducir que cualquier mujer sí está sujeta desde un principio a una percepción de este suceso ya sesgada por otro u otros. ¿Tendrán las mujeres, en la menarquia, la capacidad de decidir cómo vivirla, o pesará más la primera concepción sobre ella?

Una de las hipótesis del apareamiento de la Menopausia en una mujer, la relacionan con la manifestación de la Menarquia, y dice que entre más rápido se desarrolle una mujer va a ser más rápido el apareamiento de la Menopausia, lo cual no encuentra fundamento en estas mujeres entrevistadas, ya que, la que más temprano tuvo su menarquía, la cual fue a los 12 años, no fue en la que primero apareció la Menopausia.

Las edades de su desarrollo menstrual se encuentran entre los 12 a los 15 años, lo cual las ubica dentro de los parámetros normales según la literatura para este acontecimiento.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas manifestó que tenía en vísperas información sobre este suceso así que pudieron tomarlo con normalidad, contrario al restante de las mujeres que no había tenido información y, por lo tanto, esto las pudo tomar por sorpresa. Sin embargo, en ninguno de los dos casos alegan esta experiencia como placentera sino más bien incómoda.

Casi todas las mujeres afrontaron solas esta primera vez. ¿Tendrá este aspecto influencia en cómo deba transcurrir su Menopausia y, por esta razón, no conversen mucho sobre lo que les acongoja en relación con ella?

Algunas de las entrevistadas manifiestan que conocieron -al mismo tiempo que la información física- comentarios como “cuidado porque ya puedes quedar embarazada” y sobre la consecuente responsabilidad ante esto. Lo que parece claro es la connotación de “responsabilidad”, y nada placentero de este proceso, que puede a su vez incidir en la concepción posterior del cese de las menstruaciones.

Al leer entre líneas estas experiencias aparece un elemento común en la Menarquia y en la Menopausia: la necesidad de compartir esta situación con alguien que comprenda, ofrezca algún alivio y le dé un nuevo significado. Adicionalmente, vivir la experiencia es distinto a conocer sobre esta experiencia, de tal manera que el conocimiento no puede suplir los alcances de la experiencia. Probablemente esta es la razón por la cual las percepciones, los pensamientos e imaginarios parecen independientes de los conocimientos (como expresara Ellis) sobre estas incidencias femeninas, al principio y al final de este ciclo reproductivo.

El significado de estos dos sucesos se torna altamente importante porque está ligado a la construcción de la identidad de su ser femenino y, por ello, se entiende no solamente la necesidad de ratificación con la presencia de alguien comprensivo/a, sino también traduce el impacto de la ausencia de un alguien; una ausencia que es asimilada como “ser dejada sola”, que –como se sabe- es uno de los mayores temores que siente una mujer. Por ello, también, la capacidad resiliente que manifiestan al quedarse viudas, al elegir la soltería, o al situarse como cabeza de familia, es más significativa y revela una enorme fortaleza en su personalidad.

Por lo que se ha podido comprender, no es necesario que ocurran estas situaciones más extremas, sino que la vivencia de la menarquía y la menopausia –entre otras- puede ser vivida como un estado de abandono, de aislamiento, de soledad, de tristeza y, en algunos casos, como formas depresivas derivadas de una pérdida: la pérdida de su identidad de mujer, en conformidad con los imaginarios sociales y familiares.

CUADRO 14
OPINIÓN PERSONAL DE LA MENSTRUACIÓN

NÚMERO	NOMBRE	OPINIONES SOBRE LA MENSTRUACIÓN
01	VILMA	La toma como algo normal. Incluso comenta que ésta actualmente no se ve tan tabú como antes.
02	NANCY	Su opinión es muy buena ya que ella expresa que se sentía “mujer total” durante sus periodos. Refiere que se sentía muy bonita porque las hormonas daban “un toque especial” a su aspecto físico.
03	INÉS	La señora lo ve como algo natural, que incluso no le molestaba porque no tenía molestias físicas.
04	VIOLETA	“Una cosa normal tiene que pasarnos a todas”.
05	EVELYN	“Era un fastidio para mi, odiaba la menstruación, una se siente sucia e incómoda”. No tenía dolores fuertes, sólo un dolor esporádico en los ovarios. “Estuve feliz con la Menopausia porque ya no tuve que lidiar con eso”. Adiciona su comentario en molestia de las toallas que se usaban.

En general, las mujeres entrevistadas mencionan haber vivido las menstruaciones de una manera normal. ¿Este hecho significará que las mujeres ya viven las menstruaciones como lo han introyectado desde una visión social? ¿Significa que la palabra “normal” es lo común, o es lo sano?

La mayor parte de las mujeres conciben a la menstruación como un proceso normal en la vida. Sin embargo, las opiniones en cuanto a su vivencia pueden variar desde algo “mágico” que genera belleza, hasta el extremo de ser algo “fastidioso” debido a al uso de las toallas higiénicas en esa época.

Sin embargo, tanto estas molestias, como los dolores que puedan sentir parecen llevaderos, cuando existe la comprensiva compañía de alguien que comparte las

incidencias, dándole un tinte de “natural” y hasta “mágico”, como referencia a una vivencia de misterio ligado también a la feminidad. En este caso lo “normal” hace referencia a lo apropiado y lo sano.

Ningún argumento puede dejar de lado la posibilidad de que las mujeres no solamente le den importancia al hecho de la menstruación, sino también a que cada menstruación puede ser una oportunidad menos para procrear y vivir la experiencia de la maternidad, también de conformidad con las valoraciones sociales, familiares y personales. Y si bien estos acontecimientos biológico-sociales pueden ser vividos como una molestia, también pueden ser experimentados como eventos tranquilizadores, si un embarazo significaría una complicación, o si éste se situaría como un suceso que rompe los objetivos personales, familiares y hasta sociales.

Así que es posible que la vivencia actual de la menstruación no haya dejado de lado aquellas creencias, formas de pensamiento e imaginarios de épocas más primitivas, y se haya mezclado con conocimientos, confundidos con percepciones propias que, en definitiva, hacen de ésta una experiencia particular.

Otra vez se trata de un hecho con carácter social, que necesita ser compartido, pero que al mismo tiempo, dependiendo de los pensamientos y formas de imaginar de varones y mujeres, deja a la mujer aislada, sola con su experiencia. De hecho, en otras épocas este acontecer biológico, sin dejar de tener un carácter social, aislaba a la mujer. Por ello ha pervivido en el lenguaje popular la menstruación como “estar enferma”; todo enfermo necesita de cuidados, pero que en este caso, se los niega. Y se trata de una “enfermedad” que viene con sangrado, lo que puede recordar una herida y no en cualquier lugar, sino en un lugar cargado de muchos significados. De todo esto se comprende el peso del significado de la menstruación, y el significado de no poder compartir esta vivencia con un alguien significativo.

La mayoría refiere dolores en su menstruación pero no muy graves. Esta afirmación abre el camino a cuestionar si las expectativas de estas mujeres en cuanto a las consecuencias de la Menopausia serán menores dadas las pocas molestias durante su vida menstrual, o una presión social puede pesar sobre lo racional y el conocimiento físico de sí mismas.

CUADRO 15
VIVENCIA DE LA MENSTRUACIÓN EN SU VIDA: RESPONSABILIDAD,
ALGO NORMAL, MOLESTIA O PLACER

NÚMERO	NOMBRE	VIVENCIA DE LA MENSTRUACIÓN
01	VILMA	Siempre lo ha vivido como algo normal. La única excepción fue una vez que debido a un susto sufrió una hemorragia aguda, mencionando una vinculación emocional con esta.
02	NANCY	Lo vivió como normal incluso algo placentero porque significaba que no estaba embarazada. Se sentía “femenina” con el periodo, aunque admite lo tedioso del uso de las toallas de esa época.
03	INÉS	Lo vivió siempre como algo normal, incluso no tenía molestias y era “muy regular”.
04	VIOLETA	Lo vivió normal aunque manifiesta que si era molesta la toalla y sus cuidados.
05	EVELYN	“No la vi como una molestia pero tampoco la vi como que bonito tengo el periodo y voy a poder ser mamá”.

Complementariamente a los comentarios al cuadro anterior, el cese de las menstruaciones, al mismo tiempo que implica una tranquilidad, puede también traer consigo el sentimiento de pérdida de una oportunidad, de algo que está ligado a la identidad, de un don que solamente la mujer es capaz, como es la gestación.

Las experiencias de la menstruación han sido vividas –de conformidad con las expresiones de las entrevistadas- de una manera tranquila y natural, aunque buscando o proporcionándose los cuidados que suponen necesarios. Asimismo –aseguran- representaba un alivio al significar no-embarazo, tomando en cuenta la falta de información sobre anticoncepción.

Junto con estas consideraciones de carácter cognitivo, está como característica común la sensación de incomodidad, que pudiera traducirse en una connotación negativa, que inclusive puede transmitirse de una generación a otra, prolongando por siglos este mismo significado y sustentando estas maneras de pensar, sus imaginarios y, consecuentemente, los comportamientos que en forma de patrones de conducta se muestran sin modificación, a pesar de los conocimientos adquiridos y las reflexiones conscientes, dejando la prioridad a los sentimientos y sensaciones.

Un elemento que también parece común es la convicción de responsabilidad en el hecho de “quedarse embarazada”, como una forma de sortear al destino, torear las consecuencias de las acciones, de tal forma que esta responsabilidad recaer especialmente en la mujer, y no tanto en el varón, porque se supone que la aceptación de una relación es elección y decisión de la mujer.

Se puede comprender aquí la vinculación tan estrecha entre pensamientos individuales, creencias sociales e imaginarios colectivos, con la menstruación y – claro está- con la menopausia. Una relación directa entre lo biológico y lo psicológico, que ratifica una vez más la existencia de una sola realidad, que amerita también una atención integral. Es decir, la mujer que inicia sus menstruaciones y que las concluye posteriormente en la menopausia, requiere de un espacio para expresar sus vivencias, no solamente en el ámbito de la ginecología, sino como una atención psicoginecológica.

CUADRO 16
MALESTAR FÍSICO O PSÍQUICO: ANTES, DURANTE O DESPUES DE
LAS MENSTRUACIONES

NÚMERO	NOMBRE	MALESTAR EN LA MENSTRUACIÓN
01	VILMA	Si físico, dolor en la cadera, en los pezones, inflamación del vientre y todo esto tres o cuatro días antes, pero eran por épocas y se agudizaban a medida que se iban acercando al día de menstruar. Días después

		manifestaba una sensación rara en los pezones “como que se movía algo por dentro” y psíquicamente, antes se sentía más sensible, pero no hacía gran alboroto porque sabía que esto era normal.
02	NANCY	Si físicos, dolor en los senos tres días antes, se hinchaban y producían dolor; a veces dolor de cabeza y un leve cólico. Refiere que emocionalmente se sentía más sensible durante el periodo “quería más cariño”.
03	INÉS	Refería durante el periodo encontrarse de mal genio, mal humor, hasta hoy, ya que aunque no tiene el periodo siente que “le dan las mismas crisis” que cuando lo tenía, en los mismos días. En sus palabras “me afecta la luna llena y peor si tenía el periodo”.
04	VIOLETA	“No tenía malestar a veces ya un poco de dolor en los senos y no sé, si sería por eso pero toda la vida he sufrido de dolores de cabeza”.
05	EVELYN	Si físicos, de vez en cuando dolores en los ovarios antes del periodo, uno o dos días antes, eran muy leves, “eran como un mini aviso”.

Todas refieren dolores físicos antes o durante el periodo, específicamente dolores en los senos, ovarios, caderas y en algunas ocasiones dolores de cabeza. Aunque se puede notar en el discurso que la menstruación se manifestaba como un chivo expiatorio o detonante de problemáticas, como mayor demanda de afecto, la necesidad de omitir sus quejas ante el dolor, e inclusive como una excusa para librarse de la angustia que el contexto social pudiere ocasionar en esos días.

Cuando las mujeres prestaban atención a su dimensión psíquica admitieron mayor sensibilidad o mal humor antes o durante el periodo menstrual, comportamientos que se han convertido en clichés sociales. ¿Hasta qué punto estos síntomas psicológicos tienen un referente orgánico, y hasta qué punto surgen de una influencia social? ¿Será factible que algo parecido suceda también con la sintomatología de la Menopausia?

De todas formas, las sensaciones, percepciones, pensamientos, ideaciones, actitudes y comportamientos son frutos de la persona como totalidad, y no elementos emergentes de alguna de las áreas que, para efectos de comprensión, se diferencian en la persona. Se sabe que son más bien dimensiones y no partes de la personalidad, y éstas se manifiestan siempre de manera integrada e integradora, expresión de la totalidad del ser.

Así que, en definitiva, no importa si estas manifestaciones son atribuidas más a una dimensión que a otra, sino que es más importante considerar la significación que tiene o que es atribuida, y cómo esta atribución significativa influencia en las interrelaciones sociales, familiares y personales.

Cabe recordar que toda conducta, además de su contenido, posee en sí un mensaje, establece una relación y define una intención. En el caso que ocupa esta investigación, el contenido son las manifestaciones psicobiológicas (que corresponden al Yo), el mensaje –como se ha visto- expresa la necesidad de compañía, diálogo, presencia activa, comprensión y apoyo; expresa una relación que se intenta para estrecharla y tornarla más significativa, dando a su vez significado a las incidencias de la menarquía, la menstruación y la menopausia.

CUADRO 17
EDAD DE COMIENZO DE MENOPAUSIA
SENTIRES CUANDO LO SUPO

NÚMERO	NOMBRE	COMIENZO MENOPAUSIA Y SENTIR
01	VILMA	Fue a los 51 años y lo recibí tranquila además cuando me lo dijo la doctora yo ya lo sabía, lo estaba incluso esperando desde hace mucho al punto que me parecía extraño que siguiera menstruando porque mujeres contemporáneas a mi alrededor ya habían comenzado su Menopausia; aunque mencionó que a su edad añora

		más la juventud pero que toda esta idea social de la menopausia como sinónimo de vejez la ha podido manejar gracias a su trabajo e interacción con sus alumnos, esto le ha ayudado a verlo como un “proceso normal” .
02	NANCY	Fue a los 54 años y lo primero que pensó fue “tengo un motivo para que me molesten” refiriéndose específicamente a su esposo e hijo, por ende sintió tristeza y pena. No se le diagnosticó pero ella ya lo presentía desde su último periodo. También le preocupa su deseo sexual alto e interacción con su marido, ya que “no tiene con quien hablar sobre esto”. Vive paradigmas sobre los hombres y su juicio sobre la Menopausia. Al preguntarle ella aclara que se asume como menopáusica pero no quiere que lo sepa nadie. Lo primero que se le viene a la mente con la palabra Menopausia es Vejez, “es como la etiqueta la sociedad” y ella no lo comparte.
03	INÉS	Fue a los 52 años pero no se la diagnosticaron porque no iba hace mucho al médico.
04	VIOLETA	Fue a los 53 años y lo primero que pensó fue “oh que pena, ya me voy a hacer viejita pues ni modo” además de que no le diagnosticaron como tal a la Menopausia sino que ella lo dedujo porque no le llegaba el periodo y su edad.
05	EVELYN	Fue a los 52 años y yo estaba feliz, me libré de las toallas sanitarias no sé si esto es la respuesta que usted quiere pero la digo igual, nunca reaccioné como qué pena ya no voy a poder ser mamá. Para mí fue un alivio. Lo asociaba con sangre, toallas, embarazo. Y su sentimiento fue de “liberación”. Por otro lado, más adelante expresa “fue un cambio normal en mi vida, una cosa que tenía que venir, nunca pensé que era muy

		temprano o muy tarde, simplemente ya me tocó, es parte de ser mujer...lo tomé como una cosa natural nunca me sentí menos atractiva, menos necesaria o menos útil físicamente”.
--	--	--

En todas las entrevistadas se puede apreciar que depende en gran parte del contexto en el que se encuentren el cómo vivan su Menopausia; por ejemplo, las señoras que tienen interacción con mujeres que toman como un suceso normal la Menopausia no viven con tanto malestar, como aquellas que sí tienen un círculo de personas que están constantemente pendientes de los elementos negativos de la Menopausia, y todo lo que ésta conlleva. Con esto ¿se puede deducir que la concepción social, sea quien fuere su representante (amigas, familia, trabajo), juega un papel desencadenante en la vivencia de cada mujer en su Menopausia?

Las mujeres entrevistadas entraron a la Menopausia entre los 51 y 54 años de edad, lo que, según las consideraciones teóricas se encontraría dentro del rango normal (40 – 55años) para que se dé este suceso, sin embargo, se puede notar que están en el extremo alto del rango lo cual se relaciona con las evidencias encontradas de que los cambios en los estadios del desarrollo en la actualidad, y también en la menopausia, se están presentado en tiempos diferentes o fuera de lo común.

Para la mayoría de las entrevistadas saber que se iniciaban en la Menopausia fue sinónimo de Vejez, cese de fertilidad, tanto de una manera directa o indirecta. Este es tanto un modo de experimentar el vacío, como una manera de evidenciarlo.

Algunas mujeres denotan ambivalencia en sus respuestas, pues se refieren a un alivio o a una consideración de algo normal, y al mismo tiempo una experiencia en la que empiezan a extrañar la juventud. ¿Será para estas mujeres la menstruación sinónimo de juventud y la Menopausia una experiencia de vejez?

Otro punto importante a resaltar es que en su mayoría, con o sin asesoramiento podían deducir, que ya se encontraban en la Menopausia o al menos entrando a ésta, pero a pesar de este conocimiento de sí mismas y de las informaciones que poseen,

requirieron de un especialista que las asesore frente a esta nueva experiencia, para su mejor vivencia. Esto puede significar que hay elementos en la Menopausia que las mujeres entrevistadas conocen, que les causa molestias, pero que no pueden nominarlos, haciendo necesaria la intervención del psicólogo clínico.

CUADRO 18
DIFERENCIA ENTRE ESTA ETAPA Y LA ANTERIOR

NÚMERO	NOMBRE	DIFERENCIAS ETAPAS ANTERIOR Y ACTUAL
01	VILMA	Ya que vivió la pre-menopausia por cinco años, no veía cambios significativos, pero paulatinamente ve diferencias en la resistencia física o fuerza, que ya no es la misma, con problemas de piel (arrugas, manchas) y deficiente memoria.
02	NANCY	Sí bastante, antes no era autónoma, autosuficiente, libre. Y en cuanto a cambios físicos refiere que ya no es la misma energía ni resistencia física.
03	INÉS	¡ah claro, la memoria! Y físicamente se incrementan los dolores en todo lado, la intimidad con los esposos no es la misma, y en cuanto a su imagen corporal siente que se ha hinchado y ensanchado.
04	VIOLETA	Claro, ¡los sofocos es lo peor!, el cuerpo cambia, yo no tenía celulitis, se reseca más la piel, te salen más arrugas.
05	EVELYN	Para mí no, aunque ahora que lo pienso tuve calores eran en todo el cuerpo de forma aleatoria, todo el día pero más en la noche, y me despertaba, hasta hoy tengo el termostato al revés e insomnio, hasta ahora no duermo bien, cuando quiero hacerlo tomo pastillas (someses). Me levanto al baño una o dos veces y no puedo volver a dormir. Además de manifestar dolores de rodilla pero admite que es por el sobrepeso.

En general, se puede notar que las entrevistadas sí refieren cambios, pero más a nivel físico, como por ejemplo los sofocos que son los más representativos, que los psíquicos ¿Será que estas mujeres no pueden identificar en sí mismas cambios psicológicos dado que no se conocen, o porque los consideran normales?

Como psicólogos cabe plantearse la reflexión de que estas mujeres no mencionan otro tipo de circunstancias o contextos que han cambiado en sus vidas, porque no creen que estos sean relevantes en esta época, con lo que daría cabida a una campaña de prevención de este tipo.

Por otro lado, en estas quejas puede verse reflejado el concepto peyorativo que manejan de la Menopausia como algo que conlleva elementos negativos, ya que sólo una fue la que resaltó la autonomía, valía para sí misma y oportunidad en este proceso, quizá porque no existe una red de apoyo -de la que se habló anteriormente- como ayuda para cambiar su visión a otra consideración que haría más llevadero este proceso.

CUADRO 19
INFLUENCIA DE LA MENOPAUSIA EN OTRAS ESFERAS
DE LA PERSONALIDAD

NÚMERO	NOMBRE	INFLUENCIA MENOPAUSIA
01	VILMA	Intelectual, memoria, retención, tiene que leer más de una vez, evocación, concentración.
02	NANCY	No, yo diría que no, más bien por lo que antes no la ejercitaba y ahora sí, con mi trabajo, creo que mi cerebro trabaja mejor.
03	INÉS	Intelectual sí, me da cansancio mental para hacer algo en la noche, no puedo.
04	VIOLETA	Memoria, se me olvidan las cosas, me toca estar pendiente. Dado a un derrame cerebral hace quince

		años, cambio su genio ya no es tan temperamental y es más tolerante.
05	EVELYN	Deje de leer porque no puedo mantener la concentración, leía mucho hace cinco años pero lo deje de hacer desde hace ocho años que tengo la Menopausia. “No me puedo hacer sola a mi misma leer...comienzo y no termino”. También refiere problemas de evocación en la memoria. Sin embargo, ante una pregunta responde que para ella no cree que hubo un cambio radical.

En su mayoría, las mujeres entrevistadas resaltan cambios en su memoria o en sus habilidades mentales, sin embargo, no mencionan o resaltan ninguna diferencia social, y aquí vale preguntarse si esto es debido a lo que se puede esperar socialmente de una mujer en su etapa, como una manera de reafirmar el papel del que se hablaba que ocupaban estas mujeres al aislarse, sentirse tristes o diferentes, a pesar de que pertenecen a una franja social con ciertas facilidades, comodidades y estilos de vida más amplios.

Si se toma en cuenta los conocimientos que la Psicología posee sobre la etapa de la adultez madura, en la cual se encuentran estas mujeres entrevistadas, no está necesariamente presente la pérdida de habilidades, destrezas o experticias intelectuales, sociales, culturales o lingüísticas, pero permite comprender que probablemente la pérdida de estas aptitudes se deba más a las consideraciones que se han visto en los cuadros anteriores, de creer que entrar en esta etapa e inclusive en la etapa previa, supone entrar en un camino de envejecimiento. Y es más probable que esta creencia sea la que provoque la progresiva pérdida de estas habilidades, más bien por la falta de uso, que si fuera solamente consecuencia directa de la entrada en la Menopausia. De esta forma, las acciones optadas lo que hacen es alimentar la creencia, y estos pensamientos estimular estos comportamientos.

CUADRO 20
CAMBIOS EN LA VIDA SEXUAL POR LA MENOPAUSIA

NÚMERO	NOMBRE	CAMBIOS EN LA VIDA SEXUAL
01	VILMA	Si, primero es la falta de deseo, y también a veces como que uno tiene más cuidado en todo sentido (esposo contagió con el virus del papiloma humano). En la relación siempre deben usar condón o ella puede recaer porque él es el portador del papiloma y esto dificulta el placer en la relación sexual porque siempre está pendiente de que él lo use, además de que refiere haber quedado “traumatizada” con el tratamiento al que tuvo que ser sometida cuando le descubrieron este virus. Siente que su esposo no la apoya como quisiera.
02	NANCY	Aquí no se realizó directamente la pregunta porque fue bastante claro que reiteró varias veces durante la entrevista que se sentía frustrada con sus relaciones sexuales, dado a que su esposo sufre de eyaculación precoz y actualmente se encuentran separados pero viviendo juntos. Además se hablaron temas como su incremento en el deseo sexual y cuestionamiento moral frente a la masturbación.
03	INÉS	Si bastantes, ya no hay interés, ya no me dan ganas. Bajo la frecuencia de sus relaciones sexuales y hay dolor durante estas, y no ha averiguado ningún tipo de solución para esto.
04	VIOLETA	No tiene pareja ni ha tenido relaciones pero refiere que si siente reseca.
05	EVELYN	“No tengo ganas”, y su marido sufre de eyaculación precoz por ende manifiesta gran frustración en su vida sexual, sumado a que a pesar de la buena comunicación que tiene con su pareja, este tema nunca se habló abiertamente y cuando lo hizo no era de la manera

	<p>adecuada de parte de ella ya que esta creía que él era egoísta por no buscar ayuda profesional sobre este problema. Su promedio de relaciones es “muy baja” (tres veces al año) y manifiesta no tener la confianza para decirle que prueben alguna alternativa en su relación sexual. Físicamente siente dolor por la resequedad pero ella accede a la relación sólo por complacer a su esposo. “Me dan ganas pero ya al instante que estoy con él no quiero ni que me toque”. Comenta fingir orgasmos y además practicar la masturbación una vez al mes.</p>
--	--

En este cuadro tanto se muestran las tendencias de mujeres que se quejan de no tener deseo sexual y otras que manifiestan un incremento libidinal. En un caso puede deberse a que pasaron una vida sexual insatisfactoria debido a los problemas sexuales de sus parejas, y que a esta edad es sentida con mayor fuerza.

En otras, confiesan sentir gran deseo sexual, manifestando al mismo tiempo una vida sexual frustrada, debido a que no hubo placer en sus relaciones sexuales, ya que sus esposos sufrían de eyaculación precoz, teniendo incluso que fingir sus orgasmos durante las relaciones que tenían, quedando en su mayoría insatisfechas.

Esta actitud de fingir el orgasmo puede dar a entender que ellas, muchas veces, buscan el bienestar de su pareja antes que el suyo, y en algunos casos, puede traducir cierto temor a que él la abandone por no suplir sus necesidades, lo cual empata con los comentarios anteriores que hablan de una capacidad para renunciar a sus propias necesidades, quizá porque este comportamiento esté apoyado por criterios y valoraciones sociales, porque “a fin de cuentas es mi esposo”.

Por otro lado, una vez más se ratifica la percepción surgida de los comentarios a los otros cuadros, de que a pesar del largo tiempo de vida en pareja, muchas mujeres y varones no logran un nivel de confianza y comprensión necesarios para dialogar

sobre temas más sensibles, como sus cambios en la identidad, algunos cambios físicos y las incidencias sociales propias de la Menopausia.

Estas relaciones insatisfactorias y la poca apertura para hablar sobre estos temas llevan a pensar que la pareja elegida puede perder la capacidad de ser apoyo, a través del tiempo, si no se renueva permanentemente la comunicación y si ésta no logra niveles cada vez más profundos y significativos. De ahí es fácil deducir la vivencia de comportamientos de aislamiento, debidos al temor a ser juzgadas y desvalorizadas.

La masturbación es un tema que aunque puede en el caso de estas mujeres ser una posibilidad, aún tiene una carga moral con diversas significaciones, es un asunto que no cuenta con apertura y libertad para ser analizado, y aunque algunas lo practican, en especial aquellas insatisfechas sexualmente, traduce una vez más la experiencia de vivir la soledad, aunque se cuente con una pareja, que parece poseer todos los derechos sexuales.

Este tema es uno de los puntos que la investigación ofreció como mayor oportunidad para ser mencionado por las mujeres entrevistadas, ya que ha servido para enfatizar la necesidad de intervención de un psicólogo que pueda guiarlas en esta dimensión de la personalidad, ya que se ven involucrados elementos morales, prejuicios y miedos, que poseen carácter personal, socio-cultural y hasta espiritual.

CUADRO 21
OPINIÓN DE LA SOCIEDAD SOBRE LA MENOPAUSIA
Y SU INFLUENCIA

NÚMERO	NOMBRE	OPINION SOCIAL MENOPAUSIA
01	VILMA	Que la mujer se vuelve vieja y deja de ser joven, fértil y con deseo sexual...Le influye la opinión dependiendo de quién lo diga pero en general, no cree que le influya porque no es de las personas que se deja

		influir fácilmente.
02	NANCY	¡Pésima! Que la mujer menopáusica es irritable, intolerable, intratable, loca, histérica, imposible, agresiva...Me influye la opinión por las creencias ya tradicionales en los varones.
03	INÉS	Ah! Como que todo le echan la culpa a la pobre, hay mucho desconocimiento pero de mis amigas escucho que cualquier dolencia se marcha con la Menopausia...Ella dice que no le influye mucho la opinión porque es muy hogareña y no tiene un grupo social que frecuente de forma seguida.
04	VIOLETA	Para sus compañeras de oficina es un proceso normal de ser mujer (ya que todas se encuentran en la Menopausia), y en la sociedad la ven como un paso al envejecimiento...dice que no le influyen las opiniones porque ella misma se da cuenta que ya tiene su edad y va hacia la vejez.
05	EVELYN	Creo que tiene un nivel equivocado la sociedad, que la mujer dejó de ser funcional, ya no sirve, ya esta vieja "la mujer como ya no sirve para procrear, ya no sirve"...No siente que le influya esta opinión porque se sintió "liberada" con la Menopausia y su esposo no la ha hecho sentir nunca menos atractiva o menos interesante, o alguna diferencia así que le ha servido mucho su apoyo.

En su mayoría todas las entrevistadas coinciden en que la sociedad concibe a la Menopausia como sinónimo de vejez (lo cual se aprecia cómo negativo), finiquito de la etapa fértil y al mismo tiempo, acompañada de prejuicios como inservible por no ser fértil o intolerable por su humor.

Las mujeres están de acuerdo en que existe un concepto equivocado socialmente por falta de información. La mayoría no está de acuerdo con esta concepción social

peyorativa, a pesar de que su pensamiento ha estado enganchado a este criterio prejuicioso, del cual no han podido desprenderse, como se ha visto en los datos de los cuadros anteriores. Por ello y por la influencia que esta posición social tiene sobre los pensamientos y juicios de las mujeres menopáusicas sobre sí mismas, quizá convenga modificar el concepto mismo de esta etapa que corresponde a una adultez madura y no a una etapa de envejecimiento, en beneficio de la vivencia de la Menopausia.

Por otro lado, conviene comprender que el criterio extendido socialmente y muchas veces repetido por mujeres y varones para referirse a esta etapa evolutiva, claramente es peyorativo y descalificador de la naturaleza de ser mujer. A pesar de que menos de la mitad admite una influencia de la concepción social de Menopausia, el resto no cree que les influya dado a que tienen una concepción propia suficientemente fuerte como para darse cuenta de dónde provienen estos preconceptos.

Con todo puede notarse ambivalencia del discurso de estas mujeres cuando afirman que nos les afecta ese juicio social, pero están pendientes del juicio de sus esposos, ratificando una vez más la importancia de estos preconceptos en sus pensamientos y, por ende -según el enfoque tomado en este trabajo- sentimientos y acciones que ellas viven en su proceso. Asimismo señala la importancia del trabajo terapéutico no solamente con las mujeres pre y menopáusicas, sino también con la pareja de cada una de ellas, y preventivamente con otros sectores del conglomerado social.

CUADRO 22
OPINIÓN DE LA PAREJA SOBRE MENOPAUSIA/INFLUENCIA

NÚMERO	NOMBRE	OPINIÓN DE SU PAREJA
01	VILMA	Él piensa “ya estás haciéndote viejita”. En la intimidad le dice ya estás vieja, ya no tienes deseo de nada, cuando ella no accede a tener relaciones...Y cree que no le influye que él opine esto porque esta palabra se volvió entre ellos una muestra de cariño o broma.

02	NANCY	¡Uy horrible! Califica de fatal a la mujer en la Menopausia, que tiene cambios terribles porque el carácter cambia “muchísimo”. Casi lo ve como una enfermedad...Admite que le influye su opinión en la vivencia de los síntomas de la Menopausia ya que por ejemplo en las noches se cuida de moverse o hacer algún ruido para que él no se dé cuenta que ella tiene sofocos “mejor que no diga, mejor que no piense porque no quiero que piense que estoy con el sofoco”.
03	INÉS	¡No opina nada porque no sabe nada!...Si le influye, de hecho le molesta que él no sepa nada de la menopausia ya que ella sí hace lo posible por enterarse qué pueda estar pasando o viviendo él a su edad.
04	VIOLETA	Los hombres opinan “ya te estás haciendo vieja...estás loca”...pero refiere que esta opinión no le influye porque no tiene pareja, al contrario, de la visión médica de su hermano a la cual sí le hace caso porque dice que encuentra argumentos de su opinión en los síntomas que vive
05	EVELYN	Creo que él piensa lo mismo que yo: “liberación”, podemos tener relaciones sin preocuparnos y cuando queramos. Sin embargo, comenta que nunca han hablado sobre su concepción de esta pero “igual es muy neutro”...Y admite que le influye a bien su neutralidad porque nunca la hizo sentir la mujer vieja, inservible y “nunca se burlaba de mis sofocos por ejemplo, más bien trataba de acoplarse”

Estas respuestas hacen corroborar lo mencionado en el cuadro anterior, de que la opinión de la pareja, o los hombres, es la más influyente en el proceso, ya que son ellos los que socialmente pueden tener la potestad para crear un concepto erróneo porque no tienen la oportunidad de vivir por ellos mismos la Menopausia. Al mismo tiempo son ellos el apoyo más cercano que tiene una mujer (en su mayoría) que está

atravesando la Menopausia. Este dato es un nuevo llamado a la necesidad de trabajar desde la psicología con la pareja para evaluar cómo están viviendo esta transición y poder alcanzar resultados significativos.

Las molestias que manifiestan estas señoras en cuanto a la concepción de su pareja (en su mayoría) no sólo tienen que ver con un juicio equivocado sobre este proceso, sino también con la ignorancia en ambos sobre el tema. Aunque esta sea la tendencia más generalizada es muy probable que en esta etapa las mujeres necesiten mayor atención, más acompañamiento vivido en especial con connotaciones amorosas, revisión de las interrelaciones vividas hasta entonces y necesidad de que éstas sean redefinidas con una significación más profunda, tierna y comprensiva.

Estas mismas necesidades son las que provocan mayor sensibilidad frente al trato, frente a lo que su pareja en especial pueda decir, frente a la relación que establezcan, las actitudes que muestren y sobre la valoración que produce sobre su esposa, su ser mujer y la significación de su presencia en la vida de él. Por esta misma sensibilidad quizá sean tan importantes el pensamiento, las creencias, los juicios y valoraciones; o, a su vez, las desvalorizaciones que pueden conducir a vivencias de vacío, soledad y depresión, sin que eso signifique que estos estados de ánimo sean propios de la Menopausia en sí.

Tres cuartas partes de las mujeres coinciden en que la concepción de los hombres es negativa y hasta peyorativa, lo cual puede traducir claramente una confusión entre vejez y menopausia, debido a una falsa información proveniente –como se dijo- de etapas históricas anteriores, que se han conformado en prejuicios sociales que se resisten a desaparecer. Asimismo ha llegado el tiempo en que la vejez requiere de un cambio de concepto radical, pues, las condiciones actuales y las expectativas de vida hacen una enorme diferencia y requiriendo nuevas posiciones frente a ella, no tanto como deterioro necesariamente, sino nuevas oportunidades de ser en el mundo.

Y si este concepto de vejez ha cambiado, cuanto más necesario que cambie el concepto de Menopausia como nueva oportunidad de replantear la vida de otra manera. Como una de las mujeres menciona, quizá –en todo caso- sea la mejor oportunidad de vivir una sexualidad plena, sin preocupaciones que se habían

mantenido en todo el ciclo reproductivo, como las menstruaciones y en particular del embarazo, sobre todo si éste no estaba contemplado en los proyectos de la pareja, de la mujer o de la situación vivida hasta entonces.

Y, si esta es una nueva oportunidad de vivir la sexualidad a plenitud, ¿por qué los varones tienen que ser los que más desvaloricen la Menopausia? ¿No será porque ellos están influenciados por creencias equivocadas, que finalmente se traducen en dificultades para relacionarse afectivamente de manera intensa, o de responder sexualmente a las posibilidades de incremento del deseo sexual en ellas, en especial si se toma en cuenta que varios de los esposos de quienes se ha entrevistado muestran eyaculación precoz? Quizá esta eyaculación precoz también se halle relacionada con las necesidades sexuales insatisfechas de ellas, y el ritmo de respuesta de ellas, o la incapacidad de ellos de acompañar las necesidades sexuales y sus incidencias.

CUADRO 23
PENSAMIENTOS ANTE LOS MALESTARES FISICOS
DE LA MENOPAUSIA

NÚMERO	NOMBRE	PENSAMIENTOS ANTE SINTOMAS FÍSICOS
01	VILMA	Lo primero que me da es recelo de las otras personas con quien estaba a mí alrededor porque me miraban cuando me ponía roja. Le comenta a su esposo “¡Que bárbaro la vejez como nos está cogiendo!”
02	NANCY	Lo tomo natural, pienso que en algún rato ya ha de pasar “¡ahí serán unos dos, tres años!” jaja
03	INÉS	“¿Hasta cuándo será esto?” jaja no pienso más
04	VIOLETA	¡Qué fastidio!...mi mayor molestia son los calores
05	EVELYN	¡Esta maldita menopausia! (lo susurra)

Estas respuestas son congruentes con su concepción “normal” de la Menopausia ya que aceptan los malestares pero sin dejar de preguntarse por cuánto tiempo más será.

Pero, en general los síntomas experimentados son vividos como molestos, con la expectativa de que terminen pronto y hasta se sienten dispuestas a soportarlos porque no queda más. El hecho de “tener que” soportar los síntomas físicos propios de la Menopausia es un modo de adaptarse a estas nuevas condiciones, sobre todo a su inicio. De todos modos, puede percibirse que si la vivencia de estos síntomas son compartidos, se hacen más llevaderos, que si son desconocidos e incomprensidos por su pareja. Por ello, el temor en algunas de ellas a que su pareja se entere que ella se encuentra en esta etapa y en qué consisten estos síntomas, porque ya preveía el juicio desvalorizador sobre su etapa, la pérdida de la significación para él y el carácter peyorativo de su feminidad.

Otro de los aspectos señalados por las entrevistadas es el temor a ser mal interpretadas, juzgadas o desvalorizadas por las personas que las rodean, en especial si estas relaciones se mantienen cotidianamente, como es el caso de quienes trabajan junto a ellas. Otra vez el temor se halla en el falso juicio, en ser desvalorizadas, dejar de ser tomadas en cuenta o de ser significativas para una relación social fluida.

Asimismo el juicio que puedan emitir sus esposos o sus amigas/os tienen diferente repercusión, dependiendo de la valoración que muestran de sí mismas. Aunque tanto en este como en el otro caso, los pensamientos de los demás pesan fuertemente y resisten toda seguridad de sí misma, y finalmente inciden negativamente en ellas, manteniendo los temores e impidiendo vivir esta etapa –como ellas lo manifestaron– de manera natural y normal.

Parece definitivamente importante trabajar sobre el autoestima en esta etapa, sabiendo que ésta condición psicológica solamente puede ser alcanzada por los adultos, pues, los niños y adolescentes hacen depender la autoestima de la aceptación de los padres o de quienes conforman su grupo inmediato, mientras que los adultos construyen su autoestima, fundamentados en el aprecio exclusivamente de sí mismos, de las experiencias vividas, de los logros alcanzados y del conocimiento pleno y realista de sus habilidades, o inclusive de los proyectos que se estructuran basados en los éxitos alcanzados, o en las posibilidades de la vida actual.

CUADRO 24

LO MÁS COMPLICADO DE MANEJAR EN LA MENOPAUSIA: COMENTARIOS DE LA GENTE, PENSAMIENTOS O CREENCIAS, MANIFESTACIONES FÍSICAS

NÚMERO	NOMBRE	LO MAS COMPLICADO DE LA MENOPAUSIA
01	VILMA	Las manifestaciones físicas porque es algo que uno no puede controlar “para mí los cambios físicos que se tienen son como interminables”.
02	NANCY	Los pensamientos de los demás, es muy difícil manejarlos porque es muy difícil hacerle comprender a la gente, a cada uno, que es un estado natural.
03	INÉS	Las manifestaciones físicas porque digo “si esto va en aumento terrible”.
04	VIOLETA	Las manifestaciones físicas porque e incómodo estarse ventilando al frente de la gente por los calores.
05	EVELYN	Las manifestaciones físicas “porque no puede controlar uno” y yo me opongo a tomar estrógenos por miedo al cáncer así que decidí que tengo que vivir con las manifestaciones físicas.

La mayor parte de las mujeres coinciden en que lo más complicado de manejar en esta etapa son las manifestaciones físicas, dado que es algo imposible de controlar, otorgando muy poca importancia a los comentarios de la gente lo cual es extraño dada la influencia que manifestaron en las concepciones ajenas (aparecen en respuestas anteriores) en especial los comentarios de su pareja.

Es posible también que sus respuestas hagan referencia a los síntomas físicos porque este lugar está destinado a mostrar y atender a este tipo de manifestaciones, antes que referirse y prestar atención a los fenómenos psíquicos que acompañan a la Menopausia.

Estas respuestas dan a conocer que las manifestaciones psíquicas o no son conocidas suficientemente por ellas, prestan poca atención a su presencia, o les es muy difícil nominarlas a pesar de que las perciben. Es también un elemento que enfatiza la necesidad de intervención del psicólogo y la necesidad de que este trabaje con las mujeres premenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas identificando tanto la sintomatología que surge de las condiciones biológicas de estas etapas, como de los pensamientos, creencias, imaginarios y expectativas psicológicas, muchas de las cuales no han sido nominadas. La intervención psicológica asume la necesidad de contar con un espacio apropiado donde se las exprese, se las nomine, se realice un acompañamiento apropiado, como se dijo, no solamente para las mujeres, sino también para sus parejas y sus familias.

Es indispensable mencionar que se muestran bastante claras las consecuencias producidas por falencias en salud preventiva o información de este proceso, lo que se sabe por la literatura, ha sido precaria y en algunos casos hasta nula.

CUADRO 25
ESTADO FISICO Y MENTAL ACTUALES

NÚMERO	NOMBRE	ESTADO FÍSICO Y MENTAL
01	VILMA	Mucho mejor especialmente cuando hago ejercicio, aunque he comenzado a tener calambres en la pierna izquierda en la madrugada, y el trabajo la tiene “desconsolada” porque tiene mucho que hacer.
02	NANCY	Físicamente, hace un mes tuve un ataque de nervios por la presión alta, dolores de cabeza tipo migraña y un poco con dolor de piernas debido a su trabajo de guía.
03	INÉS	“He notado que a veces tengo como crisis, como de depresión, me da como tristeza a ratos”, antes no le sucedía, y respondiendo a una pregunta refiere estar más sensible.
04	VIOLETA	Con ciertas molestias que no son tan grandes pero

		están, como las rodillas, el cambio en la fuerza física y agilidad de antes, refiere estar “media rígida en ciertos movimientos” y con molestias en los huesos.
05	EVELYN	“Gorda” jaja...lo cual le crea malestar en la actualidad. Se refiere a sí misma como “vaga”, “perezosa”, y se trata de forma autoacusadora por no tener la voluntad de hacer algo para contrarrestar su sobre peso por “pereza”.

Al parecer su bienestar físico siempre está interrumpido por dolores no crónicos pero si agudos, debido a sus hábitos y cuidados en cuanto a su salud, o estos malestares parecen haber ocurrido más bien recientemente y no antes de la Menopausia.

Muy pocas mencionan su estado psicológico refiriéndose a una sensibilidad fuera de lo normal, quizá –como se dijo- a que este no es el lugar para ello, o quizá porque la atención médica –en la generalidad- se limita al examen de estas manifestaciones físicas, o los prejuicios médicos les lleva a los galenos a poner atención tan solamente en la sintomatología orgánica, y sus entrevistas de diagnóstico se fundamentan en los síntomas, aparte de razones financieras que hacen de la entrevista médica, una consulta muy corta.

Cabe anotar que las respuestas brindadas por las mujeres entrevistadas reflejan confusión –como la mayor parte de la población- entre lo que es depresión y tristeza, sin embargo, estas mujeres lo viven como depresión. Esta forma de vivir las incidencias de la Menopausia debe ser bien comprendida por el psicólogo clínico, porque es desde la forma de expresarse en la relación consigo misma, con su familia y la sociedad, desde donde surge su queja, su malestar, y no desde la exposición científica conceptual, o desde la clasificación internacional.

Aquí está justamente la diferencia entre el malestar físico y el dolor psíquico, pues, el primero es definido por el médico; mientras el segundo, se define desde la vivencia de la persona-paciente-cliente-consultante.

CUADRO 26
HUMOR EN LA MAYORÍA DEL TIEMPO

NÚMERO	NOMBRE	HUMOR DIARIO
01	VILMA	Normal, trato de estar bien con todos. Y esto es todos los días aunque manifiesta “el viernes soy más feliz”. Alega a veces discutir con sus hijas por cosas superficiales.
02	NANCY	Mi humor es chévere cuando estoy en el trabajo pero cambia cuando lo veo a él (esposo). Pero la mayoría del tiempo es normal (con sus hijos y demás).
03	INÉS	Calmadito mientras no me busquen pero en su mayoría normal. Al parecer se sulfura por cosas de organización en su casa (el 90% de su tiempo está allí). Adiciona que su relación con Dios ha hecho que tenga más control y dominio propio, por ende, está más tranquila a diario.
04	VIOLETA	Tranquila en la oficina que es donde paso más tiempo, es broma a la una broma a la otra, es sólo en la casa donde se enoja casualmente por un plato no lavado pero en general, todos los días es calmado.
05	EVELYN	Depende de donde esté, si es en la casa bien, si es en la calle mal porque no es tolerante con la gente por ejemplo manejando. Admite que se pone brava muy rápido, que es impaciente, le cuesta reírse ya que “no tengo mucho sentido del humor”. Manifiesta sentirse “inútil” porque le “serrucharon el trabajo por una joven en la administración de una fundación y desde entonces no encuentra trabajo, porque tiene miedo de ser empleada, se siente frustrada” además comenta que su casa “es un desastre” y ella no puede “forzarse” a hacer los deberes. “Me siento que me he vuelto desordenada” (comento que es muy fuerte con ella misma). Se dice

		así misma “neurótica”. En general, la mayor parte del tiempo pasa en su casa entonces tranquila, y esto es todos los días, la mayor parte del tiempo.
--	--	---

Existe un patrón en la mayoría, en donde al parecer con las personas con quien viven discuten más que con aquellas en sus lugares de trabajo, habiendo excepciones claro está. Lo que puede traducirse como el único lugar donde ellas en realidad pueden expresar sus sentimientos y conductas “negativas” cuando se sienten mal. Lo que lleva a ratificar la importancia, para estas mujeres, que le dan a su presentación frente a los otros.

En general, manifiestan un humor tranquilo a menos que haya un estímulo que lo cambie, pero puede verse como un elemento de represión o de supresión (porque la hacen conscientemente) de las reacciones e impulsos que están sintiendo o viviendo, respondiendo de forma en que “se esperaría si no fueran menopáusicas locas”.

Nuevamente en estas respuestas se refleja con claridad el alcance e influencia de los criterios, creencias y conceptos sociales sobre la Menopausia, que suelen aflorar más fácilmente cuando su estado emocional es menos influenciado por la razón, la lógica, los criterios morales o éticos, o las normativas sociales.

La pregunta y las respuestas representadas en este cuadro pretendían conectar los criterios del DSM IV sobre la sintomatología depresiva, que puede manifestarse con cambios en el humor. El examen de las manifestaciones expresadas por las mujeres entrevistadas apoyaría a los criterios de la clasificación, pero aclara que estas manifestaciones no son ajenas a estímulos apropiados para reaccionar con enojo, y no son reacciones incontrolables, sino que estas suelen suceder con mayor frecuencia cuando ellas están en sus hogares, donde el ambiente se muestra más relajado.

Así que se podría concluir que efectivamente hay una disposición a mostrar reacciones depresivas durante la Menopausia, aunque se debe mencionar que esas reacciones pueden obedecer a pensamientos o creencias de que éstas pueden ser mostradas en casa, pero no fuera de ella. Y, por otro lado, estas expresiones no son

exclusivas de la etapa de la Menopausia, sino que aparecen más similares a situaciones de insatisfacción, de frustración, de pérdida de significado o de sentido en las relaciones establecidas, o son reacciones lógicas a faltas de comprensión, aceptación y amor.

CUADRO 27
COMENTARIOS DE SERES CERCANOS RESPECTO
A SU ESTADO DE ÁNIMO

NÚMERO	NOMBRE	OPINION SERES CERCANOS
01	VILMA	Dice que no pero durante la entrevista mencionó que siente que a veces discute, en especial en su casa, por cosas “irreverentes” (¿irrelevantes?), o está muy irascible. Pero en cuanto a cosas de organización se sulfura y sus hijas le dicen “¡ahí ya estás histérica!”.
02	NANCY	No, porque no se ve muy seguido con sus hijos pero a veces le dicen “uy últimamente no se te puede decir nada” cuando pide algo con insistencia. Cuando tienen discusiones con su esposo los hijos se quejan de “las caras largas”.
03	INÉS	No, no hasta ahora no
04	VIOLETA	No, no. La mayoría de tiempo pasa con sus compañeras de trabajo, con las cuales existe identificación en cuanto al proceso de la Menopausia y edad, por ende, hay mayor tolerancia mutua.
05	EVELYN	No, su esposo fue muy tolerante. Comenta no haber conversado mucho de la Menopausia con alguien, incluso ni con su esposo.

En general, parece no haber elementos que indiquen un llamado de atención por parte de los seres que las rodean en cuanto a estados de ánimo que puedan identificarse como elementos depresivos.

Como se dijo en el cuadro anterior, puede haber reacciones irascibles cuando las personas que rodean a una mujer desconocen lo que le está sucediendo (a veces porque ellas mismas no lo comparten) o porque no saben cómo proceder frente a estas muestras de carácter, que aparecen como falta de control sobre las emociones, los impulsos o las necesidades.

Por otro lado, puede deberse a que ellas optaron por no conversar sobre su proceso y manifestaciones, negando la oportunidad a que ellos puedan entrar en una conversación con ellas sobre su proceso, y cohibiéndose a sí mismas de recibir apoyo, inclusive –como ya se sabe- por parte de sus parejas.

Conviene considerar que los malestares físicos propios de la menopausia, vividos todo el día, van incrementando la irritabilidad y colocarlas en una situación de mayor probabilidad de mostrar un fastidio, o enojo, y no necesariamente por lo sucedido –como ellas dicen- por cosas insignificantes, sino porque el nivel de tolerancia ha llegado a un umbral de difícil control.

Sin embargo, es indispensable comprender que las incidencias y los malestares propios de la Menopausia, se hacen más llevaderos si son compartidos, lo cual indica con claridad que al mal humor no es una manifestación propia de la Menopausia, sino que durante esta etapa la mujer puede encontrarse más sensible. Y, por el otro lado, las personas, al parecer, creen o están seguras de que estas muestras de intolerancia se deben a la etapa de la Menopausia, y se lo hacen saber a través de sus comentarios que, repetidos una y otra vez, se convierten en profecías autocumplidoras.

CUADRO 28

ACTIVIDAD QUE DISFRUTA O ES PLACENTERA ÚLTIMAMENTE

NÚMERO	NOMBRE	ACTIVIDADES PLACENTERAS
01	VILMA	Si, salir por lo menos una vez a la semana a comer o pasear a algún lado con mi familia. Y cuidarle a mi madre que vive sola. Además encuentra satisfactorio arreglar la casa, verla limpia y organizada.
02	NANCY	Sólo descansar, dormir (no todo el día) ya que trabaja mucho últimamente. Antes le “encantaba” salir de paseo en carro a alguna provincia pero ya no lo hacen.
03	INÉS	Leer la biblia y leer otros temas. También ver televisión pero no lo ha podido hacer por estudiar la biblia, incluso, manifiesta que quisiera tener más tiempo para estudiarla a fondo.
04	VIOLETA	Si, limpiar la casa, cocinar, leer, ir a un té o reunirse con sus amigas, primas, familiares “soy un poco amiguera”.
05	EVELYN	Soy una viciosa de la computadora (cuatro horas diarias), me gusta jugar juegos de concentración, agilidad mental...y le gusta tejer pero no lo hace muy seguido porque se le adormecen los dedos.

Se puede encontrar que a pesar de sus ocupaciones la mayoría de las mujeres tienen actividades en las que pueden relajarse o disfrutar, lo que puede hablar de su estrato social ratificando elementos anteriores en donde se creía que la ubicación de ellas en la sociedad proyectaba su percepción emocional, ya que deben tener un buen nivel para poder dar tiempo a estas actividades de ocio.

Es curioso como una gran parte de ellas señala sus ocupaciones de ama de casa, específicamente limpieza, como placenteras y reconfortantes aunque se quejan de no tener la misma energía, ni tiempo para actividad física, quizá porque socialmente la

realización de estas actividades y sobre todo la limpieza, el orden y la organización del hogar, se consideran todavía ocupaciones. Son las mismas actividades y resultados que pueden elevar el valor de una mujer como responsable, al mismo tiempo que es alabada por ello con comentarios alusivos a esta destreza. Por ello, a pesar del cansancio y del esfuerzo que esas actividades exigen, procura hacerlo como su responsabilidad, en muchos de los hogares, exclusiva de la mujer.

Por ello también la declaración de que tanto las actividades realizadas en un trabajo fuera de la casa, como sobre todo aquellas que realiza en la casa, sean consideradas agradables, placenteras, pues, refuerzan su persona, a través de ellas reciben reconocimiento y definen una forma de vínculo afectivo, en especial ante aquellas personas que ellas considera significativas, como su esposo, sus hijos y sus amigas.

CUADRO 29
ACTIVIDADES QUE AGRADABAN Y ACTUALMENTE YA NO

NÚMERO	NOMBRE	ACTIVIDADES DE AGRADO ANTES
01	VILMA	Antes me gustaba ir al cine ahora ya no porque podemos hacerlo en casa. También jugaba baloncesto, vóley, me encantaba ahora no tanto porque me cuida más que de mis uñas o lanzar con fuerza como antes.
02	NANCY	Me encantaba cocinar, preparar platos ricos y ahora no, hago lo necesario y cuando lo es.
03	INÉS	Me gustaba ver televisión y ahora no me llama tanto la atención. Acota que antes le gustaba mucho salir de paseo, estar en contacto con la naturaleza pero ahora no están en las mismas condiciones físicas.
04	VIOLETA	Si, no ha habido cambios.
05	EVELYN	Si, no ha habido cambios.

Son pocos los cambios percibidos por las mujeres entrevistadas, aunque puede percibirse que algunas de estas modificaciones están vinculadas a los refuerzos recibidos, a través de estímulos afectivos, reconocimiento a su persona, valorización de su ser femenino, significación para su vida, y muy especialmente si estas actividades son consideradas por ellas como realmente importantes o necesarias.

No es posible dejar de lado que el paso por las diversas etapas evolutivas va a generar disminución física sobre todo en fuerza, agilidad y velocidad de respuesta. En consecuencia, los procesos de adaptación organizan y determinan la elección de actividades que se adecuen mejor a las condiciones físicas, intelectuales, ambientales que cada etapa plantea.

CUADRO 30
PÉRDIDA O AUMENTO ABRUPTO DE PESO

NÚMERO	NOMBRE	CAMBIOS DE PESO
01	VILMA	Tiene hipotiroidismo (hace tres años) entonces los cambios de peso no se pueden aislar de esto y darle su razón a un malestar emocional. Además se cuida mucho en la comida.
02	NANCY	Abruptamente no. Está en un equilibrio en que sube dos y baja dos.
03	INÉS	He aumentado de peso unos 10 kilos pero fue antes de la Menopausia y me ha costado mucho bajarlos “he hecho de todo” y estos los subió de forma gradual.
04	VIOLETA	He subido de peso 15 libras pero no de forma abrupta diría paulatina y es a raíz de que me quitaron esas “hormonas maravillosas”.
05	EVELYN	No, yo siempre he sido más gorda que flaca en la vida. Comenta que fumaba mucho (dos y media cajetillas diarias). Dejé de fumar hace 25 años (comenzó a los 13 años) y relaciona el dejar de fumar con un alza de 25

		libras abruptamente en su peso. Pero desde que entró a la Menopausia recientemente subió 20 libras en el transcurso de los ochos años que lleva viviéndola. Y hace dos meses vio que subió 10 libras.
--	--	---

Todas están de acuerdo en no haber tenido cambios abruptos de peso pero sí en que las libras que han subido son difíciles de bajar, y esto puede ir relacionado a lo que comentaban anteriormente de su disposición nula al ejercicio a pesar de cuidarse en su alimentación, además de que la teoría expone que con la menopausia se dificulta una mayor metabolización de las grasas.

De las respuestas dadas por las mujeres entrevistadas puede notarse una falta de voluntad para realizar cambios que les permita regular la subida de peso, sea por lo encontrado en otras respuestas y que se ha comentado antes, como la disminución en la valía personal, y sobre todo en las creencias que ellas mantienen respecto a la Menopausia, por las cuales consideran que la falta de voluntad se halla asociada con una pérdida en su valor como mujer, en sus condiciones femeninas, en la significación para su pareja, en la necesidad insatisfecha de ser apreciada y tomada en cuenta para pasear, jugar, ir al cine, viajar o simplemente ser una compañía agradable y placentera.

CUADRO 31
APETITO ACTUAL

NÚMERO	NOMBRE	APETITO
01	VILMA	Se cuida mucho en la comida. Manifiesta que su apetito es bueno pero ha visto que se ha vuelto más golosa. “Tengo terror de engordar” (su contextura siempre ha sido delgada).
02	NANCY	Muy bien de hecho me gustaría más bien, no tener mucho apetito, pero me controlo.

03	INÉS	Me alimento bien y cuidadosamente porque sufro de gastritis, hernia iatal y elicobacter; entonces hay alimentos que no puedo consumir.
04	VIOLETA	Normal, no soy comelona, como poco pero creo que bien. Yo mismo cocino y llevo a la oficina.
05	EVELYN	Yo como tres veces al día, no como entre comidas si estoy en la calle u ocupada, pero cuando estoy en la casa no puedo dejar de comer algo y la mayoría del tiempo está en su casa, y refiere “mi apetito es muy bueno desgraciadamente”. Aunque después califica a su apetito como normal.

En su mayoría las mujeres parecen ir con el modelo social del “miedo a engordar” y, es por esto, que todas admiten cuidarse en la alimentación, aunque aquí cabe recalcar lo que se menciona anteriormente, muy pocas mantienen una secuencia de ejercicios o actividad física.

Existen indicios bajos en estas mujeres de relación entre comida y ansiedad o alguna emoción, ya que mencionan algunos casos en los que tienen deseos de comer más de lo normal pero se abstienen, como por ejemplo, de los dulces.

Atendiendo a sus discursos se puede notar lo familiar que es para ellas esta demanda social de “ser flaca para ser bella”, lo cual puede decir mucho de la importancia que dan a conceptos dictados por la sociedad. Si ellas son capaces de aceptar este prejuicio sobre el aumento de peso, será también fácil que acepten las creencias de la sociedad y de la familia sobre la Menopausia, y más todavía de dar como ciertas las opiniones de quienes son afectivamente significativos para ellas, como su esposo, sus hijos y sus amigas.

CUADRO 32
SUEÑO Y CARACTERÍSTICAS

NUMERO	NOMBRE	SUEÑO
01	VILMA	Un buen dormir no, no duermo el tiempo que debo descansar. A veces se acuesta muy tarde por sus deberes y está despierta a las cinco y no puede dormir más así quiera, incluso los fines de semana. Duerme entre 4 y 5 horas al día. Pero no tiene problemas en conciliar el sueño, mantenerlo; su calidad es buena, aunque refiere esporádicos calores en la noche.
02	NANCY	Sí considera que tiene un buen dormir, concilia, retiene y hay calidad en el sueño. Aunque admite que cuando tiene preocupación o estrés no duerme bien. Duerme 6 horas al día. También refiere sofocos de vez en cuando.
03	INES	No ahorita no, para nada. Admite que este cambio en sus horas de sueño si se ha dado con la Menopausia porque ahora se despierta al menos cuatro veces en la noche a raíz de los sofocos. No siempre concilia rápido y su duración es variante, promedio cinco horas.
04	VIOLETA	“No muy bueno pues si me despierto con todos los calores”. Menciona la relación entre estrés en su trabajo y una época de insomnio. Pero actualmente considera que duerme bien, promedio 8 horas diarias.
05	EVELYN	No, no le cuesta conciliar pero la duración es corta y la calidad es mala. Toma pastillas cuando no puede dormir (somes). Rescata que esto fue después de la menopausia y que en “una buena noche” duerme 5 horas, pero no seguidas, aunque aclara que no se siente cansada durante el día. Además menciona tomar “una especie de tranquilizantes...Xeniz, sentix...no me acuerdo”.

En su mayoría las entrevistadas refieren no tener un sueño satisfactorio a causa de los sofocos durante la noche, y en una minoría a situaciones estresantes o preocupaciones, que en algunas ocasiones se ligan a estos para hacerlos más tediosos.

Cabe acotar que las mujeres que hace poco viven la Menopausia refieren una mayor molestia con los calores y, por lo tanto, más problemas en un sueño satisfactorio. Su promedio de horas de sueño es de 5.8 horas lo cual no es tan alarmante para las actividades que deben mantener y sus deberes.

De todas maneras, un déficit de sueño se entiende que se puede ir incrementando con el tiempo, siendo este un nuevo elemento que alimente la irritabilidad, la sensibilidad, y así pueda entenderse el porqué de sus reacciones irascibles ante situaciones por demás simples y sin importancia.

CUADRO 33
EXISTENCIA O NO DE FATIGA ACTUALMENTE

NUMERO	NOMBRE	FATIGA
01	VILMA	Sí, si, la del tipo cansancio y ahogo al hacer actividad pero es consciente que puede ser por su nulo ejercicio, acota no tener la misma resistencia al subir una cuesta.
02	NANCY	Si, cuando subo gradas
03	INES	Sí, me canso muy fácil subiendo escaleras pero igual manifiesta sentirse cansada, le toca darse un tiempo al día para descansar las piernas y esto es a raíz de la menopausia, además de venitas en las piernas, problemas de rodillas, tobillos, circulación.
04	VIOLETA	Mmm, no fatiga, pero ya me canso más rápido arreglando la casa por ejemplo.
05	EVELYN	No, no más que otras veces.

En su mayoría se refieren a la fatiga al realizar un esfuerzo físico pero no a estar en reposo y sentirlo. Sin embargo, es posible que esta sensación de cansancio o de fatiga se deba más bien a componentes emocionales –que no se manifiestan a un profesional de la medicina- aunque hay que tomar en cuenta que en algunas de ellas el peso ha subido, las condiciones físicas se han modificado, reduciendo la agilidad, el ritmo y la fuerza.

Algunas mujeres pueden asumir este incremento de fatiga como una depresión, en lugar de buscar adaptación a las nuevas condiciones del organismo y de los estilos de vida que van adoptando con los cambios evolutivos. O estas condiciones son asociadas a la vivencia de la Menopausia, sin que necesariamente éstas traigan estas consecuencias. Si esto fuera así, todas las mujeres la colocarían como una característica observada en su persona, y esto no es así.

CUADRO 34
PARTE MOTRIZ: AGITACIÓN O ENLENTECIMIENTO

NÚMERO	NOMBRE	ÁREA MOTRIZ
01	VILMA	Mmm no, no. Siempre han dicho que soy muy ágil. Cuando camino, camino muy rápido, lo mismo cuando manejo o cocino hago todo rápido, debe ser porque tengo una vida agitada. No puedo ir despacio, siempre voy rápido “pero es algo en mí es como costumbre, como hábito”. Me he acostumbrado a hacer demasiado rápido.
02	NANCY	No, no.
03	INÉS	Lento, más bien lenta me he vuelto.
04	VIOLETA	Mmm una se hace más lenta.
05	EVELYN	Si, diría que sí, no puedo caminar tan rápido como antes, subir las gradas tan rápido como antes, me encantaría poder bajar las gradas ahora ya no puedo

		“me dan susto” (se acelera al hablar de esto).
--	--	--

En su mayoría entendieron esta pregunta más como a su agilidad en las cosas así que refirieron haberse vuelto más lentas, con sus excepciones (al parecer debido a sus ocupaciones).

El trabajo del psicólogo en este caso ayudaría a analizar si estos elementos están vinculados a nivel emocional, pero desde el discurso de ellas, para la entrevistadora, la dificultades no tenían una causa psíquica.

CUADRO 35
SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD O CULPA

NÚMERO	NOMBRE	SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD O CULPA
01	VILMA	De culpa sí, cuando yo trabajaba y dejaba a mis hijas pequeñas “siempre me reprocharé”. Al preguntar admite que es una culpa que siente hasta el día de hoy pero es de hace mucho tiempo atrás y no es que ahorita le cause conflicto.
02	NANCY	No, porque esta renovación mía de pensamiento nuevo...ya no me siento ni una inútil, ni culpable.
03	INÉS	A veces me siento culpable porque no tengo el mismo rendimiento físico que antes (se refiere a los que quehaceres de la casa) entonces uno se siente inútil.
04	VIOLETA	De inutilidad, cuando no puedo hacer algo en especial cosas como informática y acota que está perdiendo la memoria “no por la menopausia sino por la vejez”. Y de culpa por haber juzgado a veces a mi papá por sus actos, fui dura con mi papá, pero quién soy yo.
05	EVELYN	Sí, todo el tiempo. De inutilidad, no me siento productiva, me siento inútil. “no estoy produciendo y

		no necesariamente de forma económica sino funcional”
--	--	--

En su mayoría refieren culpas “normales” pero no algo que en realidad actualmente esté presente de forma constante y, por ende, cause malestar. Sin embargo, pueden verse elementos que relacionan su culpa o sentimientos de inutilidad con su contexto como por ejemplo desempleo.

Más de la mitad manifiesta sentimientos de inutilidad dada la diferencia de rendimiento (capacidades físicas e intelectuales) antes y después de la Menopausia, en términos de funcionalidad más que todo. A pesar de que las mujeres no se refieren a la dificultad para producir económicamente, es posible creer que las opiniones emitidas hacen referencia a la culpa, a un sentimiento con el que suponen que son responsables por la disminución de su agilidad, rendimiento y lo que han calificado como “inutilidad”.

El hecho de que las mujeres se sienten inútiles para servir, es una de las conclusiones a las que ha llegado una psicóloga llamada Carol Gilligan (Morán García, 2010), quien enfoca la moralidad desde una perspectiva femenina, por la cual ellas “*se valoran respecto a las preocupaciones, apego, responsabilidad, sacrificio, servicio a los demás y la evitación de hacer daño*”. Y justamente son estos los aspectos que en los cuadros anteriores refieren su pesar, produce sufrimiento y desaliento debido a la dificultad de cumplirlos como “antes”, creyendo que la Menopausia tiene incidencia directa en este resultado.

Estas respuestas aseveran una vez más que este sentimiento no tiene vinculación directa con la Menopausia, sino con una condición natural de la mujer, que antecede a esta etapa evolutiva, pero que puede traducir un criterio o valoración social, y que puede haberse construido como una forma de pensar específicamente atribuida a las mujeres, en general, de todo grupo social.

CUADRO 36

CAMBIOS EN FORMA DE PENSAR, CONCENTRARSE, INDECISIÓN

NUMERO	NOMBRE	CAMBIOS COGNITIVOS
01	VILMA	Indecisión sí, si quería algo, eso lo hacía; ahora me toma más tiempo. Esta indecisión es desde hace un año y medio.
02	NANCY	La concentración ha mejorado. He sido indecisa, tal vez un poco, pero es en pequeñeces.
03	INES	Concentrarme es un poco difícil, pero porque hago 5 cosas al mismo tiempo.
04	VIOLETA	Sí tengo problemas para concentrarme (parece memoria porque habla de preguntar un tema y no lo recuerda)
05	EVELYN	De concentración.

En su mayoría refieren más problemas en la concentración que en la capacidad de decidir, lo que traduce una vez más que una de las preocupaciones actuales se halla en el área cognitiva, porque los comentarios que hacen sus parejas, sus hijos y otras personas se dirigen justamente a la capacidad de pensar (“estás loca”), o porque es fácil fijarse en aspectos cognitivos más que en aquellos que tienen que ver con sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias e imaginarios, así como concentración, memoria y atención, traduciendo de forma reiterada la necesidad de la intervención de un psicólogo para analizar sus síntomas y experiencias de manera integral.

Es importante mencionar que si una persona –como le sucede a la mujer menopáusica- está preocupada por cambios poco comprendidos en su ser, tratando de evitar que las personas se den cuenta de su malestar, cuidando de los demás en lugar de exigir atención sobre su persona, rodeada de poca comprensión y en no pocas situaciones, experimentando rechazo, aislamiento, soledad o dificultades para vivir una sexualidad armoniosa, su enfoque no permitirá mantener la atención (por escaso interés) y mucho menos concentración, a menos que realice una actividad en la que

estas facultades sean indispensables para lograr resultados. Así que, se reitera que esta condición no deriva directamente de la Menopausia, sino de la forma en que ésta es vivida, sobre todo por las consideraciones sobre ella.

CUADRO 37
IDEACIÓN SUICIDA

NUMERO	NOMBRE	IDEACIÓN SUICIDA
01	VILMA	No, pero cuando falleció su padre cree que sí.
02	NANCY	No, para nada.
03	INES	No, pero le pide a Dios fallecer rápido “para no tener que ver tanta injusticia” dado a su religión, esto le “fastidia”.
04	VIOLETA	No, pero si quería morirme la primera vez que mi esposo me traicionó.
05	EVELYN	No (lo dice en voz muy baja y sin fuerza). Nunca.

Al parecer ninguna lo ha ideado pero si tienen claro en qué momentos de su vida pudieron pensarlo, aunque no en suicidio sino en “morirse”. Sin embargo, una de ellas manifiesta un síntoma depresivo desde el enfoque cognitivo que es el “no soportar algo” y hace referencia a este en relación con la situación de la humanidad, y por esto, desearía no por ella misma morir sino que ya muriera por decisión divina.

Así que estas ideaciones de muerte no surgen directamente de las incidencias, de los síntomas o de la forma de vivir la Menopausia, sino de otros elementos de sufrimiento intenso.

Si el suicidio estuviera asociado a la Menopausia, ésta sería una de las manifestaciones comunes en esta etapa. En el grupo de mujeres entrevistadas no aparece de ninguna manera, por lo que este síntoma referido por la clasificación

internacional de la Depresión no es parte de la Menopausia, como un elemento derivado de ella, de su vivencia, ni de su valoración.

CUADRO 38
MEDICAMENTOS QUE INFLUYAN EN EL ESTADO DE ÁNIMO

NÚMERO	NOMBRE	MEDICAMENTOS Y ESTADOS DE ÁNIMO
01	VILMA	No.
02	NANCY	No.
03	INÉS	No.
04	VIOLETA	No, pero a veces cuando toma Logoven para la migraña la adormece y le causa mareo.
05	EVELYN	No.

No existen medicamentos en las entrevistadas que sean responsables de un estado de ánimo inusual, o que modifique de manera importante su humor, su estado de ánimo y su forma de reaccionar u organizar su vida. Estas respuestas, a su vez, hacen referencia que ninguna de ellas ha consultado por cambios de estados de ánimo como síntomas asociados a la Menopausia, por lo que no han estado utilizando un medicamento para modificarlo o mejorarlo.

Así que los cambios en los estados de ánimo –como se ha dicho en los comentarios anteriores- se consideran asociados a situaciones vividas en la Menopausia, pero son consideradas propias de ella, y además como situaciones pasajeras. Pero también es probable que –también como se ha dicho- son experiencias psíquicas que no son consultadas en un centro ginecológico, y que nuevamente requieren de un espacio en el que se puedan ventilar, con la ayuda de un profesional como el psicólogo clínico.

CUADRO 39
FAMILIARES CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O FÍSICOS

NÚMERO	NOMBRE	HISTORIAL FAMILIAR ENFERMEDADES
01	VILMA	Papá, cáncer al pulmón.
02	NANCY	Mama diabética pero controlada.
03	INÉS	Mamá esquizofrenia y tías diabéticas.
04	VIOLETA	Tío materno y padre cáncer a la próstata. Mamá y tíos hipertensos.
05	EVELYN	Papá problemas del corazón y mamá recién diabetes.

Al parecer no existe un historial de problemas psicológicos, exceptuando la de una entrevistada, que puedan influir en la vivencia de estas mujeres en su Menopausia o al menos no manifestado por ellas. Pero sí es posible que algunos conceptos que no han emergido de estas entrevistas tengan incidencia en las formas de percibir y vivir la Menarquia, la Menopausia, la madurez y la vejez, por ende, sigan ejerciendo influencia en varones y mujeres, como se ha observado en los resultados obtenidos y que han sido incluidos en los cuadros anteriores.

CUADRO 40
MALESTAR PSICOLÓGICO EN SU VIDA

NÚMERO	NOMBRE	HISTORIA MALESTAR PSÍQUICO
01	VILMA	De pronto depresión cuando falleció padre.
02	NANCY	“Depresión si...los bajones que uno siente” pero según el contexto de la entrevista más bien lo entiende como tristeza.
03	INÉS	No.
04	VIOLETA	No, pero el neurólogo comentó, luego de una revisión, que podía ser depresiva por sus migrañas.
05	EVELYN	“Mmm después de haberme oído por tres horas (risa)

		yo creo que usted tiene un diagnóstico más que yo”
--	--	--

Las respuestas de la mayoría de las mujeres no muestran la existencia de depresión propiamente, aunque ellas lo viven como tal en algunas ocasiones. Como se mencionó con anterioridad más allá de nominar estos síntomas con criterios como en el DSM-IV para saber si en realidad es un episodio, un cuadro, etc, lo importante aquí es que ellas lo viven como tal y se debe averiguar su significado.

Cabe mencionar que justamente debido a varios criterios profesionales no psicológicos –y no solamente en el análisis de los datos obtenidos en esta investigación- es importante revisar detenidamente para verificar si se trata realmente de una depresión como cuadro patológico, si la palabra “depresión” corresponde a lo mismo que conciben unos y otros, o es necesario responder a las descripciones de las personas y a la nominación de sus propias vivencias, que hace que éstas se experimenten como depresiones, aunque surjan desde pensamientos equivocadamente formulados y alimentados por experiencias personales, como las que aparecen durante la Menopausia.

En general, se podía notar que la mayoría pedía una evaluación psicológica, pues –como se dijo- no solamente este no es el espacio para ello, sino sí existe la posibilidad de entender su situación desde otros ángulos. Sobre todo es posible que el requerimiento de abrir espacios para un diálogo más definido sobre sensaciones, sentimientos y formas de pensamientos que ocurren durante esta etapa, sea una necesidad urgente para estas y otras mujeres que viven situaciones similares.

Queda la posibilidad de que a pesar de las entrevistas realizadas, hayan más elementos que los contemplados hasta aquí; dejan la idea de que es factible que las reacciones y las vivencias depresivas estén más bien en el orden de los pensamientos sociales y culturales, que en las realidades vivenciadas por las mujeres entrevistadas.

CUADRO 41
DUELOS ELABORADOS

NÚMERO	NOMBRE	DUELOS ELABORADOS
01	VILMA	Papá en el 83 y esposa de hermano hace dos años pero no causa conflicto.
02	NANCY	Cuñado hace seis años pero lo tomo muy tranquila.
03	INÉS	Mamá hace cuatro años pero lo tomo muy tranquila ya que ella lo pedía para que su mamá no sufriera más.
04	VIOLETA	Tío hace dos años de cáncer a la próstata pero ya lo supero.
05	EVELYN	No.

Las mujeres entrevistadas no muestran conflictos actuales por algún fallecimiento que podría complejizar su situación, o que podría reflejar sus estados de ánimo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación se planteó como hipótesis a la existencia de una alta prevalencia de depresión en el proceso de la Menopausia así como una gran cantidad de conceptos distorsionados alrededor de esta, factores con los cuales se ahondó en las concepciones y sintomatologías de las mujeres que cursan esta etapa vital.

Para comenzar cabe señalar que la mayoría de las mujeres entrevistadas manifestaron, desde el inicio de la investigación que este proceso menopáusico no estaba ajeno a los comentarios que se producen a nivel social, o a su alrededor, que por cierto, no hablaban de una manera objetiva, sino además, peyorativa sobre esta situación.

Así que al investigar sus concepciones se notó que todas relacionaban este concepto con la vejez, y es, desde aquí, donde surge su malestar, debido a que este proceso asociado a este concepto es vivido de una forma negativa.

Las concepciones o percepciones sobre la Menopausia coincidían con una supuesta entrada a la vejez, o una vivencia de ésta como tal. Estas ideas se centran en el cese de la vida fértil, disminución de algunas funciones mentales superiores y físicas, aparte de un exorbitante cambio en los estados de humor, lo cual, en el discernimiento de cada una de las mujeres, hace que se vean como aquellos seres a quienes se les debe un “trato especial”. En consecuencia, ellas mismas creen que pasan por cambios de los cuales son ajenas, no sienten tener algún dominio sobre esos y, por lo tanto, crean un malestar que “deben soportar” en esta etapa, sin esperanza de intervención o manejo por parte de ellas.

Lo que se concluye con estos elementos precedentes es que a pesar de que las mujeres pueden vivir por ellas mismas la Menopausia, la prioridad está en los conceptos que la gente expresa sobre ésta, y no en el conocimiento que ellas puedan ir creando, viviendo siempre de una forma poco aceptable y más bien con expectativas bajas.

Un aspecto importante que se puede extraer de este trabajo, al analizar factores como la edad y su relación con manifestaciones depresivas, es que las mujeres se encuentran –por un lado- en forma paralela cursando el Climaterio, razón por la cual no puede darse un crédito total a la Menopausia como etiología única de las posibles manifestaciones que puedan hacerse presentes.

Por otro lado, al ahondar en el entorno social, se pudo concluir que aquellas mujeres que tienen sus ocupaciones laborales, viven de una forma menos conflictiva este proceso dado que sienten una funcionalidad e interacción social que les sirve para sobrellevar los prejuicios que puedan afectar su estado psíquico durante esta edad.

Complementando este aspecto, la investigación arrojó como rasgo especial que el desempeño en una ocupación laboral, independiente del de su hogar, no necesariamente tiene que ver con aquella en donde se le remunere, sino simplemente donde encuentre satisfacción a nivel personal, incluyendo aquí la labor social o el voluntariado.

Sin embargo, este estudio planteó que las mujeres que ocupan su tiempo entre las demandas laborales y hogareñas, al no recibir el apoyo de sus parejas, están más expuestas a vivir con un nivel de estrés más alto, lo cual se ve apoyado -según se menciona en el marco teórico de este trabajo- como elemento de gran influencia en la elevación de sintomatología a nivel vasomotor en estas mujeres, y por ende, con fuerte influencia en su estado psíquico.

Dado que se está mencionando su ambiente cabe traer a colación las características e importancia de su entorno familiar. Se ha analizado sobre esto en muchos estudios, denotando incluso un término para referirse a la interacción de estas con sus hijos en esta edad: el “nido vacío”. Es uno de los factores más comunes y estudiados que se puede encontrar en el contexto familiar de la mayoría de las Mujeres que cursan la Menopausia, y en este caso no ha sido la excepción, a pesar de que no todos sus hijos han dejado completamente el hogar.

Se puede notar cómo influye en estas mujeres de una forma inconsciente la ausencia de esos hijos de los cuales siempre estuvieron a cargo, dando como resultado la

existencia de un sentimiento de soledad en ellas, creando una posible sintomatología específica que necesariamente no podría deducirse como depresión si se analiza bajo los criterios del DSM-IV, pero que desde el discurso de ellas sí es vivida como tal -apoyado por la visión de Ellis- pues la vivencia se fundamenta en sus concepciones erróneas.

Tomando en cuenta que los hijos ya tienen sus vidas propias, ellas necesitan de otro tipo de interacciones o actividades para no dar pie a los sentimientos de vacío que pueda generar este nuevo contexto. Esto lleva a concluir que es difícil para estas mujeres un reencuentro consigo mismas.

En cuanto a su familia de origen se puede notar que, en la mayoría de las mujeres, ésta sigue jugando un papel importante en sus vidas, sea por el apoyo o identificación futura con sus madres, o por la complicidad con hermanos o hermanas contemporáneos, lo que puede llevar a la deducción de que en esta etapa es crucial continuar con este tipo de interacción, para tener resultados óptimos en el transcurrir de un proceso de intervención psicoterapéutica.

Las verbalizaciones proyectadas durante las entrevistas, en cuanto a lo que a malestar psíquico se refiere, van relacionadas con conceptos de inutilidad, disminución en la voluntad y autocrítica severa, como se hiciera referencia sobre la triada cognitiva (ver marco teórico), en la que se estaría hablando de un mal concepto de sí misma. En consonancia con ello se encontró una visión pesimista del futuro, con comentarios desoladores sobre éste, que recuerda la exposición teórica tomada para este estudio, que identifica esta “no soportitis”.

Una vez más, desde la escuela cognitiva conductual, se entiende esta sintomatología, detrás de la que se hallan estructuras cognitivas distorsionadas, y en consecuencia la existencia de un malestar que, en este caso específico, se lo vive como depresión.

Para complementar el punto anterior se trae a colación que el marco teórico abordado en este trabajo menciona que en la depresión puede darse también una interpretación de la interacción con el entorno, en términos de relaciones de derrota o de frustración, y esto se pudo encontrar en algunas mujeres, afianzando las

conclusiones -contrarias al DSM-IV- en las que se concluye que para el autor tomado en cuenta en esta investigación, sí existiría la presencia de manifestaciones depresivas, por el mero hecho de construir, mantener y vivir concepciones erróneas acerca y dentro de la Menopausia.

Un tópico importante que destaca esta investigación es la influencia de los esposos, ya que a pesar de que estas mujeres se encuentran en su gran mayoría casadas todas manifiestan una comunicación deficiente con sus parejas, y más aún, una enorme falta de soporte de cualquier tipo por parte de ellos sobre la vivencia de la Menopausia; de hecho llama la atención cómo las propias mujeres manifestaban necesitar este apoyo, lo que da pie a mencionar el siguiente aspecto.

En los prejuicios o concepciones erróneas que se encuentran fuera de las mujeres que atraviesan esta etapa, se pudo concluir que quienes las alimentan con mayor fuerza son sus esposos. En esta etapa ellos podrían incrementar el tiempo de interacción, a través de actividades compartidas con ellas, pero son los que por su falta de información sobre el tema y desconocimiento sobre lo que les ocurre a sus esposas crean prejuicios más hirientes que el común de la gente.

Para ahondar un poco más en este tema se puede mencionar que la importancia de vivir esta etapa con una pareja a su lado, simbolizada en una relación armoniosa, es un elemento muy importante en el transcurrir de la Menopausia. Precisamente los resultados hicieron notoria la necesidad de una red de apoyo para que estos síntomas sean más llevaderos, siempre que sea bien manejada para estos casos, vivenciados con formas de depresión.

El área sexual, según la información obtenida en esta investigación, siempre ha sido uno de los tópicos en donde las mujeres que viven la Menopausia, se sienten más discriminadas, o etiquetadas de forma injusta, ya que se les considera como seres sin deseo sexual. Al contrario, la información obtenida durante este estudio, hacía notoria una necesidad de relaciones sexuales significativas y satisfactorias, pues en su mayoría estaban revelando la existencia de una vida sexual insatisfactoria y frustrada, lo que ha llevado a la conclusión de que en esta etapa el deseo sexual está

plenamente presente en ellas, y debe ser comprendido y compartido por su pareja más allá de las características o dificultades físicas que pudieran estar presentes.

A través de la investigación se pudo observar que las mujeres necesitaban un espacio donde expresarse, ser escuchadas, ya que a pesar de que existía un tema eje, cada una de ellas hacía relucir tramas que estaban causando malestar según sus vivencias, en su actualidad, con lo que se puede concluir que a pesar de que en la actualidad no se considere a la Menopausia como un problema de salud pública, se hace evidente la necesidad de considerarlo seriamente dentro de una apreciación de salud integral.

Por ello, enfatizando en la posibilidad de contar con una red de apoyo, ésta puede incluir además del psicoterapeuta preparado para comprender la Menopausia y sus incidencias, la presencia de personas de su mismo sexo, con las cuales identificarse y vivir este proceso. Estos elementos pueden dar origen a una reacción muy favorable, que comience por la aceptación de este periodo y su vivencia en términos “normales”, llevándolas a buscar nuevos recursos para conocer más sobre el tema o para atravesarlo con beneficios.

A medida que se ahondaba en las entrevistas, en estas mujeres se podía encontrar rasgos de minusvalía como: ubicarse en un estrato social menor al que pertenecen, entregarse a los demás en diversos servicios, como un intento de búsqueda de validación de su persona, o la necesidad de ser aceptada en la relación sexual con su pareja, inclusive sacrificando su satisfacción por la de sus esposos, surge la necesidad manifiesta de intervención por parte del psicólogo clínico en esta etapa.

A partir del objetivo de esta investigación que planteaba la necesidad de explorar si la depresión se hallaba en el proceso menopáusico, el psicólogo clínico debe tomar en cuenta que hay dos criterios amplios: los proporcionados por el del DSM-IV, y la concepción de depresión de Albert Ellis.

En consecuencia, el psicólogo clínico necesita comprender que el criterio del DSM-IV ofrece criterios insuficientes para diagnosticar la depresión como entidad independiente, ya que bajo la luz de los parámetros de este manual solo existirían cuatro síntomas presentes -y no en todas las mujeres lo están- como irritabilidad,

ansiedad vinculada a la alimentación, disminución en la voluntad, sentimientos de inutilidad y concepción pesimista del futuro.

Pero, al tomar los criterios de Albert Ellis, el autor de la TREC, puede ser suficiente la consideración de que una persona se encuentra cursando la depresión, si una persona cree que eso es así, dando paso a acciones y sentimientos causantes de malestar. Es importante aclarar que para Ellis no existen grados o un número de síntomas determinados para declarar que una persona está pasando por una depresión.

En consecuencia, el trabajo terapéutico que debe aplicar el psicólogo clínico basado en estas premisas, si se basan en esta investigación, iniciaría primero con consultas individuales, ya que a pesar de que todas las mujeres pasan por la Menopausia, cada una es un ser complejo y vive de formas diferentes y únicas este proceso.

El proceso terapéutico empezaría ayudando a cada mujer a comprender su responsabilidad frente a esta etapa de su vida, sugiriéndole la adopción de un papel dinámico, y ayudándole a encontrar en su interior esa fuerza que creía que se le iba de las manos por ser algo desconocido.

Estas sesiones preferiblemente se realizarían desde la pre-menopausia para que el tratamiento alcance un mejor impacto, y trabajaría -como plantea Ellis- en identificar ante todo el malestar que pueda estar viviendo cada mujer, y desde allí, el reconocimiento de las creencias irracionales que pueda tener respecto a la Menopausia, respecto a sí misma, su valía, el significado de su vida, de su sexualidad y de sus interrelaciones familiares y sociales.

Es un paso que incluye un trabajo con la paciente y todas estas exigencias e imperativos que maneja, como los “tengo que”, “debería” y “es necesario que” absolutistas, ya que desde este enfoque es posible cambiar su lenguaje y sus modismos más frecuentes, hasta identificar si los emplea mayormente para con ella, con los demás o en exigencias irracionales al universo.

Además conviene que el terapeuta indague detenidamente (y posterior ella misma) dónde la paciente usa frases como “me siento horrible”, “no puedo soportar la vida”, las “maldiciones a sí misma y a los demás”, que son los ejes de las creencias irracionales. Éstas no solamente van a ser planteadas en la psicoterapia, sino en momentos escogidos por ella durante el día o la semana.

Pueden hacerse sesiones una o dos veces por semana para que tenga tiempo de analizar, encontrar respuestas a sus interrogantes y crear herramientas desde ella misma.

Otra técnica importante en terapia para estas mujeres es connotar los aspectos positivos de su vida, minimizando así los negativos, mientras se cuestiona en forma detallada las generalizaciones que le perjudiquen.

Dado que desde este encuadre, al principio de la terapia, se expone a la paciente el tipo de terapia que se usará en las sesiones siguientes, cabe mencionar que –según esta investigación- lo ideal sería que ella misma calificara sus acciones, en lugar de calificarse a sí misma, evitando así un juicio erróneo sobre su persona.

Este trabajo con cada mujer menopáusica, donde se fortalece a cada una de ellas en su identidad para evitar que las opiniones externas tengan influencia en sus vidas, puede prolongar los efectos de la sesión empleando ejercicios para la casa, en donde las mujeres tomarán notas de lo que reconocen como características de ellas mismas; y, si éstas son de su agrado podrá crearse una aceptación básica, para luego modificarla o integrarla –incluso aquello que no es de su agrado- como parte integral de su estructura. Estos elementos van ligándose a las creencias espirituales con las que serán capaces de utilizar esta herramienta, afianzando el amor por sí mismas, desde el simple hecho de existir.

Dado que en este trabajo se toma como base la terapia cognitiva conductual, donde el psicoterapeuta tiene como tarea guiar al paciente a encontrar sus ideas irracionales y producir un cambio de filosofía, la técnica que se puede emplear, además de las sugeridas antes, para cambiar estas ideas por unas más adecuadas, es guiarla a identificar sus éxitos, no solamente los logrados por sí mismas en la psicoterapia,

sino sobre todo en una investigación realizada sobre su entorno, obviamente contando con el apoyo de su familia, en entrevistas que estarían destinadas a integrar este contexto y avanzar positivamente en la psicoterapia.

El trabajo inmediato, luego de haber identificado las ideas irracionales mediante la metodología que usa Ellis -el método lógico-empírico- es cuestionar, debatir, distinguir y definir este tipo de concepciones erróneas. El debate conviene hacerlo a través de preguntas retóricas, teniendo como herramienta la suficiente perspicacia para encontrar las creencias que parecen poco sólidas y, por ende, se haga factible la discusión, a fin de que la paciente ponga en tela de juicio todas las creencias que le puedan crear malestar.

Para complementar pueden encontrar juntos -el terapeuta y su paciente- el lugar y las circunstancias en que su discurso ha transformado preferencias, deseos o gustos en necesidades, exigencias e imperativos que identifiquen opciones para darle calidad a su vida sin necesidad de creer que la felicidad o éxito son esquemas que han sido creados por otros. Paralelamente se identifican palabras o conceptos mal usados, en especial, de forma peyorativa para consigo mismas, los demás o su entorno, y sustituirlas por unas que le aporten más como persona, incluso explicándoles de forma didáctica, que esta “palabra” empleada de una forma inadecuada cambia totalmente su postura ante un estímulo.

El siguiente paso para erradicar las ideas erróneas es resultado de los pasos anteriores, cuando la mujer logra de una forma automática cuestionarse las creencias que ella crea, evitando caer en las mismas. Esto puede lograrse creando con ella ejercicios de resolución de problemas en la terapia, en donde estén involucrados elementos de sí misma, de su entorno, futuro y universo, disminuyendo así la automatización de estructuras de procesamiento de la información “patogénicas”.

Como terapia complementaria se puede trabajar con la familia en debates sobre las creencias que tengan sus miembros en cuanto a este proceso, para construir herramientas y actividades, como apoyo al proceso con estas mujeres.

En cuanto a la pareja de las mujeres menopáusicas conviene que participe activa e intensamente para que sea un representante de la realidad, y encamine a su esposa cada vez que vea que tiene de forma automática estos pensamientos, conductas o sentimientos inadecuados para vivir apropiadamente esta etapa. De esta manera ellos también entrarán en este mismo proceso y evitarán la construcción de pensamientos patogénicos, con claros efectos sociales.

Estos procesos terapéuticos estarían incompletos, si las mujeres en cuestión no se plantearan propuestas para una ocupación social de su preferencia.

Considerando otras situaciones como las de las mujeres investigadas y las de otros sectores poblacionales, sería altamente beneficioso –como se ha dicho ya- crear grupos de mujeres, en donde se dé cabida a redes de identificación, mediante un espacio abierto para hablar sobre sentimientos, pensamientos y creencias, como otra herramienta de apoyo durante esta etapa de su vida. Estas se realizarían tomando en cuenta el perfil de cada participante y sus ocupaciones.

Al considerar los resultados de esta investigación, cabe cuestionarse si habrían sido los mismos si las mujeres hubieran pasado por una histerectomía, ya que esto suele ser frecuente en estos últimos años, pues se han hecho estudios que presentan mayores indicios para relacionar la presencia temprana de depresión con esta etapa.

La hipótesis planteada en este trabajo desde el enfoque cognitivo conductual se ha visto apoyada con la contribución de esta investigación: existe una vivencia depresiva asociada a la menopausia. Pero esta depresión no tiene la misma forma que sugiere el DSM IV, sino que da crédito a la opinión de Ellis en el sentido de que las mujeres menopáusicas viven esta etapa “como si” estuvieran deprimidas, debido a que sus creencias –no solamente personales, sino también sociales y culturales- las llevan a considerar el paso por esta etapa como un sentimiento “natural” o “normal”, de una tristeza inducida más bien por estos pre-juicios. Y es esta consideración la que las lleva a desvalorizarse “como si” fuera consecuencia de su “estado depresivo” asociado a la menopausia.

Por ello, finalmente, la necesidad de que el ginecólogo y el psicólogo trabajen coordinadamente, tanto en la etapa pre-menopáusica, como en la menopausia misma. Se trata de un ámbito de aplicación de la psicología, que se convierte en cada vez más necesario. Esto implica también que el psicólogo esté enterado de aquello que acontece en esta etapa, la sintomatología que se manifiesta, los procedimientos médicos que suelen utilizarse, los efectos de la medicación y el manejo de la entrevista, como un “lugar” donde las mujeres puedan hablar más allá de sus síntomas, y donde su identidad y su entorno hallen nuevos significados.

BIBLIOGRAFÍA

1. BECK, Aaron, y otros, *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15ª Edición, Editorial Descleé de Brouwer, España, 2002.
2. ELLIS, Albert y otros, *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, 9na Edición, Editorial Descleé de Brouwer, España, 2003.
3. GABALDA, Isabel, *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona-España, 1997.
4. ELLIS, Albert, *Razón y emoción en Psicoterapia*, Editorial Descleé de Brouwer, España, 1980.
5. ELLIS, Albert, *Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*, Editorial Paidós, España, 1999.
6. GUTIÉRREZ, Germán, y otros, “Menopausia”, *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*, Colombia, Julio, 1999, Páginas 40.
7. PÉREZ, Sempere, y otros, “Menopausia y depresión”, *Psiquiatría pública*, Núm. 4, Vol. 10, Leganés, España, Julio-Agosto 1998, Páginas 249-250.
8. LARROY, Cristina, y otros, “Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la Menopausia”, *Avances en Psicología Latinoamericana*, Fundación para el avance de la Psicología, año/vol. 22, Bogotá, Colombia, 2004, pág. 78.
9. DELANOE, Daniel, “La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia”, *Investigación en salud Universidad de Guadalajara*, Abril, año/vol. IV, número 001, Guadalajara, México, 2002.

10. PEYTON, Deborah, “La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino”, *Avances en Psicología Latinoamericana*, año/vol. 25, número 001, Bogotá, Colombia, 2007, pág. 47.
11. CASTAÑO, Dolores y Martínez, Isabel, “Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres”, *Anales de psicología*, 6(2), Valencia – España, 1990, Páginas. 159-168.
12. GRUPO CIENTIFICO DE LA OMS, *Investigaciones sobre la Menopausia en los años noventa*, España, 1996. Tomado de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*.
13. AYUSO, José y JERÓNIMO, Sáiz, *Las Depresiones, Nuevas Perspectivas clínicas Etiopatogénicas y Terapéuticas*, Editora Importecnica, S. A., Madrid-España, 1981.
14. “El pequeño Larousse”, Diccionario Enciclopédico, 10^{ma} edición, 2004, MMIII, 423.
15. COLABORADORES DE WIKIPEDIA, *Albert Ellis*, 10 de Noviembre del 2010, http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Ellis.
16. ANÓNIMO, *Menopausia y Depresión*, 21 Marzo 2005, <http://www.klip7.cl/blogsalud/femenina/2005/03/menopausia-y-depresin.html>.
17. INSTITUTO DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL, *Breve reflexión dedicada al Dr. Albert Ellis*, Jueves 19 de Febrero del 2009, <http://asociacion-trec.blogspot.com/2009/02/breve-reflexion-dedicada-al-dr-albert.html>.
18. DR. ELLIS Y OTROS, *Una breve biografía del doctor Albert Ellis 1913-2007*, 2005, <http://www.rebt.ws/albertellisbiography.html>.

19. TOM, *Albert Eliis y la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)*, Sábado 15 de Agosto del año 2009, <http://sicolog.com/?a=1681>.
20. BOEREE, George, *Teorías de la Personalidad*, 1998, <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/ellis.htm>.
21. REVISTA PACEÑA DE MEDICINA FAMILIAR, *Enfoque cognitivo de la Depresión*, 2005,
http://mflapaz.com/revista_1_PDF/13%20ENFOQUE%20%20COGNITIVO%20DE%20LA%20DEPRESION.pdf.

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA

MUJERES DE 50 A 60 AÑOS DE EDAD CURSANDO LA MENOPAUSIA

Nombre:

Edad:

Lugar donde nació:

Sector donde vive:

Estado civil: casada, conviviente...

Profesión u ocupación

¿En qué posición económica se ubicaría usted: media-baja, media, media-alta? (¿Qué le hace pensar eso?)

¿Con quién vive actualmente? (¿hijos?, tiempo/calidad interacción)

¿Me gustaría saber cómo es esta convivencia? (interacción, actividades que realizan, etc)

Relación pareja actual (calidad/tipo)

¿Qué número de hija es usted en su familia?

¿Cómo está conformada su familia de origen? (tipo de relación)

¿Tiene tiempo de ocio?

¿Qué actividades realiza en este tiempo?

****INFORMACION PARA MENOPAUSIA

¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

¿Qué opina usted de la menstruación?

¿Cómo la vivió usted durante su vida: como una responsabilidad, algo que molestaba cuando llegaba, como algo normal o placentero?

¿Había algún malestar (físico o psíquico) antes, durante o después del periodo?

¿A qué edad comenzó la menopausia?

¿Me preguntaba si usted ha notado alguna diferencia entre esta etapa que está viviendo y la anterior?

¿Qué sintió usted cuando le dijeron que estaba comenzando la menopausia?

¿Influyo su esfera intelectual, social...?

¿Me gustaría saber si ha habido cambios en su vida sexual desde que comenzó la menopausia?

****IDEACION Y CONCEPCIONES ALREDEDOR DE LA MENOPAUSIA

¿Yo me pregunto qué opinión cree usted que tiene la sociedad sobre la menopausia?

¿Y esta le influye?

¿Qué cree usted que opina su pareja (en caso de no tenerla)/ los hombres en general sobre la Menopausia?

¿Cómo influye la opinión de éste o estos en su vivencia de este proceso?

¿Qué piensa usted cada vez que tiene un malestar ocasionado por la menopausia?

¿Qué considera que es lo más complicado de manejar en esta etapa, los comentarios de la gente que la rodea, sus pensamientos o creencias, o las manifestaciones físicas?

****CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DESDE EL DSM IV PARA DEPRESIÓN

¿Cómo se ha sentido últimamente?

¿Cómo es su humor la mayor parte del día?

¿Y esto sucede todos los días?

¿Le dicen algo sus familiares o seres cercanos respecto a su estado de ánimo?

¿Me pregunto si hay alguna actividad que usted disfrute o en la que encuentre placer últimamente?

¿Y las que usualmente disfrutaba, le siguen gustando?

¿Me gustaría saber si usted ha perdido o aumentado de peso?

¿Q tal esta su apetito?

¿Usted considera que tiene un buen dormir (conciliación, duración, calidad)?

¿Cuántas horas al día duerme?

¿Me pregunto si ha sentido fatiga últimamente?

¿En la parte motriz ha sentido agitación o enlentecimiento?

¿Ha tenido tal vez sentimientos de inutilidad o de culpa, excesivos o inapropiados?

¿Cree que ha habido algún cambio en su forma de pensar, concentrarse o indecisión?

¿Tal vez en algún momento ha pensado en suicidarse?

¿Toma actualmente algún medicamento que influya en su estado de ánimo?

¿Tal vez alguien en su familia ha sufrido de algún problema psicológico o físico significativo?

¿Usted ha sufrido de algún malestar psicológico en su vida?

¿Últimamente ha perdido algún ser querido?