



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Rondón, Marta B

Aspectos sociales y emocionales del climaterio: evaluación y manejo

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 54, núm. 2, 2008, pp. 99-107

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428188007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ASPECTOS SOCIALES Y EMOCIONALES DEL CLIMATERIO: EVALUACIÓN Y MANEJO

RESUMEN

El malestar emocional que algunas mujeres pueden experimentar durante el climaterio no depende solamente de las fluctuaciones de las hormonas gonadales, especialmente los estrógenos, sino que en efecto, es la resultante de una compleja interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que coinciden en esta época de la vida. La experiencia de la menopausia, como fin de la vida reproductiva de la mujer, está influenciada por la madurez psicológica alcanzada, que determinará la capacidad de asumir los retos de la adultez mayor, como las pérdidas fisiológicas y realizar un balance de las expectativas y logros que permita ampliar el repertorio de estrategias para prepararse para el envejecimiento. Sobre esta experiencia influyen significativamente las transiciones de roles (salida o regreso de los hijos, enfermedad de los padres, cambios laborales, pérdida de la red de soporte y muerte del cónyuge) y las expectativas y concepciones, culturalmente determinadas, que compartan la mujer y su entorno. La sobrevaloración de la juventud (equiparada a belleza), la glorificación de la maternidad, las ideologías patriarcales, la desvalorización del saber tradicional de las mujeres mayores y la falsa idea de que la muerte ocurre poco tiempo después de la menopausia incrementan el malestar psicológico y el estrés, y pueden causar en mujeres vulnerables con historia previa de padecimiento depresivo, un episodio clínico que requiera evaluación y tratamiento pronto.

PALABRAS CLAVE: Climaterio, manejo, aspecto social, aspecto emocional

Marta B Rondón

Universidad Peruana Cayetano Heredia,
Departamento de Psiquiatría y Salud Men-
tal y Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins, EsSalud

Correspondencia: mbrondon@gmail.com

Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:99-107.

Social and emotional aspects in the climacteric: diagnosis and treatment.

ABSTRACT

Emotional distress during perimenopause cannot be accounted for only by hormonal fluctuations. Actually, these emotional problems arise from the complex interaction of biological, social and psychological events that coincide in this period of life. The experience of menopause, understood as the end of reproductive life, is influenced by previous psychological growth, which determines how the woman will deal with the challenges of adulthood, namely the loss of some functions and the need to make a balance of expectations and achievements, in order to widen the repertoire of coping strategies in order to face ageing successfully. Role transitions (children leaving home or returning, illness of parents or spouse, changes in the workplace, loss of support networks) impact on emotional well being as do the culturally determined conceptions about menopause of the woman and those around her. Overvaluing youth (equivalent

to beauty), glorification of maternity, devaluation of the traditional knowledge of older women and the false idea that death follows shortly after menopause, increase distress and may, in vulnerable women with a previous history of depression, originate a clinical episode of depression which must be properly evaluated and treated.

Key words: Climateric, treatment, social aspect, emotional aspect.

INTRODUCCIÓN

La serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que repercuten sobre el estado emocional de la mujer perimenopáusica no se relacionan solamente con las variaciones de estrógenos y progesterona. Los síntomas físicos crónicos, los estereotipos específicos de género

sobre los malestares del climaterio y los eventos del proceso general de envejecimiento también contribuyen al estado emocional ⁽¹⁾.

Este artículo revisa el contexto socio-cultural (actitudes y estereotipos del grupo social hacia la menopausia y los cambios de rol) y psicológico de las mujeres en la quinta y sexta década de la vida.

La mitad de la adultez involucra un proceso de revisión del pasado, a la luz de los logros actuales, y de decisión respecto del futuro. Tanto hombres como mujeres tienen que enfrentar diversos retos:



- a. la evidencia del envejecimiento, puesto que empiezan a notar cambios fisiológicos que acompañan inevitablemente al paso de los años
- b. un inventario de los logros obtenidos y las metas alcanzados
- c. re-evaluación del compromiso con la familia, la pareja, la comunidad y el empleo
- d. aprendizaje de un comportamiento activo y ético desde la posición de autoridad o poder a la que se pueda haber accedido, en razón de la edad o la experiencia
- e. la enfermedad y/ o la muerte de los progenitores
- f. la conservación de la capacidad de ser lúdico y de experimentar placer a pesar de las pérdidas y dificultades.

Esta época, a la que Jung se refirió como el cenit de la existencia, se caracteriza por la productividad, la madurez y el poder; la persona ya tiene claras sus habilidades y limitaciones, conoce bien su propio cuerpo y lo puede asumir con naturalidad; ha construido sus redes de apoyo, sabe cuáles son sus lealtades y compromisos reales y ya ha echado raíces en términos de residencia, relaciones e ideología.

Al conocerse mejor, muchos hombres y mujeres de cuarenta a sesenta años se permiten explorar aspectos de sí mismos que no conocían bien: los varones se detienen a expresar sus emociones y su dependencia de otros, características consideradas femeninas, y muchas mujeres que han terminado con las tareas de la reproducción aprenden a usar su energía y determinación en tareas que requieren asertividad y competitividad.

Erikson describe a la generatividad como característica de la adultez media: el proceso en el cual uno forma a sus hijos y lidera el cambio social. Si se ha transitado bien por las etapas anteriores, se podrá contribuir significativamente a la siguiente generación y habrá una sensación de realización personal que se prolonga intergeneracionalmente. Lo contrario, si la persona se detiene en la preocupación egoísta y aislamiento, lo que se conoce como estancamiento, pronostica severos problemas para asumir la ancianidad.

Las mujeres llegan a la menopausia con expectativas que se derivan de las creencias de las sociedades en que viven, particularmente en cuanto a las actitudes frente al envejecimiento y la fertilidad. El cese de la función reproductiva o la posibilidad de ganar en estatus, pasando de hija o nuera a madre de la novia o suegra, le otorgan un valor positivo a la menopausia. Por el contrario, si se equipara menopausia con vejez o muerte en una sociedad que sobrevalora la juventud, se le experimentará como un desastre, evitable a toda costa⁽²⁾.

En resumen, esta es una etapa de transición y adaptación a circunstancias biológicas, psicológicas y sociales cambiantes.

ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS AL CLIMATERIO

El estrés, como sabemos, puede influir sobre la salud directamente, a través de mecanismos neuroendocrinos que aumentan el riesgo fisiológico o, indirectamente, a través de la promoción de conductas no saludables. La percepción del

estrés está determinada culturalmente; por tanto, para entender la relación entre los estresores, el estrés comunicado por las personas y el impacto sobre el estado de salud emocional y físico, es preciso conocer la posición social y las creencias de las personas⁽³⁾. Los cambios hormonales de la perimenopausia no afectan por igual a todas las mujeres.

Se sostiene que los síntomas psicológicos, y en gran parte los fisiológicos, de la perimenopausia están principalmente determinados por

- a. las actitudes culturales hacia la menopausia, y
- b. los cambios de rol.

A. LAS ACTITUDES CULTURALES

La cultura de un pueblo le atribuye un significado a la realidad y transforma un evento biológico en uno cultural. El impacto psicológico de la menopausia, por tanto, se verá fuertemente influenciado por la importancia asignada por un grupo cultural a la procreación, la fertilidad, el envejecimiento y los roles de género femeninos⁽⁴⁾.

La relación entre las actitudes de un grupo social dado hacia los roles de género y su transformación en el curso del tiempo es muy variable. Los roles de género institucionalizados en un grupo (que incluyen los roles de la mujer que ha dejado atrás su capacidad reproductiva, lo que ella puede esperar de su grupo social y lo que el grupo social espera de ella en términos de comportamiento y afectividad) varían de tal forma de una cultura a otra, que lo único que podemos afirmar con certeza es que la realización personal de hombres y mujeres depende, no



de su estatus hormonal o reproductivo *per se*, si no de las condiciones culturales y sociales imperantes ⁽⁵⁾. Desde los escritos de Margaret Mead sabemos que el género constituye un campo de gran variabilidad en la experiencia humana.

En la tradición mediterránea (española), que es componente cultural en todos nuestros pueblos latinoamericanos, el paradigma marianista equipara a la mujer con un ser de gran fuerza moral y espiritual, que se relaciona con los varones asimétricamente (ella es la madre, los varones siempre son como niños grandes) y propone como modelo la *mater dolorosa*: abnegada, sufriente, negada para el placer y solitaria ^(6,7).

En la cosmovisión indígena, dualista (donde lo que está abajo siempre tiene una contraparte arriba, y lo de la derecha tiene la suya a la izquierda), complementaria y no jerárquica, se equiparaba a las divinidades femeninas con la tierra, la agricultura y la fertilidad. Cuando la tierra deja de producir, ya no sirve, se abandona.

De modo que la visión de la mujer en nuestra región enfatiza marcadamente la función reproductora, que adquiere, merced al sincretismo religioso, características divinas, donde el rol femenino excelso es el de Madre (sobrevaloración de la maternidad), pero pura (represión de la sexualidad).

Es cierto que las mujeres mayores eran depositarias de la tradición oral en los pueblos precolombinos, y que adquirían gran valor social a medida que envejecían, porque se valoraba su sabiduría. Desgraciadamente, la tradición cultural

indígena para sobrevivir tuvo que esconderse y fusionarse con elementos religiosos de la tradición europea. Los europeos trajeron la palabra escrita, patrimonio de los sacerdotes y los letrados (abogados) y el poder de la sabiduría de las mujeres se hizo menos importante a partir de la colonia, pues las mujeres indígenas tuvieron que adoptar una posición sumisa frente a los conquistadores ⁽⁸⁾.

En los últimos cincuenta años, nuestros países han sufrido diversas crisis económicas y políticas que obligaron a que se acelere el proceso de urbanización: el 70 por ciento de las personas latinoamericanas vive ahora en ciudades. Se ha roto la familia extendida y ha desaparecido el lugar preferente de la abuela, que velaba por las más jóvenes. Las mujeres de edad avanzada, aún si viven en la ciudad, poseen un bagaje cultural que los jóvenes han devaluado, porque no lo encuentran útil en las circunstancias que les toca vivir.

En suma, desde diversos orígenes se construye una actitud mayoritariamente negativa hacia las mujeres mayores. “Dos (mujeres) de veinte valen más que una de cuarenta” dice el dicho, que refleja la actitud popular frente a las mujeres mayores...

A pesar del incremento de la expectativa de vida, persiste la relación entre menopausia y fin de la vida y muchas mujeres en diversas culturas y zonas geográficas no aspiran a un adecuado nivel de bienestar físico en los cincuenta o sesenta. Este pesimismo acerca de la salud física se relaciona con un incremento de los síntomas psicológicos y físicos de la menopausia y con demoras en obtener

atención médica adecuada por parte de la población femenina.

Como ejemplo, citaré el estudio de Richards y cols. ⁽⁹⁾, que encuentran que las mujeres pobres demoran más en acudir a la emergencia por dolor de pecho (angina), porque tienen escasas expectativas de buena salud y de recibir buen servicio por parte del sistema de salud. También, los médicos demuestran menos agresividad en el tratamiento de mujeres. Las que acuden por infarto de miocardio tienen menos probabilidades que los varones de recibir trombolisis o aspirina en la sala de urgencias. Al alta, tienen menos probabilidades de recibir una receta de betabloqueadores o aspirina o ser citadas más adelante para prueba de esfuerzo, angiografía o revascularización ⁽¹⁰⁾, aunque sabemos que la revascularización se relaciona positivamente con mayor sobrevida.

En algunas sociedades avanzadas, la actitud hacia la menopausia es negativa, porque se la equipara con la pérdida de la belleza, y la autoestima se deteriora a medida que se aproxima el momento de dejar de menstruar ⁽¹¹⁾. Cincuenta y un mujeres entrevistadas entre 40 y 63 años de edad por Bloch ⁽¹²⁾, en Viena, revelaron tener expectativas negativas (cefalea, depresión, malestar). Quienes tenían expectativas más pesimistas experimentaron más síntomas y este malestar fue independiente del nivel estrogénico o del reemplazo hormonal. Niveles bajos de autoestima se relacionaron con mayor número de síntomas.

Un estudio reciente en Sri Lanka, donde la mujer no goza de una posición preferente en la sociedad nos muestra



que un número abrumador de mujeres (87%) tiene más de un síntoma en la perimenopausia, especialmente insomnio (57,8%), dolores articulares (55,8%), sudoración nocturna (55,6%), bochornos (40,2%), depresión (35,3%) y cefaleas (33,3%)⁽¹³⁾.

En la India, en un área rural, 100 mujeres premenopáusicas y 100 posmenopáusicas fueron encuestadas para determinar sus actitudes hacia la menopausia y determinar la cuantía de sus síntomas. Se encontró que 57% de las mujeres pensaba que el climaterio tenía 'valor práctico', 63% comunicaba que habían perdido algunas capacidades al entrar en la posmenopausia y 23% creía que la vida sexual acaba con la menopausia. De hecho, 16% informaba que sus esposos habían perdido interés en ellas a partir de la menopausia y 11% se preocupaba por su sexualidad. El 32% de las mujeres premenopáusicas y 43% de las posmenopáusicas declararon no tener actividad sexual en el año de la encuesta. El 59% de las mujeres posmenopáusicas y 38% de las premenopáusicas expresaron pérdida del deseo sexual. No se encontró que la menopausia se asocie a depresión, excepto cuando las relaciones conyugales eran conflictivas⁽¹⁴⁾.

En cien mujeres brasileñas que acudieron a clínicas de menopausia, sometidas a entrevistas de dos horas de duración, se encontró expectativas negativas, relacionadas a la presión social. Una demanda frecuente era la de recibir información⁽¹⁵⁾.

Sobre la base de un seguimiento prospectivo de mujeres durante veinte años, en Dinamarca, Koester y colaboradores

(1) han publicado que los factores que permiten predecir la calidad de vida en la menopausia son el estado de salud previo y las actitudes de las mujeres frente a la menopausia, de modo que aquellas que recibieron un mensaje de dolores y molestias de sus propias madres, sufrieron mayores molestias. Similares resultados, que enfatizan la importancia de los factores psicosociales, por encima de los niveles hormonales, fueron presentados antes por Avis y McKinlay⁽¹⁶⁾, en su estudio de 2 000 mujeres en Massachusetts. Ellos encontraron que aquellas que comunicaron actitudes negativas hacia el envejecimiento y la menopausia antes de llegar a ésta fueron quienes presentaron mayor cantidad de síntomas.

B: LOS CAMBIOS DE ROL

La menopausia coincide con una etapa en que comúnmente los hijos de la pareja ya han crecido y adoptan paulatinamente conductas adultas: ingresan al mercado laboral, se casan, se mudan. Las relaciones con la madre -que hasta entonces había sido el centro de la vida doméstica- cambian cualitativa y cuantitativamente: a la menor frecuencia de interacción con los hijos se suma la demanda por parte de los hijos de una relación más simétrica.

La mujer debe enfrentar entonces una pérdida de los reforzadores primarios que pueden haberla sostenido durante la etapa de crianza: los niños pequeños dependían de ella, le consultaban primero a ella y evitaban hacer cosas o tomar actitudes, en general, que le causaran sufrimiento o malestar.

Los adolescentes tardíos y los adultos jóvenes están más preocupados en al-

canzar sus metas y probar sus propias fuerzas que en complacer a sus madres: las hijas mujeres en especial enfrentan el reto de avanzar por rutas que probablemente no estuvieron abiertas para la generación precedente. La confusión y el estrés de la identidad generacional se repiten cuando la madre tiene que dejar que la hija se aleje de ella para convertirse, a su vez, en madre y abrazar una elección profesional⁽¹⁷⁾.

Para las mujeres cuyo proyecto de vida tradicional se circunscribe a la maternidad, esta es una etapa dura. Las mujeres que han logrado elaborar metas personales propias, en función de su avance profesional o académico, o que pertenecen a algún grupo político, voluntario, religioso o amical que proporcione identidad y gratificación, pueden empezar a ser protagonistas de su propia vida⁽¹⁸⁾.

El síndrome del nido vacío: se ha discutido extensamente en la literatura más antigua el fenómeno del nido vacío, concepto que hace referencia a la depresión con ansiedad que hace presa en las mujeres perimenopáusicas cuyos hijos han salido del hogar. La mujer madura tiene que abandonar una de las claves de su identidad: su ocupación a tiempo completo de madre. Rubin⁽¹⁸⁾ encontró que las mujeres en esta situación experimentaban tristeza transitoria, pero no se deprimían por regla general.

La mujer emparedado: término creado para referirse a las mujeres que simultáneamente cuidan de hijos adolescentes y a sus padres u otros parientes enfermos⁽¹⁹⁾. Esta situación representa una demanda excesiva en términos de



energía y tiempo para la mujer, sobre todo si trabaja fuera de casa: algunos estudios encuentran que una de cada diez mujeres trabajadoras tiene que cuidar de sus hijos y un familiar enfermo ⁽²⁰⁾. El trabajo y la responsabilidad a que se comprometen son, por lo general, más de lo que se anticipó, y abrumadores. Alrededor de dos tercios de estas mujeres dicen que han sufrido consecuencias desfavorables en su salud y sus finanzas.

Los cambios de pareja: después de veinte o treinta años de matrimonio y con los hijos crecidos, muchas mujeres se encuentran abandonadas, separadas o divorciadas. Para algunas de estas, se reinicia la etapa de conocer gente y salir con pretendientes. Hay cambios dependientes de la disminución de la tasa de estrógenos en el funcionamiento genital, que deben ser abordados con la mujer; el adelgazamiento de la mucosa vaginal se relaciona con una mayor susceptibilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Así mismo, la edad disminuye la respuesta inmune. Por otro lado muchos médicos asumen que las mujeres ya no están sexualmente activas o que son monógamas en esta etapa de la vida y, por su lado, las mujeres prefieren no hablar espontáneamente de temas sexuales. Estos hechos podrían determinar que algunos cambios producidos por una ITS puedan interpretarse como parte de la menopausia y no como síntomas de infección, con el consiguiente retraso en el diagnóstico ⁽²¹⁾.

Enfermedad o incapacidad del esposo: la mayoría de los enfermos son cuidados por mujeres y, por tanto, se espera que si se enferma un varón, la esposa asumirá

su asistencia, sin importar la calidad de la relación preexistente o la propia condición de salud. El promedio de edad de las mujeres que tienen que cuidar un esposo enfermo es justamente 46 años. Para estas mujeres, el estrés del propio envejecimiento se ve incrementado por la carga financiera, el temor a quedarse sola, la renuncia a los intereses y amistades personales, los sentimientos de impotencia y desmoralización frente a la enfermedad crónica y las largas horas en vela. Los grupos de apoyo, donde la mujer reciba educación acerca de la enfermedad, consejos útiles para lidiar con ésta, un espacio para ventilar su propia hostilidad y frustración y aliento por parte de sus pares, son indispensables en esta situación ⁽²²⁾.

Pérdida del grupo de amigas y soporte social: Las amistades de las mujeres en la edad madura cumplen algunas funciones importantes. Son fuente de intimidad y ayuda, ofreciendo un espacio para descubrir los propios sentimientos personales, proporcionan afiliación, es decir le permiten a una persona acceder a la categoría de 'amiga' de alguien determinado, y le dan la capacidad de influir en una amiga y/o de ser escuchada y viceversa ⁽²³⁾. La muerte o la enfermedad crónica de las amigas dejan a la mujer sin este poderoso mecanismo de conservación de la autoestima. Por otro lado, la enfermedad y muerte de los contemporáneos enfrenta a las personas con la posibilidad de enfermar seriamente y morir.

La muerte del esposo: la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres; por tanto, hay más viudas. Puesto que las mujeres tienden a ca-

sarse con hombres mayores que ellas, cuando se quedan viudas, sus probabilidades de pasar en este estado el resto de la vida son altas. Parkes describió, en 1970 ⁽²⁴⁾, los procesos psicológicos que acontecen luego de la muerte. Inicialmente, hay una reacción de choque o parálisis emocional, luego ansiedad e intensa tristeza, seguida de ira y protesta y un periodo de desorganización personal, en que las viudas aún no replantean su vida. Paulatinamente, el dolor se mitiga y finalmente existe una etapa de identificación con el fallecido, durante la cual la mujer manifiesta ideas que fueron del marido o se comporta como él. Parece ser que el impacto de la viudez es mayor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, debe anotarse que hay escaso apoyo social para las mujeres viudas en nuestras sociedades patriarcales: están desprotegidas, sin poder ni siquiera salir al mercado a negociar sus bienes, dependientes de la voluntad de sus hijos u otros parientes. El estigma social suele cubrir a las viudas que se unen a hombres menores o de estatus socioeconómico inferior que ellas, al contrario de lo que ocurre con los varones.

En suma, el impacto psicológico de la menopausia, y aún la calidad y cantidad de síntomas físicos, se relacionan con el estado de salud previo, las ideas previas de la mujer acerca de la menopausia y su red de soporte social. En la menopausia ocurren diversas circunstancias estresoras, y la respuesta a éstas está influenciada no solo por el estado hormonal de la mujer sino también por su estado psicológico previo, existiendo algunos factores protectores, como una relación conyugal positiva y un entorno laboral favorable.



EL EMPLEO Y LA SALUD MENTAL DE LA MUJER

Por diversas razones, las mujeres han ingresado al mercado laboral en números crecientes en los últimos cincuenta años. En la medida en que más mujeres toman empleos remunerados, se abren muchas interrogantes acerca de su repercusión sobre la salud mental. En primer lugar, la presencia de las mujeres en el trabajo no se puede separar de la vida familiar: las demandas de tiempo y energía que enfrenta la mujer que decide tener un empleo de tiempo completo interesan a más de una disciplina científica⁽²⁵⁾. Las investigaciones al respecto muestran, en general, un cuadro positivo, aunque complejo^(26,27). Por cierto, aunque hay un gran énfasis en determinar cuáles son las ventajas del empleo (salir de casa, pertenecer a un grupo, reducción del estrés, acceso al crédito, plan de pensiones, seguro de salud, incremento de la identidad personal), también hay interés por conocer cuál es la relación entre el empleo y la depresión, ya sea como barrera al empleo o como resultado del mayor estrés o de la pérdida de éste⁽²⁸⁾.

La satisfacción con el empleo se relaciona con mayor sobrevivencia y menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, en mujeres mayores de 40 años⁽²⁹⁾. Diversas fuentes señalan que el trabajo satisfactorio se relaciona con menos malestar durante la menopausia^(30,31).

Por el contrario, en Brasil las mujeres que trabajaban fuera de casa y acudían a evaluación médica en el climaterio se sentían abrumadas por la doble jornada, aquejaban más síntomas y se sentían preocupadas por su situación financiera. El 19% sentía que no tenía tiempo libre,

60% se quejó de desajuste marital y 31% de problemas sexuales⁽³²⁾.

En cuanto al impacto del género sobre la respuesta frente a empleos exigentes, se ha demostrado que las mujeres tienden a esforzarse más por cumplir, aún en ausencia de demandas externas, y esto tiene un impacto negativo sobre sus cifras de colesterol LDL⁽³³⁾. Los varones, en cambio, ven afectada su salud cuando hay exigencias externas altas y escasa recompensa (situación estresante), presentando hipertensión arterial y elevación de la tasa de colesterol total/ colesterol HDL.

Las mujeres trabajadoras mayores de 40 años padecen más síntomas difusos, que corresponden a una experiencia doliente más que a una enfermedad específica, comparadas con los varones (dolores osteoarticulares, tensión muscular y síntomas depresivos). Frankenhauser⁽³³⁾ ha demostrado que la presión arterial elevada de mujeres en posiciones de mando medio, mayores de cuarenta años, no disminuye luego de las horas de oficina, como ocurre en los varones.

Krantz y Ostergren estudiaron en Suecia las condiciones laborales de las mujeres de edad media con mayor número de síntomas mal definidos, como lumbalgia, para determinar cuáles serían los condicionantes psicosociales de su menor nivel de bienestar. El desempleo se relacionó con mayor cantidad de molestias, independientemente del apoyo social. Estas autoras encontraron que el riesgo de enfermedad cardiovascular fue mayor para las mujeres que laboraban en ambientes estresantes o que demandaron

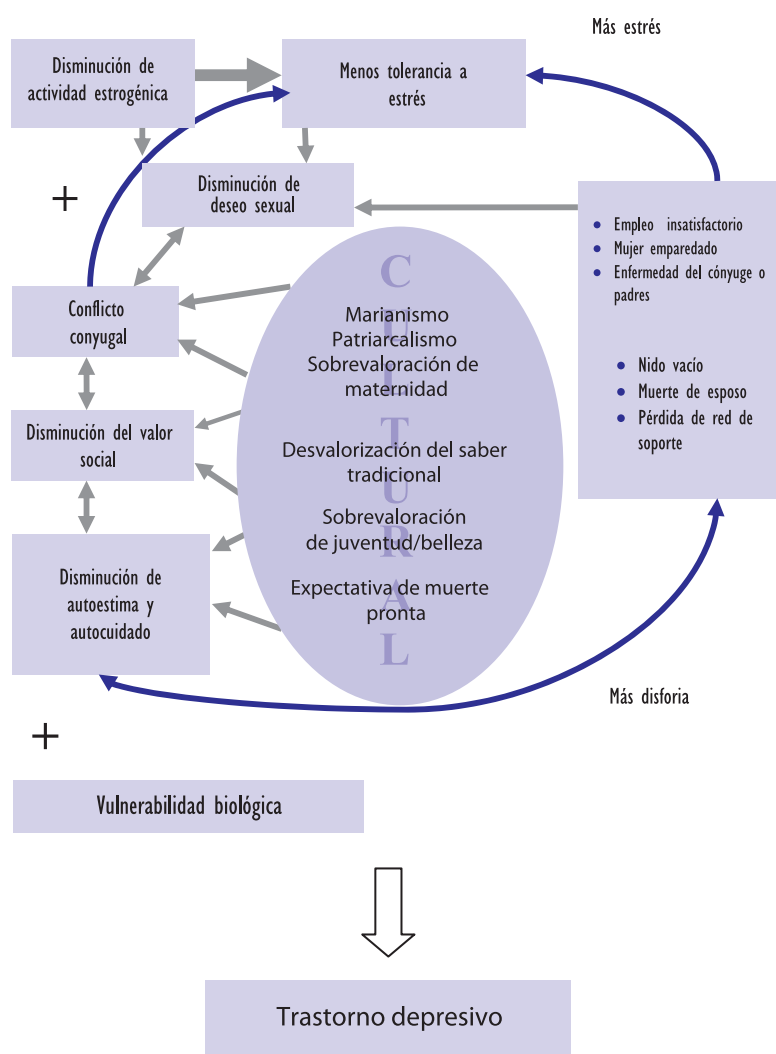
horas extras de trabajo. El nivel educativo bajo, la falta de red de apoyo, la escasa afiliación con el grupo social (pertenencia a grupos formales e informales y grado de identificación con ellos) y la participación social baja (cuán activa es la mujer en el grupo) se relacionaron con más síntomas⁽³⁴⁾.

Las mujeres, aún en las sociedades más avanzadas y equitativas, están destinadas a empleos menos valorados y, por tanto, menos remunerados y más demandantes, que los hombres. Síntomas como fatiga, dolor de espalda y migrañas han sido relacionados con la insatisfacción en el empleo y son más frecuentes en mujeres con ocupaciones precarias (temporales, estacionales, por contrato fijo), aunque estas trabajadoras precarias informan menos estrés y menos ausentismo laboral^(35,36). Las empleadas estables por otro lado comunicaron mayor grado de estrés, menos síntomas físicos, pero mayor número de días no laborados al año. En cambio, las trabajadoras independientes o dueñas de negocios pequeños o familiares (formas de empleo que se promocionan en nuestros países como respuesta al desempleo masivo) tienen mayores niveles de estrés.

En la quinta y sexta décadas de la vida, las probabilidades de que una mujer haya tocado el cielo raso de vidrio, descrito por muchos autores como la barrera intangible que impide que las mujeres o los miembros de las minorías alcancen los escalones más altos de una compañía, son altas. El efecto desmoralizante de no avanzar por razones que están fuera del control de la mujer ha sido descrito en diversos estudios.



Grafica. Compleja interacción que da lugar a malestar emocional en el climaterio



Por ejemplo, se ha encontrado en Gales e Inglaterra que hay el doble de suicidios entre las mujeres médicas que en la población general, entre los 25 y los 59 años. En cambio, los médicos varones tienen una tasa de suicidio que es 2/3 partes la de la población general⁽³⁷⁾. Este hecho es preocupante y debe obligar a formular políticas de protección para la salud mental de las mujeres médicas, pues cada vez hay más mujeres dedicadas a la medicina.

La discriminación que limita el avance de las mujeres puede ser directa, como por ejemplo, pedir que el candidato sea varón, o desconocer las calificaciones de las mujeres y simplemente no promoverlas; o puede ser indirecta, a través de estrategias que desanimen a las mujeres por condiciones o sueldos desfavorables, hostilidad manifiesta, falta de una red de mentoría y patrocinio que sostenga el avance, o la 'técnica Saltieri' de adular sutilmente y,

al mismo tiempo, descalificar abiertamente⁽³⁸⁾.

Un estudio realizado en Perú⁽³⁹⁾ ilustra las dificultades de la mujer para lograr posiciones de relativo poder, aún en un ambiente coyunturalmente favorable: de 130 mujeres que ocupaban puestos de responsabilidad en el estado, la administración pública, las empresas y los medios de comunicación, 51 eran mayores de sesenta años. De estas, la cuarta parte había renunciado a la maternidad, aunque 43 estaban o habían estado casadas. Ninguna era madre soltera. Todas tenían educación superior, pero solo doce tenían un posgrado y cinco estudiaron fuera del país. Su trayectoria laboral era más o menos lineal, ya sea desde la profesión independiente o desde la carrera en la administración pública; estas mujeres 'pertenecen' a una institución o gremio. Las que permanecieron casadas de este grupo destacan el apoyo que han recibido de sus esposos y, las que se separaron, el alivio y el crecimiento experimentado luego del divorcio. Las mujeres entre 40 y 50 años muestran una experiencia algo diferente: cinco son madres solteras, hay proporcionalmente más mujeres divorciadas y casi la mitad han tenido estudios de posgrado. Son más asertivas, están más polarizadas políticamente y algunas han accedido a posiciones de responsabilidad, desde su rol de líderes en las organizaciones populares. Los resultados del estudio de Blondet enfatizan la importancia de la afiliación y la alta capacitación, con una disposición a continuar aprendiendo, como factores importantes en el avance de estas mujeres. Queda pendiente examinar cómo desarrollaran las mujeres más jóvenes de su muestra, que al

**Tabla. Preguntas útiles frente a la paciente climatérica con síntomas emocionales**

Anamnesis	¿Qué buscamos?	¿Cómo interpretamos?
Antecedentes personales	Depresión Disforia premenstrual Dificultades de adaptación después del parto Mal humor o cefalea con antidepresivos	Mayor riesgo de depresión
	Tratamiento psiquiátrico o psicológico Problemas por uso de drogas o alcohol	Requiere referencia a psiquiatra
Antecedentes familiares	Tratamiento psiquiátrico Suicidio o intentos serios Problemas por consumo de drogas o alcohol	Riesgo de depresión u otro trastorno
Enfermedad actual	Ha perdido el interés en las cosas Ya no experimenta placer Se despierta de madrugada Amanece cansada No se concentra Tiene sentimientos de culpa o fracaso Se siente una carga No tiene planes futuros Piensa que no vale la pena vivir Desearía desaparecer o descansar por siempre Deseos de muerte Ideas de suicidio u homicidio	Síntomas depresivos presentes
Duración	Por lo menos dos semanas	Depresión clínica presente
Síntomas sicóticos	Delusiones o delirios: ideas falsas irrefutables, por ejemplo, de celos, o que la siguen o le roban Alucinaciones: escucha voces o murmullos, ve cosas	Requiere referencia a psiquiatra

LA DEPRESIÓN EN EL CLIMATERIO

Ya han quedado rechazadas definitivamente las nociones de que la disminución estrogénica por sí misma determina depresión en un grupo importante de mujeres. Existen, sin embargo, cambios transitorios como dificultades en el sueño, cansancio y discreta irritabilidad, que son secundarios a las fluctuaciones de estrógenos en la transición menopáusica⁽⁴⁰⁾.

Sin embargo, las mujeres que han tenido cuadros de depresión previamente, incluyendo síndrome disfórico premenstrual, o cambios desfavorables en el estado de ánimo frente a la exposición a anticonceptivos hormonales, presentan un mayor riesgo de depresión en esta etapa de la vida.

Como se ha expuesto anteriormente, la vivencia de la premenopausia está determinada por una compleja interacción de factores sociales, culturales y biológicos (Gráfico) y por lo tanto se debe examinar cuidadosamente a la mujer con síntomas emocionales antes de prescribir antidepresivos o recomendar terapia hormonal.

momento del estudio eran claramente premenopáusicas, habían postergado el matrimonio y la maternidad y tenían niveles educativos aún más altos.

En resumen, el ingreso al empleo remunerado parece ser favorable para la mujer y de protección para su salud mental. La mujer climatérica enfrenta los retos del avance profesional, las dificultades de la discriminación y el aumento de

demandas sobre su tiempo y su energía, junto con las otras vicisitudes de esta edad tan compleja. En esta época, tiene además la responsabilidad de abrir camino. A medida que se vaya conociendo mejor los factores que promueven o hacen peligrar la salud mental de la mujer en el mundo laboral, se podrá proponer políticas específicas y acciones individuales que refuercen el impacto positivo y reduzcan el negativo del empleo.

Una vez determinada la existencia de una depresión clínica en una mujer sin antecedente ni personal ni familiar de trastorno bipolar, y sin síntomas psicóticos ni ideación suicida (Tabla), se puede prescribir antidepresivos a la dosis habitual, con la recomendación de esperar hasta tres semanas para empezar a observar mejoría clínica en la paciente. La terapéutica habitual en un primer episodio depresivo será hasta de dos años.



Frente a una mujer con antecedente de trastorno psiquiátrico y síntomas del ánimo, es prudente referirla a un especialista en psiquiatría. Asimismo, es obligatorio referir a las pacientes con síntomas psicóticos (ideas falsas irrefutables o percepciones falsas) y a aquellas que expresen deseos de morir, matarse o matar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Koester A, Nielsen LF, Garde K. The climacterium hits everybody else but me? Anticipation and experience of the climacterium. *Arch Womens Mental Health*. 2001;3 (Suppl 2):42-3.
- Stotland N. Menopause: Social expectations, women's realities. *Arch Womens Mental Health*. 2001;3 (Suppl 2):5-8.
- McLeod J, Davey-Smith G, Heslop P, Metcalfe C, Hart C. Stress and mortality: confounding or causation? Abstracts Society for Social Medicine. Annual Meeting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:774.
- Sherwin B. Menopause: Myths and realities. En: Stewart DE, Stotland NL, eds. *Psychological aspects of women's health care*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993:27.
- Levine RA. Gender differences: Interpreting anthropological data. En: Nadelson CA, Notman M, eds. *Women and men: New perspectives on gender differences*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991:1-8.
- Fuller N. En torno a la polaridad machismo-marianismo. Lima: Hojas de Warmi; 1997:11-8.
- Stevens E. Marianismo: la otra cara del machismo en Latinoamérica. En: Ana Piscatello A, comp. *Hembra y macho en Latinoamérica*. Ensayos. México, DF: Diana; 1977:121-35.
- Rostworoski M. La mujer en el Perú prehispánico. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1995. (Etno-historia. Documento de Trabajo 72).
- Richards HM, Reid ME, Watt GCM. Angina: The self-care primary care interface. Abstracts Society for Social Medicine. Annual Meeting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:774.
- Hanratty B, Lawlor DA, Sapsford R, et al. All is fair in love and cardiology? Sex differences in risk factors, treatment and survival after acute myocardial infarction. A prospective observational study. Abstracts Society for Social Medicine Annual Meeting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:774.
- Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality-of-life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril*. 2001;76 (1):44-50.
- Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 2002;41(1):61-8.
- Goonaratna C, Fonseka P, Wijewardene K. Perimenopausal symptoms in Sri Lankan women. *Ceylon Med J*. 1999;44(2):63-9.
- Aaron R, Muliylil J, Abraham S. Medico-social dimensions of menopause: a cross-sectional study from rural south India. *Natl Med J India*. 2002;15(1):14-7.
- Miranda GV, Miranda S. Qualitative analysis of the climacteric woman's point of view. XI World Congress of Psychiatry; 1999 Aug. 6-11; Hamburg, Germany.
- Avis NE, McKinlay SM. A Longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*. 1991;13:65-79.
- Clover VL. The acquisition of mature femininity. En: Nadelson CA, Notman M, eds. *Women and men: New perspectives on gender differences*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991:75-88.
- Rubin L. Women of a certain age. Nueva York: Harper and Row; 1979:122.
- Eckert JW, Shulman SC. Daughters caring for their aging mothers: A midlife developmental process. *J Gerontol Soc Work*. 1996;25:17-32.
- MetLife Mature Market Institute. *The MetLife juggling act study: Balancing caregiving with work and the costs involved*. New York: Metropolitan Life Insurance Company; 1999.
- Rosenfeld J. Women's health in primary care. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1997:75.
- National Alliance for Caregiving. *The caregiving boom: Baby boomer. I: women giving care*. Bethesda: National Alliance for Caregiving; 1998.
- Candy S, Troll L, Levi SG. A developmental exploration of friendship functions in women. *Psychol Women Q*. 1981;5:456-72.
- Parkes CM. The first year of bereavement. *Psychiatry*. 1970;33(4):444-67.
- Kahne H. Economic perspectives on work and family issues. En: Nadelson CA, Notman M, eds. *Women and men: New perspectives on gender differences*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991:9-22.
- Hyde JS. *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata; 1991:195-214.
- Rondón MB. Impact of work on mental health of Peruvian women. XI World Congress of Psychiatry; 1999 Aug. 6-11; Hamburg, Germany.
- Blome J, English K. Women, work and depression: challenges for future research. *Arch Womens Mental Health*. 2001;3(Suppl 2):61.
- Heslop P, Davey Smith G, Macleod J, Metcalfe C, Hart C. Job satisfaction, self reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. Abstracts Society for Social Medicine. Annual meeting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:774.
- Peter R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P. High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: Baseline results from the WOLF Study. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:540-7.
- Dennerstein L, Dudley E, Guthrie J, Barrett-Connor E. Life satisfaction, symptoms and the menopausal transition. *Medscape Womens Health*. 2000;5(4):E4.
- Miranda S, Bahia H, Costa M, Camargos A, Valadares G, Figueira P. Social adjustment of climacteric women (Abstract). En: World Psychiatric Association. XI World Congress of Psychiatry. Book of abstracts. Vol. 2. Hamburg: WPA; 1999:310.
- Frankenhaeuser M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. En: Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney M, eds. *Women, work and health: Stress and opportunities*. New York: Plenum Press; 1991:33.
- Krantz G, Östergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:192-9.
- Benavides FG, Benacha J, Die-Roux AV, Romana C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *J Epidemiol Community Health*. 2001;54:192-9.
- Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health*. 2000;55:406-7.
- Hawton K, Clements A, Sakarovich C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:296-300.
- McManus C, Sproston KA. Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect? *J Epidemiol Community Health*. 2001;54:10-6.
- Blondet C. La emergencia de las mujeres en el poder ¿Hay cambios? Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1998. (Sociología y Política. Documento de Trabajo 92).
- Rondón MB, Valadares GV. *Psiquiatría de la Mujer en: Alarcón, Mazzotti y Nicolini (Eds): Texto de Psiquiatría, 2ª edición, México: El Manual Moderno; 2005:819-32.*