

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE MEDICINA

**“LA MENOPAUSIA COMO MODIFICADORA DE LA
REALIDAD AXIOLÓGICA”**

Tesis para la obtención del grado de Doctor de D.
RAFAEL ANGEL CASTRO JIMÉNEZ bajo la dirección
de los doctores:

Prof^a. Dra. Dña. María José Moreno Díaz

Prof. Dr. D. Rafael Lillo Roldán

Dr. Bernabé Galán Sánchez

Córdoba a 2 de Abril del 2001

Prof^a. Dra. Dña. M^a. J. Moreno Díaz, Profesora Titular de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad de Córdoba.

Prof. Dr. D. R. Lillo Roldán, Profesor Titular de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad de Córdoba.

Dr. D. Bernabé Galán Sánchez, especialista de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Fuente Palmera (Córdoba).

CERTIFICAN:

Que D. Rafael Angel Castro Jiménez, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo denominado: **“La menopausia como modificadora de la realidad axiológica”**, que presenta como Tesis Doctoral, considerando que a nuestro juicio reúne las condiciones y requisitos exigibles para su presentación y defensa.

Córdoba a 2 de Abril del 2001.

Prof^a. Dra. Dña. M^a. J. Moreno Díaz

Prof. Dr. D. R. Lillo Roldán

Dr. D. Bernabé Galán Sánchez

A NATALIA , A MIS PADRES

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar en estas líneas, mi más sincero agradecimiento a todas las personas, que de una forma u otra me han ayudado y orientado en la realización de esta tesis:

A la Prof^a. Dra. Dña. María José Moreno Díaz y al Prof. Dr. D. Rafael Lillo Roldán, Profesores Titulares de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Córdoba, por haber sabido encauzar mis inquietudes, trabajo y esfuerzo en la realización de esta investigación, mostrando una actitud comprensiva en todo momento.

Al Prof. Dr. D. Antonio Medina León, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Córdoba, por el entusiasmo y aliento que ha mostrado en todo momento, intentando impregnarme del verdadero significado de la investigación en el ámbito universitario.

Al Dr. D. Bernabé Galán Sánchez, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Fuente-Palmera (Córdoba), por su disponibilidad constante a la hora de facilitarme la labor de la recogida de las muestras de esta tesis.

A la Dr. Dña. Cristina Segura García, por su colaboración desinteresada en la elaboración del estudio estadístico de la presente tesis.

A Natalia, por su apoyo incesante e incansable día a día, ayudándome a superar las dificultades, alentándome para obtener todos los objetivos que me propongo, y facilitándome la dedicación intensiva a este trabajo científico.

A mi familia, por comprenderme y estimularme en el día a día para conseguir mis metas.

A Alberto, Pilar y Toñi, por su constante interés y pequeña aportación, pero a la vez muy importante y eficaz.

A todo el personal del Centro de Salud de Fuente-Palmera y del Consultorio de Adamuz (Córdoba) y a D. Manuel Galán, por la generosidad demostrada al facilitarme la recogida de las muestras de este trabajo de investigación.

A todas las pacientes, ya que sin su generosa participación hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

A todo aquel que de una manera u otra ha contribuido en la realización de esta tesis.

"... una Escuela de Medicina como parte de la Universidad, ... debe de impartir a sus alumnos una formación general..., además de prepararlos para ser buenos médicos".

Severo Ochoa.

ÍNDICE

1.	Repaso conceptual bibliográfico	12
1.1	La involución climatérica	13
1.1.1	Concepto	13
1.1.2	Fisiología y fisiopatología de la involución climatérica	14
1.1.3	Mitología del climaterio. Historia cultural del climaterio ...	18
1.1.3.1	Climaterio antes del S. XVIII	21
1.1.3.2	Controversias en el S. XVIII	22
1.1.3.3	S. XIX, revolución y menopausia	23
1.1.3.4	Último cuarto del S. XIX y principios del S. XX ..	26
1.1.3.5	La era moderna	27
1.1.4	Aspectos psicológicos de la involución climatérica	29
1.1.5	Psicopatología del climaterio	32
1.2	La construcción temporal de la realidad	39
1.2.1	El Constructivismo	39
1.2.1.1	Concepto	39
1.2.1.2	El significado temporal de la realidad	40
1.2.1.3	Las medidas del significado	43
1.3	Género y Sociedad	49
1.3.1	Género y función social	49
1.3.1.1	La diacronía cultural de la ubicación social de la mujer	49
1.3.1.2	Fisiología, versus función social	53
1.3.1.3	Mujer y creatividad. Mujer y productividad.	

	Mujer y poder.	55
2.	Hipótesis	59
3.	Objetivos	61
4.	Material y Métodos	63
4.1	Material	64
4.1.1	Material humano	64
4.1.1.1	Descripción de la muestra	64
4.2	Método	66
4.2.1	Método clínico	66
4.2.2	Método exploratorio testológico	66
4.2.2.1	Test de STAI	67
4.2.2.2	Cuestionario de Hamilton para la depresión ...	67
4.2.2.3	Inventario de temperamento de Cloninger	68
4.2.2.4	Técnica proyectiva de los constructos personales de Kelly	68
4.2.3	Método estadístico	71
4.2.3.1	Historia clínica semiestructurada	71
4.2.3.2	Test de STAI	72
4.2.3.3	Cuestionario de Hamilton para la depresión ...	72
4.2.3.4	Inventario de temperamento de Cloninger	73
4.2.3.5	Repertory Grid de Kelly	73
5.	Resultados	75
5.1	Resultados de la Historia clínica semiestructurada	76
5.1.1	Muestra "A"	77

5.1.2	Muestra "B"	92
5.2	Resultados del test de STAI	107
5.2.1	Muestra "A"	108
5.2.2	Muestra "B"	111
5.3	Resultados del test de Hamilton para la depresión	114
5.3.1	Muestra "A"	115
5.3.2	Muestra "B"	118
5.4	Resultados del inventario de temperamento de Cloninger	121
5.4.1	Muestra "A"	122
5.4.2	Muestra "B"	126
5.5	Resultados del repertory grid de Kelly	130
5.5.1	Muestra "A"	131
5.5.2	Muestra "B"	136
6.	Análisis de los resultados	141
6.1	Análisis de la historia clínica semiestructurada	142
6.1.1	Muestra "A"	143
6.1.2	Muestra "B"	144
6.1.3	Análisis de significancias entre las muestras "A" y "B" ..	146
6.2	Análisis del test de STAI	147
6.2.1	Muestra "A"	148
6.2.2	Muestra "B"	148
6.2.3	Análisis de significancias entre las muestras "A" y "B" ..	149
6.3	Análisis del cuestionario de Hamilton para la depresión	150
6.3.1	Muestra "A"	151

6.3.2	Muestra "B"	151
6.3.3	Análisis de significancias entre las muestras "A" y "B" ..	152
6.4	Análisis del inventario de temperamento de Cloninger	153
6.4.1	Muestra "A"	154
6.4.2	Muestra "B"	155
6.4.3	Análisis de significancia entre las muestras "A" y "B" ...	155
6.5	Análisis del repertory grid de Kelly	156
6.5.1	Muestra "A"	157
6.5.1.1	Correlaciones entre constructos	157
6.5.1.2	Intensidad relacional	159
6.5.1.3	Análisis factorial	160
6.5.2	Muestra "B"	161
6.5.2.1	Correlaciones entre constructos	161
6.5.2.2	Intensidad relacional	162
6.5.2.3	Análisis factorial	163
7.	Discusión	166
8.	Conclusiones	177
9.	Bibliografía	180

1. REPASO CONCEPTUAL BIBLIOGRÁFICO

1.1 LA INVOLUCIÓN CLIMATÉRICA

1.1.1 CONCEPTO

Llamamos Climaterio o Involución sexual al transcurso que la fisiología del sexo recorre desde la madurez hasta la senilidad. Se debe de distinguir el concepto de "Menopausia", como el cese de las menstruaciones siendo un diagnóstico retrospectivo ante la constatación de una amenorrea de un año de evolución. El periodo de tiempo que precede, engloba y sigue a la menopausia, se conoce como "Climaterio", de duración variable (entre 10-12 años) . Es un concepto más amplio que incluye toda la etapa de transición de la vida reproductiva o fértil, hasta la etapa no fértil o no reproductora, donde la menopausia es el signo más llamativo de este periodo. La menopausia engloba sólo la pérdida del ciclo uterino, pero la secreción de hormonas sexuales se mantiene hasta años después de la menopausia, esto no quiere decir que la

mujer pierda su feminidad ni sexualidad, la mujer sigue siendo mujer aún después del cese de sus reglas, hasta los umbrales de la muerte ya que la diferencia en el género es constitucional y funcional, y no accidental y sincrónica.

El Climaterio en ocasiones se acompaña de síntomas que constituye el "Síndrome Climatérico", más del 75% de la población menopaúsica padecerá uno o varios síntomas, a veces desagradables que llegan a inquietarlas y el 25% restante aunque no manifiesten ninguna molestia, también pueden verse afectadas.

La repercusión del déficit hormonal (hipoestronismo) sobre el organismo es variable según los órganos a los que va a afectar, instaurándose de forma paulatina sobre algunas de ellas.

1.1.2 FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA INVOLUCIÓN CLIMATÉRICA

Se calcula que hay casi 380.000 ovocitos dentro de los folículos ováricos en el momento de la menarquia. Con cada ciclo menstrual, cierto número de estos se desarrollan sólo para sufrir su atresia, mientras que un solo folículo dominante produce la ovulación. Por lo tanto, se observa una disminución general en el número de folículos que contienen ovocitos, mientras que ocurre un aumento relativo en la cantidad de estroma ovárico. Poco después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en

degeneración. Esta pérdida de ovocitos y folículos al final provoca una disminución gradual de los estrógenos y de la inhibina. Varios años antes de la menopausia la inhibina disminuida provoca una elevación de la hormona foliculoestimulante (F.S.H.), que es signo analítico funcional de la perimenopausia. El aumento de la F.S.H., que se mide a lo largo del ciclo y no sólo durante las primeras fases, induce un desarrollo folicular rápido, con lo que se acortan los ciclos y se producen los primeros datos clínicos de la perimenopausia. Conforme se reduce el número de folículos, la producción estrogénica disminuye y a menudo se alcanzan cifras que no son compatibles con la concentración máxima de la hormona luteinizante (L.H.) la ovulación cesa o con más frecuencia, se torna irregular. Desde el punto de vista clínico, este fenómeno se acompaña de ciclos irregulares y una fase luteínica corta, o ciclos anovulatorios con estimulación estrogénica sin oposición e hiperplasia endometrial. Al cesar por completo la ovulación, la L.H. se eleva y provoca la menopausia. No obstante, es importante señalar que los mecanismos de retroacción provocan reajustes entre la hipófisis y el ovario, siempre y cuando haya folículos que responden en el ovario y puede haber inversión de los datos de laboratorio, así como de los signos y síntomas clínicos en un periodo de uno o dos años.

A pesar de que en el ovario menopaúsico puede haber escasez de folículos, cuyas células normalmente secretan estrógenos y progesterona, la mayoría de las mujeres menopaúsicas no tienen carencia total de estrógenos. Las células del estroma ovárico, así como de las células suprarrenales, tienen capacidad esteridogénica para producir androstendiona, que es convertida por

la piel y los anexos en estrona. En un 33% de las mujeres los ovarios muestran "Hipertecosis" de las células del estroma ovárico, esto indica que continúa la función esteridogénica.

La menopausia (última menstruación) sin duda es producida por deterioro de la función ovárica, al agotarse los folículos primarios, lo que se acompaña de una menor esteridogénesis, que a su vez altera los mecanismos de retroacción hipófisis-hipotálamo y provoca aumento de las gonadotropinas hipofisarias y posiblemente de la hormona liberadora de gonadotropina coriónica (GnRh) . A pesar de que se observa una disminución importante de las cifras de estradiol y progesterona, el ovario menopaúsico puede efectuar una esteridogénesis precisable.

El climaterio se inicia, por lo común, antes de la menopausia y culmina en toda su fenomenología en el momento de ésta, pero todavía se prolonga al desaparecer las reglas en su cuadro endocrino y vegetativo. Así pues, la menopausia está, por lo común, situada en el centro del climaterio. Por esto, lo más corriente, no es, sin embargo, en una regla absoluta, porque hay cosas, por el contrario, en que toda la crisis endocrina del climaterio precede la menopausia, y en otros casos sucede al revés.

Debemos, por lo tanto, dividir el climaterio en tres fases:

- a) Fase premenopaúsica: entendemos aquella que precede a la aparición de los primeros síntomas o primeras manifestaciones climatéricas. En esta época la mujer es aparentemente normal; sin embargo, signos de involución se dejan ya sentir. El más importante de todos estos es la desaparición de los ciclos

anovulatorios. Primero se pierde la ovulación y más tarde la menstruación.

- b) Fase menopaúsica: poco después se inicia ya la crisis climatérica, y empieza la mujer a presentar manifestaciones de desequilibrio endocrino. Estas manifestaciones son tanto locales como generales. Todas ellas se deben a que la secreción interna del ovario decae y se altera. Es un error creer que estas alteraciones son desequilibrio en la producción de estrógenos, pero la formación de estos casi siempre continúa, y a veces, hasta aumenta. Es corriente que suceda este periodo entre 48-50 años
- c) Fase postmenopaúsica: en esta fase, tiene lugar un lento declinar de la secreción de estrógenos en el ovario. Sin embargo, en un considerable número de casos, casi el 30%, continúan excretando estrógenos por la orina en cantidades apreciables y el endometrio muestra actividad proliferativa. Quiere esto decir que en una mayoría de casos de la fase postmenopausia se marca el declinar fértil de la mujer, pero en otras, aunque haya desaparecido el ciclo, la secreción estrogénica, bien por el ovario o bien por la suprarrenal, continua.

Fundamentalmente al final del climaterio, la disminución de los niveles de estradiol se traduce en modificaciones involutivas a nivel de todo el organismo. Este proceso involutivo tiene repercusiones particularmente importantes desde el punto de vista de la salud a nivel del Sistema Nervioso Central, Aparato Genitourinario, Circulatorio y Esquelético.

Desde el punto de vista endocrino sexual, hay que diferenciar en el climaterio:

- En la perimenopausia, hay desaparición de la progesterona con predominio relativo de los estrógenos. La progesterona inhibe la sexualidad, mientras que los estrógenos favorecen el trofismo de los órganos sexuales, su lubricación, su respuesta vasocongestiva, y posiblemente, su sensibilidad.
- En la postmenopausia, los estrógenos disminuyen considerablemente, pero los andrógenos se mantienen en gran parte. Hoy sabemos que los andrógenos son, tal vez, más importantes que los estrógenos para la sexualidad femenina, al menos en lo que se refiere al deseo y al interés sexual.

Los cambios hormonales climatéricos, por tanto, no tienen una acción unívoca sobre la sexualidad de la mujer. Por otra parte, los cambios hormonales climatéricos no son uniformes, iguales en todas las mujeres, sino que presentan notables variaciones individuales que hacen que los trastornos varíen de unas mujeres a otras.

1.1.3 MITOLOGÍA DEL CLIMATERIO. HISTORIA CULTURAL DEL CLIMATERIO

La primera referencia sobre molestias asociadas con el climaterio femenino la encontramos en una guía para mujeres publicada a principios del S. XVIII (A. Physiciam, 1727) . El autor, que se oculta tras el título anónimo de

“Un Médico”, resalta: “Yo estaré fuera de lugar al hablar de los trastornos que la mayor parte de las mujeres sufren cuando están entre los cuarenta y los cincuenta años de edad. Sus reglas empiezan en un principio a ser menos frecuentes y al final, a desaparecer del todo; para entonces resultan con frecuencia trastornadas con un intenso dolor de cabeza, espalda, y en la fosa lumbar; a veces presentan también dolores cólicos, espasmos y lasitud, y en otras ocasiones vapores de grado violento, así mismo febrícula, dolores reumáticos erráticos y malestar general” (A. Physiciam, 1739, pág.21).

Esto contrasta con las guías anteriores (*Roeslin*, 1546) o contemporáneos (*Maubroy*, 1724) para mujeres y con los libros de Tocología (*Paré*, 1634; *Guillemau*, 1612; *Mauriceau*, 1673; *Dionis*, 1719) que en ningún momento hacen alusiones a dichos trastornos.

El anónimo médico-empresario inglés no era, sin embargo, el único a principios de dicho siglo, en notar la asociación de varios procesos mórbidos con el cese de la menstruación. La primera tesis que trataba de tales trastornos fue defendida en la Universidad de Magdeburgo, Sajonia en febrero de 1710. Fue presentada por *Simon Daniel Titius de Bratislava*, Silesia, más tarde *Brelau* y después *Wroclaw*, en Polonia. Esta fue seguida por dos tesis presentadas por la Universidad de Leiden, *Bühl* en 1722 y *Regemann* en 1737.

Aunque a finales del S. XVII y principios del S. XVIII las guerras continuaban, en Europa fue emergiendo una estabilidad política. Las pasiones religiosas fueron perdiendo gran parte de fuerza, urgencia y furor. Francia la potencia dominante, había conseguido un equilibrio, aunque precario, con España y el resto del continente por un lado, y con los Países Bajos y Gran

Bretaña, por otro. Las condiciones económicas mejoraban, la esperanza de vida aumentó tanto al nacimiento como en la vida adulta; la mayoría de las mujeres de clase alta ya alcanzaban la menopausia y muchas más seguían viviendo durante cierto número de años pasado el climaterio.

El renacimiento cultural iba modificando las mentes de los hombres y mujeres. La asistencia médica, dirigida siempre y en todas partes a las necesidades de los hombres, fue ampliada por las mujeres. La experiencia alcanzada por las generaciones de grandes tocólogos franceses, su dedicación a sus pacientes y la lúcida exposición de su trabajo, les había hecho acreedores, y por extensión a los médicos de los hombres, de un grado de confianza nunca alcanzado con anterioridad por los cuadros de los hombres.

Las mujeres que habían desechado “aquellos ridículos prejuicios que el bello sexo había venido mostrando” (*Smellie*, 1752) fueron mucho más allá de simplemente pedir ayuda en el momento del parto. Al principio entre las clases altas, y más tarde generalmente, empezaron a visitar a los médicos para sus “dolencias femeninas”. Los médicos, a su vez, comprobaron lo mucho que ignoraban acerca de sus “nuevos pacientes”. Fue en este contexto como ellos aprendieron acerca de las molestias del cambio de vida y los muchos trastornos atribuidos al cese de la menstruación. Se convirtieron no sólo en los asistentes, sino también en los confidentes de mujeres como ningún médico de hombres lo había sido antes, no sólo en Occidente, sino también en cualquiera otra cultura.

1.1.3.1 CLIMATERIO ANTES DEL S. XVIII

Se sabe que las mujeres de clase alta se resentían de los cambios climatéricos que tan rápidamente les privaban de la sexualidad. La ciencia, la medicina y las mujeres creían que el envejecimiento sexual que acompañaba al climaterio era debido a efectos tóxicos de la sangre menstrual retenida. Las tradiciones latinas consideraban a la secreción menstrual como venenosa. Tras el cese de las menstruaciones, las toxinas previamente excretadas, eran retenidas, destruyendo el cuerpo por dentro. Los curadores de mujeres al principio intentaron asegurar una continua secreción mediante *emenagogos*. Cuando estas medidas fracasaban abrían otras vías de excreción: purgas, exutorios, cauterios,...; algunos de estos provocaban pus, lo cual era considerado como prueba positiva de excreción de toxinas. Aunque el tratamiento distaba de ser placentero, las mujeres se mostraban ansiosas por seguirlo.

Resulta significativo que, con la excepción de varios síntomas como: "calores febriles" (¿sofocaciones?), "dolores reumáticos" (¿dolores osteoporóticos?) y "vapores" (¿trastornos emocionales?), las manifestaciones detalladas por el médico anónimo eran en gran parte iatrogénicas, eran debidas a las medicaciones que las mujeres entre 40-45 años tomaban cuando sus reglas cesaban y provocaban así ansiedad. Los dolores de espalda y en fosa lumbar eran debidos probablemente a los emenagogos y estos afectaban el tracto urinario provocando estrangula (*Fothergill, 1776*). Los dolores cólicos, los espasmos y la lasitud eran debidos a los purgantes, siendo las cefaleas y la

indisposición manifestaciones que podían deberse a causas funcionales o iatrogénicas. El carácter iatrogénico de los síntomas relacionados por el médico constituye, por lo tanto, importante evidencia de una tradición de tratamiento del stress climatérico.

1.1.3.2 CONTROVERSIAS EN EL S. XVIII

Se presentaron algunas tesis que trataban de la mujer climatérica a finales del S. XVIII en la Universidad de París. Los libros franceses que trataban de la mujer, tanto si eran médicos o generales discutían la "época crítica". Trataban por primera vez de ser unas guías para la mujer (p. ej. *Goulin y Jowdain*, 1771; *Longois*, 1787). En 1776, *John Fothergill* escribió acerca de las medidas a adoptar ante el cese de las menstruaciones en *Medical Observations and Inquiries*, de Londres, de esta manera los "maux secrets" (malos secretos) de las mujeres estaban siendo expuestos.

También se llegó a separar y diferenciar el antiguo Síndrome de la Supresión de las Menstruaciones, es decir, "Amenorrea Secundaria", del debido al Climaterio, cristalizando a principios del S. XIX.

Los médicos franceses se daban cuenta de la importancia de los factores sociales en las alteraciones de la salud: "*dans l'ordre social, les Femmes ont á souffrir de mille dépendences; comme dans l'univers physique, de mille infirmités*" (al igual que el mundo físico de las mujeres han de sufrir mil enfermedades, así han de sufrir mil insultos de subordinación de la esfera social) . Ellos llamaron al climaterio "*Vender des femmes*" (*Roussel*, 1775) . No

pensaba así *Fothergill* quien al otro lado del Canal de la Mancha, estaba rodeado por las esposas de la nueva aristocracia industrial, que temerosas de Dios, inconformistas, a menudo aceptaban su destino. El climaterio era un hecho natural ordenado por Dios, y no se quejaban. Esta actitud fue inequívocamente condenada por *Jeannet des Longrais*, que reconoció que las mujeres campesinas no resultaban afectadas por el climaterio, pero no ocurrió así con las mujeres sensibles y refinadas de clases altas.

Las líneas entre organicistas y holistas, entre aquellos que tratarían únicamente los efectos físicos de la transición climática y aquellos que intentarían ayudar a las mujeres expuestas a ella, así como las líneas entre los conservadores, que dejaban las cosas a la naturaleza, y los radicales, que insistían en la acción médica, fueron trazadas incluso antes de que el síndrome climatérico fuera definido completamente.

1.1.3.3 S. XIX, REVOLUCIÓN Y MENOPAUSIA

En la Revolución Francesa, la mayoría de las mujeres fueron repetidamente afectadas de forma adversa cuando llegaban al climaterio. La sociedad libre surgió de las cenizas de la revolución dentro de la licencia sexual.

No obstante la progresiva definición de los trastornos climatéricos y su separación de los debidos a la suspensión temporal de las menstruaciones en la amenorrea secundaria, no se modificó. Aunque la mayor parte de las mujeres climatéricas estaban siendo cuidadas por sus médicos, estos médicos se sentían apremiados por seguir la tradicional rutina. El resurgimiento del solidismo

aclespiano bajo varias formas, proporcionó una crítica necesaria hacia el humoralismo hipocrático, permitiendo que se cuestionara seriamente el concepto de toxicidad de la sangre menstrual. Así se proporcionó una neta explicación del cese de las menstruaciones (Solidismo aplicado al "sistema del útero" *Simson*, 1729) . Se aseguraba que la descarga menstrual era benigna, y sólo perjudicaba exagerando aquellas manifestaciones que eran imputadas al cese de las menstruaciones (*Denman*, 1794) .

Sin embargo, las mujeres francesas climatéricas, que perdieron sus posesiones, status y además estuvieron a punto de perder su último valor, su atractivo sexual, acudían a los médicos llenos de pánico. Los médicos franceses sin embargo tenían escasos medios de elección a parte de continuar empleando el tratamiento tradicional, el péndulo osciló, pasando del radicalismo al conservadurismo. La creencia en la toxicidad de la sangre menstrual fue duramente atacada. La creciente visibilidad de los trastornos climatéricos y la controversia que rodeaba a su tratamiento no tardaron en convertirse en temas candentes en Francia. Más de 30 tesis fueron presentadas en las universidades francesas, aunque muchos de los temores femeninos de "*le temps critique*" , permanecieron, sin embargo, sin resolver. Mientras tanto las mujeres temían este periodo porque enfermedades hasta entonces ocultas o latentes (cánceres) empezaban a manifestarse, de esta forma los "chequeos menopausicos" iban a menudo combinados por la visualización del cérvix con el especulo, recientemente introducido en la práctica médica por *Recamier*.

El interés clínico por el climaterio permaneció alto en Francia, los médicos británicos y norteamericanos, acudían generalmente a París para

realizar sus estudios de postgraduado, asimilando los puntos de vista franceses, llegando a afirmar que se trataba de una enfermedad francesa.

Al volver los médicos ingleses a Gran Bretaña, intentaron aplicar lo que habían aprendido en Francia, así los que intentaron aplicar el espéculo fueron atacados por violar los sentimientos de la mujeres inglesas.

Pero la paciente seguía quejándose de menstruaciones irregulares y ocasionalmente excesivas, a lo que el médico inglés comentaba: "Usted se está acercando a la edad crítica de la vida, su matriz es extremadamente irritable, es muy débil y está expuesta a una hemorragia súbita y peligrosa, y no me puedo hacer responsable de las consecuencias. Toda la sangre coagulada procede de algún cambio orgánico, se puede detener con un cáustico si es el comienzo de un cáncer o extirpar si es un pólipo".

Edward Tilt en 1857, crítico francés, encontró notable la profundidad de sus ideas y metodología. Pisaba terreno virgen: fue el primero en sugerir no sólo la menopausia sino también los síntomas y trastornos del climaterio, eran debidos a la involución ovárica, siendo el primero en publicar un análisis estadístico de estos síntomas e insistió en la apropiada sedación como ayuda para la tensión nerviosa de esta fase de la vida. También fue el primero en aceptar que el alcoholismo en las mujeres climatéricas era debido a factores médicos y fue uno de los primeros en describir los síntomas climatéricos entre las clases bajas urbanas . No obstante su trabajo tuvo poco impacto en Gran Bretaña que continuaban siguiendo a *Fothergill*, aunque influenció mayormente a Norteamérica donde se publicaron simultáneamente sus libros. El tema era

académicamente respetable y *Meigs* explicaba a sus estudiantes lecciones sobre el cambio de la vida en el climaterio.

La principal razón para la relativa indiferencia, era la falta de importancia que se le atribuía, ya que las pacientes climatéricas raramente se quejaban, a menudo tenían profundas creencias religiosas y la fe ayudaba a estas mujeres a evitar conflictos y su somatización en forma de enfermedad. Las mujeres occidentales y de la gran sociedad británica eran educadas para reconocer que eran solamente "criaturas relativas", sus funciones quedaban confinadas al seno de la familia, la gestación, cuidado y educación de sus hijos. El climaterio traía consigo el fin de la fertilidad y de las relaciones sexuales, de esta manera aliviaba su carga y le permitía hacer planes sobre el futuro de sus hijos.

Las mujeres climatéricas, en general, aceptaban su destino, asumían los dictados de la naturaleza e incluso se sentían aliviadas de no estar ya sujetas a la "tiranía de la matriz".

1.1.3.4 ÚLTIMO CUARTO DEL S. XIX Y PRINCIPIOS DEL S. XX

Mientras las mujeres aceptaban su destino, tanto biológico como social, sin protestar, sus años climatéricos permanecían relativamente asintomáticos. Esto dejó de ser así cuando aquellas se volvieron más dogmáticas. El dogmatismo femenino no se expresó únicamente en política, con la reclamación del derecho a votar, sino que tuvo otros muchos aspectos.

Los tiempos eran duros, nadie era capaz de mantener las grandes familias de la época Victoriana. Las técnicas de la contracepción, que durante casi dos siglos habían sido una exclusiva de mujeres de clase alta y de sus parejas, se extendió finalmente a clases medias. Los hijos e hijas aprovechando la oportunidad económica se emancipan de sus hogares, de esta forma hacia finales de siglo, había mujeres climatéricas que vivían solas, habiendo desaparecido su rol familiar.

Al mismo tiempo, el número de mujeres que llegaban a la menopausia y la sobrepasaban iba en aumento. Una vez más, los factores sociales y demográficos se combinaron para concentrar la atención sobre las tensiones del climaterio. Así tras ser ignorado durante un tiempo, *Edward Tilt* fue considerado y valorado, su libro se reimprimió y más tarde revisado, siendo publicado en diversos países. Hacia finales de siglo todo libro de ginecología incluía unas pocas páginas sobre el climaterio.

1.1.3.5 LA ERA MODERNA

Los logros más significativos de los últimos 60 años fueron indudablemente asociados con el descubrimiento de los aspectos endocrinológicos del climaterio. En 1923, *Allen y Doisy*, descubrieron los estrógenos en el líquido folicular ovárico y se aislaron las hormonas ováricas en los años siguientes. A mediados de la década de los 30 aquellas se ensayaron terapéuticamente en diversos países. El dietilbestrol se sintetizó en 1930 y en las décadas de los 40 y 50 se produjo un gran incremento en la hormonoterapia

experimental y terapéutica, incluyendo el tratamiento de los trastornos climatéricos.

La definición de las funciones secretorias del ovario y el descubrimiento de varias hormonas formaban parte del auge investigador. Se empezó a utilizar los estrógenos para el alivio de los trastornos climatéricos. La acción de estas hormonas cambiaba la marcha de la involución del envejecimiento sexual, en especial del genital, haciéndolos aún más deseables. Esta mejora se vio favorecida por la mezcla con testosterona. Así cuando las mujeres, igual que en el siglo de la Luz, exigían a sus médicos que hiciesen algo, ahora, al fin, podían ofrecerles un importante y potente elixir.

Posteriormente a mediados de siglo la presentación de los trastornos climatéricos se vio influida por factores adicionales. Algunos de los más importantes fueron asociados con las actitudes médicas prácticas no académicas, hacia las mujeres que aquejaban estas molestias. Todos los médicos preferían tratar las formas de enfermedad fácilmente reconocibles.

La cambiante atmósfera cultural y social desde mediados del siglo ha transformado muchos aspectos de nuestra vida. La sociedad sigue estando orientada hacia la juventud. Es, sin embargo, una sociedad en la que las mujeres se dejan oír, tanto como el hombre, mucho más que antes. A pesar de ser dominada tecnológicamente por la ciencia, es una sociedad en la que los valores humanos están recibiendo una creciente atención. También lo están las mujeres que, en el climaterio acuden en busca de consejo. Conjuntamente estas mujeres y sus médicos conforman la presente historia de la terapia climatérica.

1.1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INVOLUCIÓN CLIMATÉRICA

Para poder entender toda la sintomatología que se le ha atribuido a la menopausia, debemos ver ésta como un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer, durante la etapa de la adultez madura. Igualmente esta persona debe ser observada en un contexto integral, es decir, teniendo en cuenta los aspectos biológicos-psicológicos-sociales, ubicados dentro de la cultura a la que pertenece. En la cultura occidental la mujer en el momento de la menopausia pierde status, mientras que en la mayoría de países orientales gana status y reconocimiento en su comunidad. Así pues la observación anterior ha llevado a pensar a algunos autores, que el mal llamado "Síndrome Menopaúsico", corresponde más a una construcción cultural que a una realidad biológica.

Al referirnos a la edad madura estamos señalando la edad comprendida entre los 40-65 años, con independencia del género, sin que existan fenómenos fisiológicos que la definan claramente; al contrario de lo que sucede en los periodos tempranos de la vida. Es entonces, una definición que tiene que ver más con referentes psicosociales y psicodinámicos; es el momento culminante de la vida lleno de responsabilidad, seriedad y desafíos con posibilidad de sentimientos de goce; la crianza de los hijos deja de ocupar un lugar prioritario; la ocupación o la profesión se encuentran en la máxima productividad; hay creatividad, continuando el crecimiento y desarrollo; se prepara y trasciende a la vejez. Debe de cumplirse la meta de crear y guiar a las siguientes

generaciones en busca de un balance y preparar para alcanzar el sentimiento de plenitud y bienestar.

De esta forma, la etapa climatérica es una fase de la vida de la mujer madura en la que también se manifiestan una serie de aspectos psicológicos debidos a que la mujer debe desarrollar mecanismos sanos adaptativos a los cambios corporales, familiares, económicos y sociales. Al perderse la capacidad para procrear, que conjuntamente con la crianza y la belleza física, han jugado un papel importante en la identidad femenina, que ahora se va a ver seriamente amenazada en este momento, aunque afortunadamente actualmente el desarrollo personal, profesional y laboral empiezan a ser pilares básicos de autoafirmación de la mujer.

Pese a ello pueden aparecer una serie de alteraciones psicológicas que pueden formar parte del proceso climatérico y que no se consideran patología psiquiátrica "per se". Entre dichas alteraciones asociadas a este proceso se encuentran:

- Disminución del rendimiento cognitivo: conforma un conjunto de quejas subjetivas inespecíficas, como la disminución del rendimiento general, dificultad para la concentración, o incapacidad para tareas de dedicación fina.
- Astenia: el grado de intensidad con que se vive este síntoma es variable, existiendo un amplio porcentaje de quejas que van desde dificultades en la actividad motórica fina, a la extrema fatiga.
- Trastornos del sueño: se han observado dificultades para la conciliación, disminución de cantidad y frecuencia, acortamiento de

la duración total del sueño. También se asocia a la disminución de la latencia del sueño REM. Varios estudios lo han correlacionado con mujeres en las que la alteración neurovegetativa general es acusada.

- Frigidez: independientemente de las alteraciones de la función sexual asociada exclusivamente a factores fisiológicos (atrofia vaginal, dispareunia...) también se describen síntomas como la pérdida o disminución del deseo sexual, menor frecuencia de orgasmos y disminución del tiempo de excitación.
- Síntomas ansiosos-depresivos: la emotividad está aumentada, así como la excitabilidad, inquietud, preocupación sobre el futuro, temor a envejecer, pánico y aumento de la respuesta psicofisiológica al estrés (niveles de catecolaminas, frecuencia arterial y cardíaca). Con frecuencia aparecen llantos sin motivo que lo determinen, así como ideas sobrevaloradas de contenido hipocondriaco.
- Cuadros específicos afectivos: se describe una prevalencia mayor en la mujer, no obstante en la DSM-IV ha desaparecido de su clasificación y en la CIE-10 está incluido en un cajón de sastre de "Trastornos del Humor".

Los factores psicológicos, tales como la actitud ante la menopausia, las experiencias pasadas y la personalidad, influirán en las reacciones a la menopausia y en la percepción de los síntomas experimentados en esta época. Muchos elementos de la transición psicosocial pueden ser descritos como

acontecimientos de la vida cargados de tensión. *Cooke* (1984) investigó las relaciones entre manifestaciones climatéricas, factores de vulnerabilidad psicosocial y acontecimientos de la vida. Encontró un aumento de tales acontecimientos que no implican pérdida, y que iban asociados a manifestaciones psicológicas.

Así pues, se ha llegado a la conclusión que las mujeres premenopáusicas manifiestan más síntomas psicológicos menores que las mujeres de otros grupos cronológicos. Los factores biológicos, psicológicos y sociológicos son probablemente todos ellos importantes en estas manifestaciones. Los cambios endocrinológicos subyacentes pueden ser por sí mismos suficientes para desencadenar cambios emocionales que conducen al distress. En otras mujeres enmarcadas cronológicamente en otros grupos la presencia de otros factores pueden conducir a la presencia de manifestaciones psicológicas.

1.1.5 PSICOPATOLOGÍA DEL CLIMATERIO

El proceso biológico de la menopausia no es un factor de riesgo para la enfermedad mental, son los factores psicógenos y socioculturales propios de la edad madura los que constituyen verdaderamente un factor de riesgo. Por otro lado sí se pueden considerar como alteraciones psiquiátricas las que coinciden con el climaterio, bien por haberse iniciado paralelamente y exacerbarse por las alteraciones neuroendocrinas concomitantes, o por desencadenarse tras

situaciones psicosociales estresantes derivadas de este proceso. Pasamos a señalar los principales cuadros que coinciden con este periodo:

□ Trastorno Depresivo Mayor

A pesar de que la tasa de incidencia no revela diferencias significativas con otros grupos de edad, permaneciendo constante (10%), existe una mayor prevalencia de casos en relación a la etapa premenopáusicas. Sólo un 20% de las mujeres que sufren un episodio depresivo mayor son atendidas en Atención Especializada, que corresponden a aquellas que presentan síntomas afectivos asociados a alteraciones de rango psicótico, o el deterioro sociolaboral es extremo. Esencialmente son atendidos en Atención Primaria, solapando los síntomas afectivos a los propios del periodo climatérico, por lo que son minimizados en muchas ocasiones.

Los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor son:

- a) Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- b) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- c) Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

El punto de discrepancia es la "Melancolía Involuntiva"; surgió en 1896 en la clasificación de *Kraepelin*, y se refiere a ciertas características del proceso depresivo que se da en determinadas mujeres tras la pérdida de función reproductiva. Como características diferenciales se señala la ausencia de

trastornos afectivos previos, y la extrema gravedad clínica del cuadro, con un inicio brusco, un grave deterioro general y alto riesgo de suicidio. Se asocia a enfermedades somáticas concomitantes con elevada frecuencia.

□ Distimia

Es el único subtipo de depresión cuya incidencia es mayor en el periodo climatérico en relación a otros periodos de la vida. Los criterios diagnósticos constan de los siguientes puntos:

- a) Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día, de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
- b) Presencia, mientras esta deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:
 - Pérdida o aumento de peso
 - Insomnio o hipersomnias
 - Falta de energía o fatiga
 - Baja autoestima
 - Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - Sentimiento de desesperanza
- c) Durante el periodo de 2 años, el sujeto no ha estado con los síntomas de los criterios "a" y "b" más de dos meses seguidos.
- d) No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración.
- e) Nunca ha habido episodio maniaco, mixto o hipomaniaco, ni se han cumplido criterios de trastorno ciclotímico.

- f) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un episodio psicótico crónico.
- g) Los síntomas no son debidos a los efectos directos de una sustancia o enfermedad médica.
- h) Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes del individuo.

Como características diferenciales se suele señalar una clara dependencia de las circunstancias vitales, y el no coexistir síntomas psicóticos asociados.

□ Trastornos de ansiedad generalizada

La ansiedad es la parte primaria y dominante del cuadro clínico. La gravedad, frecuencia o duración intervienen en el bienestar del individuo, así como sus relaciones profesionales o interpersonales. La ansiedad es una emoción compleja elaborada a partir de un sentimiento subyacente de miedo o aprensión. La mujer con un estado de ansiedad parece tensa, puede mostrarse intranquila durante la entrevista o manifestar otros signos de tensión motora. Puede quejarse de concomitantes autonómicos de la ansiedad, tales como sequedad de boca, sudoración, molestias y dolores, cefaleas, taquicardia, palpitaciones, dificultad para respirar, náuseas y diarreas. La ansiedad puede ser “libremente flotante” o relacionada con situaciones específicas (ansiedad fóbica).

El médico debe de distinguir tales síntomas de otros trastornos psiquiátricos en los que la presencia de ansiedad es frecuente (tales como depresión o esquizofrenia) y de trastornos físicos que pueden presentarse de

esta forma (hipertiroidismo, hipoglucemia o muy infrecuentemente feocromocitoma).

Mayer- Grooss y otros (1969) aseguran que la presentación clínica observada en la menopausia es similar a la de la neurosis de ansiedad con síntomas predominantemente somáticas y un intenso pero fluctuante matiz depresivo.

Los nuevos criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad (neurosis), exigen síntomas de tres de cuatro categorías siguientes:

- a) Tensión motora
- b) Hiperactividad autonómica
- c) Expectación aprensiva
- d) Vigilancia y exploración

Estos deben de presentarse de forma continua durante al menos un mes. Como contraste, la gravedad de las manifestaciones psicológicas menores, en los años de menopausia, es menor y la sintomatología no es continua, sino fluctuante.

□ Trastorno adaptativo

Se considera una reacción no acomodada al estrés, que produce sintomatología similar a los cuadros depresivos previamente descritos, en ausencia de rasgos psicóticos. Se establece una situación de incapacidad para un funcionamiento familiar, social y laboral adecuado. Junto a los síntomas depresivos se pueden asociar otros derivados de la ansiedad, trastornos de conducta o sintomatología mixta. Generalmente, además de la menopausia, el inicio de un trastorno adaptativo se acompaña de determinados

desencadenantes, como episodios estresantes de índole diferente (pérdida de cónyuge, separación). Podría equipararse al proceso de un duelo no elaborado, tanto a nivel clínico como en relación a las implicaciones terapéuticas.

También en controversia, se considera el "Síndrome del Nido Vacío" como trastorno coincidente con el climaterio, tanto masculino como femenino, que se define como un conjunto de síntomas depresivos-ansiosos que se inician en relación con la marcha del último hijo del domicilio familiar. Sin acuerdo respecto a unificar criterios en relación a si es considerado como patología o como crisis vital, están implicados distintos factores de personalidad, cambios de rol o alteraciones en la dinámica de pareja y en la relación con lo externo.

La valoración psiquiátrica de la mujer deprimida en la edad media debe incluir la valoración del ciclo menstrual, los síntomas vasomotores y la función sexual. Ya que una mujer puede no ser consciente de los síntomas vasomotores que ocurren durante la noche, es importante preguntar si sus sábanas o pijamas aparecen húmedos. La alteración, por otro lado del sueño es a menudo resultado de los sofocos y sudoración en medio de la noche.

La valoración hormonal en los días 2º y 3º del ciclo menstrual pueden mostrar un nivel de F.S.H. y los niveles bajos de estradiol. También debe valorarse la función tiroidea porque las mujeres después de los cuarenta años presentan mayor incidencia de trastornos tiroideos, pudiendo contribuir el hipotiroidismo a los síntomas depresivos. La paciente debe ser derivada para un examen médico completo para descartar otros problemas de salud, como trastornos autoinmunes, endocrinos, neoplasias o enfermedad cardíaca, que pueden contribuir o desencadenar un cuadro depresivo.

Si una mujer en la perimenopausia experimenta humor depresivo medio o moderado con irritabilidad, insomnio y disminución de la concentración, asociado a sofocos o sudores nocturnos, debe plantearse la instauración de terapia hormonal sustitutiva (T.S.H.).

1.2 CONSTRUCCIÓN TEMPORAL DE LA REALIDAD

1.2.1 EL CONSTRUCTIVISMO

1.2.1.1 CONCEPTO

L. Botella y G. Fiexas (1995) explican el nacimiento del Constructivismo como el de un movimiento que utiliza una psicología discursiva que intenta captar la esencia de los significados personales a través de las diversas formas de construcción narrativa de la experiencia.

G. A. Kelly (1905-1996) con base en la Psicología de los Constructos Personales (PCP) reconoce en el hombre la capacidad de construir la realidad con una construcción variable pero duradera que predispondrá la actuación de cada sujeto. El conocimiento de dicha construcción es indicador de actitud del sujeto ante los acontecimientos y personas que rodean su vida.

El Constructivismo nacido en la época postracionalista y postmoderna da respuestas que se escapaban al psicoanálisis de Freud por su elaboración de

teorías a priori y al Conductismo por su explicación puramente fisiológica y unidireccional, difícilmente aplicable a la riqueza de los fenómenos psicológicos.

1.2.1.2 EL SIGNIFICADO TEMPORAL DE LA REALIDAD

G. A. Kelly obtuvo el "Bachelor's Degree" en Física y Matemáticas en 1926 y doctor en Psicología por la Universidad de Iowa por desarrollar una teoría que propone una visión del mundo de los significados personales, como un sistema jerárquicamente organizado con estructura, postulados y colorarios. Además creó, técnicas matemáticas para la interpretación del método práctico comprobatorio de la teoría que denominó como la "Rejilla de los Constructos Personales".

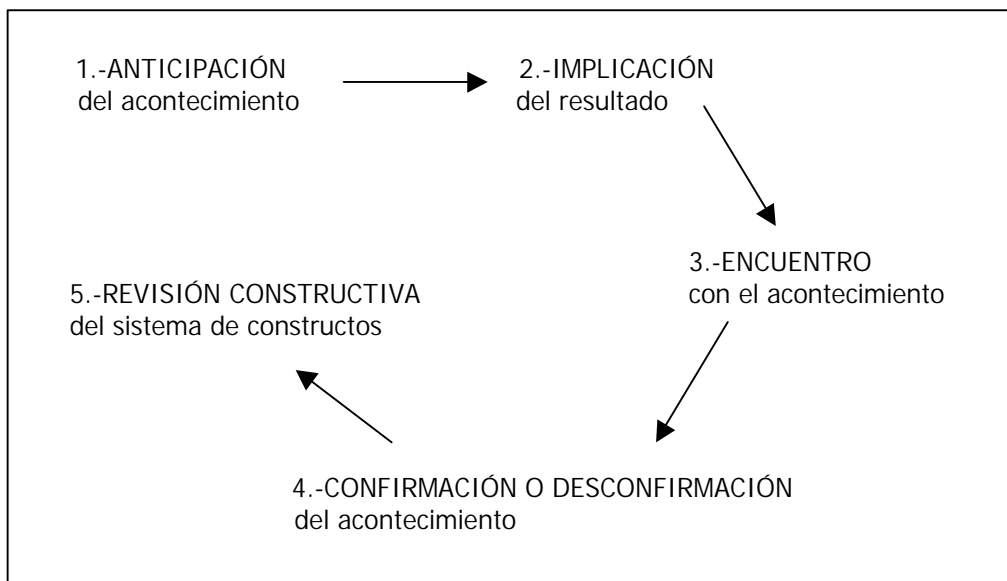
Kelly describe a cada persona como un científico que permanentemente está elaborando hipótesis sobre lo que le va aconteciendo. Llamó "elementos" a los acontecimientos y "constructos" al modo de concebirlos (construirlos). Los elementos podían ser personas, situaciones, objetos, actitudes, etc... (Lanfield, 1987). El modo de construirlos es diferente en todas las personas. El constructo es una escala bipolar de valores que utiliza cada individuo para enjuiciar la realidad (Rodríguez, 1982). La experiencia personal interviene e influye en el significado que cada constructo tiene en cada persona y por tanto en la concepción/ construcción del mundo personal de cada individuo que está en continuo movimiento. Esta dinámica es un proceso de construcción y reconstrucción en el que la persona intenta comprender psicológicamente su

mundo interno y externo, por medio de dimensiones personales de conciencia basadas en contraste de significados (constructos).

Estos constructos personales no existen solos. Ni aislados entre sí, sino que están interconectados formando un sistema jerárquicamente organizado que junto a la dimensión bipolar de los mismos da el significado personal a un hecho cuando es construido.

Para la sistematización de esta idea *Kelly* partió de un postulado explícito y fundamental, y de once colorarios. El postulado fundamento de su teoría propone: "Los colorarios de una persona se canalizan psicológicamente, por las formas en que se anticipan los acontecimientos".

Para *Kelly* "anticipación" es sinónimo de estructura del significado desde el cual la persona construye los acontecimientos, de esta manera la persona construye un mapa por el que se mueve y camina. Este mapa es dinámico y en continuo movimiento teniendo como instrumento de construcción la experiencia y llegando a la construcción del mismo por una serie de pasos



Botella, L. Y Feixas, G. Teoría de los Constructos Personales: aplicaciones a la práctica psicológica. Alertas. 1998.

Este postulado fundamental lo completó *Kelly* con once "colorarios" que explicaban la Psicología de los Constructos Personales (PCP). La exploración del sistema de una construcción de cada persona se realiza mediante la Técnica de la Rejilla, otro de los conceptos que permite llevar a la práctica la PCP.

En esencia la Rejilla de los Constructos Personales es una matriz de datos constituida por tres componentes básicos:

1. En las filas se recogen elementos o constructos que configuran una muestra representativa de personas, eventos, situaciones u objetos en un dominio determinado de la persona.
2. En las columnas el estímulo que sirve para provocar la confidencia sobre los constructos propuestos.
3. La intersección entre filas y columnas que recogen el orden que sugerían los estímulos con cada constructo.

Participando de este movimiento *Bannister* y *Franselba* (1986) recuerdan que el hombre es una unidad e individual a la vez; el sentimiento íntimo de ser una persona consiste en la convicción de que:

- a) Existimos como seres separados de los demás y con una conciencia privada.
- b) Nuestra experiencia es íntegra y completa, y todas las partes de ella se relacionan entre sí dado que los vivenciamos nosotros.
- c) Poseemos continuidad temporal; somos la misma persona que cuando éramos niños o nos fuimos ayer a dormir.
- d) Nuestras acciones son causales, tenemos propósitos y metas, y debemos aceptar al menos una responsabilidad parcial sobre ellas.

- e) Por analogía otras personas existen igual que nosotros, y nuestra experiencia subjetiva es comparable.

1.2.1.3 LAS MEDIDAS DEL SIGNIFICADO

Las técnicas de evaluación diseñadas desde la PCP permiten conceptualizar el problema del cliente basándose en los constructos de diagnóstico general. En esencia, la Rejilla de los Constructos Personales es una matriz de datos constituida por tres componentes básicos. En primer lugar, en las columnas se recogen elementos, que configuran una muestra representativa de personas, eventos, situaciones u objetos en un dominio determinado de la experiencia de la persona. Las filas de la matriz están constituidas por las dimensiones bipolares que el sujeto emplea para dar sentido a la variedad de elementos de las columnas. Estas dimensiones bipolares constituyen los "constructos personales", y se elicitan a partir de la consideración de similitudes y diferencias entre los elementos. Finalmente, en las casillas formadas por la intersección entre filas y columnas se recogen las puntuaciones de cada elemento en cada constructo personal.

La técnica de la rejilla, por su forma de administración y su fundamento teórico, es más equiparable a una entrevista estructurada que al test psicológico tradicional. Esta característica, junto con la flexibilidad y potencia matemática y su fundamento fenomenológico, la convierte en una forma de evaluación sumamente útil en la práctica psicológica, ya que permite construir mapas del paciente en sus propios términos.

La primera fase de su aplicación consiste en planificar el formato de la rejilla. Por lo que respecta a los elementos, lo más habitual en la práctica psicológica es que éstos constituyan títulos de roles de personas significativas en la vida del cliente, incluyendo al propio paciente. En ocasiones también está indicado incluir algo no grato para el cliente y respecto al elemento "yo", se debe de dividir en varios aspectos posibles (yo real, yo ideal, ...). existen recomendaciones en la selección de los elementos a incluir (*Feixas y Cornejo. 1996*):

- ❑ Los elementos deben ser homogéneos.
- ❑ Los elementos tienen que ser lo más representativos posibles, del dominio que se pretende evaluar.
- ❑ Los elementos serán comprensibles para el sujeto y adecuados a sus conocimientos.

La matriz de los datos que constituye la Rejilla puede consistir en una escala dicotómica, ordinal o de intervalo, dependiendo de los análisis matemáticos al alcance del terapeuta, en el caso del programa informatizado, las escalas de intervalo resultan idóneas por la potencia de los análisis que permiten realizar.

La elicitación de los constructos en la formulación original de Kelly, consistía en presentar al cliente tres tarjetas con los distintos elementos, variando el número de tarjetas en función de otros autores.

Una primera aproximación que permiten los datos de la Rejilla es el "análisis cualitativo". Para llevar a cabo este tipo de estudio se debe guiar en:

- El número de constructos enumerados proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción del paciente.
- La presencia de varios constructos con un mismo contenido temático subyacente indica cuáles son las áreas del sistema de construcción del cliente con mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal.
- La consideración de los constructos personales como avenidas de movimiento lleva a plantearse qué alternativas dejan abiertas a la conducta del cliente. Así son especialmente relevantes los constructos que presentan dos polos igualmente deseables o indeseables, dado que presentan conflicto, se escoja el palo que se escoja, siempre se pierde algo.
- La presencia de constructos sorprendentes o inusuales, puede acusar dificultades en la comunicación entre el cliente y los demás.
- La evaluación del elemento “yo ideal” en cada constructo, permite hacerse una idea de los valores del cliente.

Tras este tipo de análisis cualitativo, los datos de la Rejilla permiten llevar a cabo un “análisis cuantitativo” más complejo:

- El análisis de las correlaciones matemáticas entre cada constructo y todos los demás permite formular hipótesis sobre el significado de las dimensiones personales empleadas por el cliente.

- Las correlaciones entre los elementos de la Rejilla permiten formarse una imagen de cómo se agrupan éstas en el espacio mental del cliente.
- El análisis factorial de la matriz de datos que constituye la Rejilla, permite representar gráficamente los elementos en un espacio habitualmente bidimensional constituido por los factores extraídos del análisis de los constructos.
- En términos de la PCP, el self o autoconcepto puede considerarse como una construcción o teoría personal compuesta por un conjunto de hipótesis sobre uno mismo. Esta teoría personal tiene finalidad última de dar sentido a la información procedente de uno mismo, y de la interacción entre uno y los demás, permitiendo que la persona organice su experiencia y mantenga un sentido de autoconsistencia a través de diferentes momentos y situaciones.
- A partir del análisis cuantitativo de los datos contenidos en la Rejilla de constructos personales, se han derivado una amplia series de índices de significación psicológica. Sin embargo, no todos ellos están claramente basados en los conceptos teóricos de la PCP, y algunos se solapan midiendo características del sistema de constructos aparentemente equivalentes. De todas formas, el uso de los índices varía ampliamente entre los distintos autores, siendo recomendable su utilización con cierta cautela:
 - a) Complejidad cognitiva: consiste en la capacidad para utilizar el sistema de constructos personales de forma

multidimensional. Una persona es más cognitivamente complejo cuantos más ejes de constructos, funcionalmente independientes, utilice para construir la realidad.

- b) Intensidad: es una medida de la rigidez del sistema de constructos personales. Fue desarrollada inicialmente por *Bannister* (1960), y su cálculo se realiza elevando al cuadrado cada una de las correlaciones entre cada par de constructos de la Rejilla y sumando las puntuaciones obtenidas. En la actualidad *Feixas y Cornejo* (1996) destacan la confusión del uso, hoy en día, de dicho índice, pues puntuaciones bajas de intensidad pueden indicar igualmente una elevada complejidad cognitiva.
- c) Polarización y constricción: la polarización en el uso de un constructo indica el grado de significación de este, y puede medirse según el número de puntuaciones extremas de este constructo. El índice de polarización global puede resultar de relevancia psicológica, ya que algunas investigaciones (*Neimeyer*, 1985) lo relacionan con la gravedad de los síntomas depresivos. Por otro lado, la constricción o indefinición en el uso de un constructo determinado indica su poca utilidad como eje de discriminación, puede evaluarse mediante el número de puntuaciones intermedias del constructo. Un índice global de constricción elevado, indicará un alto nivel de ansiedad, pues la persona no dispone de un

sistema de constructos que le permita anticipar los acontecimientos con una mínima seguridad.

- d) Conflicto: *Slade y Sheehan* (1979) se inspiraron en la "Teoría del Desequilibrio Cognitivo" de *Heider* (1958) para desarrollar un índice de desequilibrio a partir de los datos de la Rejilla. Este índice se calcula considerando correlaciones entre pares de constructos de cada posible tríada en el sistema de la persona. La tríada se clasifica como equilibrada si todas las correlaciones entre sí, si todos sus componentes son positivos, o si dos son negativos y la tercera positiva. Por otro lado se considera desequilibrado si las correlaciones son negativas, o si dos de ellas son positivas y una negativa.

1.3 GÉNERO Y SOCIEDAD

1.3.1 GÉNERO Y FUNCIÓN SOCIAL

1.3.1.1 LA DIACRONÍA CULTURAL DE LA UBICACIÓN SOCIAL DE LA MUJER

En nuestra época se ha desencadenado una crisis en el modo de socialización y de individualización de la mujer. A lo largo de la historia, el proceso de individualización se ha efectuado según los siguientes hitos:

❖ La primera mujer

La división social de los roles atribuidos al hombre y la mujer, si bien estos variaban de una sociedad a otra, existía desde antaño un principio universal en el que el hombre dominaba a la mujer, construyendo una jerarquía que dotaba al género masculino de un valor superior al del femenino.

Los intercambios matrimoniales, las actividades nobles de la guerra y de la política se hallan en manos de los hombres, son los llamados valores

positivos y sin embargo a la mujer le son atribuidos los negativos, sólo una función escapa a esta desvalorización sistemática : LA MATERNIDAD. Los ritos que celebran la función procreadora de las mujeres no desmienten en modo alguno la idea de que la madre, por ejemplo en Grecia, no es otra cosa que las nodriza de un germen depositado en su seno; el verdadero agente que trae la vida al mundo es el hombre.

No obstante, si bien las mujeres ejercen cierto número de poderes, no asumen en parte alguna las cargas más elevadas, las funciones políticas, militares y sacerdotales capaces de procurar el más alto reconocimiento social. Sólo las actividades reservadas a los hombres son fuente de gloria y renombre. Los antiguos ensalzaron a cierto número de mujeres por sus virtudes ejemplares, mas no por ello el género femenino permanece menos relegado a las tareas carentes de prestigio, como era la vida doméstica.

En la Roma Imperial, las mujeres adquieren gran independencia y gozan de los más amplios derechos, se les priva no obstante de derechos políticos y no les es posible acceder a los empleos de índole superior; siguen siendo inferiores y con frecuencia menospreciadas, no mereciendo figurar en las crónicas de la historia, que son reservadas para los acontecimientos políticos y los más importantes acciones militares. Para los hombres de esta forma era la gloria inmortal, los honores públicos, el monopolio de la plenitud social, y para las mujeres la sombra y el olvido que recaen sobre seres inferiores. Según *Periales*, "la mejor de las mujeres es aquella de la que menos se habla". Tal situación se prolongará la mayor parte de la historia de la humanidad.

❖ La segunda mujer (la mujer exaltada)

La figura de la primera mujer se prolonga durante la mayor parte de las épocas en las que se divide la historia; de hecho, en algunos repliegues de nuestra sociedad perduró hasta los albores del siglo XIX. Sin embargo, en la Baja Edad Media aparece un nuevo modelo respecto del cual, ponen por las nubes el papel y sus poderes.

A partir del siglo XII, el código cortés desarrolla el culto a la Dama amada y a sus perfecciones; en los siglos XV y XVI la Bella alcanza el apogeo de su gloria; entre los siglos XVI y XVIII se multiplican los discursos de los "partidarios de las mujeres", que ensalzan sus méritos y virtudes; con la llegada de la Ilustración, se admiran los efectos beneficiosos de la mujer sobre las costumbres, la cortesía, el arte de vivir; en el siglo XVIII, y sobre todo en el siglo XIX, se sacraliza a la esposa-madre-educadora. Por diferentes que sean, todas son formas de situar a la mujer en un lugar destacado y de esa manera magnificar la naturaleza, imagen y papel.

Nunca la mujer fue tan venerada, adorada, idealizada; criatura celeste y divina, "meta del hombre" (*Novalis*), "porvenir del hombre" (*Aragón*), madre sublime, musa inspiradora, de esta manera el encarnizamiento despreciativo tradicional se ha visto sucedido por la sacralización de la mujer.

Pero esto no variaría la realidad de la jerarquía social de los sexos. Las decisiones importantes siguen siendo cuestión de hombres, la mujer no desempeña papel alguno en la vida política, debe obediencia al marido, se le niega la independencia económica e intelectual. A partir del siglo XVIII se difunde la idea de que la potencia del sexo débil es inmensa, y pese a las apariencias ostenta el verdadero poder, es dueña de los sueños masculinos, "el

bello sexo", educadora de los hijos, "hada del hogar" y a diferencia de tiempos pasados, los poderes específicos de la mujer son venerados. A partir de aquí se edificó el modelo de la "Segunda Mujer"; exaltada e idolatrada.

❖ La tercera mujer (la mujer indeterminada)

Actualmente, un nuevo modelo rige el lugar y el destino social de la mujer. Este se caracteriza por la autonomía en la relación con la influencia que tradicionalmente el hombre ha ejercido sobre la mujer. Se desvitaliza la idea de la mujer de su casa, aparece la legitimidad de realizar estudios y trabajo, libertad sexual, control sobre la procreación y otros tantos dispositivos que construyen el modelo de la "Tercera Mujer".

Hoy, prácticamente ninguna actividad esta vetada a las mujeres, nada se establece de manera imperativa su lugar en la sociedad; se ven con la misma legitimidad que el hombre. Esto supone la autocreación femenina respecto a los anteriores tipos de género. Las dos divisiones sexuales se encuentran en la actualidad en una situación estructuralmente similar en lo que concierne a la construcción del yo. Ciertamente, hoy en día se reconoce tanto a mujeres como a hombres el derecho de ser dueños de su destino individual, aunque ello no equivale al total intercambio de roles y lugares dentro de la sociedad. Los modelos sociales imponían de manera imperativa roles y lugares, y hoy se limita a crear orientaciones familiares y preferencias estadísticas. Los roles exclusivos se han visto sustituidos por las orientaciones preferentes, las libres elecciones por parte de las gentes y la apertura de oportunidades. No es la similitud de los roles sexuales lo que triunfa, sino que la regencia de los modelos sociales y, correlativamente, la potencia de autodeterminación y de

indeterminación subjetiva de los dos géneros. La libertad de dirigirse a si mismo se aplica ahora de forma indistinta a los dos géneros, pero sigue construyéndose, a partir de normas y de roles sociales diferenciados, respecto a los cuales nada indica que estén impelidos a una futura desaparición.

1.3.1.2 FISIOLÓGÍA, VERSUS FUNCIÓN SOCIAL

Tras la época histórica marcada por la depreciación de la mujer para realizar una actividad social, se inició un ciclo dominado por el reconocimiento y la valoración social. Las democracias de la época postmoderna escriben un nuevo apartado en la historia de las mujeres.

En 1963 el libro "Mística de la Femenidad" (*B. Friedman*), expresa el malestar indefinible del ama de casa, su aislamiento y sus angustias, el vacío de su existencia, su ausencia de identidad social. El ideal del hada del hogar no evocaba el sentir femenino, y se multiplicaban en la prensa títulos que plasmaban la insatisfacción de la mujer en su interior, sus frustraciones, la monotonía de su vida. La división desigualitaria de los roles sexuales y la asignación de las mujeres a las tareas domésticas reciben un violento vapuleo. La imagen de esposa y madre confinadas para las nuevas mujeres en rebeldía se convierte en un sinónimo de pesadilla. La opinión pública comienza a evolucionar en el sentido de aprobar el trabajo profesional de la mujer. Estos mismos elementos fueron puestos de manifiesto bajo la ética de la existencia en el "Segundo Sexo" por *Simone de Beauvoir*, que supusieron un revulsivo

social y político de primer orden sin el cual tal vez no hubiesen surgido los "Feminismos".

El reconocimiento social del papel profesional de la mujer ha dado un salto hacia delante, pese al paro, y aunque la presencia del papel de madre sigue estableciendo condiciones restrictivas para el trabajo femenino. Actualmente la actividad profesional femenina ha adquirido derecho de ciudadanía, suponiendo un valor y una aspiración legítima. Lo que caracteriza la condición de mujer postmoderna es la repulsa de una identidad constituida de manera exclusiva por las funciones de madre y de esposa.

La importancia que se concede a los estudios de los hijos e hijas ilustra de modo diferente la nueva actitud positiva frente al trabajo femenino. Hay que emprender los estudios con objeto de encontrar trabajo y asegurarse una independencia económica.

Por otro lado, numerosos estudios ponen de manifiesto que el compromiso femenino con el trabajo responde en la actualidad al deseo de escapar de la reclusión que supone la vida doméstica y a una voluntad de apertura a la vida social. De este modo se reivindica el tener una autonomía en el seno de la pareja, además de una seguridad para el futuro.

En nuestros días el trabajo contribuye a construir la identidad social de las mujeres en mayor medida que en el pasado, cuando tan solo los roles de madre y de esposa eran socialmente legítimos. Así pues en lo que concierne al género femenino, no cabe hablar de un debilitamiento de las capacidades socializadoras del trabajo, sino de un refuerzo de las identidades profesionales.

Observamos que el matrimonio y los nacimientos interrumpen cada vez en menor grado la vida profesional femenina, la continuidad de la actividad femenina se traduce en un compromiso más profundo, más identificado con la vida profesional. Otras tantas motivaciones expresan el ascenso del individualismo femenino paralelamente a las actitudes relativas al aborto, autoconcepción, libertad sexual, al retroceso de las familias numerosas, constituyendo la manifestación de la voluntad femenina de tener su propia vida.

Así pues, en nuestra sociedad la mujer tiene una implicación social, quedando las actividades materna y doméstica apartadas porque no bastaban para colmar la existencia femenina.

1.3.1.3 MUJER Y CREATIVIDAD. MUJER Y PRODUCTIVIDAD. MUJER Y PODER.

La cuestión del poder femenino ha acosado constantemente al género masculino. Ya algunos mitos primitivos evocaban situaciones de estado original marcado por la supremacía femenina, así desde los tiempos más remotos se expresaba la temática del presunto poder funesto de la mujer.

En tiempos más modernos se reconoció la figura del llamado imperio femenino: soberanía de la mujer bella sobre su amante, de la sombra del gobierno, del reinado de la mujer sobre las costumbres y las modas.

Desde la noche de los tiempos, la exclusión de la mujer respecto a las esferas superiores del poder era patente, con toda evidencia actualmente se

plantean nuevos términos y se ponen de manifiesto metas que nunca parecían alcanzables. En la actualidad, en los países desarrollados, entre los estudiantes hay más mujeres que hombres, penetrando cada vez más en los baluartes que tradicionalmente eran reservados a los hombres. En la empresa, las mujeres directivas han alcanzado la masa crítica (sobre todo en algunos países de la OCDE.). Entre 1968 y 1990, la tasa de feminidad de las profesiones liberales y de gestión pasó del 18% al 30.7%. Esta progresión de la mujeres se acompaña de nuevas incitaciones a subir peldaños en la jerarquía. Al tiempo que se desarrollan y multiplican las obras de éxito que proponen a la mujer recetas con vistas a su avance, y consejos prácticos y psicológicos que le facilitan la accesibilidad a los puestos decisorios. La cultura competitiva del reto y la estrategia que marca los deseos de triunfo en el seno de organizaciones y poner la mira en puestos de responsabilidad, convirtiéndose en el objeto de la figura femenina y que socialmente es legítimo.

La política ha sido un mundo vetado históricamente a la mujer, pero al tiempo que se multiplican las acciones a favor de la paridad entre los sexos en las asambleas políticas, triunfa la idea de que las mujeres regeneraran la política y cambiarán el ejercicio de la autoridad en las empresas, y de igual manera ocurre en otros muchos ámbitos sociales.

Salta a la vista que debido al concepto arcaico, la promoción del liderazgo femenino en todos los ámbitos sociales, queda distante aún de los puestos más altos de decisión, como si fuera imposible desbloquear dicha barrera que con la evaluación de la mentalidad y educación llegará a producir la

verdadera revolución de la época postmoderna, con la presencia de oleadas de proyectos e ideas nuevas en base a la sociedad.

Las desventajas para la mujer, las representa, la maternidad. Parece ser que las mujeres casadas obtienen menos beneficios profesionales que las solteras, y de la misma forma son menos las que llegan a puestos de responsabilidad. La responsabilidad como madre y su responsabilidad profesional era algo que puntualizaban contra el desarrollo social de la mujer y lejos de constituir una barrera, el alcance de la representatividad social femenina, resultan de la voluntad de encontrar un equilibrio entre la vida familiar y laboral.

Sin duda el desarrollo de mecanismos de apoyo sociales, como guarderías, canguros, ...etc., permiten a la mujer ejecutiva un compromiso más intenso con su carrera profesional. Por otro lado, las empresas ya están poniendo en práctica políticas sociales orientadas a ayudar a las mujeres a conciliar las exigencias del trabajo y la familia (centros de cuidados de niños, ...). De esta manera la instauración del empresario femenino no significa, no tanto un ansia de poder, como un deseo de independencia, de desahogo material y de realización personal, es decir una nueva manera de conciliar una vida profesional y vida familiar. Así en las empresas dirigidas por mujeres el control horario se hace más estricto, para alcanzar la máxima productividad y llegar a la realización profesional y familiar en equilibrio pleno.

Queda todavía el lento camino de la internalización individual de los nuevos roles en un proceso de creencias y valores, que como todas las bases

cognitivas de las actitudes deben de comenzar por la inclusión individual, previa a la generalización en el inconsciente colectivo.

2. HIPÓTESIS

El "periodo involutivo" de la mujer muestra una construcción de la realidad axiológica dependiente tanto de estereotipos socio-culturales, como de enfermedad ginecológica intercurrente en este periodo.

3. OBJETIVOS

Primero.- Comprobar la diferencia cualitativa que existe en la construcción de la realidad axiológica, entre las mujeres con menopausia fisiológica y aquellas en las que viene provocada de forma quirúrgica.

Segundo.- Cuantificar el papel que la variable temperamento imprime en la de la involución.

Tercero.- Cuantificar y cualificar los niveles de ansiedad y depresión, y sus implicaciones en la construcción de la realidad axiológica.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 MATERIAL

4.1.1 MATERIAL HUMANO

4.1.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para la realización del presente estudio, y en función de la hipótesis y los objetivos, hemos trabajado con una muestra total de 80 mujeres, que reunía los siguientes criterios de inclusión:

1. Mujeres que se encuentran en "periodo climatérico".
2. El número de años transcurridos desde la menopausia es inferior a 10.
3. No presentaban con anterioridad antecedentes de enfermedad mental, ni en el momento de la exploración.

Esta muestra total, fue subdividida en dos muestras poblacionales en función de si la menopausia había sido "fisiológica" (normal) o de si había sido por "intervención quirúrgica" (histerectomía con o sin doble anexectomía), quedando de la siguiente forma:

- Muestra "A": mujeres con menopausia fisiológica
 - N= 40
 - Edad media= 54.25 +/- 3.83 (mínimo= 44/ máximo= 59)
 - Nivel socioeconómico: medio

- Muestra "B": mujeres con menopausia quirúrgica
 - N= 40
 - Edad media= 49.70 +/- 3.79 (mínimo= 42/ máximo= 58)
 - Nivel socioeconómico: medio

4.2 MÉTODO

4.2.1 MÉTODO CLÍNICO

El contingente total de sujetos fue estudiado mediante una "Historia Clínica Semiestructurada" en la que se recogen los datos personales de filiación, nivel socioeconómico, nivel sociocultural, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, años de menopausia, tipo de menopausia y utilización de tratamiento hormonal sustitutivo, a fin de obtener los datos utilizados como criterios de inclusión y aquellos que puedan ser relevantes para la investigación.

4.2.2 MÉTODO EXPLORATORIO TESTOLÓGICO

La totalidad de las integrantes de las muestras fueron exploradas mediante las siguientes pruebas.

4.2.2.1 TEST DE STAI

El Test de STAI (TEA Ediciones S.A., Madrid 1997), con él medimos el grado de ansiedad. Este test diferencia entre ansiedad / rasgo y ansiedad / estado. Consiste en enumerar del 0 al 3 dos grupos de veinte frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. En el caso de la ansiedad/ estado hacen referencia a "como se siente en ese momento" y en la ansiedad/ rasgo a "como se siente generalmente". En la puntuación para medir ansiedad/ estado se corresponde: 0 con "nada", 1 con "algo", 2 con "bastante" y 3 con "mucho". Con respecto a la puntuación para medir la ansiedad /rasgo se corresponde: 0 con "casi nunca", 1 con "a veces", 2 con "a menudo" y 3 con "casi nunca". Las puntuaciones medias en cada categoría para la población española son las siguientes:

- STAI- estado: 23.30 +/- 11.93
- STAI- rasgo: 24.99 +/- 10.05

4.2.2.2 CUESTIONARIO DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

El Cuestionario de Hamilton para la Depresión, consta de veintiún items, cuyas respuestas son valoradas entre 0 y 4 según el items, y cuyo sumatorio es clasificado según los siguientes parámetros:

- Menor de 8 puntos: *NO DEPRESIÓN*
- Entre 8-14 puntos: *DEPRESIÓN LEVE*
- Más de 14 puntos: *DEPRESIÓN MODERADA/ SEVERA*

La puntuación media para la población española en el Inventario de Hamilton- Depresión es de: 10.92 +/- 5.36

4.2.2.3 INVENTARIO DE TEMPERAMENTO DE CLONINGER

Esta formado por cien situaciones (items), que se puntuarán como Verdadero o Falso según hagan o no referencia a la forma de ser, sentir y pensar de cada paciente y correspondiendo unos a la "búsqueda de novedad", otros a "evitación de daño" y otros a la "dependencia de la recompensa", en un intento de evaluar las dimensiones temperamentales. Las puntuaciones medias en cada dimensión para la población española son:

- Búsqueda de novedad: 13.04 +/- 4.89
- Evitación de daño: 12.87 +/- 6.06
- Dependencia de la recompensa: 20.13 +/- 3.76

4.2.2.4 TÉCNICA PROYECTIVA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE KELLY

La técnica del Repertory Grid fue elaborada por *G. Kelly* como consecuencia de su teoría de los constructos personales. Con ella se pueden medir las relaciones interpersonales por medio de constructos que el sujeto aplica a los estímulos con los que interactúa. El nivel matemático a que se pueden someter los resultados y la gran diversidad, y flexibilidad de ámbito de utilización hacen de esa técnica un instrumento muy valioso en diferentes

campos de investigación clínica. La Rejilla se estructura en tres ejes principales: elementos, constructos y respuestas del sujeto. La ordenación gradual y la utilización de fotografías como elementos fueron propuestos por *Bannister* (1962) y desde entonces se ha venido aplicando esta forma, especialmente en la investigación médica-psicológica.

En nuestra tesis, se utilizan como elementos o estímulos ocho fotografías de caras humanas cedidas por el profesor *Giner Ubago* de Sevilla (1987), lo suficientemente desenfocadas para hacerlas irreconocibles respecto a sexo y edad; en este sentido el empleo de los elementos mal estructurados aumenta la posibilidad de proyección. Una vez expuestas las fotografías al sujeto entrevistado se le solicita que ordene dichas caras de más a menos identificación respecto a cada uno de los constructos siguientes:

□ Constructos Nucleares de Identidad:

YO REAL	YR
YO IDEAL	YI
YO RECHAZADO	YRE
MUJER	MUJ

□ Constructos Conformantes:

MATERNIDAD	MAT
SEXUALIDAD	SEX
FERTILIDAD	FER

□ Constructos de Estado:

FRUSTRACIÓN	FRU
SEGURIDAD	SEG

AGRESIVIDAD AGR

CULPABILIDAD CUL

PODER POD

□ Constructos de Situación:

COMPLETO COM

INCOMPLETO INC

ALEGRÍA ALE

TRISTEZA TRI

VACIO VAC

LLENO LLE

BENEFICIOSO BEN

PERJUDICIAL PER

Los Constructos Nucleares de Identidad (Yo Real, Yo Ideal, Yo Rechazado y Mujer) hacen referencia a como la persona se evalúa respecto a como ella es, como le gustaría ser y como no le gustaría ser, así como la identificación que hace de ella misma ante su género.

Los Constructos Conformantes (Maternidad, Sexualidad, Fertilidad) son el núcleo central conformador de la hipótesis de trabajo y de los objetivos, al evaluar la situación constructiva que la mujer hace ante el cambio en su sexualidad y la pérdida de la capacidad reproductiva, propia de este periodo vital.

Los Constructos de Estado (Frustración, Seguridad, Agresividad, Culpabilidad, Poder) reflejan las actitudes internas y externas, del estado

emocional que plantea la adaptación a este nuevo periodo vital.

Los Constructos de Situación (Completo / Incompleto, Alegría / Tristeza, Vacío / Lleno, Beneficioso / Perjudicial) reflejan la cualificación del resto de los constructos, fundamentalmente los Nucleares de Identidad y los Conformantes.

4.2.3 MÉTODO ESTADÍSTICO

4.2.3.1 HISTORIA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA

Cálculo de Frecuencias: se obtuvieron las frecuencias de las preguntas contestadas y los gráficos que ilustran las frecuencias. Se contabilizó el número de repuestas y se representaron en tablas.

En la pregunta sobre el *Estado Civil*, se a considerado "soltera" como valor 0, "casada" como valor 1, "divorciada" como valor 2 y "viuda" como valor 3.

En el apartado de *Hijos*, se ha ordenado en función del número de hijos que tiene, 0, 1, 2, 3, 4, 5, ...

El *Nivel Sociocultural* se ha distribuido en función de los estudios que han cursado: el valor 0 corresponde a "sin estudios"; el valor 1 se asigna a "EGB. o Primaria"; a "BUP., COU. o FP." se le asigna el valor 2; y a "Estudios Universitarios" el valor 3.

Respecto al *trabajo* se ha considerado dos categorías: puntuando como 0 aquellas que son "amas de casa" y 1 las que "trabajan fuera del hogar".

En el *Apartado Económico* se ha estudiado el número de sueldos (ingresos económicos): 0, 1, 2 y más de 2.

En la *Historia Personal Psiquiátrica* se ha contabilizado como valor 0 si “no ha tenido” y como valor 1 “si ha tenido antecedentes”. De igual manera en la *Historia Psiquiátrica Familiar* se ha puntuado como 0 el “no tener” y con 1 el “si tener” algún antecedente.

Por otro lado el *Tratamiento Hormonal Sustitutivo* equivale a 0 si “no tiene” y a 1 si “recibe alguna terapia hormonal”.

Finalmente, respecto a los *Años de Menopausia*, se marcó un mínimo de 0 y un máximo de 10, siendo contabilizados según el número de años desde el inicio de la menopausia.

4.2.3.2 TEST DE STAI

La corrección del Test de Stai se realizó siguiendo el manual de dicho test proporcionado por TEA Ediciones, utilizando los baremos correspondientes a la población española.

El cálculo de medias y desviaciones típicas; se realizaron por el programa SPSS, así como el estudio de significancia intermuestral.

4.2.3.3 CUESTIONARIO DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

La corrección del Cuestionario Hamilton-Depresión se realizó con el

sumatorio de las puntuaciones en los 21 ítems. Se enmarcaron en tres grupos definidos como:

- No depresión: menos de 8 puntos
- Depresión leve: entre 8-14 puntos
- Depresión moderada / severa: más de 14 puntos

El cálculo de las medias y desviaciones típicas se realizaron con el programa SPSS, así como el estudio de significancia intermuestral.

4.2.3.4 INVENTARIO DE TEMPERAMENTO DE CLONINGER (CTP)

En la corrección del CTP se obtuvieron puntuaciones para las dimensiones: "búsqueda de novedad", "evitación de daño" y "dependencia de la recompensa"; clasificando las puntuaciones en tres categorías: alta, normal o baja en función de si se encontraban por debajo, en el intervalo o por encima del intervalo, que forma la media +/- la desviación típica que proporciona el propio test.

El cálculo de medias y desviaciones típicas se realizaron con el programa SPSS, así como el estudio de significancia intermuestral.

4.2.3.4 REPERTORY GRID DE KELLY

- Transformación de las rejillas individuales en cada muestra poblacional.
- Obtención de la Rejilla consenso para cada una de las muestras, y posterior realización de los coeficientes de correlación por rangos de Spearman

entre todos los constructos de cada una de las rejillas consenso y para cada muestra.

- La intensidad relacional entre los constructos según la técnica de Bannister a partir de las correlaciones consenso para cada muestra ($r^2 \times 100$). Mediante la intensidad relacional realizamos un estudio de estructuras superficiales al mostrarnos el fondo de permeabilidad constructiva manifestado por el rango de implicación de cada constructo a lo largo del sistema.

- Análisis factorial para cada muestra, a partir de las correcciones de la rejilla consenso, mediante el análisis de los factores que alcanzan un mayor porcentaje de explicación de la varianza, y de su representación gráfica se puede obtener un análisis de estructuras profundas del sistema constructivo a fin de conocer la representación espacial del mismo y sus agrupaciones factoriales indicadoras de niveles de alejamiento / acercamiento constructivo.

5. RESULTADOS

**5.1 RESULTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA
SEMIESTRUCTURADA**

5.1.1 MUESTRA "A"

TABLAS❖ Estado Civil

<i>Pacientes</i>	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>Divorciada</i>	<i>Viuda</i>
1		+		
2		+		
3		+		
4		+		
5		+		
6		+		
7		+		
8		+		
9		+		
10		+		
11				+
12		+		
13		+		
14		+		
15		+		
16		+		
17		+		
18		+		
19		+		
20		+		
21		+		
22				+
23		+		
24		+		
25		+		
26		+		
27		+		
28		+		
29		+		
30		+		
31		+		
32		+		
33		+		
34		+		
35			+	
36		+		
37		+		
38			+	
39		+		
40		+		
Total:	0	36	2	2
%:	0%	90%	5%	5%

Tabla 1.

❖ Número de hijos

<i>Pacientes</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1			+				
2			+				
3						+	
4			+				
5						+	
6					+		
7				+			
8				+			
9					+		
10		+					
11				+			
12					+		
13							+
14				+			
15					+		
16					+		
17				+			
18				+			
19			+				
20				+			
21			+				
22			+				
23				+			
24				+			
25			+				
26						+	
27				+			
28	+						
29			+				
30			+				
31			+				
32				+			
33					+		
34			+				
35			+				
36					+		
37				+			
38			+				
39				+			
40				+			
Total:	1	1	13	14	7	3	1
%:	2.5%	2.5%	32.5%	35%	17.5%	7.5%	2.5%

Tabla 2.

❖ Estudios

<i>Pacientes</i>	<i>Sin estudios</i>	<i>EGB o Primaria</i>	<i>BUP, COU o FP</i>	<i>Carrera universitaria</i>
1		+		
2	+			
3	+			
4		+		
5	+			
6	+			
7		+		
8		+		
9	+			
10		+		
11		+		
12	+			
13	+			
14		+		
15				+
16	+			
17		+		
18	+			
19				+
20	+			
21		+		
22		+		
23	+			
24				+
25		+		
26	+			
27				+
28	+			
29		+		
30	+			
31	+			
32		+		
33		+		
34		+		
35		+		
36	+			
37				+
38		+		
39	+			
40	+			
Total:	18	17	0	5
%:	45%	42.5%	0%	12.5%

Tabla 3.

❖ Trabajo

<i>Pacientes</i>	<i>Ama de casa</i>	<i>Trabajo fuera de casa</i>
1	+	
2	+	
3	+	
4	+	
5	+	
6	+	
7		+
8	+	
9		+
10	+	
11		+
12	+	
13	+	
14	+	
15		+
16	+	
17	+	
18		+
19	+	
20	+	
21		+
22		+
23	+	
24		+
25		+
26		+
27		+
28		+
29	+	
30		+
31	+	
32	+	
33		+
34	+	
35	+	
36		+
37		+
38	+	
39	+	
40	+	
Total:	24	16
%:	60%	40%

Tabla 4.

❖ Número de ingresos

<i>Pacientes</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>>2</i>
1		+		
2		+		
3		+		
4		+		
5		+		
6		+		
7			+	
8		+		
9			+	
10		+		
11		+		
12		+		
13		+		
14		+		
15			+	
16		+		
17		+		
18			+	
19			+	
20		+		
21			+	
22		+		
23		+		
24			+	
25			+	
26			+	
27			+	
28			+	
29		+		
30		+		
31			+	
32		+		
33			+	
34		+		
35		+		
36			+	
37			+	
38		+		
39		+		
40		+		
Total:	0	25	15	0
%:	0%	62.5%	37.5%	0%

Tabla 5.

❖ Historia personal psiquiátrica

<i>Pacientes</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
1	+	
2	+	
3	+	
4	+	
5	+	
6	+	
7	+	
8	+	
9	+	
10	+	
11	+	
12	+	
13	+	
14	+	
15	+	
16	+	
17	+	
18	+	
19	+	
20	+	
21	+	
22	+	
23	+	
24	+	
25	+	
26	+	
27	+	
28	+	
29	+	
30	+	
31	+	
32	+	
33	+	
34	+	
35	+	
36	+	
37	+	
38	+	
39	+	
40	+	
Total:	40	0
%:	100%	0%

Tabla 6.

❖ Historia familiar psiquiátrica

<i>Pacientes</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
1		+
2	+	
3	+	
4	+	
5		+
6		+
7	+	
8	+	
9		+
10	+	
11	+	
12	+	
13	+	
14	+	
15	+	
16	+	
17	+	
18	+	
19	+	
20		+
21	+	
22	+	
23	+	
24	+	
25	+	
26	+	
27	+	
28		
29	+	
30	+	
31	+	
32	+	
33	+	
34	+	
35	+	
36	+	
37	+	
38	+	
39	+	
40	+	
Total:	35	5
%:	87.5%	12.5%

Tabla 7.

❖ Tratamiento hormonal sustitutivo

<i>Pacientes</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
2	+	
3	+	
4	+	
5	+	
6	+	
7	+	
8	+	
9	+	
10	+	
11	+	
12	+	
13	+	
14	+	
15	+	
16	+	
17	+	
18	+	
19	+	
20	+	
21	+	
22	+	
23	+	
24	+	
25	+	
26	+	
27	+	
28		
29		+
30		+
31		+
32		+
33		+
34		+
35		+
36		+
37		+
38		+
39		+
40		+
Total:	27	13
%:	67.5%	32.5%

Tabla 8.

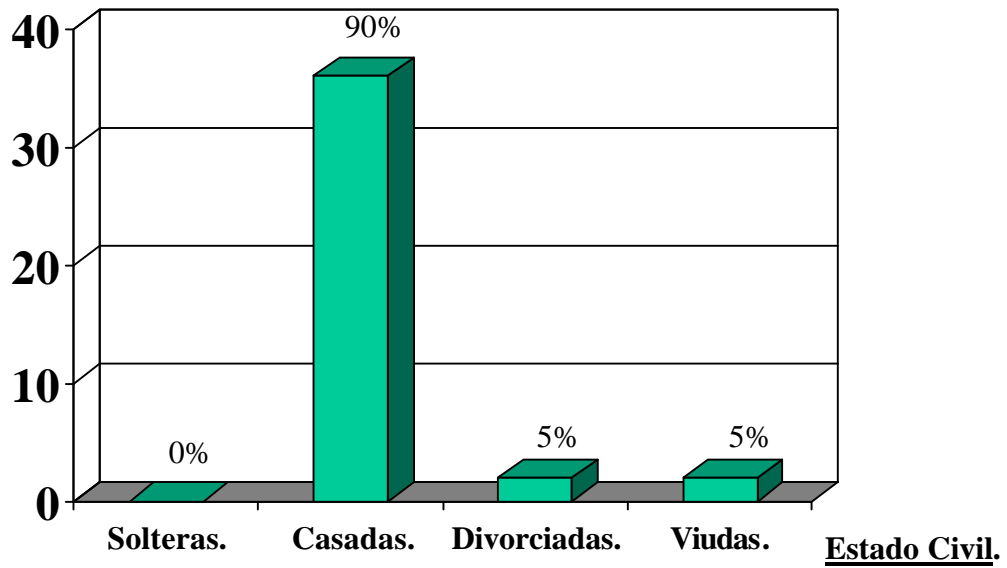
❖ Número de años de menopausia

<i>Pacientes</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1				+							
2											+
3					+						
4							+				
5											+
6						+					
7		+									
8						+					
9							+				
10				+							
11							+				
12											+
13						+					
14											+
15											+
16				+							
17									+		
18							+				
19						+					
20		+									
21							+				
22		+									
23									+		
24											+
25						+					
26						+					
27			+								
28											+
29									+		
30		+									
31							+				
32						+					
33									+		
34			+								
35					+						
36		+									
37					+						
38						+					
39				+							
40				+							
Total:	0	5	2	5	3	8	6	0	4	0	7
%:	0%	12.5%	5%	12.5%	7.5%	20%	15%	0%	10%	0%	17.5%

Tabla 9.

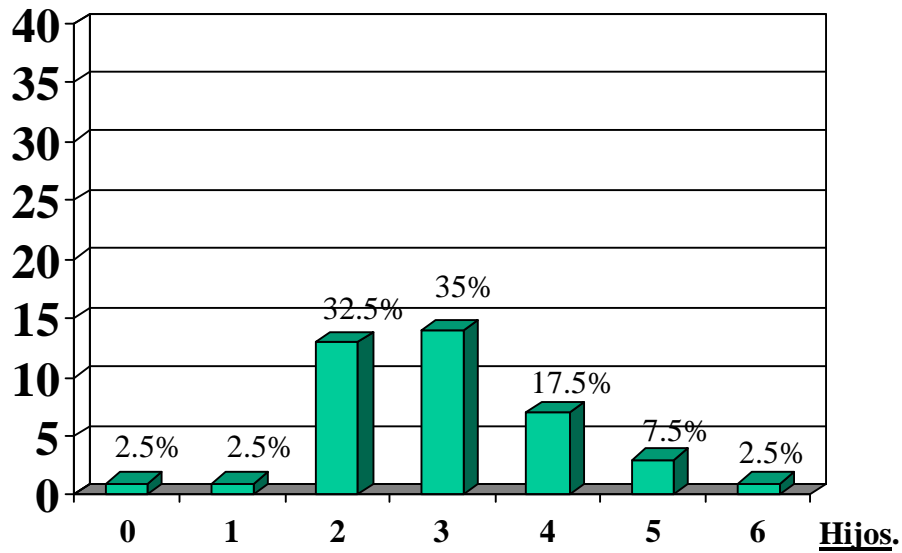
REPRESENTACIONES GRÁFICAS

❖ Estado civil



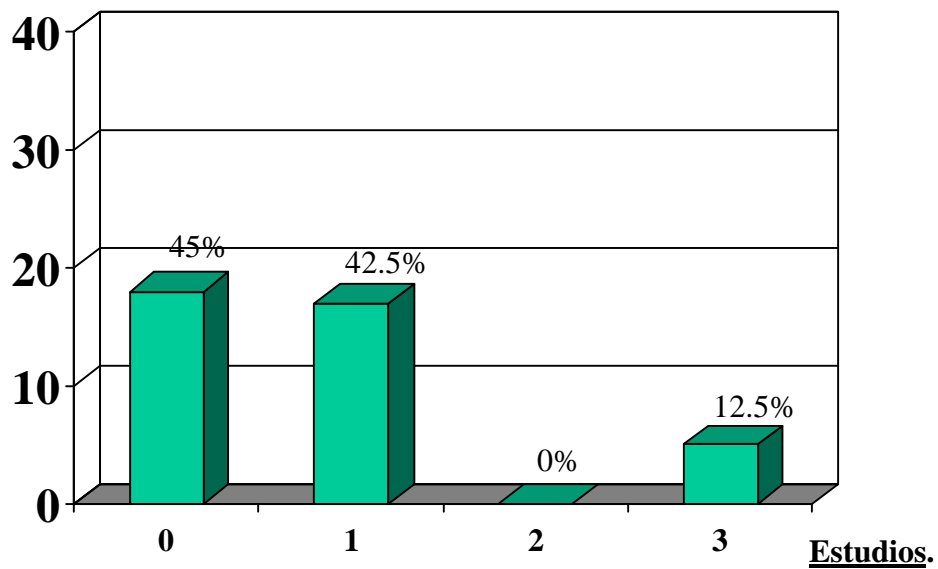
Gráfica 1.

❖ Número de hijos



Gráfica 2.

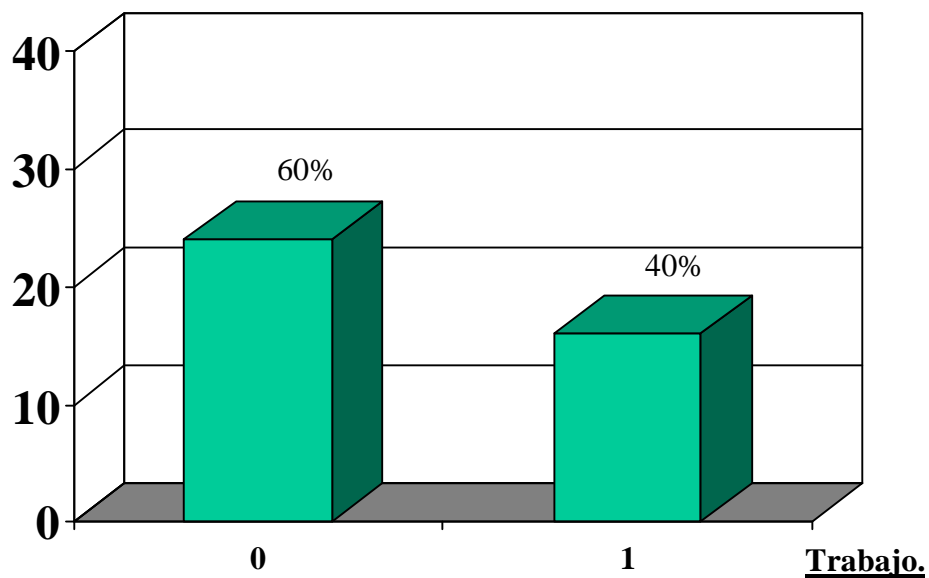
❖ Estudios



0: Sin estudios. 1: EGB/Primaria. 2: BUP, COU o FP. 3: Carrera Universitaria.

Gráfica 3.

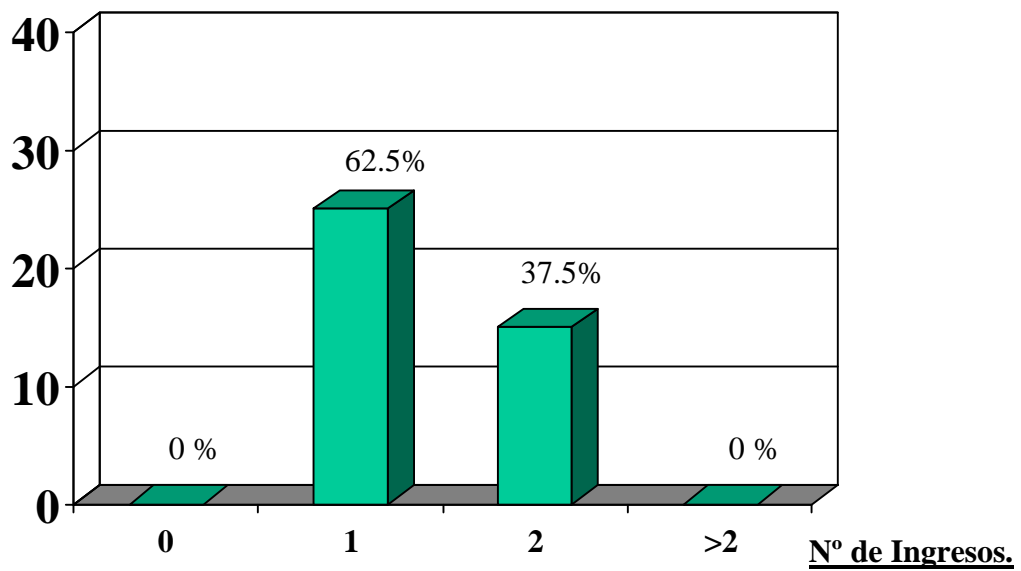
❖ Trabajo



0: Ama de casa; 1: Trabajo fuera de casa.

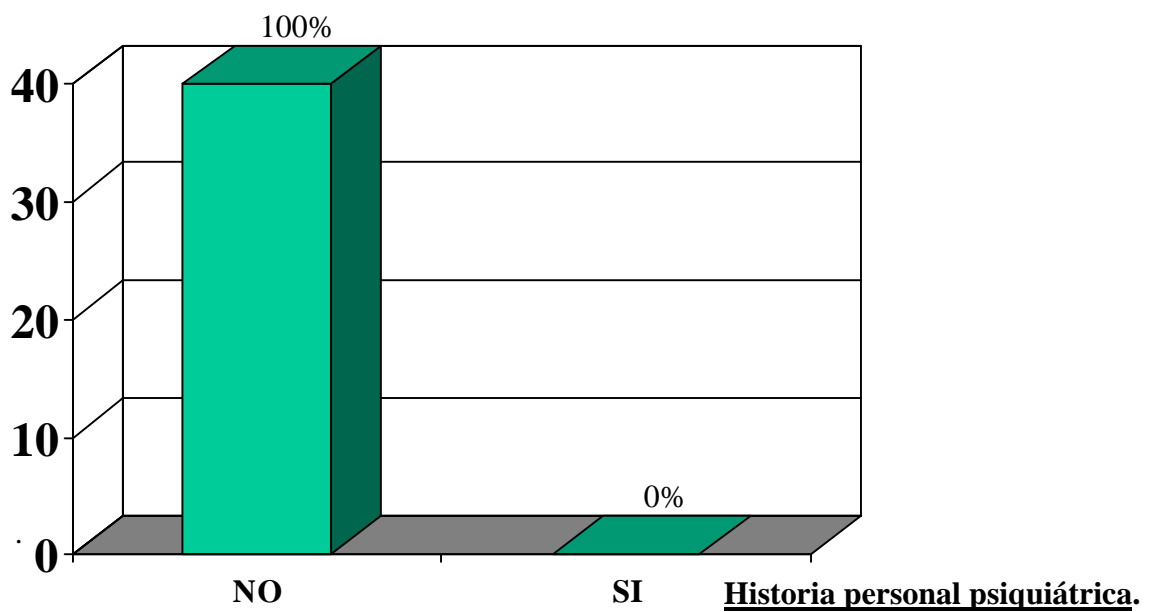
Gráfica 4

❖ Número de ingresos



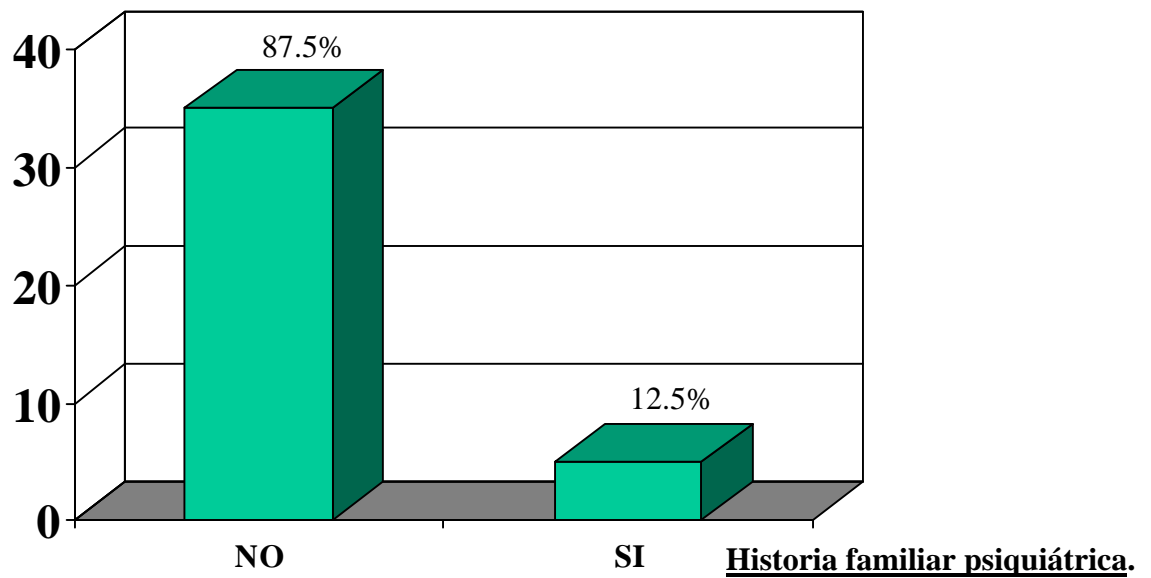
Gráfica 5

❖ Historia personal psiquiátrica



Gráfica 6

❖ Historia familiar psiquiátrica



Gráfica 7.

❖ Tratamiento hormonal sustitutivo

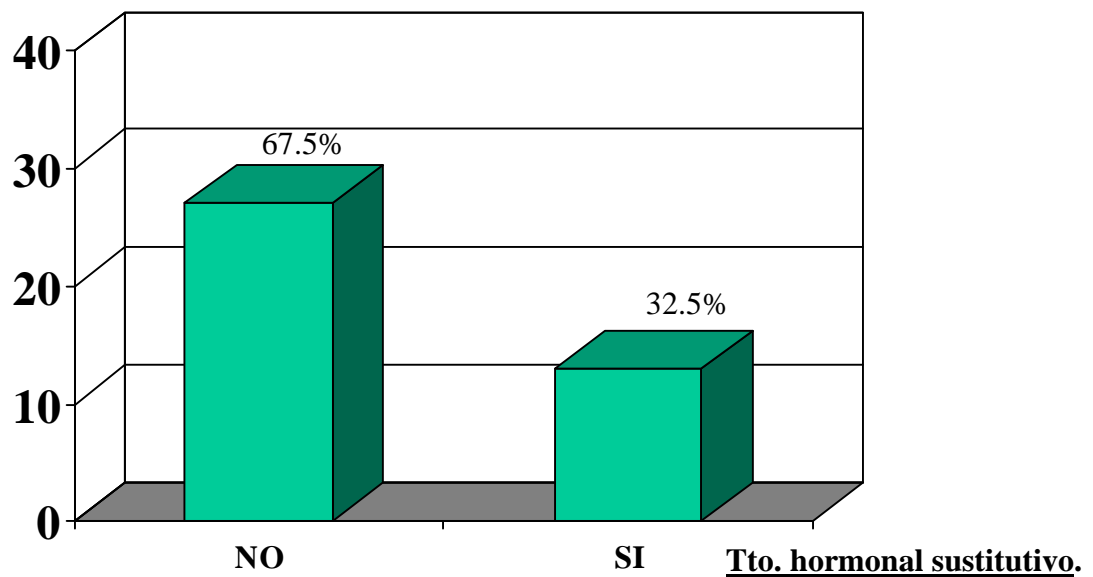
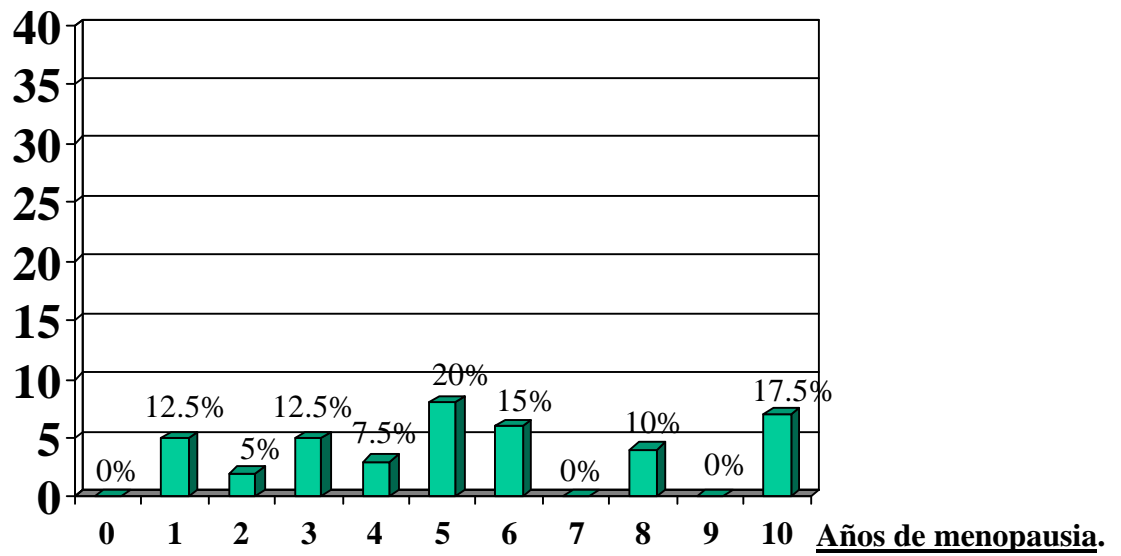


Gráfico 8.

❖ Número de años de menopausia



Gráfica 9

5.1.2 MUESTRA "B"

TABLAS❖ Estado Civil

<i>Pacientes</i>	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>Divorciada</i>	<i>Viuda</i>
1		+		
2		+		
3		+		
4		+		
5			+	
6		+		
7				+
8		+		
9		+		
10		+		
11		+		
12		+		
13	+			
14		+		
15				+
16		+		
17		+		
18		+		
19		+		
20		+		
21		+		
22		+		
23		+		
24	+			
25	+			
26		+		
27		+		
28		+		
29		+		
30		+		
31		+		
32		+		
33		+		
34		+		
35		+		
36		+		
37		+		
38			+	
39		+		
40	+			
Total:	4	32	2	2
%:	10%	80%	5%	5%

Tabla 10.

❖ Número de hijos

<i>Pacientes</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1			+				
2				+			
3			+				
4					+		
5			+				
6						+	
7				+			
8					+		
9			+				
10			+				
11				+			
12			+				
13	+						
14				+			
15					+		
16			+				
17			+				
18		+					
19			+				
20			+				
21				+			
22			+				
23			+				
24	+						
25	+						
26			+				
27							+
28					+		
29			+				
30		+					
31			+				
32		+					
33				+			
34			+				
35			+				
36					+		
37				+			
38				+			
39			+				
40	+						
Total:	4	3	18	8	5	1	1
%:	10%	7.5%	45%	20%	12.5%	2.5%	2.5%

Tabla 11.

❖ Estudios

<i>Pacientes</i>	<i>Sin estudios</i>	<i>EGB. o Primaria</i>	<i>BUP., COU. O FP.</i>	<i>Carrera universitaria</i>
1	+			
2			+	
3	+			
4				+
5			+	
6		+		
7		+		
8		+		
9		+		
10			+	
11		+		
12		+		
13		+		
14	+			
15			+	
16		+		
17		+		
18		+		
19		+		
20		+		
21		+		
22		+		
23				+
24		+		
25	+			
26		+		
27	+			
28		+		
29	+			
30	+			
31			+	
32	+			
33		+		
34		+		
35		+		
36		+		
37		+		
38		+		
39				+
40				+
Total:	8	23	5	4
%:	20%	57.5%	12.5%	10%

Tabla 12.

❖ Trabajo

<i>Pacientes</i>	<i>Ama de casa</i>	<i>Trabajo fuera de casa</i>
1	+	
2	+	
3		+
4	+	
5		+
6		+
7		+
8		+
9	+	
10	+	
11	+	
12		+
13	+	
14	+	
15		+
16	+	
17	+	
18	+	
19	+	
20	+	
21	+	
22	+	
23		+
24		+
25		+
26	+	
27		+
28		+
29		+
30	+	
31	+	
32	+	
33	+	
34		+
35	+	
36		+
37	+	
38		+
39		+
40		+
Total:	22	18
%:	55%	45%

Tabla 13.

❖ Número de ingresos

<i>Pacientes</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>>2</i>
1	+			
2			+	
3		+		
4			+	
5		+		
6			+	
7		+		
8		+		
9		+		
10		+		
11		+		
12			+	
13	+			
14		+		
15		+		
16		+		
17		+		
18		+		
19		+		
20		+		
21		+		
22		+		
23			+	
24		+		
25		+		
26			+	
27			+	
28			+	
29			+	
30		+		
31		+		
32		+		
33		+		
34			+	
35		+		
36			+	
37		+		
38		+		
39			+	
40		+		
Total:	2	26	12	0
%:	5%	65%	30%	0%

Tabla 14.

❖ Historia personal psiquiátrica

<i>Pacientes</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>
1	+	
2	+	
3	+	
4	+	
5	+	
6	+	
7	+	
8	+	
9	+	
10	+	
11	+	
12	+	
13	+	
14	+	
15	+	
16	+	
17	+	
18	+	
19	+	
20	+	
21	+	
22	+	
23	+	
24	+	
25	+	
26	+	
27	+	
28	+	
29	+	
30	+	
31	+	
32	+	
33	+	
34	+	
35	+	
36	+	
37	+	
38	+	
39	+	
40	+	
Total:	40	0
%:	100%	0%

Tabla 15

❖ Historia familiar psiquiátrica

<i>Pacientes</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>
1	+	
2		+
3	+	
4		+
5		+
6	+	
7	+	
8	+	
9	+	
10	+	
11	+	
12	+	
13	+	
14	+	
15	+	
16	+	
17	+	
18	+	
19	+	
20	+	
21		+
22	+	
23	+	
24	+	
25	+	
26	+	
27		+
28	+	
29	+	
30	+	
31	+	
32	+	
33	+	
34	+	
35	+	
36	+	
37	+	
38	+	
39		+
40	+	
Total:	34	6
%:	85%	15%

Tabla 16.

❖ Tratamiento hormonal sustitutivo

<i>Pacientes</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
1		+
2		+
3		+
4		+
5		+
6		+
7		+
8		+
9		+
10		+
11		+
12		+
13		+
14		+
15		+
16		+
17		+
18		+
19		+
20		+
21		+
22		+
23		+
24		+
25		+
26		
27	+	
28	+	
29	+	
30	+	
31	+	
32	+	
33	+	
34	+	
35	+	
36	+	
37	+	
38	+	
39	+	
40	+	
Total:	11	29
%:	27.5%	72.5%

Tabla 17

❖ Años de menopausia

<i>Pacientes</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1			+								
2			+								
3						+					
4								+			
5											+
6									+		
7				+							
8										+	
9						+					
10				+							
11											+
12									+		
13		+									
14					+						
15											+
16											+
17										+	
18				+							
19									+		
20							+				
21				+							
22			+								
23			+								
24				+							
25					+						
26			+								
27		+									
28			+								
29					+						
30		+									
31					+						
32											+
33								+			
34			+								
35	+										
36		+									
37			+								
38		+									
39		+									
40				+							
Total:	1	6	8	6	4	2	1	2	3	2	5
%:	2.5%	15%	20%	15%	10%	5%	2.5%	5%	7.5%	5%	12.5%

Tabla 18.

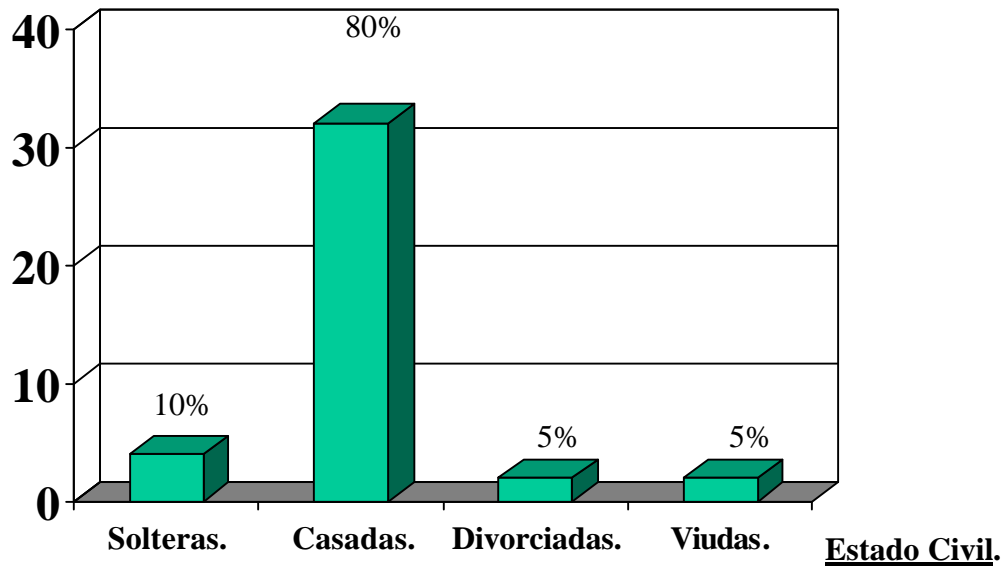
REPRESENTACIONES GRÁFICAS❖ Estado Civil

Gráfico 10.

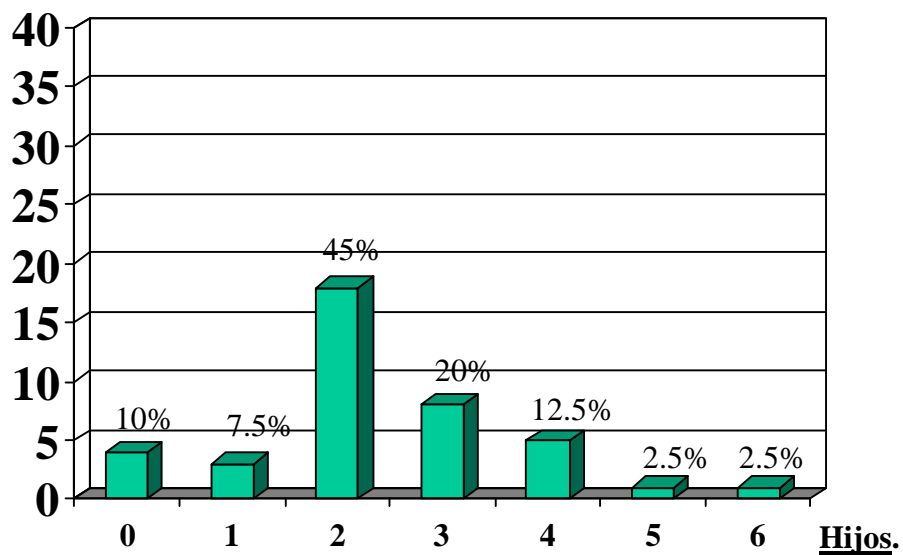
❖ Número de hijos

Gráfico 11.

❖ Estudios

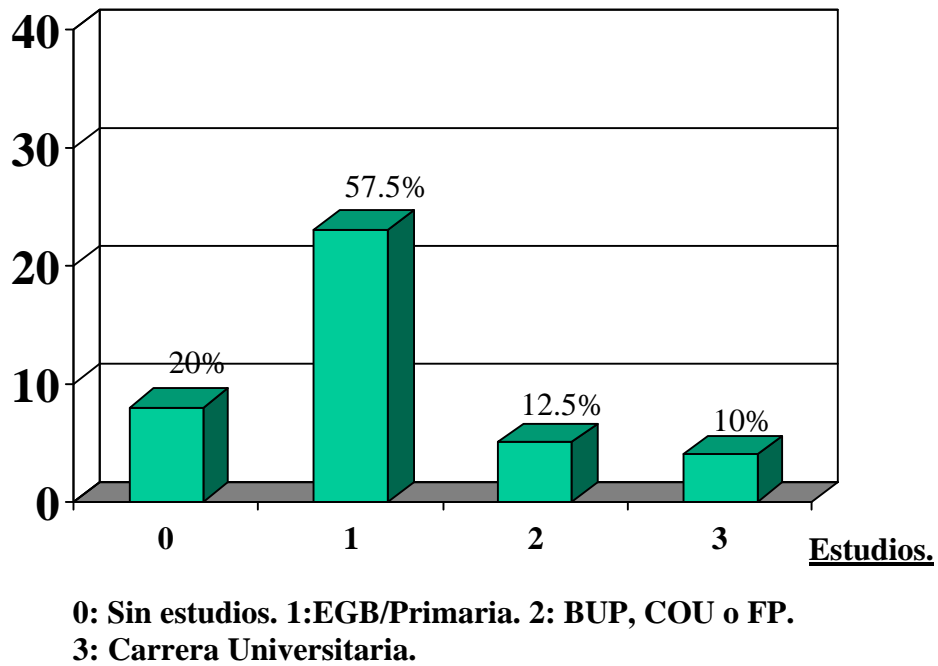


Gráfico 12.

❖ Trabajo

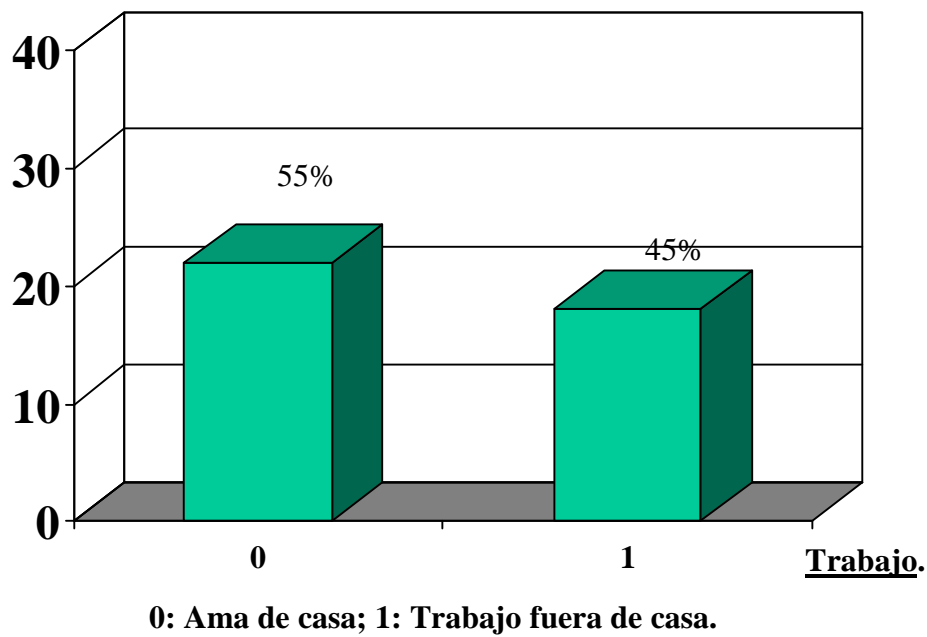


Gráfico 13.

❖ Número de ingresos

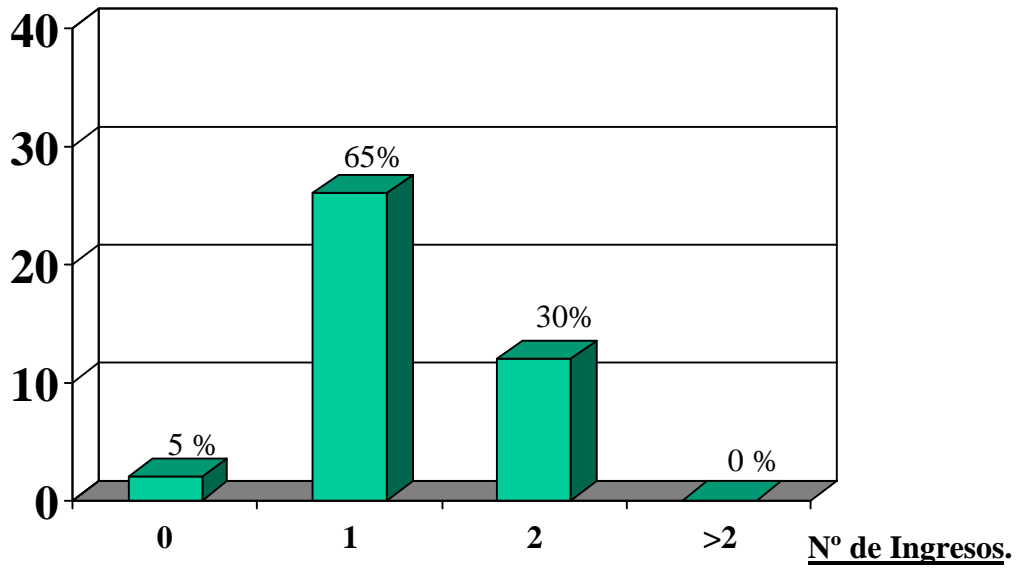


Gráfico 14.

❖ Historia personal psiquiátrica

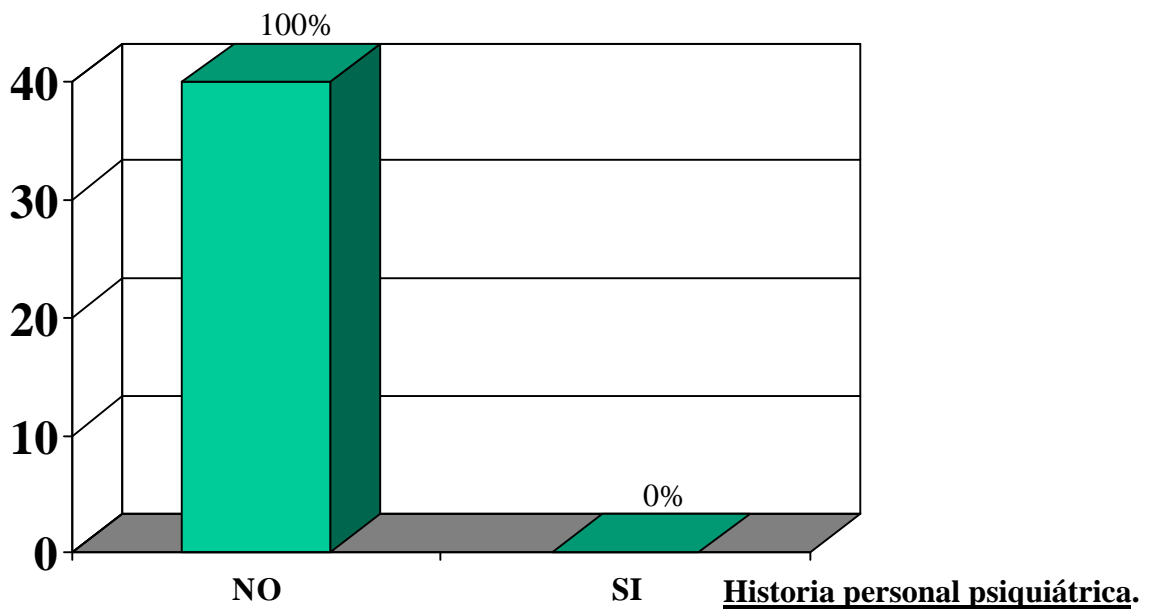


Gráfico 15.

❖ Historia familiar psiquiátrica

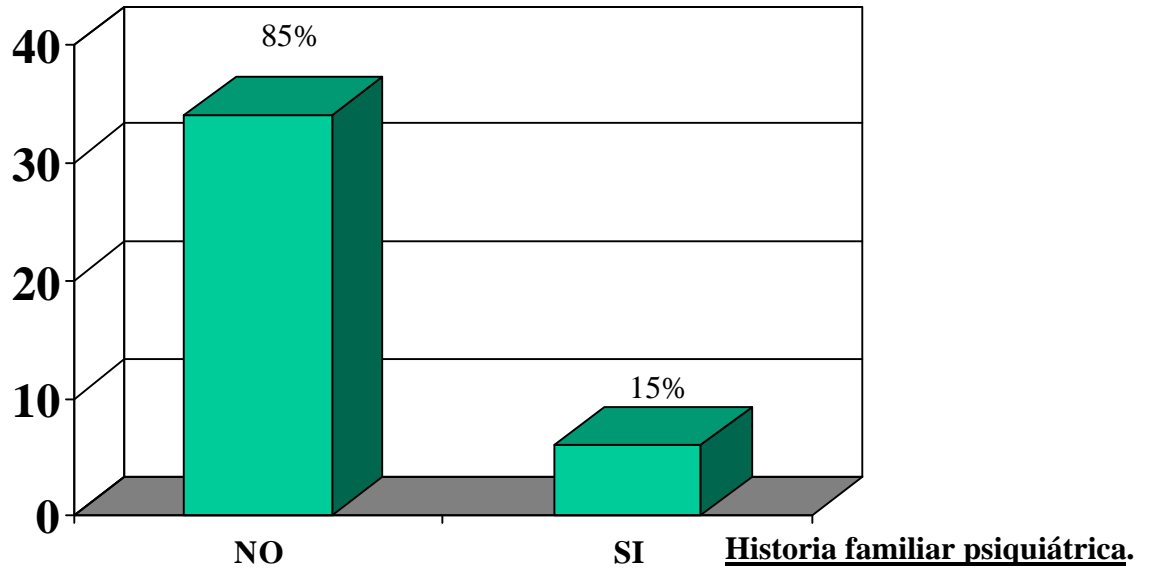


Gráfico 16.

❖ Tratamiento hormonal sustitutivo

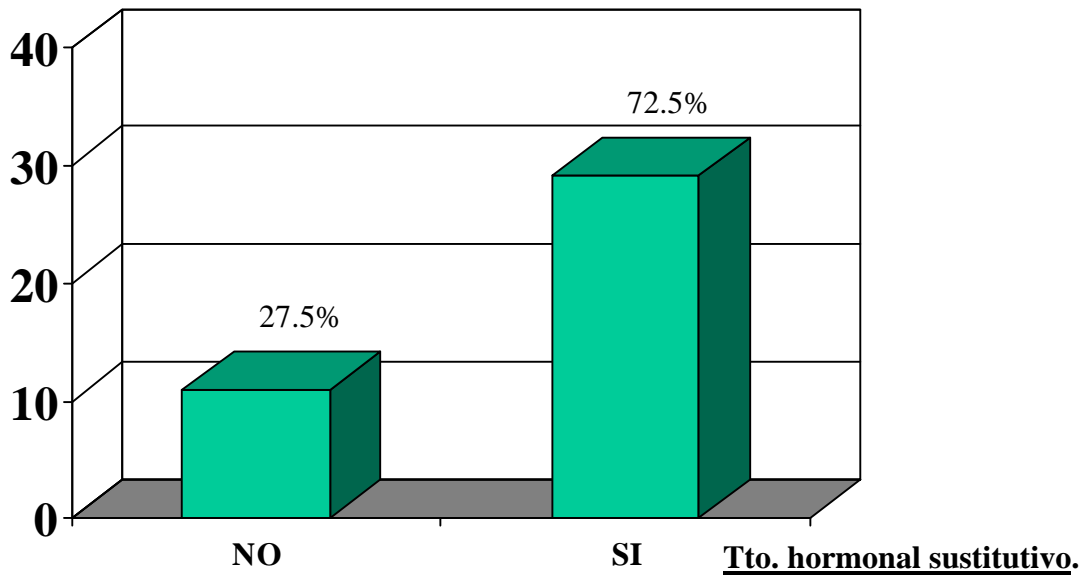


Gráfico 17.

❖ Número de años de menopausia

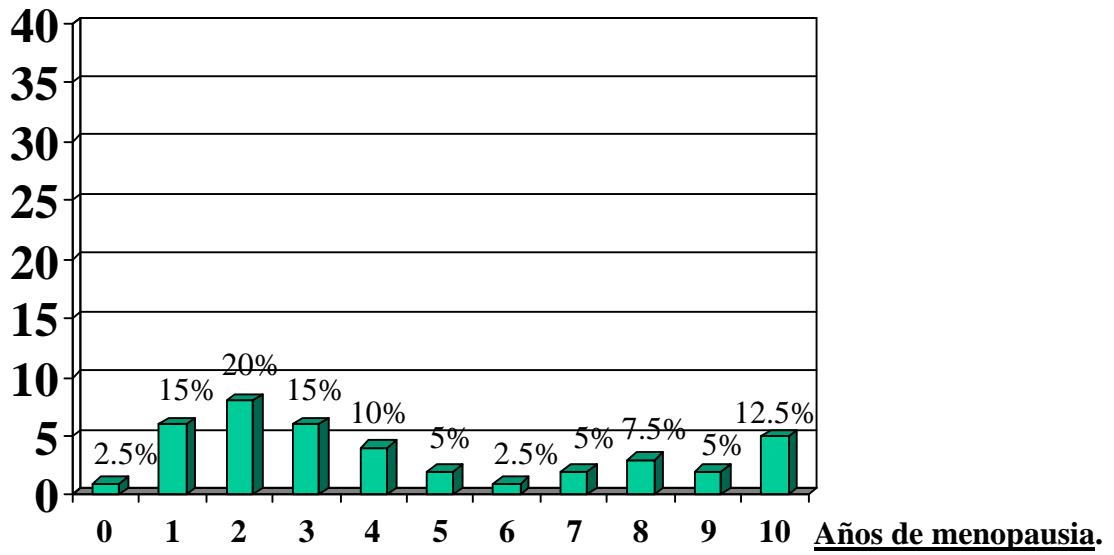


Gráfico 18.

5.2 RESULTADOS DEL TEST DE STAI

5.2.1 MUESTRA "A"

TABLA

<i>Pacientes</i>	<i>Ansiedad-Estado</i>	<i>Ansiedad-Rasgo</i>
1	45	25
2	46	43
3	9	12
4	26	32
5	29	29
6	39	38
7	56	45
8	27	28
9	47	51
10	33	28
11	10	21
12	4	3
13	16	28
14	21	21
15	20	17
16	15	25
17	15	13
18	10	12
19	17	18
20	32	39
21	13	29
22	7	12
23	17	20
24	1	12
25	8	9
26	13	35
27	16	20
28	24	38
29	26	44
30	42	32
31	23	22
32	11	8
33	6	10
34	12	21
35	12	9
36	11	13
37	10	25
38	3	18
39	31	43
40	1	13
Media muestral:	20.10	24.15
Desv. típica muestral:	13.88	12.01
Media poblacional:	23.30	24.99
Desv. Típica poblacional:	11.93	10.05

Tabla 19.

REPRESENTACIONES GRÁFICAS

❖ *Ansiedad-Estado*

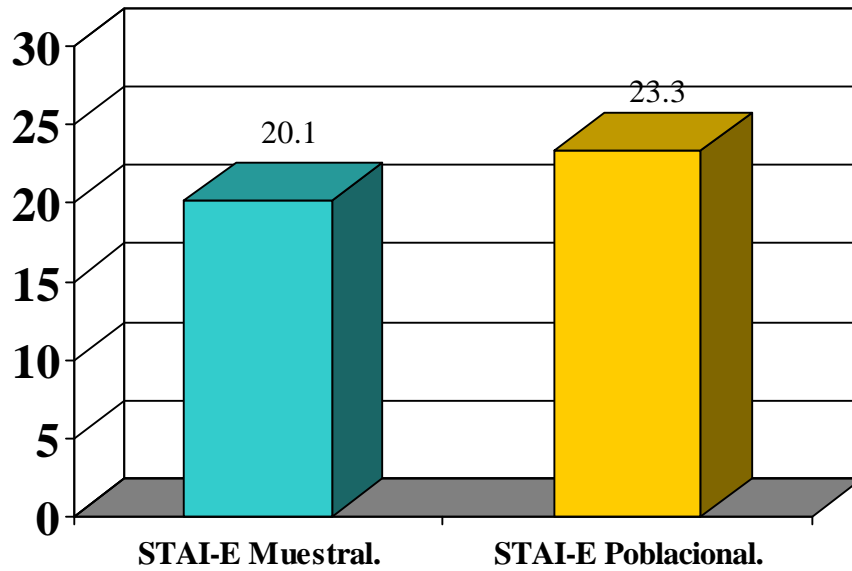


Gráfico 19.

❖ *Ansiedad-Rasgo*

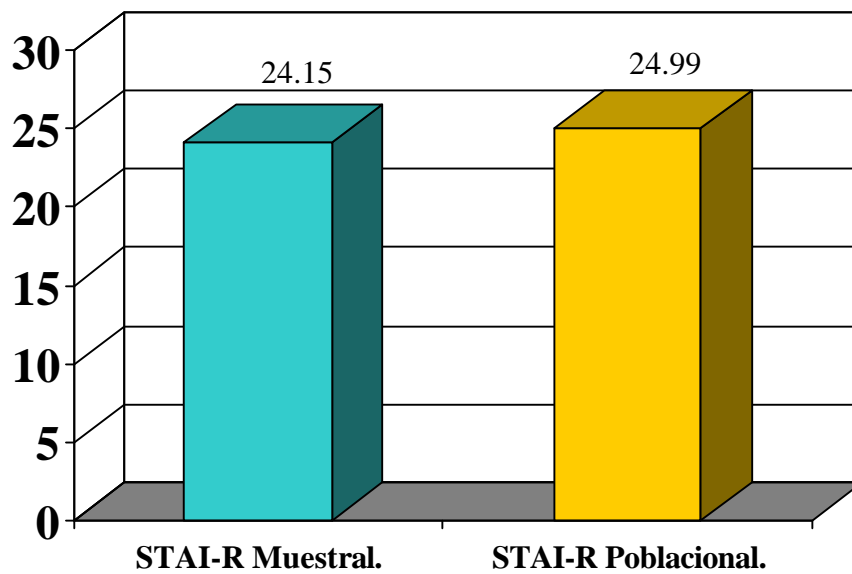


Gráfico 20.

5.2.2 MUESTRA "B"

TABLA

<i>Resultados</i>	<i>Ansiedad-Estado</i>	<i>Ansiedad-Rasgo</i>
1	43	45
2	20	31
3	50	52
4	12	13
5	8	13
6	31	30
7	41	40
8	13	22
9	10	9
10	27	18
11	22	27
12	27	32
13	2	3
14	15	17
15	15	19
16	8	19
17	33	18
18	16	27
19	9	11
20	30	27
21	32	35
22	11	9
23	36	32
24	17	23
25	15	21
26	37	37
27	7	4
28	40	30
29	27	24
30	4	39
31	13	27
32	2	27
33	10	21
34	9	14
35	6	2
36	6	12
37	12	23
38	22	24
39	23	23
40	13	24
Media muestral:	19.35	23.10
Desv. Típica muestral:	12.55	11.19
Media poblacional:	23.3	24.99
Desv. Típica poblacional:	11.93	10.05

Tabla 20.

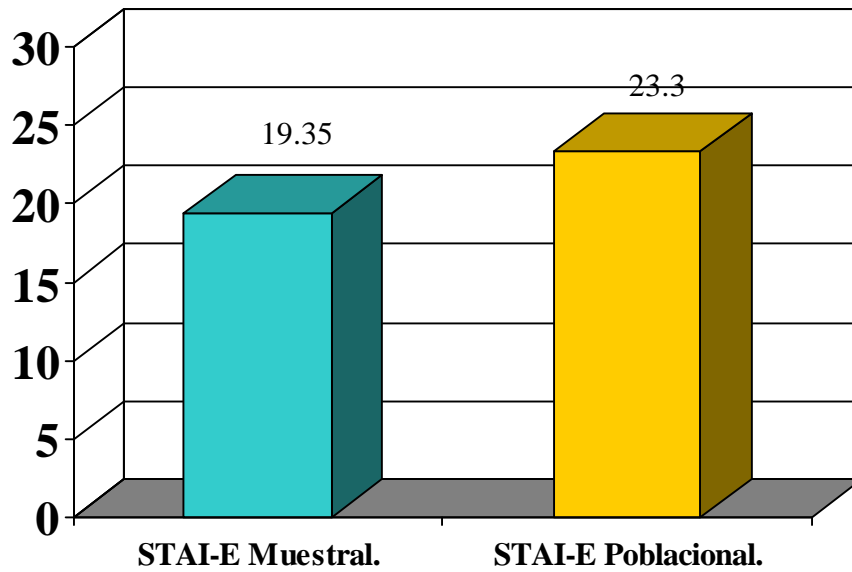
REPRESENTACIONES GRÁFICAS❖ Ansiedad-Estado

Gráfico 21.

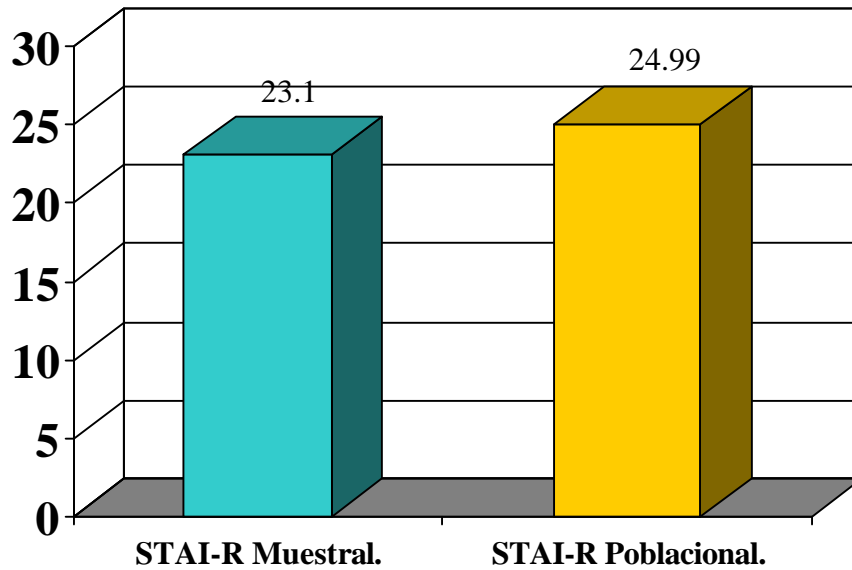
❖ Ansiedad-Rasgo

Gráfico 22.

5.3 RESULTADOS DEL TEST DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

5.3.1 MUESTRA "A"

TABLA

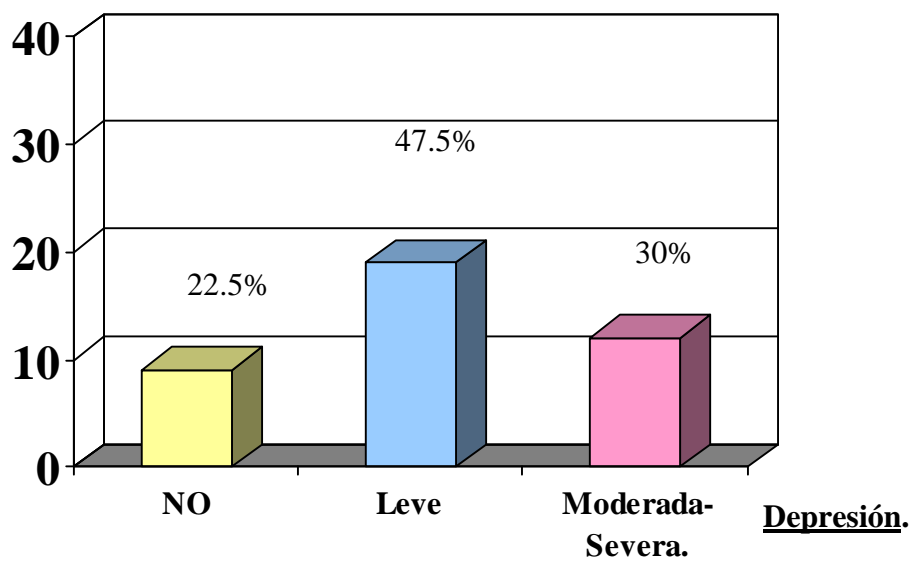
<i>Pacientes</i>	<i>Test de Hamilton-Depresión</i>
1	12
2	11
3	8
4	15
5	17
6	14
7	14
8	13
9	20
10	12
11	8
12	2
13	12
14	10
15	4
16	16
17	11
18	3
19	15
20	17
21	20
22	7
23	14
24	8
25	7
26	20
27	2
28	16
29	32
30	12
31	15
32	3
33	4
34	7
35	19
36	8
37	11
38	11
39	13
40	12
Media muestral:	11.87
Desviación Típica muestral:	5.99

Tabla 21.

Tras el análisis de la muestra, obtenemos los siguientes resultados:

- No depresión: 9 casos (22.5%)
- Depresión leve: 19 casos (47.5%)
- Depresión moderada / severa: 12 casos (30%)

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Gráfica 23.

5.3.2 MUESTRA "B"

TABLA

<i>Pacientes</i>	<i>Test de Hamilton-Depresión</i>
1	12
2	12
3	20
4	6
5	7
6	14
7	16
8	5
9	8
10	3
11	7
12	13
13	7
14	7
15	6
16	14
17	11
18	10
19	3
20	8
21	18
22	16
23	19
24	7
25	6
26	12
27	6
28	16
29	11
30	13
31	13
32	12
33	12
34	7
35	2
36	9
37	10
38	4
39	11
40	6
Media muestral:	9.97
Desviación Típica muestral:	4.53

Tabla 22.

Tras el análisis de la muestra, obtenemos los siguientes resultados:

- No depresión: 16 casos (40%)
- Depresión leve: 18 casos (45%)
- Depresión moderada / severa: 6 casos (15%)

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

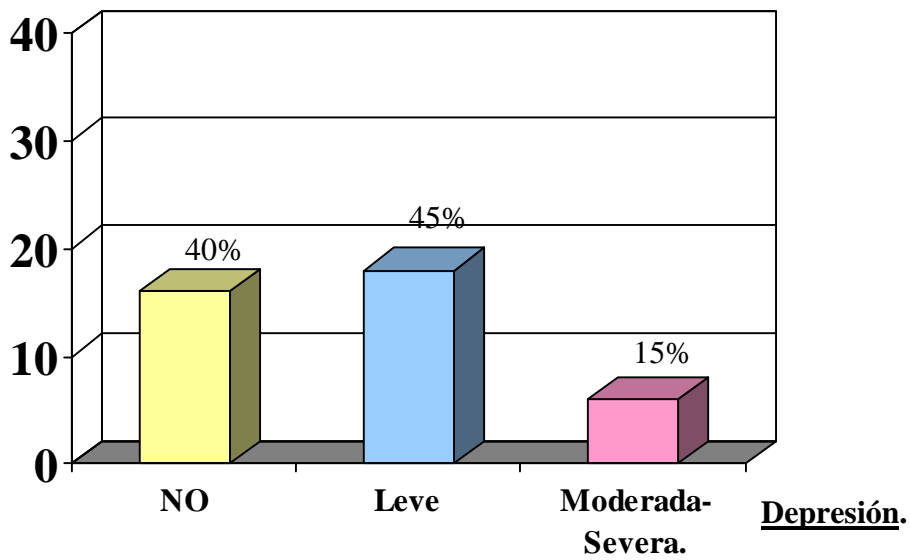


Gráfico 24.

5.4 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO DE CLONINGER (CTP)

5.4.1 MUESTRA "A"

TABLA

<i>Paciente</i>	<i>Búsqueda de novedad</i>	<i>Evitación de daño</i>	<i>Dependencia de recompensa</i>
1	13	14	22
2	11	21	18
3	17	5	17
4	9	21	16
5	13	18	23
6	13	16	17
7	12	20	18
8	13	17	22
9	13	25	17
10	17	12	16
11	16	13	21
12	14	13	18
13	15	21	16
14	9	11	15
15	11	23	15
16	8	15	19
17	11	13	16
18	16	18	16
19	13	21	11
20	5	16	13
21	12	23	23
22	23	7	21
23	18	18	19
24	24	11	22
25	14	13	22
26	12	14	19
27	13	9	17
28	19	21	18
29	13	24	14
30	11	7	19
31	13	23	20
32	8	10	15
33	18	6	20
34	14	18	23
35	23	5	15
36	5	12	16
37	13	11	15
38	13	20	18
39	8	19	19
40	13	12	18
Media muestral:	13.25	15.40	18.02
Des. Típ. Muestral:	4.28	5.59	2.89
Media poblacional:	13.04	12.87	20.13
Des. Típ. Poblacio.:	4.89	6.06	3.76

Tabla 23.

Tras el análisis de los datos de la muestra, obtenemos los siguientes resultados:

Búsqueda de novedad: Normal: 29 casos (72.5%)

Baja: 5 casos (12.5%)

Alta: 6 casos (15%)

Evitación de daño: Normal: 24 casos (60%)

Baja: 3 casos (7.5%)

Alta: 13 casos (32.5%)

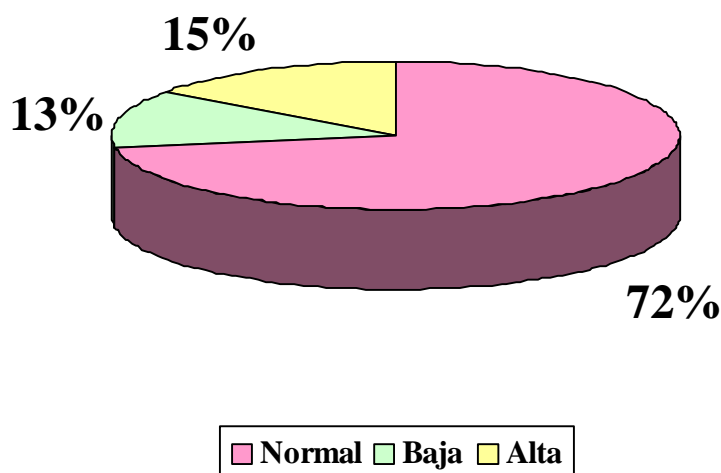
Dependencia de la recompensa: Normal: 27 casos (67.5%)

Baja: 13 casos (32.5%)

Alta: 0 casos (0%)

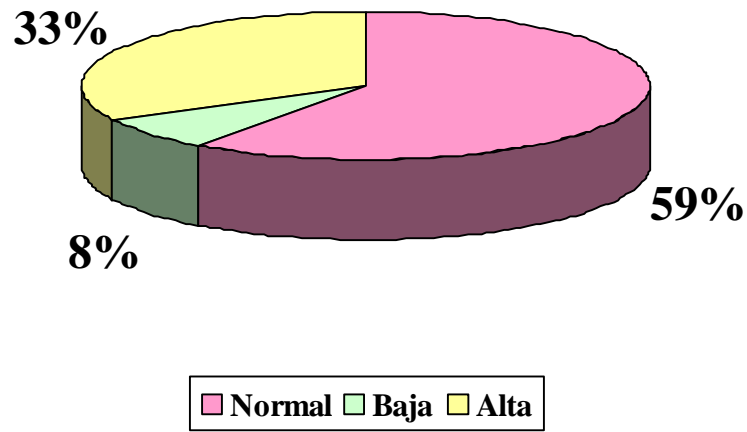
REPRESENTACIONES GRÁFICAS

❖ Búsqueda de novedad



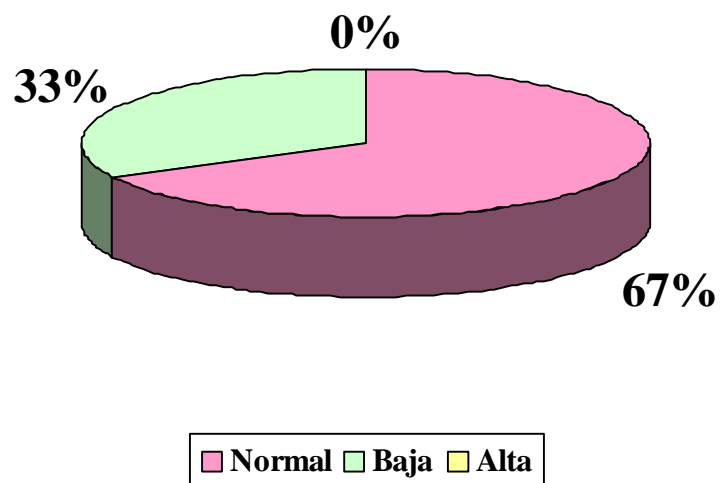
Gráfica 25.

❖ Evitación de daño



Grafica 26.

❖ Dependencia de la recompensa:



Gráfica 27.

5.4.2 MUESTRA "B"

TABLA

<i>Pacientes</i>	<i>Búsqueda de novedad</i>	<i>Evitación de daño</i>	<i>Dependencia de recompensa</i>
1	14	27	14
2	15	12	22
3	11	21	19
4	16	16	15
5	18	7	18
6	11	15	18
7	22	20	17
8	4	19	22
9	12	5	18
10	8	14	17
11	16	21	12
12	14	10	17
13	11	6	17
14	8	16	19
15	17	14	21
16	11	12	20
17	12	19	18
18	14	8	16
19	7	18	15
20	8	13	17
21	9	16	20
22	16	13	20
23	22	18	18
24	18	15	20
25	14	11	17
26	12	25	24
27	8	16	15
28	15	9	20
29	13	12	22
30	12	16	16
31	11	14	22
32	12	14	15
33	12	16	20
34	14	17	22
35	12	18	19
36	10	14	11
37	13	19	20
38	12	17	20
39	11	13	23
40	13	15	15
Media muestral:	12.70	15.02	18.27
Des. Típ. Muestral:	3.72	4.65	2.56
Media poblacional:	13.04	12.87	20.13
Des. Típ. Poblacio.:	4.89	6.06	3.76

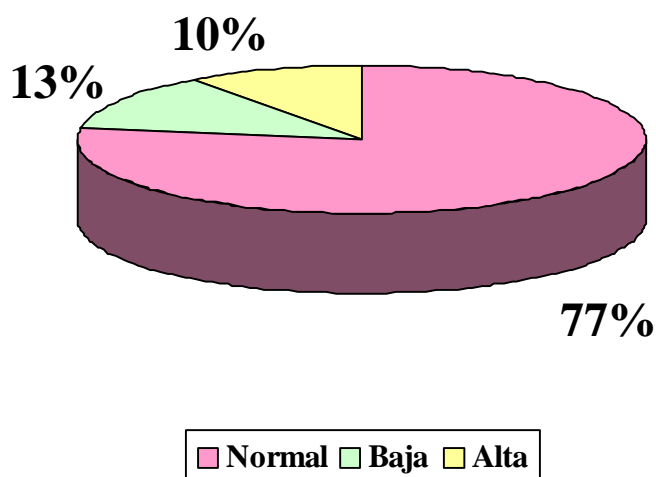
Tabla 24.

ras el análisis de los datos de la muestra, obtenemos los siguientes resultados:

<u>Búsqueda de novedad:</u>	Baja: 5 casos (12.5%)
	Normal: 31 casos (77.5%)
	Alta: 4 casos (10%)
<u>Evitación de daño:</u>	Baja: 2 casos (5%)
	Normal: 30 casos (75%)
	Alta: 8 casos (20%)
<u>Dependencia de la recompensa:</u>	Baja: 9 casos (22.5%)
	Normal: 30 casos (75%)
	Alta: 1 caso (2.5%)

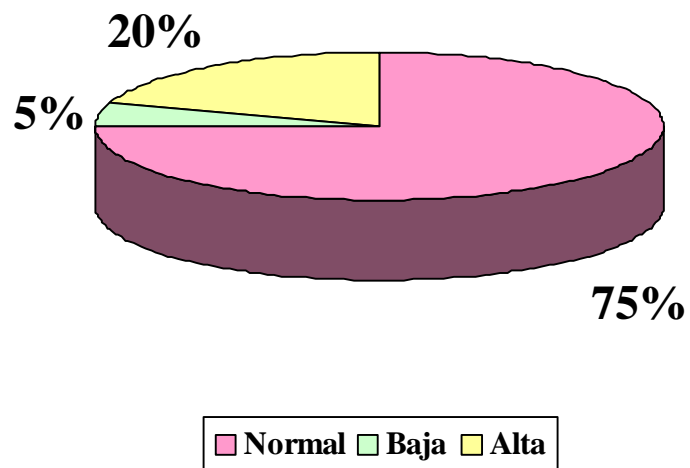
REPRESENTACIONES GRÁFICAS

❖ Búsqueda de novedad:



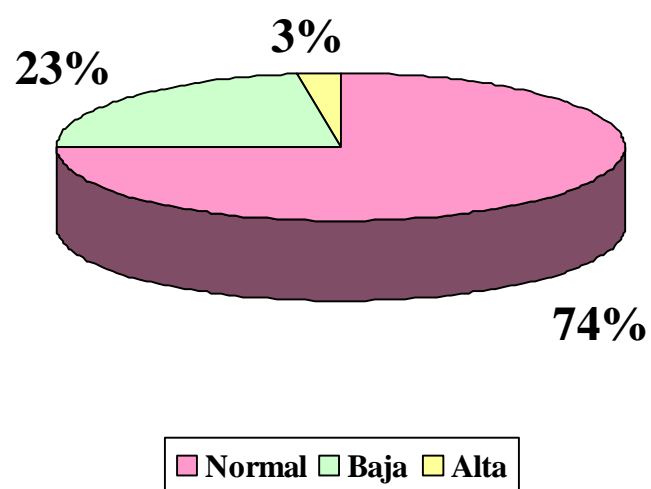
Gráfica 28.

❖ Evitación de daño:



Gráfica 29.

❖ Dependencia de la recompensa:



Gráfica 30.

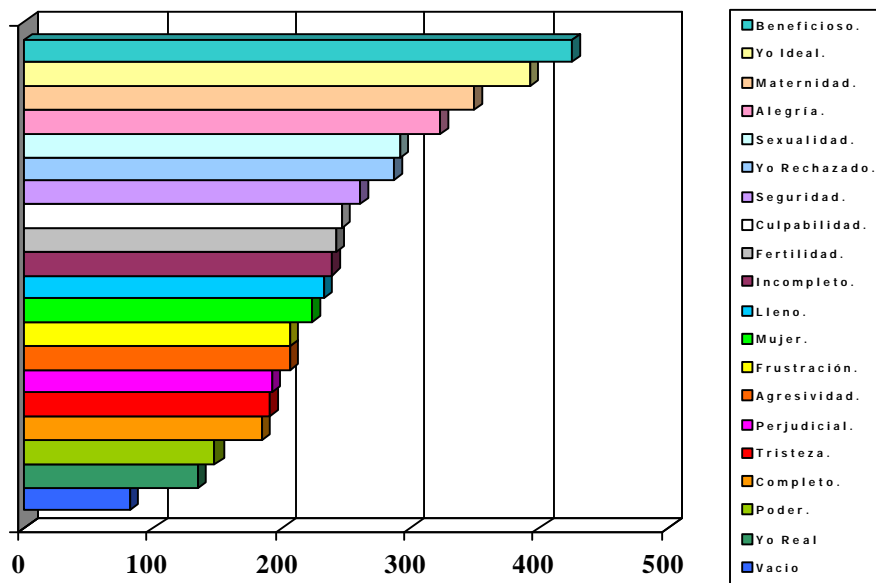
5.5 RESULTADOS DEL REPERTORY GRID DE KELLY

5.5.1 MUESTRA "A"

INTENSIDAD RELACIONAL ENTRE LOS CONSTRUCTOS

<i>Constructo</i>	<i>Intensidad Relacional</i>
1. VACIO	81.45
2. YO REAL	137.05
3. PODER	148.23
4. COMPLETO	184.04
5. TRISTEZA	190.24
6. PERJUDICIAL	192.70
7. AGRESIVIDAD	206.49
8. FRUSTRACIÓN	206.54
9. MUJER	223.33
10. LLENO	233.04
11. IMCOMPLETO	238.80
12. FERTILIDAD	242.64
13. CULPABILIDAD	247.65
14. SEGURIDAD	261.63
15. YO RECHAZADO	287.66
16. SEXUALIDAD	291.49
17. ALEGRÍA	332.45
18. MATERNIDAD	350.12
19. YO IDEAL	393.49
20. BENEFICIOSO	424.90

Tabla 26.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA**Intensidad Relacional.**

Gráfica 31.

ANÁLISIS FACTORIAL

<i>Constructos</i>	<i>Constructo número</i>	<i>Factor I</i>	<i>Factor II</i>	<i>Factor III</i>	<i>Factor IV</i>	<i>Factor V</i>	<i>Comunalidades</i>
Yo real	1	+0.24820	-0.09787	-0.04904	+0.58183	-0.01780	+0.41243
Completo	2	+0.30989	+0.04838	-0.17108	+0.61924	-0.52669	+0.78850
Mujer	3	+0.23406	-0.07170	+0.02311	+0.82146	-0.07726	+0.74122
Alegría	4	+0.50972	-0.49912	-0.12664	+0.33968	-0.05281	+0.64315
Vacío	5	-0.02467	+0.43818	-0.09789	+0.05945	+0.57457	+0.53581
Culpabilidad	6	-0.20224	-0.71887	-0.20852	-0.20363	+0.07347	+0.64802
Maternidad	7	+0.61374	-0.15431	+0.14477	+0.51301	+0.11453	+0.69774
Yo ideal	8	+0.69466	-0.11316	+0.11410	+0.50111	-0.05122	+0.76221
Sexualidad	9	+0.71833	-0.16305	-0.04525	+0.28958	+0.08972	+0.63653
Incompleto	10	-0.24255	+0.18670	-0.23130	-0.28426	-0.59642	+0.58371
Beneficioso	11	+0.85092	-0.07014	-0.00244	+0.30120	-0.16331	+0.84639
Yo rechaza.	12	-0.33196	+0.49125	-0.31677	-0.26041	+0.27766	+0.59678
Fertilidad	13	+0.71816	-0.16149	+0.03208	+0.10078	-0.00703	+0.55307
Lleno	14	+0.82136	-0.00103	+0.10125	-0.18198	-0.34399	+0.83632
Poder	15	+0.36369	+0.03552	-0.68634	+0.16691	-0.34526	+0.75163
Agresividad	16	-0.12516	+0.36597	-0.75282	-0.14933	+0.16830	+0.76697
Perjudicial	17	-0.24060	+0.30897	-0.74802	-0.00143	+0.15056	+0.73556
Frustración	18	-0.08980	+0.81396	-0.25510	+0.12030	+0.08482	+0.75734
Seguridad	19	+0.56835	-0.27624	-0.53197	+0.13225	-0.09947	+0.70970
Tristeza	20	-0.02859	+0.89226	-0.05807	-0.07903	-0.00618	+0.80661

Tabla 27.

<i>Factor</i>	<i>Lambda</i>	<i>Varianza</i>	<i>Porcentaje</i>
I	7.0767	4.5102	22.551
II	3.1258	3.1109	38.106
III	1.3871	2.2512	49.362
IV	1.1890	2.5263	61.993
V	1.0309	1.4110	69.048

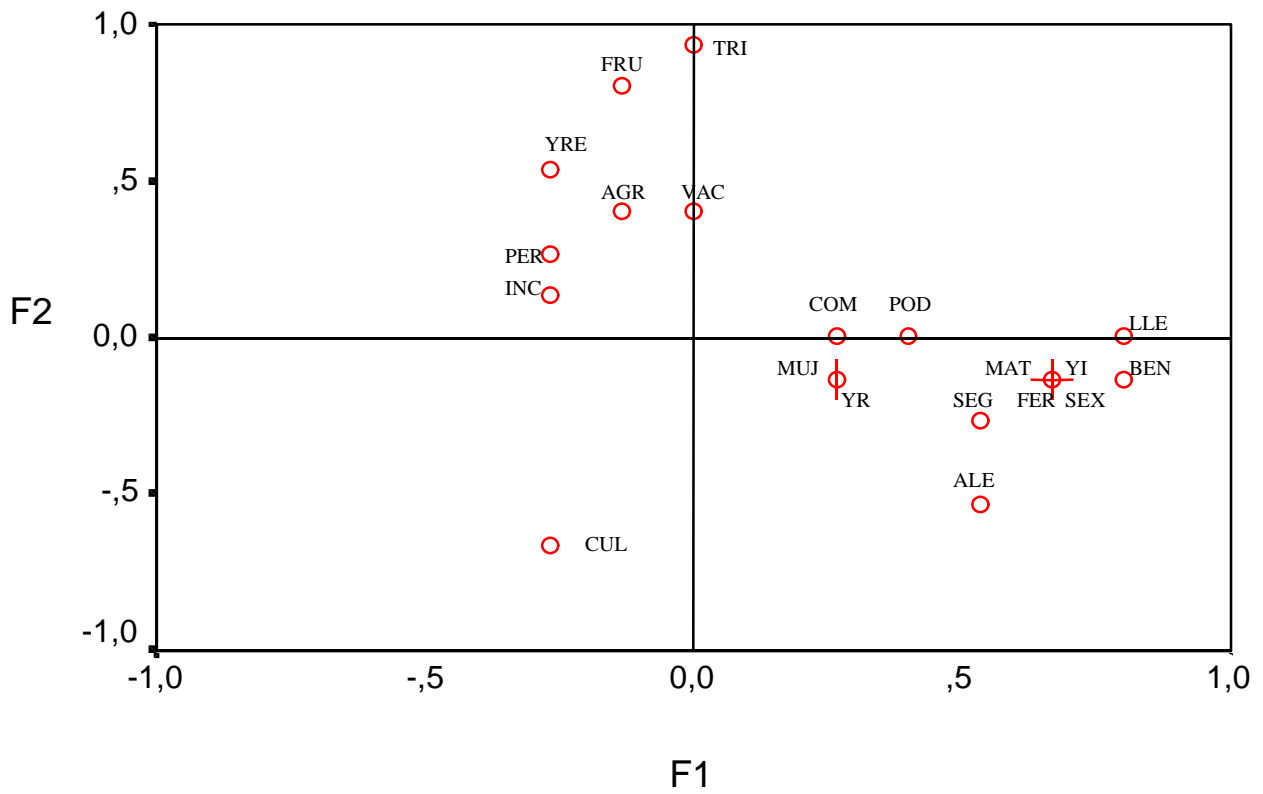
Tabla 28.

- **Factor I:** ALE, MAT, YI, SEX, BEN, FER, LLE, SEG
- **Factor II:** CUL, YRE, FRU, TRI
- **Factor III:** POD, AGR, PER
- **Factor IV:** YR, COM, MUJ
- **Factor V:** VAC, INC

- **Representación gráfica de los factores: I y II**

MUESTRA A

Menopausia Fisiológica



Gráfica 32.

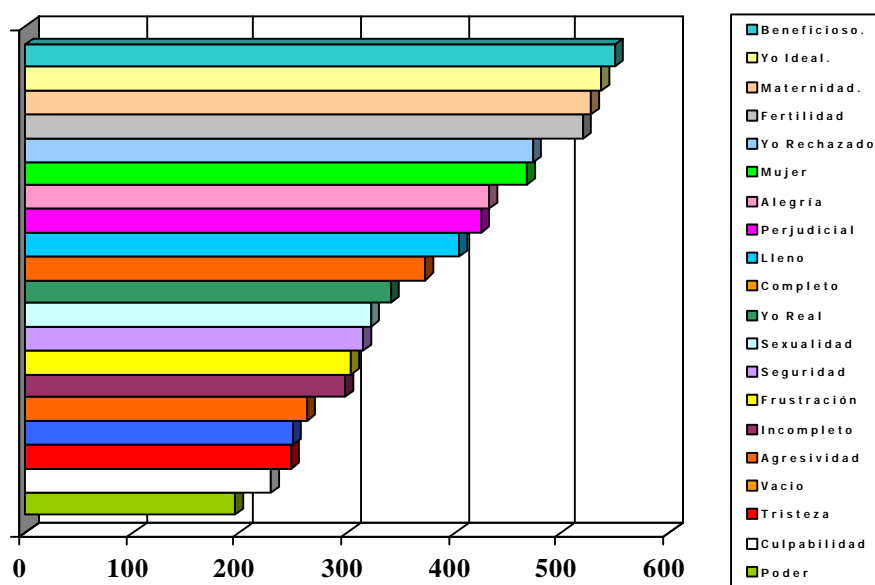
5.1.2 MUESTRA "B"

INTENSIDAD RELACIONAL ENTRE LOS CONSTRUCTOS

<i>Constructo</i>	<i>Intensidad Relacional</i>
1. PODER	196.04
2. CULPABILIDAD	229.63
3. TRISTEZA	247.58
4. VACÍO	248.94
5. AGRESIVIDAD	262.70
6. INCLOMPLETO	297.45
7. FRUSTRACIÓN	303.88
8. SEGURIDAD	315.09
9. SEXUALIDAD	322.09
10. YO REAL	341.59
11. COMPLETO	373.19
12. LLENO	404.10
13. PERJUDICIAL	425.50
14. ALEGRÍA	432.99
15. MUJER	468.00
16. YO RECHAZADO	472.93
17. FERTILIDAD	519.67
18. MATERNIDAD	527.86
19. YO IDEAL	537.61
20. BENEFICIOSO	550.21

Tabla 30.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Intensidad Relacional.

Gráfica 33.

ANÁLISIS FACTORIAL

<i>Constructos</i>	<i>Constructo número</i>	<i>Factor I</i>	<i>Factor II</i>	<i>Factor III</i>	<i>Factor IV</i>	<i>Factor V</i>	<i>Comunalidades</i>
Yo real	1	+0.77665	-0.09165	-0.01013	+0.13173	+0.04565	+0.63113
Completo	2	+0.55494	+0.02171	-0.38078	+0.46640	-0.07536	+0.67669
Mujer	3	+0.78310	-0.15900	-0.08558	+0.27752	+0.20785	+0.76607
Alegría	4	+0.68868	-0.50283	+0.01583	+0.22003	-0.07613	+0.74115
Vacío	5	-0.04328	+0.38820	+0.73700	+0.00743	+0.24223	+0.75448
Culpabilidad	6	-0.21277	+0.60721	+0.15256	+0.19277	+0.24513	+0.53480
Maternidad	7	+0.90937	-0.05441	-0.14010	+0.03647	-0.14685	+0.87244
Yo ideal	8	+0.80875	-0.22802	-0.28146	-0.06106	-0.07794	+0.79509
Sexualidad	9	+0.60817	-0.12740	-0.11750	+0.50540	+0.16879	+0.68383
Incompleto	10	-0.27907	+0.07416	+0.84612	-0.26796	-0.17906	+0.90316
Beneficioso	11	+0.63798	-0.19373	-0.59185	-0.03705	-0.24872	+0.85806
Yo rechaza.	12	-0.46675	+0.51350	+0.53391	+0.05618	-0.09893	+0.77954
Fertilidad	13	+0.86752	+0.07098	-0.25971	+0.00319	-0.25331	+0.88925
Lleno	14	+0.54988	-0.03981	-0.37009	+0.25481	-0.48885	+0.74482
Poder	15	+0.19861	+0.08157	-0.17180	+0.89309	-0.10778	+0.88484
Agresividad	16	-0.20228	+0.62752	+0.20300	+0.59654	-0.11850	+0.84582
Perjudicial	17	-0.27616	+0.72478	+0.38720	+0.34171	+0.14954	+0.89066
Frustración	18	+0.04342	+0.96447	+0.08883	-0.00186	+0.22846	+0.99218
Seguridad	19	+0.55862	-0.12627	+0.07512	+0.28758	-0.69542	+0.89996
Tristeza	20	-0.02521	+0.93186	+0.02613	-0.10779	-0.29127	+0.96613

Tabla 31.

<i>Factor</i>	<i>Lambda</i>	<i>Varianza</i>	<i>Porcentaje</i>
I	8.5433	6.0852	30.426
II	3.6778	3.9312	50.082
III	1.4505	2.6223	63.194
IV	1.3489	2.1639	74.013
V	1.0897	1.3075	80.551

Tabla 32.

- **Factor I:** YR, COM, MUJ, ALE, MAT, YI, SEX, BEN, FER, LLE
- **Factor II:** CUL, AGR, PER, FRU, TRI
- **Factor III:** VAC, INC, YRE
- **Factor IV:** POD
- **Factor V:** SEG

□ Representación gráfica de los Factores: I y III

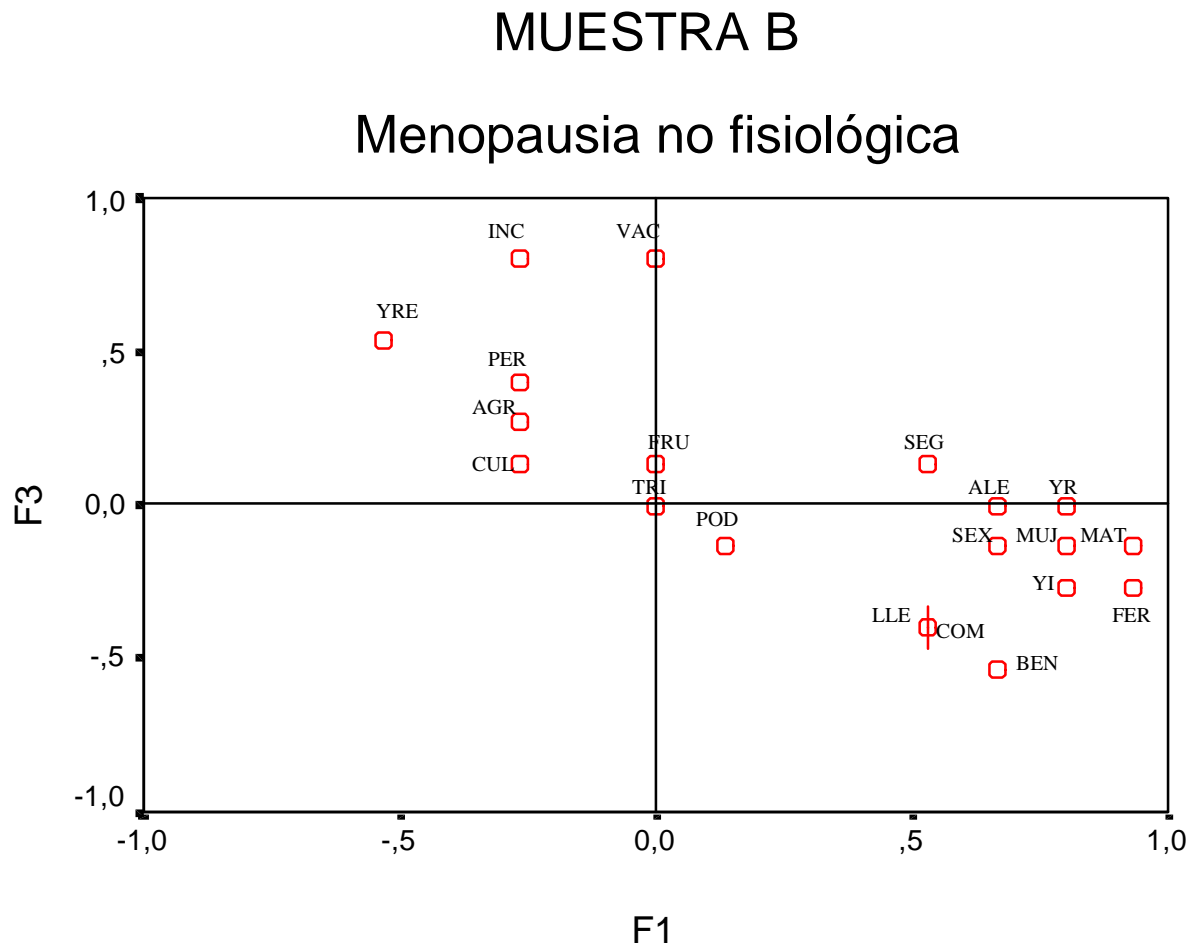


Gráfico 34.

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE LA HISTORIA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA

6.1.1 MUESTRA "A"

- Estado Civil: el 90% están "casadas", frente a un 5% de "divorciadas" y "viudas" respectivamente. (Gráfico 1)

- Número de hijos: el 35% tienen "3 hijos", el 32.5% tienen "2 hijos", el 17.5% tienen "4 hijos", el 7,5% tienen "5 hijos", y el 2.5% respectivamente tienen "0, 1 o 6 hijos". No se ha encontrado ninguna con "más de 6 hijos". (Gráfico 2)

- Estudios: el 45% "no han cursado estudios", con respecto al 42.5% que han cursado "EGB o Primaria", el 12,5% han estudiado "Carrera Universitaria" y no se ha entrevistado ningún caso que sólo haya estudiado "BUP, COU o FP". (Gráfico 3)

- Trabajo: el 60% de las entrevistadas en esta muestra son "amas de casa", mientras que el 40% "trabajan fuera del hogar". (Gráfico 4)

- Número de ingresos: el 62.5% ingresa " 1 sueldo", el 37.5% "2 sueldos", y no se ha encontrado ningún caso con "0 o más de 2 sueldos". (Gráfico 5)
- Historia personal psiquiátrica: el 100% de la muestra "carece de antecedentes psiquiátricos". (Gráfico 6)
- Historia familiar psiquiátrica: el 87.5% "no tiene antecedentes psiquiátricos familiares de primer grado", respecto al 12.5% que "si tienen antecedentes familiares psiquiátricos". (Gráfico 7)
- Terapia hormonal sustitutiva: el 67.5% "no tiene pautado dicho tratamiento", frente al 32.5% que "si lo tienen pautado". (Gráfico 8)
- Número de años de menopausia: el 20% llevan "5 años", el 17.5% llevan "10 años", el 15% "6 años", el 12.5 % respectivamente llevan "1 y 3 años", el 7.5% "4 años", el 5% "2 años" y no se ha encontrado en la muestra ningún caso con "0, 7 y 9 años". (Gráfico 9)

6.1.2 MUESTRA "B"

- Estado civil: el 80% de la muestra se encuentran "casadas", el 10% "solteras" y el 5% respectivamente se encuentran "divorciadas y viudas". (Gráfico 10)
- Número de hijos: el 45% tienen "2 hijos", el 20% tienen "3 hijos", el 12.5% tienen "4 hijos", sin embargo hay un 10% que "no ha tenido hijos", un 7.5% que tienen sólo "1 hijo", y el 2.5% respectivamente tienen "5 y 6 hijos". No se han encontrado casos con "más de 6 hijos". (Gráfico 11)

- Estudios: el 20% “no han cursado estudios”, el 57.5% han cursado “EGB o Primaria”, el 12.5% han cursado “BUP, COU o FP” solamente y el 10% han estudiado una “Carrera Universitaria”. (Gráfico 12)

- Trabajo: el 55% de las entrevistadas en esta muestra son “amas de casa”, con respecto al 45% que “trabajan fuera del hogar”. (Gráfico 13)

- Número de ingresos: el 65% ingresa “1 sueldo” en su ámbito familiar, el 30% “2 sueldos”, el 5% “no tiene ningún tipo de ingreso” y no se ha encontrado ningún caso de la muestra que tenga “más de dos sueldos”. (Gráfico 14)

- Historia personal psiquiátrica: el 100% de la muestra “no tiene antecedentes psiquiátricos”. (Gráfico 15)

- Historia familiar psiquiátrica: el 85% “no tenían historia familiar psiquiátrica” en parientes de primer grado y sólo el 15% “si tenían parientes con antecedentes”. (Gráfico 16)

- Terapia hormonal sustitutiva: al 72.5% le ha sido pautado el “tratamiento hormonal sustitutivo”, con respecto al 27.5% al que “no le ha sido pautado”. (Gráfico 17)

- Número de años de menopausia: el 20% lleva “2 años”, el 15% lleva “3 y 1 año” respectivamente, el 12.5% lleva “10 años”, el 10% lleva “4 años”, el 7.5% lleva “8 años”, el 5% llevan “5, 7 y 9 años” respectivamente y el 2.5% llevan “0 y 6 años” respectivamente. (Gráfico 18)

6.1.3 ANÁLISIS DE SIGNIFICANCIAS ENTRE LA MUESTRA "A" Y "B"

No hay significancias entre ambas muestras con respecto a las preguntas de la Historia Clínica Semiestructurada.

6.2 ANÁLISIS DEL TEST DE STAI

6.2.1 MUESTRA "A"

- Ansiedad- Estado: presentan una media de 20.10 +/- 13.88 de desviación típica, por lo que su puntuación se encuentra por debajo de la media poblacional. (Gráfico 19)

- Ansiedad- Rasgo: presentan una media de 24.15 +/- 12.01 de desviación típica, encontrándose su puntuación por debajo de la media poblacional. (Gráfico 20)

6.2.2 MUESTRA "B"

- Ansiedad- Estado: presentan una media de 19.35 +/- 12.55 de desviación típica, por lo que su puntuación está por debajo de la media poblacional. (Gráfico 21)

- Ansiedad- Rasgo: presentan una media de 23.10 +/- 11.19 de desviación típica, por lo que su puntuación está por debajo de la media poblacional. (Gráfico 22)

6.2.3 ANÁLISIS DE SIGNIFICANCIAS ENTRE LA MUESTRA "A" Y "B"

No existen diferencias significativas al comparar ambas muestras entre sí.

6.3 ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

6.3.1 MUESTRA "A"

Tras el análisis de los resultados encontramos 9 casos en los que "no existe depresión" (22.5%), 19 en los que hay "depresión leve" (47.5%) y 12 en los que hay "depresión moderada- severa" (30%). (Gráfico 23)

El 77.5% de la muestra puntúa en niveles de depresión de leve a moderada-severa.

6.3.2 MUESTRA "B"

La muestra presenta 16 casos de "no depresión" (40%), 18 casos de "depresión leve" (45%) y 6 casos de "depresión moderada-severa" (15%). (Gráfico 24)

El 60% de la muestra puntúa en niveles de depresión, aunque respecto a la Muestra "A", hay menos porcentaje de casos de depresión moderada-severa.

6.3.3 ANÁLISIS DE SIGNIFICANCIA ENTRE LA MUESTRAS "A" Y "B"

Aunque ambas alcanzan en un alto porcentaje puntuación de depresión, no existen diferencias significativas entre ambas muestras.

6.4 ANÁLISIS DEL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO DE CLONINGER

6.4.1 MUESTRA "A"

- Búsqueda de novedad (BN): la muestra "A" presenta un 72.5% con "BN normal", un 15% con "alta BN" y un 12.5% con "baja BN". (Gráfico 25)

- Evitación de daño (ED): existe un 60% con "ED normal", un 32.5% con "alta ED" y un 7.5% con "baja ED". (Gráfico 26)

- Dependencia de la recompensa (DR): hay un 67.5% con "DR normal", un 0% con "alta DR" y un 32.5% con "baja DR". (Gráfico 27)

Para la Búsqueda de novedad y Dependencia de la recompensa, la media muestral se encuentra dentro y por debajo de la poblacional respectivamente; sin embargo para Evitación de daño, la media muestral se sitúa por encima de la media poblacional.

6.4.2 MUESTRA "B"

- Búsqueda de novedad (BN): existe un 77.5% con "BN normal", un 10% con "alta BN" y un 12.5% con "baja BN". (Gráfico 28)

- Evitación de daño (ED): hay un 75% de los casos con "ED normal", un 20% con "alta ED" y un 5% con "baja ED". (Gráfico 29)

- Dependencia de la recompensa (DR): entre los casos de la muestra encontramos un 75% con "normal DR", un 2.5% con "alta DR" y un 22.5% con "baja DR". (Gráfico 30)

Esta muestra puntúa en Búsqueda de la novedad y Dependencia de la recompensa por debajo de la media poblacional, pero al igual que en la muestra "A", la media de Evitación de daño puntúa por encima de la media poblacional.

6.4.3 ANÁLISIS DE SIGNIFICANCIAS ENTRE LA MUESTRA "A" Y "B"

No se han encontrado diferencias significativas al comparar ambas muestras.

6.5 ANÁLISIS DEL REPERTORY GRID DE KELLY

6.5.1 MUESTRA "A"

6.5.1.1 CORRELACIONES ENTRE CONSTRUCTOS

- Constructos Nucleares de Identidad (entre sí): el Yo Real mantiene una correlación positiva y significativa (0.45) con el Yo Ideal. Sin embargo con Mujer, mantiene una correlación positiva pero no significativa (0.35).

El Yo Ideal sí mantiene correlación positiva y significativa (0.55) con Mujer.

Tanto el Yo Real como el Yo Ideal se alejan del Yo Rechazado, aunque de forma significativa sólo desde el Yo Ideal (-0.47).

- Constructos Nucleares de Identidad y Constructos Conformantes: no existe correlación significativa del Yo Real con los constructos conformantes (Mujer, Sexualidad y Fertilidad), al contrario de lo que ocurre desde el Yo Ideal, donde es la más alta la que se establece entre el Yo Ideal y Maternidad (0.62).

El constructo Mujer sólo se correlaciona significativamente en positividad con Maternidad (0.59).

- Constructos Nucleares de Identidad y Constructos de Estado: ni desde Yo Real, Yo Ideal, ni Mujer, se encuentra correlación significativa con los constructos de estado. Solamente el Yo Rechazado se correlaciona positiva y significativamente con Culpabilidad (0.56) y Frustración (0.45).

- Constructos Nucleares de Identidad y Constructos de Situación: desde el Yo Real no se alcanzan correlaciones importantes con ningún constructo de situación. El Yo Ideal correlaciona positivamente con Completo (0.48), Alegría (0.62), Beneficioso (0.75) y Lleno (0.47). Mujer correlaciona con Completo (0.55) y Beneficioso (0.46).

Yo Rechazado alcanza correlación positiva y significativa con Perjudicial (0.50) e Incompleto (0.45).

- Constructos Conformantes (entre sí): todos los constructos conformantes se correlacionan positivamente entre sí, siendo la correlación más alta la que mantienen Sexo y Fertilidad (0.56).

- Correlaciones significativas de los Constructos Conformantes con el resto de constructos: Maternidad correlaciona con Alegría (0.47), Culpabilidad (-0.41) y Beneficioso (0.66). Sexualidad correlaciona con Alegría (0.50) y Beneficioso (0.68). Por otro lado Fertilidad correlaciona con Beneficioso (0.68) y Lleno (0.61).

6.5.1.2 INTENSIDAD RELACIONAL

El constructo más supraordenado es **Beneficioso** pues alcanza la mayor puntuación (más interrelación con el resto de constructos) y el más infraordenado es **Vacío** (menos interrelacionado).

Las puntuaciones obtenidas en Intensidad Relacional para la mayoría de los constructos nos señalan una construcción ligeramente permeable, sobre todo por la diferencia interrelacional que mantienen el constructo más supraordenado y el más infraordenado, y por ende nos encontramos con un sistema constructivo accesible a la modificación o cambio cognitivo.

Podemos distinguir un primer bloque compacto formado por el constructo de identidad Yo Ideal, alrededor del cual se sitúa el constructo conformante Maternidad y Fertilidad, y los constructos de estado Alegría y Beneficioso.

El segundo bloque, formado alrededor del Yo Rechazado y Mujer se completa con los constructos conformantes Sexualidad y Fertilidad, los de situación Incompleto, Lleno y los de estado Seguridad, Culpabilidad, Frustración y Agresividad.

El último bloque viene determinado por el Yo Real con muy baja interrelación constructiva, junto al constructo de estado Poder y el resto de situación: Vacío, Tristeza y Completo.

6.5.1.3 ANÁLISIS FACTORIAL

En el análisis factorial aparecen cinco factores que explican el 69.048% de la varianza total.

- El **Factor I** se configura con todos los constructos conformantes (Maternidad, Fertilidad, Sexualidad), con el constructo de identidad (Yo Ideal), con los de situación (Alegría, Beneficioso, Lleno) y con el de estado (Seguridad). Todos con pesos factoriales de carga positiva.
- El **Factor II** incluye al constructo de identidad Yo Rechazado, Culpabilidad y Frustración entre los constructos de estado y Tristeza entre los de situación, todos con carga factorial positiva.
- El **Factor III** se construye con los constructos de estado Poder y Agresividad, y el de situación Perjudicial. Todos con pesos factoriales negativos.
- El **Factor IV** reúne a dos constructos de identidad Yo Real y Mujer, y al constructo de situación Completo. Todos con pesos factoriales positivos.
- El **Factor V** se satura con los constructos de situación Vacío e Incompleto. Con pesos factoriales positivo y negativo respectivamente.

Hemos representado los factores I y II, siguiendo la Técnica de Bannister en su método del ancla, en el que se debe recoger en un eje el factor que incluya el constructo más supraordenado (Beneficioso) y en otro eje el siguiente constructo más supraordenado pero que no tiene relación significativa con el más supraordenado (Yo Rechazado).

- El Yo Real y el Yo Ideal aparecen en el mismo cuadrante pero no cercanos.
- El Yo Real se acerca a Mujer y Completo.
- El Yo Ideal se rodea de Maternidad, Fertilidad, Sexualidad, Beneficioso y Lleno.
- A medio camino entre Yo Real y Yo Ideal se sitúa Seguridad y Alegría.
- En otro cuadrante se sitúan la Tristeza, muy cercana a Frustración y el Yo Rechazado con Vacío, Agresividad, Perjudicial e Incompleto.
- El constructo Culpabilidad se sitúa en otro cuadrante muy alejado de la imagen real e ideal y de tristeza.

6.5.2 MUESTRA "B"

6.5.2.1 CORRELACIONES ENTRE CONSTRUCTOS

• Constructos Nucleares de Identidad (entre sí): el Yo Real mantiene correlación positiva y significativa con Yo Ideal (0.53) y con Mujer (0.63); y negativa con Yo Rechazado (-0.45). El Yo Ideal correlaciona positivamente con Mujer (0.55) y al igual que el Yo Real, negativamente con el Yo Rechazado (-0.76).

• Constructos Nucleares de Identidad y Constructos Conformantes: tanto el Yo Real, como el Yo Ideal y Mujer correlacionan positiva y significativamente con los constructos conformantes.

- Constructos Nucleares de Identidad y Constructos de Estado: no existe correlación significativa ni del Yo Real, ni de Mujer con los constructos de estado (Frustración, Seguridad, Agresividad, Culpabilidad y Poder), ni en Yo Rechazado con Seguridad. Tan sólo encontramos una correlación significativa y positiva entre Yo Rechazado con Culpabilidad (0.59), Frustración (0.45) y Agresividad (0.47).

- Constructos Nucleares de Identidad y Constructos de Situación: existe correlación significativa y positiva del Yo Real y de los constructos de situación (Lleno, Completo, Alegre y Beneficioso). El Yo Ideal se correlaciona significativamente y de forma positiva con Completo (0.42), pero además tiene una correlación significativa y negativa con Perjudicial e Incompleto.

- Constructos Conformantes (entre sí): todos los constructos conformantes se relacionan entre sí de manera positiva, siendo la correlación más alta la que mantienen Maternidad y Fertilidad (0.83).

- Correlaciones significativas de los Constructos Conformantes con el resto de Constructos: Maternidad se correlaciona con Alegría (0.60), Completo (0.54), Beneficioso (0.70), Lleno (0.68) y Seguridad (0.59). Por otro lado Sexualidad se correlaciona con Alegría (0.51), Completo (0.45), Lleno (0.46) y Poder (0.56). Finalmente Fertilidad se correlaciona con Alegría (0.58), Completo (0.62), Beneficioso (0.68), Lleno (0.61) y Seguridad (0.71).

6.5.2.2 INTENSIDAD RELACIONAL

El constructo más supraordenado es **Beneficioso** pues alcanza la mayor

puntuación (el más interrelacionado con el resto de constructos) y son infraordenados **Poder** y **Yo Real** (los que menos interrelacionados están).

La puntuación que se ha obtenido en Intensidad Relacional para la mayoría de los constructos nos indican que la construcción es ligeramente impermeable, debido a la aparente homogeneidad que mantienen el constructo más supraordenado y el más infraordenado, de esta forma estamos ante un sistema constructivo poco accesible a la modificación o cambio cognitivo.

Podemos distinguir un primer bloque compacto formado por el constructo de identidad Yo Ideal, alrededor del que se sitúan los constructos conformantes Maternidad y Fertilidad, y el constructo de situación Beneficioso.

El segundo bloque viene determinado por los constructos nucleares de identidad Yo Rechazado y Mujer, alrededor del que se sitúan los constructos de situación Alegría, Perjudicial, Lleno y Completo.

El tercer bloque se constituye en torno al constructo nuclear de identidad Yo Real, junto al que aparecen los constructos de situación Tristeza, Incompleto y Vacío, el constructo conformante Sexualidad y los constructos de estado Poder, Culpabilidad, Frustración y Seguridad.

6.5.2.3 ANÁLISIS FACTORIAL

En el análisis factorial aparecen cinco factores que explican el 80.551% de la varianza total.

- El **Factor I** se satura con todos los constructos conformantes (Maternidad, Sexualidad, Fertilidad), con los constructos nucleares de

identidad (Yo Real, Yo Ideal, Mujer) y de los de situación (Completo, Alegría, Beneficioso, Lleno), todos ellos con peso factorial de carga positiva.

- El **Factor II** incluye a los constructos de estado (Culpabilidad, Agresividad, Frustración) y a los de situación (Perjudicial, Tristeza), todos ellos con carga positiva.
- El **Factor III** se reúne en torno a un constructo nuclear de identidad (Yo Rechazado) y a dos de situación (Vacío e Incompleto), con carga positiva.
- El **Factor IV** se constituye en torno al constructo de estado (Poder) y con carga positiva.
- El **Factor V** se conforma alrededor del constructo de estado (Seguridad) y con un peso factorial de carga negativa.

Siguiendo el método enunciado en la muestra "A", se representan gráficamente los ejes I y III, que recojen el constructo Beneficioso y Yo Rechazado respectivamente.

- El Yo Real y el Yo Ideal aparecen en distintos cuadrantes, pero relativamente cerca.
- Alrededor del Yo Real se sitúan Mujer, Sexualidad y Alegría.
- Muy cercano al Yo Ideal se sitúa Fertilidad y a medio camino entre Yo Real e Ideal se sitúa Maternidad.
- En otro cuadrante se sitúan Tristeza, muy cercana a Frustración y Culpabilidad.

7. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos por ambas muestras poblacionales, menopaúsicas fisiológicas y no fisiológicas, nos ha permitido elaborar unas coordenadas sobre las que dibujar la interpretación “realística” en este “periodo involutivo” para cada una de las muestras en relación a la “aprehensión” de la realidad por nosotros suministrada. Con el Repertory Grid de Kelly, hemos intentado buscar la comprensión del espacio de significación muestral tanto a nivel superficial como profundo, y ponerlo en relación con las bases temperamentales, con los niveles de ansiedad y depresión, y con diversas variables sociodemográficas, con el fin de señalar el quantum de implicación personalística y de estereotipos psicosociales que han de tenerse en cuenta a la hora de elaborar las conclusiones.

El estudio estadístico de los datos obtenidos en ambas muestras, nos señalan una homogeneidad intermuestral en lo referente a las cuestiones de la historia clínica semiestructurada, los niveles de ansiedad y depresión, y las dimensiones temperamentales. A pesar de ello, y aunque no existan diferencias

significativas entre ambas muestras, es interesante reseñar en esta discusión algunos resultados obtenidos.

Es un hecho cierto y comprobado en la clínica, que en el periodo postmenopaúsico existe una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad y del humor, sugiriéndose para ello una hipótesis neuroendocrina, en relación a la disminución de las hormonas ováricas, cuya actuación a nivel cerebral, fundamentalmente los estrógenos, sería la modulación del GABAA / receptor benzodiazepina (*Toriizuka, 2000*). Así mismo, se le atribuye efectos positivos de los estrógenos en el humor probablemente relaciona con su acción estimulante del tono adrenérgico y serotoninérgico (*Genazzani et al, 1999*), al igual que parece ocurrir con la progesterona y los andrógenos.

Los estudios llevados a cabo en población perimenopaúsica, también han puesto en relación el aumento del número de depresiones y de trastornos ansiosos con el inicio del descenso en los niveles hormonales (*Dell y Stewar, 2000*). No obstante, sigue siendo controvertido (*Benazzi, F., 2000*), el hecho de atribuir a la menopausia una gran patogenicidad psiquiátrica, considerada exclusivamente como un suceso biológico, pues son muchos los factores psicológicos y sociales que inciden en esta etapa y que también podrían influir en la aparición de dichos trastornos psiquiátricos. Estos aspectos psicosociales tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica de la vida, que amenaza su ajuste, su imagen y su autoconcepto, por ello factores como el ocupacional, el nivel socio-económico, el estado civil o el nivel educativo pueden condicionar de una manera u otra las expectativas en relación con los cambios experimentados tras el cese de la menstruación. En este sentido,

parece ser que un buen apoyo social (*Oldenheve et al.*, 1993), sería beneficioso y preventivo a la hora de enfrentarse a este periodo vital.

En nuestra tesis doctoral, estudiamos el quantum de ansiedad. Utilizamos el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) precisamente para poder diferenciar el estado o condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (A/E) de la propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y que tienen que ver con la predisposición a ver el mundo de una forma determinada y manifestar unas específicas respuestas ante su vinculación con los objetos (A/R). Contrariamente a lo señalado en los estudios de ansiedad en esta época vital, los mujeres incluidas en las muestras ("A" y "B"), no reflejan altos niveles de A/E ni de A/R. No parece pues que las mujeres sometidas a estudio se vean influidas en su estado emocional por el evento menopaúsico, pues en ambas muestras las medias de A/E se sitúan por debajo de las medias poblacionales. En este sentido, nuestros resultados parecen corroborar la Tesis de *Spielberg* (1966), en el que los sujetos con A/R positiva presentarían con mayor probabilidad A/E positiva, mientras que los sujetos con A/R negativa (como ocurre en nuestras muestras) tenderían a responder mejor en la situaciones personales e interpersonales que impliquen una amenaza. Al no encontrar en las muestras de estudio ("A" y "B") valores por encima de la media en A/R (ligada a la genética y la constitución), implicaría y de hecho así parece ocurrir una mayor protección ante situaciones

amenazadoras (menopausia), y por ende una respuesta emocional más adecuada.

Utilizamos el Cuestionario de Hamilton Depresión, para evaluar el quantum de depresión, y aunque tampoco existen diferencias significativas estadísticas entre ambas muestras, un alto porcentaje de la mujeres sometidas a estudio, puntúan en niveles de depresión, desde leve a moderada/ severa. Así, en la muestra "A" el 47.5% presentan depresión leve y el 30% depresión moderada/ severa y en la muestra "B", el 45% puntúan en leve y el 15% en moderada/ severa. Existe por tanto un total de mujeres que alcanzan niveles de depresión de un 77.5% para la muestra "A" y de un 60% para la muestra "B". Estos datos corroboran, la prevalencia de trastornos depresivos, en mujeres postmenopaúsicas al compararlas con otras etapas de la vida (*Winokur, 1973; Neissman et al., 1997; Dennerstein et al., 1999*), sin embargo los resultados no son acordes con los encontrados por *Avis et al. (1991)* que hallaron, que las tasas más elevadas de cuadros depresivos correspondían a mujeres que habían experimentado una menopausia quirúrgica reciente y no detectaban un exceso de riesgo para aquellos con una menopausia natural, ya que nuestra muestra "B" presenta menor porcentaje de mujeres depresivas comparado a la muestra "A" y sobre todo que el mayor porcentaje es en base a puntuaciones en depresión leve (45%). De otro lado nuestros resultados, pueden deberse a que nos encontramos biogenéticamente en ambas muestras elevada la dimensión temperamental de Evitación de Daño, que confirmaría a los sujetos como preocupados, fatigables y con miedo a la incertidumbre, y de ahí su propensión a los trastornos depresivos.

Con independencia de tasas prevalenciales son muchos los autores (*Freud, 1917; Deutsh, 1960; Grimserg, 1976; Marty, 1984; Glatrel, 1985; Rubio, 1990; Medina y Moreno, 1990; Giner, 1993; Medina y Moreno, 1993...*) que en relación a este problema remarcan la importancia del "proceso de duelo". Este proceso se pone en marcha gracias a una serie de factores desencadenantes cuyo significado es dependiente de la pérdida de relación de objeto, de la personalidad previa, así como del material inconsciente y no confesado, transferido a ese objeto. Entre los factores desencadenantes más importantes, está sin duda, la menopausia, alcanzando incluso una puntuación similar a la pérdida del cónyuge como acontecimiento vital negativo en la Escala de Acontecimientos Vitales (*Aris y Makinley, 1991*). La menopausia es un hecho sincrónico en un periodo diacrónico, el climaterio; pero es la que marca la transición entre etapa reproductiva y no reproductiva. La asunción de este nuevo periodo vital, el climaterio, implica nuevas funciones y actividades, tras la pérdida de unas características personales expresión de estereotipos sociales como son la juventud, la disminución del atractivo físico, la capacidad procreadora... La mujer necesita adquirir un nuevo rol y aprender nuevas formas de existencia ante el futuro y para todo esto necesita la elaboración de una serie de trabajos de duelo, cuyo objetivo final es la recuperación de nuevos objetivos más convenientes y adecuados a su realidad actual, con los que convivir bajo unas condiciones bio-psico-sociales distintas. Esto podría justificar, los resultados encontrados y ya comentados en el cuestionario de depresión en ambas muestras, y que coincide con lo expresado por *H. Deustch (1960)* cuando decía: "... que casi todas las mujeres pasan en esta etapa por un

periodo breve o largo de depresión... pues la declinación fisiológica se siente como proximidad de la muerte, la vida comienza a aparecer borrosa y sin propósito y el estado de duelo matiza el contenido de la vida psíquica de la mujer aunque no de muestra de ello y sigan participando como antes en la vida extrema”.

Más es en el Repertory Grid de Kelly, donde ambas muestras se estructuran de forma distinta, en función de la realidad por nosotros suministrada.

A nivel de estructuras superficiales (estudio de correlaciones y de intensidad relacional) encontramos dos sistemas constructivos diferentes en base al grado de interrelación de todos los constructos dentro del sistema, que es lo que marcará la permeabilidad del mismo según el grado de implicación de dichos constructos a lo largo de todo el sistema (*Bannister, 1960*). Así la muestra “A” (menopausia fisiológica) parece ofrecer una menor relación entre los constructos que la muestra “B” (menopausia no fisiológica), lo que sería índice de construcción más permeable y por ende, más flácida y desligada. El que una construcción sea flácida y desligada como reacción ante un evento, contemplaría un intento por parte del sujeto de conservar su sistema constructivo, aislando los constructos unos de otros, para que en el caso de que se produzca la invalidación de alguno de ellos, no se afecte la totalidad del sistema. Se deduce pues de lo anterior, que en el sistema constructivo de la muestra “A”, se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para la resolución de la nueva realidad circunstancial a asumir, mientras que en la muestra “B”, parece por su mayor intensidad relacional que aún no ha

comenzado el ciclo de anticipación ante la realidad, y que muestra una construcción más rígida y compacta.

Respecto a los constructos más supraordenados e infraordenados, desde la Teoría de los Constructos Personales, se señala que los constructos más supraordenados son los que más se resisten al cambio, pues al ser más nucleares, mantienen y desarrollan el sistema. Estos constructos supraordenados, suelen responder a conceptos pre-verbales y por ello son reflejo de estereotipos sociales. Por el contrario los constructos más infraordenados, son los más periféricos y modificables dentro del sistema.

En la muestra "A", los constructos más supraordenados (desde más a menos) son **Beneficioso**, **Yo ideal**, **Maternidad** y **Alegría**. En ambas muestras los constructos más centrales del sistema (supraordenados) recogen al **Yo Ideal** acompañado de los constructos conformantes, **Maternidad** y **Sexualidad** para la muestra "A" y **Maternidad** y **Fertilidad** para la muestra "B", y ambas con el constructo de situación **Beneficioso** calificando a los anteriores. Nuclearmente consideran **Beneficioso**, la muestra "A", la **Maternidad** y la **Sexualidad** desde su imagen ideal que no desde la real, lo que patentiza la asunción de la pérdida que va implícita en este periodo vital; en la muestra "B", **Beneficioso** es la **Maternidad** y la **Fertilidad**. También desde la imagen ideal ,fertilidad que han perdido quirúrgicamente.

Donde más se diferencian las muestras, es en los constructos infraordenados, más modificables y por ello los que reflejan la situación actual del sistema constructivo. En la muestra "A", el constructo **Vacío** es el más superficial, seguido del **Yo Real**, ambos con muy baja intensidad relacional.

Que el **Yo Real**, se sitúe en este orden, implica que el proceso de revalidación que está llevando a cabo en el sistema constructivo, está poniendo en peligro la imagen de si mismas, y esto se correspondería con las altas tasa de depresión, sobre todo de moderada/ severa, que encontramos en esta muestra (por alejamiento entre el Yo Real y el Yo Ideal), imagen que necesita ser modificada y reconstruida en función de la nueva realidad que han de crear. En la muestra "B", los constructos más superficiales son **Poder, Culpabilidad y Tristeza**. Desde la Teoría de los Constructos Personales se entiende la **Culpabilidad** como la conciencia que tiene el sujeto del desplazamiento de la imagen de si mismos respecto de su estructura nuclear (Kelly, 1955/1991), y la **Tristeza** como la toma de conciencia por parte del sujeto de la invalidación de los implicados en una porción de la estructura nuclear (McCoy, 1997). En esta muestra, mediante la **Tristeza** los sujetos patentizan que su sistema constructivo no es válido y que ha de ser cambiado y a través de la **Culpabilidad** separan a su **Yo Real**, de lo nuclear: **Maternidad, Fertilidad, Beneficioso** y lo acercan a su imagen Ideal en un intento de que la separación o desplazamiento desde el **Yo Real** no invalide totalmente su sistema constructivo .

En el análisis de estructuras profundas, en el que situamos espacialmente los constructos, sobre la base de su configuración factorial, en relación a su acercamiento o alejamiento, es de reseñar que para la muestra "A", el **Yo Real** se aleja del **Yo Ideal** y que alrededor de este se sitúan los **constructos conformantes** objeto de esta tesis. Cercano al **Yo Real** aparece **Mujer**, indicando la equiparación entre ambos y por ende la pérdida desde

ambos de los clásicos atributos de afirmación de la identidad femenina, reflejando el proceso de reconstrucción que antes mencionábamos, que desde el nuevo papel de mujer se comienza a asumir.

En otro cuadrante se nos sitúan los constructos **Tristeza**, unido a **Frustración** y alejado de esta, la **Culpabilidad**.

En la muestra "B", se encuentran menos alejados el **Yo Real** del **Yo Ideal**, este último más cercano a **Fertilidad** que a **Maternidad** que se sitúa a medio camino entre la imagen **Real** e **Ideal**. Por el contrario, el **Yo Real** se une a **Mujer** y se acerca a **Sexualidad**.

En otro cuadrante, la **Fertilidad** también unida a **Frustración**, se sitúa cercana a **Culpabilidad**.

En esta muestra, hemos de partir de la consideración del hecho de que la menopausia haya sido causada por medios quirúrgicos, las sitúa en una realidad "personalística" distinta a aquellas que han sufrido el largo proceso de asunción de una menopausia fisiológica, pues sin duda cobra gran importancia el hecho de que estaban enfermas. Si de un lado, la cirugía es vivida como liberadora de la enfermedad, de otro lado sabemos que desde la antigüedad la enfermedad ha tenido connotaciones de castigo, y que esta idea no se limita a los pueblos primitivos, sino que se deja ver en muchos aspectos de las culturas modernas y sobre todo en aquellas culturas (como la nuestra) que como decía *Ruth Benedict*, se hallan bajo el influjo de los sentimientos de culpabilidad. *Lipowski*, señala el estado de depresión que suele acompañar a muchos enfermos, como la expresión de esta sensación de castigo y necesidad de expiación, que dependiendo de la resolución de la culpabilidad, podremos

observar como los pacientes se recuperan de la misma o incluso llegan a tener un cuadro depresivo desproporcionado a la enfermedad que padece.

Así, parece que esta muestra se enfrenta a su reordenación constructiva, desde la **culpabilidad** y la **tristeza**, que han de invalidar como construcción, y a partir de ahí diseñar el nuevo rol que han de adoptar tanto desde su **Yo Real** como desde su **Yo Ideal**.

8. CONCLUSIONES

Primero.- Se confirma la hipótesis de que el “periodo involutivo” de la mujer, suministra una construcción de la realidad axiológica dependiente tanto de estereotipos socio-culturales, como de enfermedades ginecológicas intercurrentes en este periodo.

Segundo.- Se ha comprobado que existen diferencias cualitativas en la construcción de la realidad axiológica entre las mujeres con menopausia fisiológica y aquella en la que la menopausia se ha provocado de forma quirúrgica.

Tercero.- La variable Temperamento no influye en nuestras muestras, a la hora de construir la realidad por nosotros suministrada, pero si es relevante en el quantum de depresión que ambas muestras poseen.

Cuarto.- La construcción de la realidad axiológica de cada muestra está imbuida del estado de ánimo depresivo, fruto de la elaboración del proceso de duelo.

Quinto.- En la muestra de mujeres con menopausia fisiológica se observa un sistema constructivo de tipo permeable, en el que los atributos de afirmación de la identidad femenina, se han trasladado de la imagen real a la ideal, dado que el largo proceso fisiológico que han sufrido hasta llegar a la menopausia y postmenopausia les ha permitido un proceso de reconstrucción y la asunción de un nuevo rol de mujer con el que vencer los estereotipos socio-culturales.

Sexto.- En la muestra de mujeres con menopausia quirúrgica, se observa un sistema constructivo de tipo impermeable, al situarse en una "realidad personalística" propia del estado de enfermedad y subsiguiente curación por medios quirúrgicos, en el que la culpabilidad marca las coordenadas constructivas y el modo de resolución de esta nueva realidad.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS-WEBBER, J. Teoría de los constructos personales: investigación de los conceptos básicos. En: Fransella, F. Personalidad. Pirámide; 1981.
- ARATO, M. A menopauza pszichoendokrinologiaja. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Pszichiatriai Tanszék, Budapest. *Orv Hetil*, 1995 Feb 19; 136 (8 Suppl 1): 462-4.
- AVIA, M. D. La Teoría de los constructos personales de G. A. Kelly. En: Bermúdez, J. Psicología de la Personalidad. UNED; 1986.
- BEBBINGTON, P. E.; DUNN, G.; JENKINS, R.; LEWIS, G.; BRUGHA, T.; FARRELL, M.; MELTZER, H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, University College, London Medical School. *Psychol. Med.* 1998 Jan; 28 (1): 9-19.

- BECHINI TEJADOS, A. Técnicas de investigación social; el diferencial semántico teoría y práctica. Hispano Europea; 1986.
- BERGE, A. La sexualidad hoy. Güadarrama; 1971.
- BLANCO LOZANO, M. L.; DE LA GÁNDARA MARTÍN, J. J.; DE DIOS FRANCOS, A.; INTXAUSTI ZUGARRAMUNDI, A.; MEDINA FERNÁNDEZ, M. A.; POZO DE CASTRO, J. V. Estudio clínico-biológico de mujeres menopaúsicas con síntomas afectivos. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*; 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 195-206.
- BOTELLA, L.; FEIXAS, G. Teoría de los constructos personales. Aplicaciones a la práctica psicológica. Laertes, 1998.
- BOTELLA LLUSIA; CLAVERO MUÑOZ. Tratado de Ginecología. Grafísima S. A.; 1982; 1: 176-77.
- BOTELLA, L. Emociones y construcción del significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Rev. de Psicoterapia* ; año 4 (16): 39-55.
- BURT, U. K.; ALTSHULER, L. L.; RASGON, N. Depressive symptoms in the perimenopause: prevalence, assessment, and guidelines for treatment. UCLA Neuropsychiatric Hospital, USA. *Har Rev Psychiatry*. 1998 Sep-Oct; 6 (3): 121-32.
- CAGUACCI, A.; VOLPE, A.; ARANGINO, S.; MALMUSI, S.; DRAETTA, F. P.; MATTEO, M. L.; MASHIO, E.; VACCA, A. M. B.;

- MELI, G. B. Depresión and anxiety in climateric woman: role of hormone replacement therapy. Institute of Pathophysiology of Human Reproduction, University of Modena, Italy; and Institute of Pathophysiology of Human Reproduction of Cagliari, Italy. *The Journal of de North American Menopause Society*. 1997; 4 (4): 206-11.
- CANO, A.; BONILLA-MUSALES, F.; TORTAJADA, M.; JULIÁ, M. D. Avances en la atención integral al climaterio. *Curso y ponencia del V Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia*. 1998 Abril; Valencia.
 - CARTER, J.; JOYCE, P.R. Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*. Spring 1999; 1 (1).
 - CLONINGER, C.; SURAKIC, M. D.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological mode of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*. Dec. 1993; 50: 975-89.
 - CLONINGER, C. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1987; 44: 573-88.
 - CONDE LÓPEZ, V. J. M.; LÓPEZ FERNANDEZ, M^a N.; MORO CEPEDA, P.; BESCOS GARCÍA, S. Aspectos históricos y conceptos básicos relacionados con el climaterio y la menopausia. En: *Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. VI Symposium Nacional deL*

Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 305-20.

- COX, L.; LIDON, W. Constructivist conceptions of self: a discussion of emerging identity constructs. *Journal of Constructivist Psychology*. July-September 1997; 10 (3).
- DE LA NUEZ MARRENO, J. A. Relación entre cultura y menopausia. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España; 273-75.
- DE LA RIE, S. M.; DUIJSENS, J.; CLONINGER, R. Temperament, carácter and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. Winter 1998; 12 (4).
- DELL, D. L.; STEWART, D. E. Menopause and mood. Is depression linked with hormone changes. Department of Psychiatry, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA. *Postgrad Med*. 2000 Sep 1; 108 (3): 34-6, 39-43.
- DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P.; BURGER, H.; DUDLEY, E. Mood and the menopause transition. Office for Gender and Health, Department of Psychiatry, the University of Melbourne, Royal Melbourne Hospital, Victoria, Australia. *J. Nerv. Ment. Dis*. 1999 Nov; 187 (11): 685-91.

- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 1ª Edición. Espasa, Madrid, 1997.
- DUHN CHEN, Y. L.; VODA, A. M.; MANSFIELD, P. K. Chinese midlife women`s perceptions and attitudes about menopause. Wetminster College School of Nursing, Salt Lake City, Utah. *The Journal of the North America Menopause Society*. 1998; 5 (1) : 28-34.
- FOSTER, J.; SCHWART, T. Constructing and measuring self-esteem. *Journal Constructivist Psichology*; 7 (3): 163-77.
- FRANSELLA, F. Técnica de la Rejilla. En: Fransella, F. Personalidad. Pirámide. 1981.
- GENAZZANI, A. R.; SPINETTI, A.; GALLO, R.; BERNARDI, F. Menopause and the central nervous system: intervetion options. Departament of Obtetrics and Gynecology, University of Pisa, Italy. *Mauritas*. 1999 Jan 4; 31 (2): 103-10.
- GONZÁLEZ INFANTE, J. M.; GÓMEZ SALVADOR, M. V.; SEÑOR CEM BELLÍN, C. Estudio epidemiológico de los trastornos psíquicos en el climaterio. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Syposium Nacional del Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 259-72.
- GONZÁLEZ MERLO, J. Ginecología. Masson-Salvat Medicina. 6ª edición. 1993: 124-38.

- HANLY, C. El ideal del Yo y el Yo ideal. *Rev. Psicoanal* ; 40 (1): 191-205.
- HORNEY, K. Psicología femenina. Alianza editorial. 1967.
- JONES III, H. W.; WENTZ, A. C.; BURNETT, L. S. Tratado de Ginecología de Novak. Interamericana-McGraw-Hill. 11ª edición: 349-88.
- KELLY, G.A. The psychology of personal constructs. London, Routledge. 1991.
- KALMAR, H.; BRAND STATTER, N; RESINGER, E. Psychological disorders of menopause: on the topic of multifactorial origin. Universitas klinik for Psychiatrie Wien. *Wien Med Wochensch.* 1992; 142 (5-6): 104-7.
- LAÍN ENTRALGO, P. Historia universal de la Medicina. Salvat. Barcelona, 1881; 1,2,3,4.
- LAÍN ENTRALGO, P. Historia de la Medicina. Salvat. Barcelona, 1986.
- LANDAU, C.; FELISE, B. Assessment and treatment of depresión during the menopause: a preliminary report. Departement of Psichiatry and Human Behaivor and Clinical Practice, Brown University School of Medicine. Division of General Internal Medicine, Rhode Island Hospital, Providence, USA. *The Journal of the Norh America Menopause Society.* 1996; 3 (4): 201-07.
- LANFIELD, A. N.; LEINERT, L. M. Psicología de los constructos personales. Bilbao, Desclée de Braumer. 1987.

- LEAL CERCOS, C. Trastornos depresivos en la mujer. Masson, S.A., 1999.
- LIPOVETSKY, G. La tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino. Anagrama, 1999.
- LO DICO, G.; DI MARIA, P.; MARINO, M. P. Sintomi neurovegetativi e psico-affettivi in climaterio, nostra esperienza. Cattedra di Ginecologia Endocrinologica. Istituto di Ginecologia e Ostetricia. Università degli Studi di Palermo.
- MALADUM I. WHITEHEAD. Aspectos psicológicos del climaterio y de la menopausia. Myra S. Hunter: 61-71.
- McCOY, M. M. A reconstruction of emotion. In: Bannister, D. New perspectives in personal construct therapy. Academic Press. 93-124.
- McCROW, R. K. Psychosexual changes associated with the perimenopausal period. *J. Nurse Midwifery*. Jan-Feb 1991; 36 (1): 17-24.
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J.; POVEDANO CAÑIZARES, B.; BURGOS MARÍN, R.; MARCO VARGAS, M. P.; LILLO ROLDÁN, R. La involución climatérica como modificadora de la realidad. *V Symposium P. T. D. La Toja*, 1989.
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J. El sujeto psíquico y la personalidad psicológica médica. McGraw-Hill-Interamericana. 1996.

- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J.; BIOQUE RIBERA, J. C. Autovaloración del Yo y su implicación en la medicina psicológica. *Comunic. Psiquiatr. 92, Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría*, 1992; 17.
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J.; SEGURA GARCÍA, C.; LILLO ROLDÁN, R. Calidad de vida y autonomía en la vejez. *Ponencia de la IV reunión de la Sociedad de Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría de La Toja*, 1993.
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J. Consideraciones teóricas sobre el valor investigador de la distancia y la cualidad: Yo real-Yo ideal. *Intus*, 1990; 2 (1).
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J. Trastornos de la personalidad: un estudio médico filosófico. Manuk S.L. 1998.
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M^a J. El enfermo psíquico y la personalidad. En: Rodrigo, R. ; Medina, A. Y Rubio, J.L. *Psicología Médica*. McGraw-Hill-Interamericana. 1996.
- MILLON, T. Millon clinical multiaxial inventory- II (MCMI). TEA Editores. 1998.
- MONTERO PITRAR, I.; RUIZ PEREZ, I. Depresión y menopausia. En: Leal coord., C. *Trastornos depresivos de la mujer*. Masson: 133-49.
- MORENO DÍAZ, M^a J.; LILLO ROLDÁN, R.; SEGURA GARCÍA, C.; MEDINA LEÓN, A. Redes sociales y autoestima. *Ponencia de la IV*

reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría de La Toja, 1993.

- MORENO DÍAZ, M^a J.; GARRIDO PIQUERAS, L.; MEDINA LEÓN, A. Psicopatología de los trastornos de la personalidad. En: Sevilla 95. La Psiquiatría en la década del cerebro. ELA, 1995.
- MORENO DÍAZ, M^a J.; MEDINA LEÓN, A. Evaluación del concepto de enfermedad bajo la influencia del aprendizaje. *Intus*, 1989; 1.
- MORENO DÍAZ, M^a J.; MEDINA LEÓN, A.; BIOQUE RIVERA, J. C. Tendencias desorganizativas psicósomáticas. *Intus*, 1991; 3 (1).
- NEIMEYER, R. A.; NEIMEYER, G. J. Casos de terapia de constructos personales. Bilbao, Desclée de Braumer. 1989.
- NEIMEYER, G. J. Evaluación constructivista. Paidós. 1996
- NEIMEYER, R. A.; NEYMEYER, G. J. Advances in personal construct psychology. London, Jai Press Inc. 1990.
- NIJS, P. Counselling of the climateric woman. Diagnostic, difficulties and therapeutic possibilities. University Hospital Gasthuisberg, St. Rafael Psychosomatic Unit, Catholic University of Leuven (Belgium). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998 Dec; 8 (2): 273-6.
- OSGOOD, C. H.; SUCCI, G.; TANNENBAUM, PH. La medida del significado. Gredos, 1976.
- PALACIOS, S. Climaterio y menopausia. Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. 1992; 8: 69-104.

- PEARLSTEIN, T.; ROSEN, K.; STONE, A. B. Mood disorders and menopause. Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University School of Medicine, Providence, Rhode Island, USA. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1997 Jun; 26 (2): 279-94.
- PISANI, G.; FACIONI, L.; FIORANI, F.; PISAN, G. Problematic psicosexuali in menopause. Divisione di Obstetricia e Ginecología, Policlinico Casilino, Azienda USL RM B, Roma. *Minerva Ginecol.* 1998 Mar; 50 (3): 77-81.
- RIOS RIOL, B.; GARCÍA-NOBLEJAS SÁNCHEZ-MIGALLÁN, J.; SÁNCHEZ CUBAS, S. Depresión en patologías orgánicas. Trastornos depresivos de la mujer. 1999: 26-40.
- RIVAS, F. La Rejilla como técnica psicométrica de la medida de la ejecución típica individual. *Rev. Análisis y Modificación de la conducta*; 7 , 15: 171-246.
- RIVAS, F.; MARCO, R. Evaluación conductual subjetiva: la técnica de la rejilla. Valencia. Servicio de publicaciones de la Universidad de Valencia, 1985.
- ROBER, C.; CLONINGER, CR.; SAURIK, M. General psicobiological model of personality (Integrative psicobiological approach to psychiatric assesment and craetiment).
- ROBERT WILSON, J.; BEECHAN, C. T.; CARRIGTON, E. R. Ginecología y Obstetricia. Salvat, 1974: 675-82.
- RODRIGUEZ LÓPEZ, A. Test de las caras desenfocadas (Repertory Grid modoficado). *Rev. Psiq. Y Psicol.. Med.* 1982 ; 7: 411-20.

- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; MATEOS ÁLVAREZ, R.; PÁRAMO FDEZ, M.; MAZOIRA CASTRO, J. Menopausia y conducta de enfermedad. En: Trastornos afectivos de la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 247-57.
- SAIZ RUIZ, J.; O´NEILL OF TYRONE, A.; IBAÑEZ CUADRADO, A. Influencia de la menopausia en el curso del trastorno afectivo bipolar. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 207-19.
- SEGUIN, C. A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Pirámide. 1982.
- SEGURA GARCÍA, C.; MORENO DÍAZ, M^a J.; MEDINA LEÓN, A. Expresión noética y trastornos del humor en mujeres climatéricas. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogénia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 295-303.
- STUDD, J. W. W.; WHITEHEAD, M. I. Aspectos psiquiátricos del climaterio. Larraime Dennerstein. 1990; 4: 47-49.
- STUDD, J. W. W.; WHITEHEAD, M. I. Trastornos climatéricos, perspectivas históricas. Joel Wilbush. 1990; 1: 1-15.

- STEWART, D. E.; BOYDELL, K.; DERZKO, C.; MARSHALL, V. Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. University of Toronto, Ontario, Canada. *Int J Psychiatry Med.* 1992; 22 (3): 213-20.
- SUTCLIFFE, J.; DUIN, N. Historia de la medicina. Blume. 1993.
- TORIIZUKA, K.; MIZOWAKI, M.; HANAWA, T. Menopause and anxiety: focus on steroidal hormones and GABAA receptor. Research Division, Kitasato Institute, Tokyo, Japan. *Nippon Yakurigaku Zasshi.* 2000 Jan; 115 (1): 21-8.
- UGAZIO, V.; CASTIGIONI, M. Socialization models and the construccionof self. *Journal of constructivist psychology.* 1998 Jaunary-March; 11 (1).
- USANDIZAGA, J. A.; DE LA FUENTE, P. Tratado de obstetricia y ginecología. McGraw-Hill-Interamericana. 1997; 1: 28.
- UTIAN, W. H.; PhD, M. D. An historical perspective of natural and surgical menopause. Proffessor and chairman, Departament of Reproductive Biology, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohaio, USA. *The Journal of the North American Menopause Society.* 1999; 6 (2): 83-86.
- ZEGERS, O. D. Pensamiento dialéctico y estructura de la personalidad. *Psiquiatría dinámica y psicoterapia.* 1990; 1 (4).