

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE HUMANIDADES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTUDIO CLINICO PSICOLÓGICO DE LA HISTORIA DE
RELACIONES OBJETALES, LA HISTORIA DE PÉRDIDAS
OBJETALES Y SU RELACION CON LA PRESENCIA DE
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE LA MENOPAUSIA**

Por :

BEDSY ANAIS FRANCO DE VALDERRAMA

**Trabajo de Graduación sometido a
la consideración de la Facultad, para
optar por el título de Magister en
Psicología Clínica**

2001

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAM DE MAESTRÍA EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE: HUMANIDADES

No. DE CÓDIGO: 327-14-06-98-02

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: BEDSY ANAIS FRANCO DE VALDERRAMA

CÉDULA: 8 - 435 - 578

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE LA TESIS: ESTUDIO CLÍNICO PSICOLÓGICO DE LA HISTORIA DE RELACIONES OBJETALES, LA HISTORIA DE PÉRDIDAS OBJETALES Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE LA MENOPAUSIA.

RESUMEN EJECUTIVO: A través de un estudio no experimental, descriptivo – comparativo, de tipo transversal, se describió, registró y analizó la relación que existe entre la historia de las relaciones objetales, la historia de pérdidas objetales y la presencia de síntomas psicológicos durante la menopausia. Se utilizaron dos muestras de mujeres con edades entre 50 y 65 años que habían concluido la etapa postmenopáusicas: el primer grupo (10 sujetos) no presentó síntomas psicológicos durante este periodo, mientras que el segundo grupo (10 sujetos) sí presentó esta condición.

Los resultados, analizados bajo la perspectiva de la teoría de las relaciones objetales indican que las mujeres que presentaron síntomas psicológicos establecen relaciones inmaduras, distantes y hostiles con las madres biológicas y los compañeros, y relaciones de apego con los hijos; viven la menopausia con temor ante la pérdida de ciertos aspectos de la identidad del yo, utilizando las fantasías hipochondríacas como mecanismo defensivo ante su incapacidad de reorganizar el Yo. La relación con la madre biológica, parece marcar la diferencia entre un grupo y otro.

NOMBRE DEL ASESOR: PROP. RICARDO LÓPEZ

FIRMA DEL ASESOR: Ricardo G. López

FIRMA DEL ESTUDIANTE: Bedsy A. Franco de Valderrama

APROBADO POR: [Firma]

COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO.

FECHA



TM

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por darme salud y fortaleza para realizar este trabajo

A mis padres, por ser buenos padres y enseñarme que el estudio y los conocimientos que a través de él se adquieren, son herramientas básicas para la vida.

A mi esposo, Gerardo y a mis hijos, Juan Carlos y Gerardito, con profundo amor por ser la motivación que inspira mis actos y el apoyo en el que yo descanso.

A Martita, Lisbet, Victor, Vitín y Bebeká porque son también parte de mí.

A Yisselle y a Clarissa por su gran apoyo e interés en este trabajo.

ad del autor

4255

AGRADECIMIENTO

- Mi inmensa gratitud a mi asesor, profesor Ricardo López, por compartir sus conocimientos y su tiempo para que este trabajo fuera una realidad.
- Al profesor Gerardo Valderrama M, por su asesoría en los aspectos estadísticos y metodológicos.
- Al profesor Ramón Mon, por su confianza y su actitud contenedora.
- A la profesora Marcela de Urrutia por ser tan cuidadosa en la revisión de este trabajo, pero sobre todo, por brindarme la orientación precisa en un momento crucial de mis estudios de maestría.
- A mi compañera y amiga, Ana Cienfuegos de Achurra, por su interés en este trabajo y por ser la persona que me apoyó en la consecución de la muestra y la bibliografía utilizada.
- Al Dr. Rafael Álvarez, Director Médico de la Policlínica Manuel María Valdés, por darme acceso a la población que asiste a este centro clínico y por poner a mi disposición un cubículo para realizar las entrevistas.
- Igualmente, a la Lic. Ofelina Amaya, Coordinadora del Programa de la Tercera Edad de la Policlínica Manuel María Valdés, por ponerme en contacto con los diferentes grupos que participan de este programa.
- A las señoras que constituyeron la muestra, mi más profundo agradecimiento, por compartir sus historias para el logro de nuevos conocimientos con relación a las vivencias del periodo climatérico en la mujer panameña.
- A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para que este trabajo se iniciase y llegase a su fin, gracias.

INDICE

	Página
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
1. Menopausia.....	7
1.1. Generalidades.....	7
1.2. Características Clínicas.....	10
1.2.1. Aspectos Fisiológicos.....	15
1.2.2. Aspectos Culturales y Sociales.....	19
1.2.3. Aspectos Psicológicos.....	22
2. Crisis en la Vida.....	30
2.1. Crisis en el desarrollo.....	32
2.2. Crisis en la Mediana Edad o Adultez Media.....	34
2.2.1. Cambios Físicos.....	37
2.2.2. Cambios Cognoscitivos.....	39
2.2.3. Desarrollo Psicológico.....	40
2.3. La Menopausia como Crisis de la Mediana Edad.....	45
3. Relaciones Objetales.....	47
3.1. Relaciones Objetales según la Teoría Freudiana.....	51

3.2. Los Teóricos de las Relaciones Objetales.....	58
3.2.1. Melanie Klein.....	59
3.2.2. William R. Fairbairn.....	63
3.2.3. Donald W. Winnicott.....	65
3.2.4. Margaret Mahler.....	66
4. Pérdidas Objetales y duelos.....	68
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	73
1. Planteamiento del Problema.....	74
2. Justificación.....	76
3. Antecedentes.....	79
4. Objetivos de la Investigación.....	82
4.1. Objetivos Generales y específicos.....	82
5. Estrategia de Investigación.....	83
6. Variables de Investigación.....	84
6.1. Relaciones Objetales.....	84
6.2. Pérdidas Objetales.....	84
7. Población y Muestra.....	85
7.1. Población.....	85
7.2. Muestra.....	85
7.2.1. Criterios de Inclusión.....	86
7.2.2. Criterios de Exclusión.....	87
8. Tipo de Muestreo.....	87
9. Instrumentos de Medición.....	87

9.1. Entrevista Psicológica.....	87
9.2. Guía de Entrevista para la Evaluación Clínica de las Funciones del Yo.....	87
9.3. Preguntas del libro Familia de Origen y Psicoterapia de James L. Framo.....	88
9.4. Test de Apercepción Temática.....	88
10. Procedimiento de Investigación.....	89
11. Modelo de Análisis Estadístico.....	90
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	91
1. Resultados.....	92
1.1. Historias de Casos.....	93
1.2. Resultados Grupales.....	236
1.2.1. Datos Demográficos.....	236
1.2.2. Menarquia y menopausia.....	271
1.2.3. Relaciones objetales.....	296
2. Discusión de Resultados.....	383
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	395
1. Conclusiones.....	396
2. Recomendaciones.....	407
GLOSARIO.....	409
BIBLIOGRAFÍA.....	416
ANEXO.....	425
1. Entrevista Psicológica.....	426

ÍNDICE DE CUADROS

Número de cuadro	Página
Cuadro 1. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU SITUACIÓN REAL DE PAREJA.....	240
Cuadro 2. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS REPORTADO.....	241
Cuadro 3. DESCRIPCIÓN DE LAS VIVENCIAS DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS POR RAZÓN DE SU PRIMERA EXPERIENCIA DE TRASLADO.....	244
Cuadro 4. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD (AGUDAS O CRÓNICAS).....	258
Cuadro 5. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD (PSICOSOMÁTICA O NO PSICOSOMÁTICA).....	259
Cuadro 6. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ETAPA DEL DESARROLLO EN QUE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD.....	260
Cuadro 7. DESCRIPCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE SUS PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	264
Cuadro 8. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE MENARGUÍA DE ACUERDO A LA EDAD EN QUE SE EXPERIMENTÓ.....	272
Cuadro 9. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE SENTIMIENTO HACIA LA MENARQUIA.....	276

Cuadro 10. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE MENOPAUSIA DE ACUERDO A LA EDAD EN QUE SE INICIA.....	282
Cuadro 11. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SENTIMIENTOS HACIA LA MENOPAUSIA.....	291
Cuadro 12. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE CONCEPTO SOBRE LA MENOPAUSIA.....	293
Cuadro 13. OPINIÓN DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CON RELACIÓN A SI SE PIERDE LA FEMINEIDAD DURANTE LA MENOPAUSIA.....	294
Cuadro 14. OPINIÓN DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CON RELACIÓN A SI SE DAN CAMBIOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA DURANTE LA MENOPAUSIA.....	295
Cuadro 15. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE PERCEPCIÓN DE LA FIGURA PATERNA.....	299
Cuadro 16. DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN CUANTO A SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA PATERNA.....	301
Cuadro 17. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE PERCEPCIÓN DE LA FIGURA MATERNA.....	304
Cuadro 18. DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN CUANTO A SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA MATERNA.....	305

Cuadro 19. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LA FIGURA PATERNA DURANTE LA INFANCIA.....	310
Cuadro 20. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LA FIGURA MATERNA DURANTE LA INFANCIA.....	314
Cuadro 21. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LOS HERMANOS DURANTE LA INFANCIA.....	321
Cuadro 22. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU INFANCIA.....	324
Cuadro 23. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA PATERNA DURANTE SU ADULTEZ.....	326
Cuadro 24. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA MATERNA DURANTE SU ADULTEZ.....	328
Cuadro 25. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LOS HERMANOS DURANTE SU ADULTEZ.....	334
Cuadro 26. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON ESPOSO O COMPAÑERO.....	337
Cuadro 27. DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES CON ESPOSO(S) O COMPAÑERO(S) EN LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS.....	339
Cuadro 28. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LOS HIJOS.....	345

Cuadro 29. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU ADULTEZ.....	348
Cuadro 30. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO Y TIPO DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS.....	350
Cuadro 31. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO DE PRIMITIVISMO – MADUREZ DE LAS RELACIONES OBJETALES.....	352
Cuadro 32. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO EN EL CUAL PERCIBEN Y RESPONDEN A LOS DEMÁS COMO ENTIDADES INDEPENDIENTES.....	354
Cuadro 33. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO EN QUE PUEDEN MANTENER LA CONSTANCIA OBJETAL.....	356
Cuadro 34. DESCRIPCIÓN DE LAS SITUACIONES DE PÉRDIDAS REALES O IMAGINARIAS EXPERIMENTADAS POR LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS.....	371

9.1. Entrevista Psicológica.....	87
9.2. Guía de Entrevista para la Evaluación Clínica de las Funciones del Yo.....	87
9.3. Preguntas del libro Familia de Origen y Psicoterapia de James L. Framo.....	88
9.4. Test de Apercepción Temática.....	88
10. Procedimiento de Investigación.....	89
11. Modelo de Análisis Estadístico.....	90
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	91
1. Resultados.....	92
1.1. Historias de Casos.....	93
1.2. Resultados Grupales.....	236
1.2.1. Datos Demográficos.....	236
1.2.2. Menarquia y menopausia.....	271
1.2.3. Relaciones objetales.....	296
2. Discusión de Resultados.....	383
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	395
1. Conclusiones.....	396
2. Recomendaciones.....	407
GLOSARIO.....	409
BIBLIOGRAFÍA.....	416
ANEXO.....	425
1. Entrevista Psicológica.....	426

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Número de gráfico	Página
Figura 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUESTRAS SEGÚN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS.....	86
Gráfico 1. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN LA EDAD ACTUAL.....	236
Gráfico 2. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPAÚSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN DISTRITO DONDE RESIDEN.....	237
Gráfico 3. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPAÚSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN AÑOS DE PERMANENCIA EN SU ÚLTIMA RESIDENCIA.....	238
Gráfico 4. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL ACTUAL.....	239
Gráfico 5. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO.....	242
Gráfico 6. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE FAMILIA.....	249
Gráfico 7. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN NÚMERO DE GENERACIONES QUE CONVIVEN DENTRO DEL HOGAR.....	250
Gráfico 8. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO.....	252

Gráfico 9. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SENTIMIENTOS ANTE EL HECHO DE NO CONCLUIR SUS ESTUDIOS.....	253
Gráfico 10. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN OCUPACIONES REALIZADAS.....	254
Gráfico 11. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN DISCREPANCIA ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIO Y LA NATURALEZA DEL TRABAJO.....	256
Gráfico 12. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN RELIGIÓN QUE PRACTICA.....	256
Gráfico 13. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ENFERMEDADES PADECIDAS.....	257
Gráfico 14. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ENFERMEDADES FAMILIARES.....	261
Gráfico 15. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES.....	262
Gráfico 16. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES.....	267
Gráfico 17. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES.....	268
Gráfico 18. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EDAD EN QUE EXPERIMENTÓ LA MENARQUIA.....	271
Gráfico 19. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN INFORMACIÓN SOBRE LA MENARQUIA.....	273

Gráfico 20. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SENTIMIENTOS HACIA LA MENOPAUSIA.....	274
Gráfico 21. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN PATRÓN MENSTRUAL.....	278
Gráfico 22. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN DIFICULTADES PARA EMBARAZARSE.....	279
Gráfico 23. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EDAD EN QUE INICIA EL PROCESO CLIMATÉRICO.....	280
Gráfico 24. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EDAD EN QUE SE DIO LA MENOPAUSIA.....	281
Gráfico 25. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN INFORMACIÓN SOBRE LA MENOPAUSIA.....	282
Gráfico 26. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN MALESTARES PRESENTADOS EN LA MENOPAUSIA.....	285
Gráfico 27. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SENTIMIENTOS HACIA LA MENOPAUSIA.....	289
Gráfico 28. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU CONCEPTO DE LA MENOPAUSIA.....	291
Gráfico 29. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN FIGURA SIGNIFICATIVA MÁS CERCANA.....	296
Gráfico 30. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA PATERNA DURANTE SU INFANCIA.....	298

Gráfico 31. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA MATERNA DURANTE SU INFANCIA.....	303
Gráfico 32. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU PERCEPCIÓN DE OTRA FIGURA SIGNIFICATIVA DURANTE SU INFANCIA.....	307
Gráfico 33. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA PATERNA DURANTE SU INFANCIA.....	309
Gráfico 34. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA MATERNA DURANTE SU INFANCIA.....	313
Gráfico 35. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON OTRA FIGURA SIGNIFICATIVA DURANTE SU INFANCIA.....	318
Gráfico 36. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON HERMANOS DURANTE SU INFANCIA.....	319
Gráfico 37. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU INFANCIA.....	322
Gráfico 38. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA PATERNA DURANTE SU ADULTEZ.....	325
Gráfico 39. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA MATERNA DURANTE SU ADULTEZ.....	327

Gráfico 40. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON OTRA FIGURA SIGNIFICATIVA DURANTE SU ADULTEZ.....	332
Gráfico 41. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON HERMANOS DURANTE SU ADULTEZ.....	333
Gráfico 42. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON EL COMPAÑERO.....	336
Gráfico 43. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LOS HIJOS.....	344
Gráfico 44. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU ADULTEZ.....	347
Gráfico 45. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN PROMEDIO POR COMPONENTE DE LA FUNCIÓN “RELACIONES OBJETALES”.....	358
Gráfico 46. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL NÚMERO DE PÉRDIDAS REALES O IMAGINARIAS.....	360

RESUMEN

Se trata de una investigación no experimental, descriptiva – comparativa, de tipo transversal, cuyo propósito es el de describir, registrar y analizar la relación que existe entre la historia de relaciones objetales, la historia de pérdidas objetales y la presencia de síntomas psicológicos durante la menopausia. Para tal efecto, se utilizaron dos muestras de mujeres con edades entre 50 y 65 años que hubieran concluido la etapa post menopáusica. Para el primer grupo la condición fue no haber presentado síntomas psicológicos durante el periodo premenopáusico; mientras que para el segundo, fue la presencia de síntomas psicológicos como irritabilidad, cambios de humor, ánimo decaído, ansiedad, hipersensibilidad y melancolía durante el mismo periodo. La información fue recogida a través de Entrevistas Clínicas Psicológicas, la evaluación de las relaciones objetales según las Funciones del Yo, el Test de Apercepción Temática y algunas preguntas tomadas del libro Familia de Origen y Psicoterapia de L. Framo. Los resultados, analizados bajo la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Objetales, indican que las mujeres del grupo que presentó síntomas psicológicos establecen relaciones inmaduras, distantes y hostiles con las madres biológicas y los compañeros, y relaciones de apego con los hijos. Éstas tienden a vivenciar la menopausia con temor ante la pérdida de ciertos aspectos de la identidad del Yo, utilizando las fantasías hipocondríacas como mecanismo defensivo ante su incapacidad para reorganizar el Yo. La relación con la madre biológica, parece marcar la diferencia entre un grupo y otro.

SUMMARY

This is a non experimental investigation, descriptive - comparative, transversal type, whose purpose is to describe, to register and to analyze the relationship that exists among the history of object relations, the history of object losses and the presence of psychological symptoms during the menopause. For such an effect, two samples of women were used with ages among 50 and 65 years that had concluded the post menopausal stage. For the first group, the condition was not to have presented psychological symptoms during the premenopausal period; while for the second, it was the presence of psychological symptoms as irritability, changes of humor, decayed spirit, anxiety, hypersensitivity and melancholy during the same period. The information was obtained through Clinical Psychological Interviews, the evaluation of the object relationships according to the Ego Functions Assessment, the Thematic Apperception Test and some questions taken from the L. Framo's book Familia de Origen y Psicoterapia. The results, analyzed under the perspective of the Object Relations Theory, indicate that the women of the group that presented psychological symptoms establish immature, distant and hostile relationships with the biological mothers and the partners, and dependent relationships with their children. They experience menopause with fear in the face of the loss of certain aspects of the self identity, using the hypochondriac fantasies as defensive mechanism in the face of their inability to reorganize the self. The relationship with the biological mother, seems to mark the difference between a group and another.

INTRODUCCIÓN

Ante la perspectiva de realizar una investigación para la culminación de los estudios en Psicología Clínica, fue nuestro interés explorar un tema con el que se pudieran aportar nuevos conocimientos aplicados a la población panameña. Así nace la idea de estudiar el proceso climatérico.

Este tema nos llamaba la atención debido a que al escuchar a mujeres de más edad, éstas expresaban diferentes experiencias: para algunas, fue un proceso que se dio gradualmente, sin complicación alguna; para otras, trajo consigo una serie de enfermedades y manifestaciones psicológicas, que según ellas y sus médicos, era el preámbulo hacia la menopausia. Incluso pudimos escuchar a algunas mujeres que hablaban del temor de volverse “locas”. ¿Por qué se daban estas diferencias?

Al realizar la primera búsqueda de la bibliografía relacionada con el climaterio, nos percatamos, en primera instancia, de que los libros no ofrecían mucho material sobre el tema y que además, en su mayoría, presentaban esta etapa de la vida bajo una perspectiva fisiológica y sociológica.

La poca información encontrada con relación a los aspectos psicológicos estaba enmarcada en la presentación de algunos síntomas que acompañaban al síndrome, más no así, en la dinámica que explicara las diferencias de las experiencias vividas.

Posteriormente, encontramos que algunos autores como León Grinberg y Karl Slaekiu relacionaban la forma en que la menopausia era vivenciada con las pérdidas y los sentimientos de identidad, y con las crisis de la vida, respectivamente. En ambos casos, se referían a la estructura y fortaleza psíquica de la mujer. Surgía así una nueva pregunta:

¿Qué factores o circunstancias inciden en la estructuración y fortaleza psíquica de estas mujeres? Ante esta nueva interrogante buscamos un marco teórico que nos ayudara a comprender la situación. Las relaciones tempranas con las figuras significativas parecían ser la respuesta. Es de esta forma, como nace esta investigación.

Este estudio consta de cuatro capítulos.

En el capítulo I, presentamos la información encontrada en cuanto al tema de investigación, lo que constituyó nuestro marco teórico. La misma fue dividida en cuatro secciones para su mejor comprensión. En la primera, presentamos los conceptos y generalidades relacionados con la menopausia, las investigaciones y posiciones de diferentes autores con relación a su cuadro clínico, y la inclusión o no de los síntomas psicológicos como parte del mismo. Igualmente, se presenta el proceso menopáusico bajo una perspectiva fisiológica, social y psicológica.

En la segunda, se revisa, el concepto de crisis, haciendo énfasis en las crisis del desarrollo, específicamente, las de la mediana edad con sus cambios físicos, cognoscitivos y psicológicos y su trascendencia en la menopausia como parte de las crisis de esta etapa.

En la tercera, presentamos la definición de lo que son las relaciones objetales, revisando las mismas bajo dos perspectivas o posiciones teóricas: la de Sigmund Freud y la de los teóricos de las relaciones objetales. De estos últimos, examinamos, los principales aportes o planteamientos de Melanie Klein, William R. Fairbairn, Donald Winnicott y Margaret Mahler.

En la cuarta y última sección de este capítulo, revisamos el concepto de pérdida, el tipo de duelo que le acompaña, su elaboración y sus consecuencias en el sentimiento de identidad de la persona que la experimenta.

En el capítulo II, nos referimos a la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación. La misma comprende el planteamiento del problema, su justificación y antecedentes, los objetivos y tipo de investigación utilizado, las variables estudiadas, la descripción de la población y de la muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, el tipo de muestreo utilizado de acuerdo a las características de la población de estudio, los instrumentos de medición, los modelos estadísticos utilizados y el procedimiento que seguimos, presentado en fases, para llevar a cabo este estudio.

El capítulo III presenta la información recabada con el apoyo de los instrumentos de medición, bajo dos perspectivas: en la primera se muestran los resultados individuales de los sujetos de la muestra en forma de historias clínicas; y en el segundo, los resultados grupales. Estos últimos se presentan a través de gráficas y cuadros estadísticos. Finalizamos este capítulo con una discusión clínica de los resultados, en el cual tratamos de analizar la dinámica de los grupos estudiados de acuerdo a los fundamentos teóricos de la Teoría de las Relaciones Objetales.

Finalmente, se elaboraron las conclusiones y las recomendaciones, las cuales presentamos a la consideración de los lectores.

Creemos que este trabajo puede ser el inicio de otros estudios posteriores, ya que aún quedan pendientes muchos aspectos relacionados con el tema, y mucho más si éstos son aplicados a la población panameña.

CAPÍTULO I
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Menopausia

1.1. Generalidades

El término climaterio o *climaterium*, se deriva de la palabra griega *klimaktér*, que significa peldaño o escalón. Está definido en el *Chambers's Twentieth Dictionary* (Macdonald, 1972) como "un periodo crítico de la vida humana en el que se produce algún cambio crítico en el organismo". Agrupa tres etapas que suceden en unos cuantos años y que abarcan el cambio completo de la fase reproductiva a la no reproductiva. Estas etapas son:

- Premenopausia: periodo de transición gradual que incluye la disminución paulatina del ciclo menstrual. Puede durar meses o años, caracterizándose por las alteraciones del ciclo menstrual.
- Menopausia: cese del ciclo menstrual, es decir, la última menstruación.
- Postmenopausia: época más cercana a la última menstruación y el ajuste final del organismo.

El *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (Daly, 1974), define el climaterio como "el síndrome de cambios endocrinos, somáticos y psíquicos, que se dan al final del periodo reproductivo de la mujer".

Según la Sociedad Internacional de Menopausia fundada en 1976, se aceptó, en el Primer Congreso Internacional de Menopausia en Francia en el año 1976, la definición de climaterio como el "periodo de transición del estado reproductivo al no reproductivo"; de

igual forma se definió la Menopausia como “el último periodo menstrual”. (Hammond, 1996 En: Ortuño, 2000).

Para la Organización Mundial de la Salud, “la menopausia es la interrupción permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Esta atribución se adjudica después de 12 meses de amenorrea o pérdida de la regla, no debida a otros factores como embarazo o lactancia.” Pelcastre (1999). p. 1.

El climaterio es un fenómeno que se caracteriza por ser un síndrome, pero no siempre está asociado con síntomas, cuando éstos ocurren se designa “síndrome climatérico”. Ortuño, (2000).

Sin embargo, el término menopausia tanto en la bibliografía médica como en la profana, es utilizado en lugar de climaterio para designar el periodo de uno o dos años, antes y después de que cesen los periodos menstruales.

Históricamente hablando, es en la Biblia con Abraham en el libro del Génesis, donde se hace la primera descripción escrita de lo que en 1800 se acuñaría con el nombre de menopausia. Esto sucede en Francia y enmarca toda la sintomatología del padecimiento. En 1905, Fichera inicia el estudio del síndrome climatérico al demostrar alteraciones histiológicas en la hipófisis de los animales castrados. (Carranza, 1988, Hammond, 1996, Utian, 1987, Sherwin, 1996 y Kerchmer, 1989.).

La etiología de la menopausia, según se describe en el artículo Agenda de la Salud (1999), puede ser natural, prematura o artificial. La menopausia natural es aquella que se da cuando los ovarios disminuyen la secreción de estrógeno y progesterona, lo que detiene la ovulación; la menopausia prematura es la que se produce antes de los 40 por

una insuficiencia ovárica, la cual puede ser causada por una predisposición genética, o por trastornos autoinmunes que producen anticuerpos que pueden afectar a los ovarios, o por el hábito de fumar; y la menopausia artificial, que es aquella que se produce por intervenciones quirúrgicas como la ovariectomía, la irradiación de la pelvis, incluyendo los ovarios, u otros problemas médicos.

El cese definitivo de la menstruación se presenta, en la mayoría de las mujeres, en un momento determinado entre los 45 y 55 años. Se calcula que aparece en una tercera parte de las mujeres antes de los 45, y en el resto, antes de los 55. Cuando desaparece la regla antes de los 35, se habla de menopausia precoz. (Instituto Catalán de la Salud, Dirección de Atención Primaria, 1998).

No existe forma de saber exactamente cuando se va a presentar la menopausia; sin embargo, algunos estudios muestran que el tabaco y la mala nutrición, pueden adelantarla. De igual forma, aunque sin evidencia científica, esta fecha es relacionada con la edad en la que la mujer menstruó por primera vez, y la edad en que la madre experimentó la menopausia. Así lo demuestran los resultados del estudio realizado por Guillén, Caballero y Padrón (1996) del Departamento de Reproducción Humana del Instituto de Endocrinología de La Habana, Cuba, quienes desarrollaron una investigación con 101 mujeres para determinar la relación existente entre la edad de la menopausia y una serie de factores que pudieran influir en ella.

Los resultados obtenidos mostraron que el 65.4% de las mujeres encuestadas presentó la menopausia entre los 46 y 55 años; el 10.9%, antes de 41 años y sólo el 5.9%, después de los 55 años, siendo la edad promedio de 47.9. De los factores estudiados, la

edad de la menarquia, el patrón menstrual y la edad del primer parto, no presentaron evidencias significativas que relacionaran las variables del estudio; sin embargo, el número de embarazos, partos y la lactancia materna parecen aumentar la edad de la menopausia, mientras que el hábito de fumar, la disminuye.

1.2. Características Clínicas

Existe mucha controversia en la bibliografía acerca de los síntomas que son específicos de la menopausia y en especial, sobre las condiciones concretas que obedecen a los cambios fisiológicos que se dan en esta etapa. Esto ha traído gran confusión tanto en el tratamiento como en la investigación clínica.

Antes de que se pudiera disponer de estudios válidos generales de la población, los síntomas contenidos en el síndrome climatérico o menopáusico estaban basados en los presentados por las mujeres que acudían a las consultas ginecológicas. Un ejemplo de esto es el índice menopáusico presentado por Kupperman, Wetcher y Blatt (1959), en el cual dedujeron once factores: síntomas vasomotores, parestesias, insomnio, nerviosismo, melancolía, vértigo, debilidad, artralgias o mialgias, cefalcas, palpitaciones y hormigueo.

Los síntomas más consistentes observados en el estudio de la menopausia son los vasomotores, es decir, las sofocaciones y la sudoración excesiva (Ballinger, 1987); sin embargo, la etiología de estos síntomas asociados a la menopausia también presentan cierta controversia. Así tenemos que Donovan (1951) puso en duda esta asociación, ya que mantenía que estos síntomas eran experimentados por mujeres a lo largo de toda su vida, pero que sólo se llamaban sofocaciones si se aproximaban a la edad de la menopausia.

Feldman, Posdethwaite y Glen (1976), estudiaron a tres hombres que presentaron sofocaciones después de una insuficiencia testicular aguda, con altos niveles sanguíneos de gonadotropinas, sugiriendo que en la génesis de las sofocaciones podrían estar implicadas las hormonas folículoestimulante y luteinizante.

Sturdee y otros (1978), comprobaron que las sofocaciones en las mujeres menopáusicas estaban asociadas a un importante aumento de la temperatura epidérmica, vasodilatación periférica, aumento transitorio del ritmo cardíaco, alteraciones en el electrocardiograma y un notable descenso de la resistencia eléctrica de la piel. Sin embargo, el calentamiento artificial producía un mayor aumento de la temperatura epidérmica, con vasodilatación periférica, pero un descenso inferior en la resistencia eléctrica de la piel y ningún cambio en el electrocardiograma o en el ritmo cardíaco.

De igual forma, la inclusión de factores psicológicos en el índice menopáusico, ha traído gran controversia. Esto se demuestra en los siguientes estudios: Malleon (1953), expuso que a largo plazo, los cambios en el estado de ánimo con exacerbación de rasgos neuróticos estaban directamente asociados con los cambios hormonales de la menopausia, y continuó describiendo depresión, cansancio, irritabilidad y masoquismo menopáusicos.

Kupperman, Wetehler y Blatt (1959) consideran que la inclusión de varios síntomas psicológicos en el índice menopáusico significa, que en cierta medida, éstos están relacionados con la menopausia, posición que es apoyada por varios autores. Wilson y Wilson (1963), sostuvieron firmemente que el concepto de trastornos psicológicos estaba directamente relacionado con el de cambios hormonales en la menopausia.

Investigadores como Donovan (1951) y Jeffcoate (1960), pusieron en duda esta posición, sugiriendo que era una artimaña el asociar los síntomas psicológicos con la menopausia.

Utian (1972), en un intento por definir las verdaderas características clínicas de la menopausia en un grupo de mujeres con menopausia inducida quirúrgicamente, concluyó que las sofocaciones y la vaginitis atrófica eran las únicas condiciones directamente resultantes de la menopausia, y que los síntomas como depresión, irritabilidad, insomnio y palpitaciones, probablemente fueron independientes y psicológicos en su origen.

Utian y Serr (1976) reportan que un grupo de trabajo, en una conferencia que tocaba el tema de la menopausia, se trató de poner orden en la confusión que rodeaba el término síndrome menopáusico, decidiendo que los síntomas que con seguridad eran el resultado de la deficiencia de estrógeno debían dividirse en dos grupos: el primero, incluiría las sofocaciones, sudores y vaginitis atrófica, y el segundo, los efectos metabólicos a largo plazo, como la osteoporosis. Además se sugirió que los síntomas corrientes incluidos en el síndrome climatérico o menopáusico deberían ser considerados en tres grupos, tomando en cuenta su etiología: el primero, formado por los síntomas relacionados con la producción reducida de estrógenos que incluiría los síntomas vasomotores y la vaginitis atrófica; el segundo, abarcaría los síntomas relacionados con factores socioculturales, y el tercero, comprendería los síntomas relacionados con los factores psicológicos dependientes de la personalidad de las pacientes.

Studd (1979), subrayó la presencia de síntomas psicológicos en mujeres atendidas con clínica de menopausia, y aceptó que debido a que las mujeres atendidas con estos

síntomas tenían un alto nivel de síntomas psicológicos, éstos estaban relacionados con la menopausia y con la deficiencia de estrógenos.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (1981) expresa un criterio similar. Concluía que los síntomas vasomotores y la sequedad vaginal eran los únicos estados relacionados convincentemente con cambios hormonales en la perimenopausia. Hacía constar que no se había establecido ninguna relación convincente entre los cambios hormonales perimenopáusicos y los síntomas psicológicos o los cambios en la atracción sexual.

Los estudios hasta aquí presentados, no incluían una muestra representativa de la población normal, sobre todo en cuanto a los síntomas psicológicos. Neugarten y Kraines (1965) están entre los primeros en intentar el estudio de toda la sintomatología fuera del marco clínico. Estudiaron un grupo de 460 mujeres entre 13 y 65 años utilizando un registro de comprobación de síntomas de 28 puntos. Los síntomas fueron clasificados en tres grupos: somático, psicósomático, y psicológico. Se identificaron dos puntos cúspide de síntomas, uno en la pubertad y otro en la menopausia. La mayor parte de los síntomas reseñados en la pubertad figuraron en el grupo psicológico, mientras que los de la menopausia, se situaban en el grupo somático. Priest y Crisp (1972) señalan igualmente este aumento de síntomas somáticos en la menopausia.

En un estudio con 3,000 mujeres entre 40 y 60 años, Jazzman, Van Lith y Zaat (1969), encontraron que las sofocaciones aumentaban de forma pronunciada desde el 17% en mujeres que todavía estaban menstruando regularmente, hasta el 65% en mujeres que habían tenido su último periodo menstrual uno o dos años antes. Sin embargo, las

molestias de fatiga, cefaleas, irritabilidad, depresión, desequilibrio psíquico, eran más corrientes en las mujeres que todavía estaban menstruando que en las que se hallaban en la menopausia o postmenopausia. Estos síntomas eran más evidentes en las mujeres que presentaban una menstruación irregular y que podían ser consideradas como inmediatamente premenopáusicas.

Thompson, Hart y Durno (1973) en un estudio por correo de 269 mujeres, entre 40 y 60 años, encontraron el mismo patrón en cuanto al aumento de las sofocaciones en mujeres cuyas reglas habían cesado no hacían dos años, en contraste con las que aún menstruaban regularmente. Resultados similares encontraron McKinlay y Jefferys (1974).

En relación con la prevalencia de los síntomas psicológicos en el momento de la menopausia, Dunnell y Cartwright (1972) observaron que aunque los problemas de insomnio y dolores tendían a aumentar con la edad, y en mujeres de 55 años y más era muy frecuente la aparición de nervios, depresión, irritabilidad y cefaleas, estos síntomas eran más corrientes en mujeres de menos de 45 años de edad.

Wood (1979) informó de un estudio de 948 mujeres entre 20 y 65 años, y encontró que síntomas como insomnio, dolor en las articulaciones, entumecimiento, palpitaciones, vértigo y debilidad, tendían a aumentar con la edad, mientras que los dolores de cabeza, los problemas cutáneos y la irritabilidad, disminuían. Los síntomas de desmayos, cansancio, pérdida del apetito, nerviosidad, dolor de espalda, frecuencia urinaria, depresión, inquietud, tensión y aumento de peso, no mostraban una tendencia

significativa a modificarse con la edad y no había evidencia alguna de exacerbación de estos síntomas en relación con la menopausia.

Algunos investigadores se han ocupado de la morbilidad psiquiátrica en la menopausia. Hallstrom (1973) usó entrevistas psiquiátricas detalladas en una muestra de 800 mujeres escogidas al azar. Las mismas contemplaban cuatro etapas de su vida: 38, 46, 50 y 54 años. Encontró que no había evidencias de variación importante en la prevalencia de enfermedad psíquica durante la menopausia; no obstante, las mujeres con periodos irregulares definidas como perimenopáusicas, mostraban una frecuencia más elevada de deterioro mental que las demás.

Hallazgos similares fueron encontrados por Jaszmann, Van Lith y Zaat (1969), por Bungay, Vessey y McPherson (1980) y por Ballinger (1975). En ellos se señala la existencia de un aumento de la morbilidad psiquiátrica en la mujer precisamente antes del cese de las reglas y no en los años postmenopáusicos, cuando el riesgo es menor.

1.2.1. Aspectos Fisiológicos

Todas las mujeres nacen con cerca de medio millón de óvulos dentro de sus ovarios, pero sólo utilizan unos quinientos óvulos durante las tres o cuatro décadas de su vida reproductiva; cada mes, durante el ciclo menstrual, un óvulo madura y es liberado por el ovario, si la fertilización no se presenta, se eliminan las células uterinas a través de la menstruación.

Esta secuencia se repite automáticamente cada mes cada año. A finales de los treinta y principios de los cuarenta años, las mujeres cuentan con menos óvulos y pueden

dejar de ovular ocasionalmente. Aproximadamente a los cincuenta, la menstruación presenta irregularidades hasta llegar a la menopausia.

El desarrollo de las características sexuales está sometido a la influencia de factores hereditarios y hormonales. Los estrógenos son las hormonas sexuales femeninas más importantes, ya que son las que producen los cambios físicos que convierten a la niña en mujer. Estas hormonas son las responsables del crecimiento de los senos y los genitales externos, del ensanchamiento de la pelvis, el desarrollo de la vagina y el aumento de las secreciones de ésta. Afecta también el crecimiento y la textura de la piel, el cabello y la grasa subcutánea.

En la pubertad, el nivel de estrógenos aumenta porque uno de sus papeles principales es el de desarrollar los tejidos de los órganos sexuales. En la mayoría de las mujeres, la producción de estrógeno alcanza su máximo entre los 20 y 30 años. Cuando la tarea de la reproducción finaliza, el nivel de esta hormona baja a niveles más estables, disminuyendo su producción después de la menopausia.

A medida que los ovarios disminuyen la capacidad de producir estrógenos, surge un desequilibrio hormonal que ocasiona, en la mayoría de las mujeres, cambios en los ciclos menstruales, que pueden alargarse o acortarse, el sangrado puede ser más ligero o abundante, e incluso presentarse ligeros sangrados entre períodos menstruales, especialmente después de las relaciones sexuales. En ocasiones, empeoran los malestares premenstruales y va resultando más común sufrir bochornos durante la semana previa al inicio de la menstruación.

Al cesar la ovulación y detenerse la producción de hormonas sexuales en los ovarios, los tejidos requerirán de cierto tiempo para ajustarse al nuevo equilibrio hormonal, principalmente por el hecho de que las glándulas suprarrenales y el tejido graso continuarán produciendo cantidades bajas de estrógeno.

Algunas mujeres experimentan únicamente el cese de la menstruación; sin embargo, la gran mayoría de ellas experimentan diversos síntomas provocados por el descenso de estas hormonas. Las alteraciones más comunes son los bochornos, sudores nocturnos, el cansancio y los trastornos del sueño. Puede tener alteraciones urinarias o vaginales. Igualmente puede presentarse el debilitamiento de los huesos (osteoporosis), la reducción del tamaño de los senos, pues el tejido adiposo reemplaza al glandular, el adelgazamiento del cabello o algún crecimiento de pelo en el rostro.

Las crisis de sofocaciones o bochornos es quizás el síntoma climatérico más frecuente; puede variar en intensidad y frecuencia. Consiste en una sensación brusca de calor que sube desde el pecho hasta la cara y el cuello; en ocasiones puede ir acompañada de sudoración y enrojecimiento. Los sudores nocturnos no son más que bochornos severos que ocurren cuando se duerme. Es probable que la mujer se despierte en la noche bañada en sudor. Estos problemas provienen de un desequilibrio temporal en el sistema de control de la temperatura corporal, el cual se autoajustará, en cuanto el cuerpo se acostumbre a sus nuevos niveles hormonales. Este proceso puede durar meses y en algunos casos, hasta años. Asso (1983) indica que los bochornos junto con las sudoraciones nocturnas, son los únicos síntomas posiblemente causados por la disminución de estrógeno.

La falta de estrógenos también puede provocar que el revestimiento de las vías urinarias sea más vulnerable a la infección; la vejiga puede volverse más sensible. Es posible que deba levantarse durante la noche para orinar o que experimente la urgente necesidad de orinar en momentos inoportunos.

A largo plazo, la falta de estrógenos parece tener por lo menos dos y tal vez tres, efectos duraderos. Los dos efectos comprobados son los cambios en la masa ósea y en los genitales; el polémico es el trastorno coronario; no está clara la relación entre la disminución de estrógenos y este tipo de padecimiento. Graig, (1997).

La osteoporosis se define como una pérdida de la cantidad de masa ósea, aunque el hueso sigue siendo del todo normal; éstos tienden a volverse más endebles, aunque en diferentes grados. A veces, puede manifestarse por dolores óseos inespecíficos. Esta enfermedad es considerada como la causa principal de las fracturas durante la vejez y de la pérdida de estatura en las ancianas.

El segundo cambio comprobado se da en los genitales, al sobrevenir una atrofia vaginal. El tejido de este órgano, los labios y sus alrededores, se encoge, se adelgaza y se seca. Hay menos lubricación durante el acto sexual. La vagina igualmente se acorta y estrecha, lo que puede causar relaciones sexuales incómodas o dolorosas. Estos síntomas tienden a aparecer con lentitud.

El efecto más discutido de este suceso, como dijimos anteriormente, es su relación con las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres tienen bajos índices de estos males antes de la menopausia; sin embargo, después de ésta, aumentan las enfermedades cardiovasculares, hasta casi alcanzar a los hombres.

1.2.2. Aspectos Culturales y Sociales

La cultura parece jugar un papel muy importante en la menopausia. Las actitudes sociales negativas hacia la tercera edad podrían influir en el bienestar de la mujer menopáusica, principalmente en su estado psicológico.

Las interpretaciones culturales del impacto de la menopausia varían mucho, afectando los sentimientos personales, la conducta y los síntomas físicos de las mujeres. Benedek (1950) sugirió que las actitudes culturales pueden influir en la forma en que una mujer enfoca la menopausia y en el tipo de síntomas que desarrolle. Mannes (1968) subrayó la dificultad de enfrentarse a este aviso de envejecimiento en una sociedad en la que la juventud es adorada y la vejez no es algo que pudiera mirarse con ilusión.

Flint (1975) y (1979) presentó información acerca del efecto de determinadas actitudes culturales sobre el número y naturaleza de los síntomas que presentaba la mujer al llegar a la menopausia. Opinaba que en las sociedades donde la categoría y la autoestimación de la mujer mejoraban con la menopausia, ésta era esperada con entusiasmo, como una recompensa, y que los únicos cambios asociados con la menopausia eran los cambios en el ciclo menstrual, situación que no se daba en las culturas occidentales modernas, en donde es esperada con temor y como un castigo.

Este es el caso en algunas castas de la India, en donde la menopausia trae una nueva y positiva posición para la mujer que ahora no está obligada a quedarse al margen de buena parte de la sociedad, relacionada sólo con su esposo y sus familiares más cercanos, sino que puede disfrutar de la compañía de hombres y mujeres en numerosas circunstancias sociales. Flint (1982) realizó un estudio con mujeres hindúes, no

reportando ninguna de ellas la cantidad de síntomas asociados con la menopausia, como cambio de humor, depresión, cefaleas.

En un estudio realizado por Neugarten y colaboradores (1968), con grupos de mujeres occidentales de diferentes edades, se observaron diferencias notables en la actitud hacia la menopausia de los grupos de las diferentes edades: las mujeres de más de 45 años expresaron puntos de vista más positivos que las más jóvenes, y las postmenopáusicas tendían a opinar que la menopausia no causaba mayor alteración en sus vidas, mientras que las jóvenes esperaban lo peor.

A nivel social, algunos estudios hacen énfasis en los cambios dentro de la estructura familiar que se experimentan en el hogar de la mujer menopáusica. English (1954), Rogers (1956) y Deykín y colaboradores (1966), resaltan que la época del climaterio coincide con el hecho de que los hijos han llegado a la adultez y abandonan el hogar paterno, causando un gran efecto en el amor propio de la mujer, sintiendo que está de más su papel de madre, parcial o totalmente. Ballinger (1975) y Rubin (1979) confirman esta idea al realizar estudios que demostraron que los cambios en la estructura familiar es un aspecto relevante en esta época. Las mujeres estudiadas en el caso de Ballinger demostraron la existencia de trastornos emocionales detectados a través del *General Health Questionnaire*. Rubin realizó largas entrevistas con 160 mujeres casadas entre 34 y 54 años de edad, donde observó el impacto personal de estos acontecimientos y los problemas individuales de reajuste a los mismos.

El estado civil, la clase social y el trabajo fuera de casa son otros aspectos sociológicos relacionados con los síntomas que presentan algunas mujeres al llegar a la

menopausia. Jaszmann, Van Lith y Zaat (1969) reportaron a través de un estudio, que las mujeres casadas presentaban, con más frecuencia, síntomas en la menopausia, que las solteras; presentándose resultados similares al comparar a grupos de mujeres con mayores ingresos económicos y las que habían recibido una educación superior con aquellas de bajos ingresos y que sólo habían recibido una educación primaria. Estas últimas presentaron más molestias en la menopausia.

Severne (1979) estudió 922 mujeres casadas, belgas entre 46 y 55 años, tratando de investigar la compleja interacción entre los factores de clase social, trabajar fuera de casa y los síntomas menopáusicos. Encontró que las mujeres perimenopáusicas presentaban el más alto nivel de síntomas con mejoría considerable en el grupo postmenopáusico. Sin embargo, esta mejoría era menos notable en las amas de casa, que generalmente estaban en desventaja en todo. La diferencia entre las amas de casa y las que trabajaban fuera del hogar era más aparente en los grupos socioeconómicos más bajos. Este autor, concluyó que no eran los efectos físicos de la menopausia los más importantes, en opinión de sus pacientes, sino los problemas relacionados con dificultades de adaptación a las nuevas funciones en esta época de la vida.

Greene y Cooke (1980) corroboran esta opinión a través de un estudio realizado con 131 mujeres entre 25 y 64 años, obtenidas de la población general; en el mismo estudio relacionaba síntomas con acontecimientos desencadenantes de estrés.

1.2.3. Aspectos Psicológicos

Los síntomas psicológicos asociados con la menopausia y su intensidad, varían de un autor a otro. De igual forma, se pueden observar en la bibliografía, diferentes

posiciones en cuanto a la inclusión de síntomas psicológicos en el cuadro clínico del síndrome menopáusico o climatérico.

Zax y Cowen (1979), en su libro *Psicopatología*, indican que ya para el Siglo III de la Edad Media, se asociaban trastornos emocionales con el periodo involutivo (tiempo en que las mujeres experimentan la menopausia y el hombre el climaterio), cuando algunos médicos árabes describen un trastorno degenerativo asociado a esta época de la vida humana. De igual forma Zax y Cowen, en esta misma obra, escriben que Kraepelin, en el siglo pasado, designa las melancolías involutivas como las que tienen lugar durante este periodo, distinguiéndolas de otros cuadros psiquiátricos.

Tilt (1857) declaró que durante la época del cambio, muchas mujeres quedaban profundamente desquiciadas y que en un grupo de 500 mujeres, 459 sufrían de irritabilidad nerviosa.

Fenichel (1942) al referirse a las psicosis involutivas señala que éstas se distinguen de las psicosis maniaco-depresivas y que se presentan en caracteres compasivos, rígidos, cuyos sistemas de defensas fallan en el climaterio, lo que conduce a una regresión oral debido a alteraciones físicas de la economía de la libido.

Deutsch (1945) pensaba que todas las mujeres en la época del climaterio, pasan por un periodo de depresión por la pérdida de la femineidad y el potencial reproductivo recibido en la pubertad, posición compartida en parte por Fessler (1950), quien expresó que la conducta de la mayoría de las mujeres en el climaterio era anormal, y que la desilusión estaba en la base de la depresión menopáusica. Consideraba, que psicodinámicamente, la privación al no poder tener más hijos, da lugar a un resurgimiento

de la envidia del pene, la cual había sido compensada con la capacidad reproductiva en la pubertad.

Benedeck (1950), brinda una posición más optimista de la menopausia al describirla como una época de reorganización intrapersonal, con desexualización de las necesidades emocionales, lo que permite una descarga de energía psíquica para la integración de la personalidad y el proyecto de una vida activa con muchas gratificaciones para el Ego.

Prados (1967) comparte esta opinión al manifestar que los años postmenopáusicos podían ser una época de serenidad. Consideraba que los cambios fisiológicos de la menopausia eran un factor precipitante más que una causa subyacente de cualquier trastorno psicossomático que apareciera en esta época.

Para 1969, Klopper expresó que los cambios psicológicos de la menopausia pueden ser tempestuosos aún en mujeres muy estables, y que los síntomas presentados eran: explosiones de irritabilidad, depresión o histeria.

Parson y Sommers (1962) afirmaron, que la inestabilidad emocional experimentada por las mujeres en la menopausia, estaba relacionada con la amenaza a la seguridad personal implícita ante el futuro envejecimiento.

Peel y Brudenli (1969) en su descripción de las manifestaciones clínicas de la menopausia, incluyeron problemas emocionales como depresión y crisis de histeria, subrayando la contribución de una predisposición constitucional a la irritabilidad nerviosa en la etiología de estos síntomas.

McClure y Browne (1973), en un ejercicio similar, incluyen síntomas de manifestaciones emocionales como irritabilidad, palpitaciones, insomnio, depresión, fatiga, inestabilidad emocional y tendencia al autodesprecio.

Llewelyn-Jones (1978), al estudiar 500 mujeres que se presentaron a consulta ginecológica en el momento de la menopausia, enumeró la depresión, el insomnio y la fatiga, incluyéndolas en el cuadro clínico. Sugirió que estos síntomas estaban más relacionados con la reacción de la mujer al darse cuenta de la llegada de la menopausia, que con un efecto directo por la insuficiencia ovárica.

Gold y Josimovich (1980) consideran la irritabilidad, la inestabilidad emocional, la depresión y el negativismo como manifestaciones corrientes de la menopausia; sin embargo, pone en duda la relación de estos síntomas con los cambios hormonales que se dan en este periodo.

Achte (1970) hace énfasis en el temor como factor importante en este periodo, principalmente en relación con los trastornos psicósomáticos. La mujer menopáusica tiene temor a envejecer, temor a la pérdida de la juventud y la belleza, y temor a la pérdida de su compañero sexual. Subraya la pérdida del amor propio por la privación de la reproductividad y por tanto, de la femineidad. Destaca la importancia de la personalidad de la mujer para hacer frente a esta crisis, considerando que un índice seguro de cómo enfrenta el estrés de la menopausia puede deducirse a través de su reacción en el pasado, ante otras crisis de la vida.

Ballinger (1976b) encontró que las mujeres que presentaban síntomas de trastornos psicósomáticos entre los 40 y 55 años de edad, habían acudido a sus

médicos de cabecera con mayor frecuencia por nervios; se les había recetado más proporción de fármacos psicotropos en el pasado y tenían una historia de ingresos en hospitales psiquiátricos más frecuente, en comparación con grupos control que no habían sufrido trastornos emocionales.

Zax y Cowen (1979) incluyen los síntomas psicológicos de la menopausia dentro de las Psicosis Involutivas refiriéndose a ellas como los *"trastornos provenientes de las tensiones típicas del periodo involutivo de la vida, esto es, el tiempo de la menopausia o climaterio. Los síntomas tales como preocuparse en exceso, sentimientos de culpa y ansiedad, agitación y preocupaciones somáticas, son corrientes"*. p. 160.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales II (1968), citado por Zax y Cowen, divide la Reacción Psicótica Involucional en dos categorías: estado paranoide involucional y melancolía involucional, describiendo ésta última del modo siguiente:

"Es este un trastorno que tiene lugar durante el periodo involucional y se caracteriza por preocupaciones, ansiedad, agitación e insomnio grave. Están presentes a menudo sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas que pueden adquirir proporciones delirantes. Este trastorno se distingue de la enfermedad maniacodepresiva por la ausencia de episodios anteriores; se distingue de la esquizofrenia en cuanto que la apreciación afectada de la realidad se debe a un trastorno del estado del ánimo, y se distingue de la reacción depresiva psicótica en cuanto ésta no se debe a alguna experiencia de la vida. La opinión acerca de si esta psicosis puede distinguirse o no de los otros trastornos efectivos está dividida. Se recomienda, por consiguiente, a los pacientes involucionales no se les dé este diagnóstico a menos que todos los demás trastornos afectivos hayan sido descartados". p. 160.

El estado paranoide involutivo es descrito en esta clasificación de la forma siguiente:

"Esta psicosis paranoide se caracteriza por formación de delirio con su inicio en el periodo involutivo. Anteriormente se le clasificaba como una variedad paranoide de reacción psicótica involutiva. La ausencia de trastornos conspicuos del pensamiento, típicos de la esquizofrenia, la distinguen claramente de este grupo". p. 161.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (1996) no presenta ninguna categoría relacionada con la menopausia. La denominada melancolía involutiva, en la actualidad, se considera dentro de los desórdenes del afecto, independientemente del proceso involutivo.

Papalia y colaboradores (1992) en su libro Desarrollo Humano, hacen una breve mención de los aspectos psicológicos al referirse al periodo del climaterio:

"Para la mayoría de las mujeres, la menopausia es un no evento, psicológicamente hablando. En una época se culpaba a la menopausia de una serie de problemas, especialmente la depresión, pero estudios recientes muestran que no hay razón para atribuirle enfermedades psiquiátricas a este evento normal". p. 484.

Consideran que la actitud de la sociedad hacia esta fase de la vida influye más en el bienestar de estas mujeres, aún por encima de la disminución de hormonas en su cuerpo.

Craig, Grace (1997) en su libro Desarrollo Psicológico hace énfasis en el hecho de que la mayoría de las mujeres no confrontan problemas emocionales durante la época de la menopausia y que de éstos presentarse, podrían manifestarse a través de sentimientos de

depresión o de poca femineidad por la pérdida de la capacidad reproductora, situación que podría ser más significativa en aquellas mujeres que no han tenido hijos.

En un artículo de la *GINE-web: Newsletter*, donde se trata el tema de la menopausia, se menciona que durante este periodo, además de los síntomas y signos relacionados con la disminución de las hormonas ováricas, algunas mujeres pueden presentar también cambios de humor brusco, irritabilidad, trastornos del sueño, melancolía, fatiga y tendencia a la depresión.

La Dra. Celia González Ibarra (1999) en su artículo *Trastornos Afectivos en la Mujer. Depresión y Menopausia*, hace una relación de la menopausia como época de crisis, y la etiología de la depresión que se observa en las mujeres climatéricas. Tomando como base que coincide la crisis de la mediana edad con el periodo de declinación de la mujer, esta autora describe al ser humano confrontándose a "verdades angustiosas y dolorosas que lo llevan a un estado de crítica preocupación depresiva por el *self*", relacionadas con la crisis de identidad, el envejecimiento y la muerte. La involución climatérica, como cualquier otro ataque al cuerpo, es vivido por la persona como un ataque a su *self* y a su identidad, lo que trae consigo angustia, depresión y la elaboración del duelo como proceso de adaptación necesaria por parte del yo ante un *desequilibrio relacional* o lo que, es definido por Abraham como "metabolismo psicológico del objeto perdido". Los sentimientos de depresión que surgen al confrontar nuevas situaciones se producen porque éstos significan la pérdida de vínculos previos (duelo por el objeto), más la pérdida de los aspectos del propio *self* (duelo por el *self*) lo que deriva en sentimientos de despojo y soledad.

Ante estos sentimientos, surgen fantasías y ansiedades relacionadas con la salud (fantasías hipocondríacas) que se vinculan con otras inquietudes amenazantes de llegar a tener pérdidas (económicas, de status social y del prestigio alcanzado). Surgen entonces las defensas que le llevan a actividades maníacas y a la búsqueda de placer o éxito fácil, lo que trae como consecuencia un empobrecimiento de la vida emocional, deterioro del carácter y un aumento del odio, la envidia y de las tendencias autodestructivas.

Helen Deustch, citada por la autora, considera que los conflictos en la menopausia son una reedición de las luchas edípicas que se dieron durante la menarquia: cuando era una niña, la fuente de sus luchas era para eliminar el amor prohibido que sentía hacia el padre, ahora que es una mujer madura, lucha para reprimir su amor incestuoso hacia el hijo, el cual, a nivel inconsciente, ha tomado el lugar del padre.

Para Deustch, las mujeres que presentan trastornos menopáusicos, ya sufrían con anterioridad de trastornos nerviosos, ajuste sexual pobre, carácter rígido, dificultades adaptativas y un campo de intereses limitado. El climaterio y sus reacciones psíquicas son definidas por ella como una reedición, a la vez que contraparte, de la menarquia.

Therese Benedck nos dice que la reacción a la menopausia es como un test que nos indica el grado de satisfacción de vida, es decir, si una mujer ha sido feliz o infeliz; si hay una búsqueda de inadecuadas gratificaciones eróticas o sublimaciones durante su infancia, adolescencia y madurez.

La Dra. González Ibarra concluye que la depresión en la menopausia no ataca a todas las mujeres por igual y que ésta está relacionada con un trastorno afectivo previo.

Por otro lado, el Dr. Libardo Bravo Solarte, psiquiatra del Centro Médico Imbanaco, Cali y Secretario de la Asociación Colombiana de Menopausia, Capítulo del Valle del Cauca, al referirse a la menopausia, en su artículo Aspectos Psicológicos de la Menopausia, 1999, nos dice lo siguiente:

“En algunos círculos de escasa formación u orientación Psicológica se piensa que la menopausia, como cosa endocrinológica, sólo produce trastornos emocionales en aquellas mujeres con manifestaciones claras de trastornos de personalidad, inmaduras o con graves dificultades neuróticas. En contraste, los médicos que trabajamos en el terreno de lo psíquico creemos que una posición más científica, humana y actual es considerar la menopausia como un fenómeno trascendental en el ciclo vital de la mujer y en cuanto a su significación emocional como una crisis psico-afectiva que incide sobre todas las mujeres, independiente de su estado de salud mental y de sus circunstancias bio-sociales.” p. 1.

Para la Dra. Dora Luz González, Médica Psiquiatra en la Clínica Las Vegas de Medellín, (1999), no es el proceso biológico de la menopausia el factor de riesgo para la enfermedad mental sino los aspectos o factores psicógenos y socioculturales propios de la edad madura. De acuerdo a lo presentado por esta Psiquiatra en su artículo Aspectos Bio-psico-socio-familiares del Climaterio, 1999, los principales cuadros psicopatológicos en la menopausia son en orden de incidencia los siguientes: reacciones de ajuste, depresión mayor, trastornos de ansiedad, alcoholismo, trastornos somatomorfos y disfunciones sexuales. El tratamiento a utilizar con estas pacientes es igual al utilizado en otras épocas de la vida. La terapia sustitutiva de estrógenos no actúa sobre los síntomas mayores sino sólo sobre la sensación de bienestar, mejorando sofocos, calidad del sueño y ansiedad reactiva. En el caso del tratamiento para el episodio depresivo mayor, la farmacoterapia

actúa sobre síntomas vegetativos: sueño, apetito, libido y ansiedad, mientras que la psicoterapia actúa sobre el estado de ánimo, autoestima e ideación suicida.

2. Crisis en la Vida

Para muchas mujeres, el periodo del climaterio se convierte en una época de crisis. Algunos autores consideran que la desorganización emocional que se produce al negar la menopausia, está relacionada con la incapacidad que presentan estas mujeres para adaptarse a los nuevos cambios que le ofrece la vida.

Slaikau, Karl (1996), en el libro *Intervención en Crisis*, define lo que es una crisis en término de la teoría de las crisis por él formulada, de la siguiente manera:

“Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas), casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores), y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros significantes")”. p. 16.

Como se presenta en esta definición, en toda crisis habrá uno o varios sucesos precipitantes. Son muchos los autores que se han dado a la tarea de identificarlos. Algunos de ellos, incluyen sucesos específicos de la vida como el embarazo y el nacimiento de un niño, transición de la casa a la escuela, compromiso y matrimonio, jubilación, desastres naturales, cambios sociales y tecnológicos rápidos.

Slaikeu (1996) menciona dos tipos de sucesos precipitantes, a saber: los universalmente devastadores, que son aquellos que casi irremediamente precipitarán una crisis, tales como la muerte inesperada del cónyuge o la violación; y aquellos sucesos que deberán contemplarse en el contexto del desarrollo total del individuo, es decir, que no son significativos ni provocan crisis en todos los individuos. A estos últimos D'Augelli y Danish (1980) los define como indicadores del desarrollo, ya que se necesita saber lo que el suceso significa para la persona en el contexto de la historia de su desarrollo. Ejemplos de este tipo de sucesos son: matrimonio, nacimiento de un niño, jubilación, el abandono del hogar por parte de los hijos, etc.

De igual forma, según la Teoría de las Crisis de Slaikeu, se distinguen dos tipos de crisis: las crisis circunstanciales y las crisis de desarrollo. Las primeras se caracterizan por ser accidentales, inesperadas y se apoyan en un factor ambiental (pérdida de un ser querido en un desastre natural como incendio, inundación, accidente de tránsito) y las víctimas de crímenes violentos. También se incluyen sucesos como cambios de residencia, divorcio y desempleo.

Por otro lado, las crisis en el desarrollo se refieren a aquellas que están relacionadas con el traslado de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Su característica principal es que son predecibles, es decir, todos sabemos que debemos afrontar etapas decisivas en nuestras vidas y que cuando las tareas de una de estas etapas no se realizan, sobreviene la crisis.

Las personas que están en situación de crisis se enfrentan a situaciones de alto riesgo en donde coexisten el peligro y la oportunidad. Tres posibles resultados de las

crisis, según Slaikeu son: 1. El cambio para mejorar, 2. El cambio para empeorar ó, 3. El cambio para regresar a niveles previos de funcionamiento. Miller e Iscoe (1963), citados por Slakeu en Intervención en Crisis, lo exponen de la forma siguiente:

"Después de un periodo, la crisis pasará o se resolverá de alguna manera. Esta solución puede ser saludable o no, y se supone que el tipo de solución alcanzada, tendrá implicaciones en el funcionamiento futuro del individuo. Como resultado de una solución satisfactoria de las crisis en la vida, se observa una personalidad más segura y altamente integrada con un incremento en fuerza para enfrentar tensiones futuras. De hecho, el estado actual de la salud mental de la persona puede contemplarse como un producto de la forma en que se han resuelto una serie de crisis en el pasado". P.27.

La resolución positiva de la crisis es definida como la penetración en el suceso de crisis que comprende el ayudar a la persona en la exploración del suceso y su reacción al mismo a través de reflexiones, expresión de sentimientos, manteniendo un grado mínimo de bienestar físico y realizando adaptaciones interpersonales y de conductas apropiadas a la situación; integración del suceso y sus consecuencias como parte de otros sucesos en la vida de la persona formando parte de una experiencia desarrolladora; y el estar abierto para enfrentar el futuro con el inicio de nuevas empresas en la vida.

2.1. Crisis en el Desarrollo

Como expresamos con anterioridad, las denominadas crisis en el desarrollo son aquellas que están relacionadas con el paso de una etapa de desarrollo a otra.

Erik Erikson, (1963) al describir las etapas psicosociales, enfoca en cada una de ellas una polaridad emocional o conflicto a la que la persona deberá enfrentarse para ir

estructurando su personalidad, la cual consideraba un proceso dinámico, continuo y acumulativo que se desarrolla desde el nacimiento hasta la muerte. Este autor pensaba que las demandas ambientales nuevas introyectan componentes emocionales positivos y negativos. Si el conflicto es resuelto satisfactoriamente, nos indica que el componente positivo es reflejado en un mayor grado; de persistir, entonces predomina el componente negativo.

Según Erikson, todas las personas experimentan ocho crisis o conflictos de desarrollo; los ajustes que el individuo haga a cada etapa afecta la manera de manejar el siguiente conflicto. Considera además, que estos ajustes pueden ser alterados o revertidos más tarde. Por ejemplo, la persona que ha carecido de afecto en la infancia, puede convertirse en un adulto normal si recibe atenciones adicionales durante otras etapas. Así mismo, formula Erikson, que existe un conflicto crucial que resolver en cada etapa; sin embargo, este conflicto está presente a lo largo de toda la vida. Pone como ejemplo la necesidad básica de autonomía que tiene el niño al empezar a caminar, pero que durante toda la vida, la persona estará probando su grado de autonomía en cada relación. Erikson creía que la mayor motivación del hombre para su desarrollo es la adquisición de una identidad del ego.

Existen varias hipótesis que tratan de explicar cuándo una transición se convierte en crisis:

- Se puede dar una crisis cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa del desarrollo se dificulta. La falta de habilidad, conocimiento o incapacidad para correr riesgos impiden la transición de una etapa del desarrollo a otra (Danish y

D'Augelli, 1980). Igualmente, juegan un papel importante los recursos físicos (dinero) y los sociales (amigos, parientes) que tenga la persona a su disposición.

- Una transición puede convertirse en crisis si hay una demanda de sobrecarga; es decir, cuando hay demandas múltiples y simultáneas de cambios de personalidad.
- Puede presentarse una crisis en una transición cuando la persona no acepta o no está preparada para los sucesos determinantes.
- Una transición se convierte en crisis cuando la persona se percibe a sí misma como fuera de fase, con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad; es decir, cuando no ha cumplido con conductas, experiencias o sucesos propios de una época determinada. Ejemplo: cuando es tiempo de casarse, o de terminar estudios universitarios, o de tener hijos, y no lo ha hecho.

2.2. Crisis de la Mediana Edad o Adulthood Media

De acuerdo a Slaikeu (1992) la adultez media comprende el periodo entre los 35 y 50 años de edad, Sin embargo, no todos los autores concuerdan con este intervalo, y aún hay otros que lo designan con nombres diferentes: Leopoldo Salvarezza (1991), le llama mediana edad y comprende el periodo entre los 45 y 65 años; Grace Graig (1997) lo denomina madurez media y lo ubica entre los 40 y 65 años; Papalia y Wendkos (1992) escriben sobre la edad adulta intermedia refiriéndose a las personas que están entre los 40 y 65 años de edad; E. Jacques (1966) la situó cronológicamente de los 35 en adelante; E. Erickson llama años intermedios a los comprendidos entre los 25 y 40 años de edad.

Algunos investigadores consideran que el inicio de la adultez media, como la llamaremos en esta revisión bibliográfica, dependerá de la etapa de la vida en la que se

encuentre la persona: la mujer de 42 años que acaba de dar a luz un niño o el hombre de 48 años que inicia un estudio de postgrado, pueden no considerar que están en la mitad de la vida o de su carrera. Por otro lado, es muy importante para algunos, como otro factor determinante en el inicio de esta etapa de la vida, tomar en cuenta que las expectativas de vida en nuestra época son mayores, por lo que el individuo y la sociedad en si, tienden a alargar las funciones, tareas y conductas de cada periodo de desarrollo.

Para Grace Graig (1997) la mediana edad es "un interín, un puente entre dos generaciones; quienes se encuentran a la mitad de la vida saben que están separados no sólo de los chicos y jóvenes, sino también de los viejos y los retirados".

En lo que los autores si parecen coincidir, es en el caracterizar a este periodo como aquel en que las personas tienden a reflexionar y reelaborar asuntos previos del desarrollo y al mismo tiempo confrontar nuevos problemas y desafíos. Es una época de cambios: biológicos, intelectuales, sociales y de personalidad. Las habilidades físicas se nivelan y aparecen los primeros signos del envejecimiento, aparecen por primera vez enfermedades y desórdenes, los hijos crecen y se marchan del hogar, el funcionamiento cognoscitivo se basa más en el conocimiento acumulado y la experiencia, etc.

La adultez media puede ser un periodo de realización y liderazgo o por el contrario, de agitaciones e insatisfacciones. La forma en que se reaccione a los cambios, determinará si será una época de transición y crecimiento o un periodo de crisis.

Hunt y Hunt (1975) y Neugarten, (1968b) consideran que las personas en este periodo se dan cuenta de que ya no son jóvenes, pero de cualquier manera se sienten satisfechos y piensan que están en la "flor de la edad". Aunque su actividad física ha

disminuido, el cúmulo de experiencias y conocimientos les permiten manejar su propia vida y tomar decisiones con mucha más facilidad y confianza personal; es por esta razón que se le ha llamado al grupo de los 40 - 60 años, como la generación al mando, ya que en su mayoría los que deciden en el gobierno, las empresas y la sociedad, se encuentran en este rango de edad.

Frenkel-Brunswik (1963) ve la adultez media como un periodo de declinación de la actividad cuyo inicio, alrededor de los 48 años, suele estar señalada por crisis psicológicas y biológicas. Levinson (1978) y sus colaboradores, comparten este punto al decir que *"la transición de la mitad de la vida es una época de crisis de moderadas a graves"*. Clausen (1986) considera la adultez media como un *"periodo en donde algunas esperanzas se frustran y algunas oportunidades se ven perdidas para siempre"*.

Chiriboga, (1981), Sherman (1987) consideran que hay dualidad en este periodo. Así como puede haber satisfacción a nivel familiar, profesional, laboral y se incrementa el talento creativo, también hay conciencia de la muerte y el sentimiento de que el tiempo se acaba. Hay temor por las contribuciones a las generaciones siguientes, miedo al estancamiento y pérdida de oportunidades, además de preocupación por mantener relaciones íntimas con familiares y amigos.

Sherman (1987) dice que con cada acontecimiento importante como muerte, nacimiento, cambios de empleo o divorcio, los adultos examinan nuevamente el sentido de la vida. Gould (1978) manifiesta que el paradigma de la mediana edad es: *"lo que sea que hagamos, hay que hacerlo ya"*.

A continuación presentamos algunos de los cambios más importantes que se producen en el individuo al llegar a esta etapa de la vida.

2.2.1. Cambios Físicos

- **Sensaciones**

La agudeza de la visión disminuye con más rapidez a comienzos de los 40 años debido a que los cristalinos del ojo se vuelven menos elásticos y por ende, su foco no se ajusta tan fácilmente. Se desarrolla la hipermetropía asociada a la vejez, por lo que se necesitará lentes o gafas. De igual forma, se experimenta una leve pérdida en la nitidez de la visión, y debido a que la pupila del ojo tiende a volverse más pequeña, se necesitará cerca de un tercio más de luminosidad para compensar la pérdida de luz que llega a la retina.

La capacidad de audición también se ve afectada, pero en forma leve, especialmente en lo que respecta a los sonidos en las frecuencias más altas.

La sensibilidad al gusto, olfato y dolor disminuyen en diferentes momentos de esta época, aunque en forma menos perceptible que las capacidades de la audición y la visión. La sensibilidad a los cambios de temperatura se mantiene alta (Newman, 1982).

- **Habilidades Motoras y Tiempo de Reacción**

Se presenta una disminución gradual en fuerza y coordinación, aunque la pérdida es tan pequeña, que la mayoría de las personas no la sienten. El tiempo de reacción crece con lentitud durante este periodo.

- Cambios Internos

El sistema nervioso tiende a volverse lento. El esqueleto se anquilosa y se encoge levemente. La piel y los músculos empiezan a perder su hidratación y elasticidad, se arruga. Los cabellos se envanecen y se vuelven más escasos. La silueta se pone pesada por la gordura; hay una tendencia a acumular más sustancias grasas, principalmente en el vientre. El corazón tiende a bombear 8% menos sangre por cada decenio de vida adulta y el diámetro de las arterias coronarias es un tercio menos que a los veinte años. La capacidad pulmonar también decrece, lo que dificulta el realizar actividades pesadas por la disminución de oxígeno que llega a la sangre.

Y como se revisó en el capítulo anterior, la disminución de hormonas ováricas y reproductivas en la mujer, produce la menopausia, considerado como el cambio interno más radical de este periodo.

- Sexualidad

Para la mayoría de las personas que están en la adultez media, la frecuencia de los contactos sexuales disminuye. Según Weg (1989) en esta época, los adultos redefinen la sexualidad para transformarla por sensualidad, el cual consiste en variadas expresiones físicas que pueden o no conducir al acto sexual. Abrazarse, tomarse de la mano, tocarse y acariciarse expresan tanto interés y amor como en tanto que son parte de la sexualidad madura.

Las mujeres, por los cambios fisiológicos de la menopausia, tienden a necesitar más tiempo para obtener una respuesta orgásmica; al igual que el hombre tardará más tiempo en alcanzar la erección.

- **Salud y Enfermedad**

A medida que el cuerpo envejece, se vuelve más vulnerable a las enfermedades. Es en esta época en donde los efectos acumulativos de los malos hábitos comienzan a cobrar su parte.

Entre las enfermedades más frecuentes tenemos:

- Enfermedades cardiovasculares
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedades respiratorias

2.2.2. Cambios Cognoscitivos

De acuerdo con las pruebas psicométricas tradicionales, los patrones de inteligencia persisten en la edad intermedia. Sin embargo, la inteligencia fluída (habilidad para manejar nuevo material o situaciones) disminuyen típicamente en este periodo. La inteligencia cristalizada (habilidad para solucionar problemas con base en el procesamiento automático de información almacenada) tiende a aumentar; es decir, hay un incremento de la habilidad para hallar relaciones, hacer juicios, analizar problemas y emplear las estrategias aprendidas para encontrar solución a los problemas. Esto se puede

observar en pruebas de razonamiento verbal, vocabulario, comprensión y aspectos de las relaciones perceptuales.

2.2.3. Desarrollo Psicológico

Se han propuesto varias teorías para explicar el desarrollo psicológico durante la adultez media. La más utilizada por los que investigan esta etapa del desarrollo es la de E. Erickson, quien fue el primer psicoanalista que se ocupó del tema del envejecimiento, basándose en su teoría epigenética, la cual describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales.

Este autor considera que lo básico a lo que se enfrenta la persona en este momento de la vida es la generatividad frente al estancamiento. Postula que en la generatividad, las personas se desenvuelven en tres áreas: *la procreativa*, al dar y responder a las necesidades de la siguiente generación; *la productiva*, al integrar el trabajo con la vida familiar y al generar para la próxima generación; y *la creativa*, al incrementar el potencial cultural a una escala mayor. En otras palabras, es la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, sin que se refiera esto solamente a una relación con personas de filiación directa. *"La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y a un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando"*. (Erikson 1968 En: Salvarezza, 1991), p. 46.

Cuando esto no sucede, hay una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. En estos casos, explica Erikson, los individuos

comienzan a gratificarse como si fueran sus propios hijos únicos, o los de otros, y cuando se dan las condiciones favorables, la invalidez precoz, física o psicológica, se convierte en el vehículo de la preocupación por sí mismo.

Erikson sugirió además, que debido a que Freud enfatizó la inhibición temprana de la expresión de la libido o impulso sexual, subestimó la importancia de los deseos procreativos de los seres humanos, los cuales son instintivos. Consideró la generatividad como una etapa psicosexual más, cuya frustración conduce a síntomas de autoabsorción e indulgencia.

Peterson y Klohnen (1995) dicen que las mujeres expresan generatividad gracias a las características sociales de su personalidad, a la inmersión en el proceso de cuidar y educar a los seres amados y a las actitudes productivas en el trabajo. La fuerza del yo que surge durante los años intermedios es el cuidado, que implica hacer algo por alguien.

Leopoldo Salvarezza en su libro Psicogeriatría, Teoría y Clínica, 1991, propone tres formas o rasgos de expresión intrapsíquicas durante la mediana edad, como él le llama. En condiciones normales, el primero persiste y puede incrementarse considerablemente; los otros dos, tienden a perder importancia y a desaparecer como factor precipitante. Salvarezza (1985).

- Incremento de la Interioridad

Neugarten (1970) citada por Salvarezza, fue la primera en llamar la atención acerca de que en la mediana edad hay un énfasis en la introspección y en el balance vital con un intento de reevaluar el sí mismo o *self*. Hay una preocupación por el mundo interno que se intensifica en esta época, disminuyendo las catexias emocionales

sobre personas y objetos del mundo externo como también la disponibilidad de distribuir actividades y afectos en las personas del entorno, desarrollándose un movimiento que se da del mando externo al interno. Neugarten considera que este es un proceso intrínseco atribuible a la edad, más que a una respuesta adaptativa a procesos de cambio.

Salvarezza (1991), tratando que confrontar a través de la metodología psicoanalítica, los conceptos de interioridad y narcisismo sostiene que:

"si bien el incremento de la interioridad debe considerarse en primera instancia como un fenómeno universal, hay que verlo como el resultado de la disociación que produce el conflicto de envejecer o ciertas situaciones vitales dentro del proceso de ser viejo. Este repliegue sobre sí mismo podrá tener las características de reminiscencia, en cuyo caso se conseguirá la integridad del sujeto, o adquirirá la forma de nostalgia, y al no poder establecer la integridad se transformará en desesperación. De cualquier manera, el narcisismo pasa a ser la consecuencia y no la causa del incremento de la interioridad". p. 43.

- Cambio en la Percepción del Tiempo

Las personas que viven la mediana edad se preocupan por el tiempo, "su tiempo", cuya percepción cambia de direccionalidad: mide el tiempo más que en lo que ha pasado desde la infancia, se preocupa por lo que falta por vivir, tomando conciencia de que el tiempo es finito.

- Personalización de la Muerte

Relacionado con el tiempo, aparece la personalización de la muerte. Los adultos medios al vivir la muerte de padres y amigos, toman conciencia de la posibilidad real que es para ellos, su propia muerte, dejando de ser una ocurrencia mágica.

Salvarezza (1991), pp. 43 y 44, para apoyar su posición con respecto a este tema, cita a Jacques y a Freud.

Jacques (1966) decía:

“considero y trataré de demostrarlo, que el hecho de que en el escenario psíquico entren la realidad y la inestabilidad de la propia muerte personal eventual, es el rasgo central y básico de la fase de la mitad de la vida, el rasgo que precipita la naturaleza crítica de ese periodo. La muerte, en el nivel consciente, en lugar de ser una concepción general o un acontecimiento experimentado en términos de la pérdida de algún ser, se convierte en un problema personal, la propia muerte, la propia mortalidad real y actual”.

Freud (1915) expresaba que:

"Estábamos preparados para sostener que la muerte era el resultado necesario de la vida... Sin embargo, en realidad, estábamos acostumbrados a comportarnos como si fuera de otra manera. Desarrollábamos una inconfundible tendencia a "archivar" la muerte, a eliminarla de la vida. Tratábamos de ocultarla.. Se trata de nuestra propia vida, por supuesto... Nadie cree en su propia muerte... En el inconsciente todos están convencidos de su propia inmortalidad”.

Karl Slaikeu, (1990) en Intervención en Crisis, presenta un cuadro donde recoge, a nivel general, las etapas del desarrollo de la vida, los problemas de transición y los posibles sucesos de crisis relacionadas con cada etapa. Para efectos de esta revisión bibliográfica, sólo presentaremos la información concerniente a la adultez media.

DESARROLLO EN EL CURSO DEL CICLO VITAL: PANORAMA GENERAL

ETAPA	MOTIVO DE TRANSICIÓN	TAREAS/ PREOCUPACIONES	POSIBLES SUCESOS DE CRISIS
<p>Adulthood Media <i>(35-50 años)</i></p>	<p>Generativity contra Stagnation</p>	<p>Adaptación a cambios fisiológicos de la mitad de la vida.</p> <p>Adaptación a cambios en los hijos (por ejemplo, a los adultos jóvenes).</p> <p>Ocuparse de nuevas responsabilidades con los padres</p> <p>Creciente productividad y desarrollo de la consolidación socioeconómica</p> <p>Reexamina elecciones tempranas de la vida (compañero/a, profesión, hijos) y reelaboración de motivaciones anteriores (identidad, intimidad)</p> <p>Modifica la estructura de la vida a la luz de los cambios en la familia y las responsabilidades de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de la decadencia física • Enfermedad crónica (de sí mismo o del cónyuge). • Climaterio. • Rechazo a los hijos adolescentes rebeldes • Alejamiento de un hijo • Decisión sobre el cuidado de padres ancianos. • Muerte o enfermedad prolongada de los padres. • Retroceso en la profesión: conflictos en el trabajo. • Preocupaciones financieras. • Cambios relacionados con un ascenso profesional. • Desempleo. • Conciencia de discrepancia entre los objetivos de la vida y los logros. • Lamento sobre decisiones tempranas acerca de no casarse, y no tener hijos, o viceversa. • Insatisfacción con las metas alcanzadas. • Promoción laboral. • Rompimiento/ conflicto con el mentor • Problemas matrimoniales/ relaciones extramaritales. • Regreso al trabajo (de la mujer) después de la crianza. • Muerte de algún (os) amigo (os)

2.3. La Menopausia como Crisis de la Mediana Edad

La menopausia, al igual que la pubertad y el embarazo, es un periodo de crisis en el que se producen cambios y desequilibrios psíquicos y somáticos importantes. La terminación de la capacidad reproductiva y el inicio del envejecimiento activan conflictos psicológicos inconscientes y conducen a una reorganización intrapsíquica. Es en esta etapa, donde los problemas individuales y los conflictos neuróticos se hacen más evidentes, por lo que se hace necesaria una nueva organización de las fuerzas psíquicas y de las emociones, de acuerdo a lo presentado por el Dr. Bravo Solarte en su artículo Aspectos Psicológicos de la Menopausia, 1999.

De acuerdo a este autor, la crisis de la menopausia tiene sus fases, sumiendo a la mujer en un espacio mental complejo, ambiguo, conflictivo y lleno de insatisfacciones, angustias y síntomas depresivos, en el que se ve afectada su autoimagen, su sexualidad, sus relaciones familiares, de pareja y su capacidad funcional.

La forma como la mujer vivencie y resuelva esta crisis es de gran importancia, ya que nos permite saber cómo va a enfrentar la siguiente fase de su siglo vital: si la mujer madura elabora y asume los cambios psicosomáticos, entra en una fase de gran adaptabilidad y de liberación creativa, con oportunidad para experimentar nuevas emociones y funciones; de esta forma podrá entrar con tranquilidad a la última fase de su vida y a su encuentro con la muerte. Si por el contrario, la salud de la mujer menopáusica es precaria, se produce una incapacidad para manejar el surgimiento de conflictos intrapsíquicos, personales, familiares, ambientales, recurriendo, en una gran mayoría de los casos, a comportamientos erráticos como el aumento en el consumo de tabaco, café,

alcohol, drogas de abuso, o se toman soluciones equivocadas que se manifiestan a través de conductas y síntomas de cuadros clínicos de enfermedades psicopatológicas. La mujer que tiene historia previa de enfermedad mental, está en alto riesgo de un nuevo estallido emocional ante la aparición de la crisis normal de la menopausia.

Emma Beatriz Costaguta, en su artículo “La Mediana Edad en las Mujeres” (2000), nos dice que el proceso de envejecimiento en el hombre es diferente al de las mujeres, y que la crisis de la mediana edad en éstas, posee dos características fundamentales, a saber: las pérdidas y la redefinición de sí misma. Considera que esta crisis puede ser afrontada de dos maneras: pasivamente, con sufrimiento ante la ruptura del equilibrio anterior o activamente, reflexionando, tendiendo a la organización del aparato psíquico, y a una resignificación de su proyecto de vida.

Según esta autora, la mujer comienza a percibir estados diferentes y sensaciones contradictorias como: desasosiego, intolerancia, irritabilidad, crítica tanto para su pasado como para el presente, depresión, dudas, temor al futuro, extrañamiento frente a los cambios corporales, vivencia contradictoria del tiempo, intensificación y rechazo de su sexualidad, oscilación entre el aislamiento y una intensa vida social. La forma e intensidad de cómo serán vivenciadas, estarán determinadas por su historia individual y el entorno social.

Como hemos podido apreciar, la menopausia o en su mejor defecto, el climaterio, está inmerso en una etapa de la vida de la mujer en la que coinciden múltiples variables que pueden afectar su equilibrio psicológico.

De acuerdo a la Teoría de las Crisis de Slaikeu (1996), la menopausia forma parte de los sucesos del desarrollo de la adultez media que podrían generar en una crisis si son percibidos por la mujer como un suceso amenazante de acuerdo al contexto de su vida personal. También se deberá tomar en cuenta que existen, en este período de vida, sucesos precipitantes de crisis circunstanciales de la vida que pudieran traducirse en pérdidas: la muerte de padres, amigos, cónyuge, los hijos que dejan el hogar, desempleo, etc.

Si a todo esto aunamos una personalidad insegura, recursos emocionales y defensivos pobres, situación económica deficiente, problemas matrimoniales y actitud negativa hacia la vejez por temor a la pérdida reproductiva, pérdida de la femineidad, pérdida de vínculos afectivos, es posible que nos encontremos con problemas de salud mental severos.

3. Relaciones Objetales

En términos muy generales, podemos decir que las relaciones objetales o las relaciones con las figuras de los padres y otros, se inicia con los primeros cuidados que la madre o su cuidador, brinda para satisfacer las necesidades de alimento y calor al lactante, necesidades que exigen de ella una atención constante. Estas primeras interacciones implican mucho más que satisfacer estas necesidades fisiológicas básicas, ya que promueven y facilitan la creación de vínculos afectivos o emocionales estrechos con las figuras parentales o significativas, internalizándolos e internalizando sus autorepresentaciones. Estas imágenes se convierten entonces en parte de la estructura del yo en diferentes etapas, lo mismo que del Superyo o ideal del Yo.

Si los primeros cuidados maternos son cálidos y permanentes, establecen la base para un prolongado sentido de satisfacción, seguridad y confianza en los demás; si tales cuidados no existen, pueden establecerse las raíces de la desconfianza y la inseguridad. Esta actitud será de gran importancia, ya que conducirán al niño a través de las etapas posteriores de su crecimiento, hasta su vida adulta, determinando su vida psíquica y la calidad de las relaciones que mantendrá posteriormente con las personas a su alrededor.

A nivel de fundamento teórico, podemos revisar este tema bajo dos perspectivas: las relaciones de objeto según la teoría psicoanalítica de Freud y las relaciones de objeto según los teóricos de la Teoría de las Relaciones Objetales.

Existen diferencias básicas entre estas dos posiciones, a pesar de que la Teoría de las Relaciones Objetales es considerada como un nuevo enfoque de la teoría psicoanalítica, es decir, tiene sus bases en esta última. Así vemos que:

1. Para Freud, las relaciones objetales forman parte de la teoría por él planteada; para los teóricos de las Relaciones Objetales, éstas son su fundamento.
2. La hipótesis básica de la teoría de Freud es que el principal, o tal vez, el único sistema motivacional del ser humano son las pulsiones impersonales que buscan la descarga tensional; para los teóricos de las relaciones objetales existe una necesidad primaria de objetos, necesidades de relación altamente personales, que no pueden reducirse a la búsqueda del placer.
3. Freud habla del “objeto de la pulsión”, definiéndolo como una entidad, ya sea externa al cuerpo del sujeto o parte del mismo. Los teóricos de las relaciones objetales hablan de “objeto”, refiriéndose siempre a un objeto humano; es decir, a

una persona, una parte de una persona, o una imagen más o menos distorsionada de éstas.

4. Para Freud, el “objeto de la pulsión” permite la descarga de la tensión pulsional, generadora de placer, a través de una conducta consumatoria que constituye el “fin de la pulsión”.

Para los de la Teoría de las Relaciones Objetales, el “objeto” no es el “objeto de una pulsión” sino un objeto de amor o de odio que el Yo busca para encontrar respuesta a su necesidad de relación, y que una vez encontrado, estos sentimientos quedan tan ligados a este objeto específico, que sólo a través de un duro y difícil trabajo de duelo podrá abandonarlo y volver a colocarse en las condiciones que permitirán una nueva elección.

5. De acuerdo a la teoría freudiana, el objeto es el elemento más variable de la dinámica pulsional, ya que es infinitamente impersonal y reemplazable; mientras que para los teóricos de las relaciones objetales, el objeto es intensamente personal.

Juan Tubert-Oklander, en su artículo “Proceso Psicoanalítico y Relaciones Objetales” presentado en la Revista de Psicoanálisis, noviembre, 1999- No.3, define la Teoría de la Relaciones Objetales de la siguiente manera:

“Una forma de definir la Teoría de la Relaciones Objetales es afirmar que ésta pretende dar cuenta de cómo la experiencia de la relación con los objetos genera organizaciones internas perdurables en la mente. En otras palabras, se trata del desarrollo, hasta sus últimas consecuencias, de la hipótesis de que las estructuras psíquicas se originan en la internalización de las experiencias de relación con los objetos. Existe una interacción entre la internalización de las

experiencias de relación, por una parte, y la actualización de las estructuras relacionales internalizadas, encarnándose en nuevas relaciones, que a su vez, serán internalizadas.

Los psicoanalistas que se han dedicado al desarrollo de los principios de la Teoría de la Relaciones Objetales se han dividido en varias corrientes. Así tenemos que Karl Abraham y Melanie Klein y su escuela, enfatizan la determinación pulsional de la experiencia de la relación con el objeto y concentran su atención en el objeto interno y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. Sándor Ferenczi, Donald Winnicott, M. Khan, W. R. Fairbairn, H. Guntrip, y otros autores de la escuela británica, así como también Eric Erikson, y Heinz Kohut con la teoría del *self*, hacen énfasis en el efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo. Otto Kernberg, por su parte, desea integrar ambas corrientes en una visión más sistemática de la interacción entre sujeto y objeto, entre lo interno y lo externo.

Leopold Bellak, en su libro T.A.T., C.A.T. y S.A.T. Uso Clínico, (1990), al referirse a las relaciones objetales dice lo siguiente:

“el psicoanálisis fue siempre una “teoría objetal”. Freud hizo esto muy concreto en su concepción del superyó como resultado principalmente de las imágenes paternas internalizadas que expresaban restricciones e inhibiciones. En El Yo y el Ello, Freud mostró cómo el superyó se forma con identificaciones internalizadas primordialmente con el padre en el hijo varón en la etapa edípica. Y en su trabajo sobre “Duelo y Melancolía”, Freud sugirió que una de las formas en que podemos ser capaces de trabajar elaborativamente una reacción de duelo por la muerte de un ser amado es desarrollar una “imagen interna” o “introyecto” del objeto perdido.”. p. 236.

Para los efectos de esta investigación, estaremos revisando la teoría de Freud y los aspectos más importantes de Klein, Fairbairn, Winnicott y Mahler.

3.1. Relaciones Objetales según la Teoría Freudiana

El nacimiento es considerado como una influencia traumática que perturba el equilibrio de la vida en el útero, ya que se experimenta una gran cantidad de estímulos, con un máximo de tensión, quedando el organismo desvalido al nacer. El recién nacido no puede trasladarse voluntariamente ni puede distinguir entre los estímulos que lo acosan, no conoce el mundo objetivo, los objetos externos no existen, o apenas son percibidos; la gratificación de sus necesidades es inmediata, por lo que es incapaz de distinguir entre deseo y realidad, entre sí mismo y el mundo exterior y carece aún de la capacidad para relacionar “ligar” la tensión; no posee una conciencia clara, cuanto más, podría poseer una sensibilidad indiferenciada al placer y al dolor, al aumento y a la disminución de la tensión. Este estado de abrumadora estimulación, con un mínimo de protección frente a éstos, es lo que, según Freud, determina el modelo de toda angustia posterior.

Ante esta situación de displacer, se produce la primera tendencia mental, el organismo tiende a restablecer la economía mental apartándose de la realidad, es decir, quedando dormido. En este estado surge el narcisismo primario en el que las energías de las que dispone la libido son invertidas por el bebé en él mismo, no existen los objetos; es por esto que se considera que sus fines sexuales son íntegramente autoeróticos.

Cuando aparecen otros estímulos como el hambre, la sed o el frío, el recién nacido se despierta, y una vez satisfechas estas necesidades, vuelve a quedar dormido. Es en este

periodo donde aparecen los primeros signos de representación de objetos, los cuales tienen su origen en el estado del hambre. Estos son representados como “objetos de parte”, ya que no reconoce a la madre en su totalidad o como una unidad; sólo es retenida o catectada la parte de la madre que satisface su necesidad, en este caso, los senos, o el biberón, o la mano. Estos se convierten en el primer objeto del deseo sexual, por lo que queda relacionado el amor con el hambre, y el acto de chupar como medio de gratificación y satisfacción para el hambre y el amor.

Al lograr el niño una vaga noción de que es el mundo exterior el que da respuesta a sus necesidades, se crea en él su primera ansia de objetos, la cual es una relación primitiva que sólo subsistirá mientras dure la ausencia del objeto; una vez que el objeto aparece y el ansia desaparece, el bebé queda dormido. Esta ansia por el objeto y su posterior desaparición una vez el bebé se sienta satisfecho lleva a un amor primitivo, un amor temporal. Igualmente, esta percepción de “algo exterior” aparte del propio organismo, es lo da inicio a la creación de la realidad y al concepto del yo.

Entre las primeras funciones del yo se encuentran la imitación, que es la percepción del objeto y la modificación en el propio cuerpo de aquello que percibe; la introyección oral, reacción primitiva a los primeros objetos, es el deseo del niño de introducir objetos en su boca. Esto se convierte en la primera realidad al poder juzgar acerca de si esto ayuda a lograr satisfacciones, o si por el contrario, provoca tensiones; es decir, si lo traga o lo escupe. Y la identificación primaria, que es el deseo de ser como la otra persona. Esta función será el prototipo de lo que luego se convertirá en amor o en odio destructivo. Así, el concepto de identificación primaria denota que la introyección

oral y la imitación son una y la misma cosa y representan la primera de todas las relaciones de objeto.

En la fase anal, el niño valora sus heces como una parte de su propio cuerpo y no le gusta deshacerse de ellas. Éstas se convierten en su objeto amoroso. Esto produce otra ambivalencia al margen de la expulsión-retención al combinarse libido y odio dentro de un erotismo anal, en el que se siente placer al defecar y sadismo al desembarazarse de las heces.

Abraham divide esta etapa en fase anal-expulsiva, en donde el niño no se preocupa por el objeto exterior y goza con la expulsión sádica de las heces; y la fase anal-retentiva, en donde trata de guardarlas y preservarlas. Éstas se convierten en la primera posesión del niño. Se cree que en esta fase se da origen a la ternura, ya que se desea preservar y por ende, cuidar al objeto que reporta gratificación.

Se dice entonces, que las primeras tendencias anales son autoeróticas, dado que tanto la eliminación placentera como la retención placentera se pueden alcanzar sin necesidad de objeto. Las heces se convierten en objeto libidinoso al ser utilizadas como instrumento a través del cual se alcanza el placer. Para el niño, como dijimos anteriormente, éstas representan, en primera instancia, algo que pertenece a su propio cuerpo, pero que al transformarse en un objeto externo, puede perder. De aquí, la sensación de posesión, es decir, las cosas que son externas, pero que tienen cualidad de Yo.

Las tendencias anales autoeróticas se transforman gradualmente en tendencias objetales con la sensación de placer que siente el niño ante los cuidados de la madre al

cambiar sus pañales y los conflictos provocados por el aprendizaje de los hábitos higiénicos, recibiendo los objetos el mismo trato que las heces, es decir, reteniéndolos o introyectándolos, o bien, eliminándolos o expulsándolos. De esta forma, nace la consideración a su madre, a la que desea mantener y preservar dado que la visualiza como el origen de una futura y continua fuente de gratificaciones.

Es así entonces, que el primer comportamiento instintivo positivo hacia un objeto deseado consiste en acortar distancias entre el sujeto y el objeto y finalmente tragarlo, lo que más tarde se reduce a introducirlo en la boca; y el primer comportamiento instintivo negativo hacia un objeto repulsivo, consiste en aumentar la distancia y en escupirlo, lo que luego se condensa con el hecho de eliminarlo de acuerdo con las normas de defecación. La primera incorporación está ligada a la destrucción objetiva del objeto, tal como la imagen del objeto desaparece nuevamente alcanzada la satisfacción. Ésta es la raíz común del amor y el odio. Más tarde, el objeto es conservado, por lo menos para tenerlo a mano cuando sea necesario otra vez.

Si bien la oralidad constituye el modelo de toda incorporación; también son imaginados otros fines similares en la esfera de todas las demás zonas erógenas. Fenichel, (1966). Se menciona la introyección a través de la piel, del ojo, la introyección respiratoria, la auditiva.

En el proceso de incorporación o introyección, la personalidad del sujeto no tiene gran importancia, ya que no importa como sujeto, ya que una vez que gratifica, desaparece, y vuelve a aparecer para gratificar. Esta es una característica de la madre, más

no así de los extraños, con los cuales no hay esperanza de gratificación, por lo que aumenta la tensión.

En la fase fálica, la libido se sitúa en los órganos genitales, quedando toda la excitación sexual concentrada en ellos, y es por ellos que se descargará.

El factor más importante de esta fase es el Complejo de Edipo. Las relaciones entre el niño y el progenitor son el fundamento de la identificación con los estándares de éste. Para Freud, existen dos mecanismos por los cuales se da este proceso de identificación: la identificación anaclítica, que se desarrolla cuando la niña, después de haber adquirido una relación amorosa dependiente con su madre, y al sentir que ésta comienza a retirar parte de su atención protectora, trata de recuperarla, imitándola y reproduciéndola en sus acciones y fantasías; y la identificación con el agresor, que se da en los niños una vez pasada la identificación anaclítica con la madre, y que se observa cuando el niño siente el temor de ser dañado o castrado por el padre como castigo por sus fantasías y deseos sexuales hacia la madre. Para defenderse de la ansiedad que le produce este conflicto, el niño reprime sus impulsos agresivos hacia el padre y trata de volverse como él. Esto demanda una relación fuerte, aunque ambivalente con el padre. Freud pensaba que a través de la identificación con el agresor, los niños adquieren un super-yo más estricto.

En el periodo de latencia, el interés sexual del niño disminuye a través de inhibiciones y sublimaciones, desexualizándose el amor hacia los padres, por los que ahora siente ternura más que pasión. Es en este periodo donde los niños tienden a jugar con niños y las niñas con las niñas; igualmente el niño se asocia e identifica con padres,

adultos y compañeros del mismo sexo, estableciéndose intereses que aumentan su identificación con ese sexo y sus sentimientos de pertenencia al mismo.

Durante el periodo genital, la libido queda completamente separada de su primitiva relación con los padres y se inicia una adaptación psicológica y social donde el joven dirige su libido fuera de su yo y de su madre, hacia un objeto exterior, resolviendo así su conflicto con el padre. Se hace dominante la búsqueda de relaciones interpersonales. Es en esta etapa donde el adolescente une los sentimientos de sensualidad y ternura combinando las exigencias sexuales libres y violentas con los sentimientos de cuidado y consideración hacia su objeto amoroso. Se desarrolla la historia de la primera elección de objeto sexual, ya plenamente configurada, es decir, la elección de un objeto de amor, la cual al principio se realiza sólo a nivel imaginativo.

El desarrollo psicosexual juega un papel importante en la elección del objeto y en la comprensión de la posterior vida sexual del adulto. El mismo debe desprenderse de las ataduras incestuosas para lograr la madurez en la elección del objeto.

Al estudiar los objetos de amor, Freud incluye dentro de éstos no sólo a la figura del progenitor del sexo opuesto, sino también a hermanos, hermanas, tíos, tías, abuelos y amigos y conocidos de los padres, niños del sexo opuesto o de su propio sexo. Según él, se da un mecanismo de elección el cual distingue de la siguiente forma:

- Tipo anaclítico de elección: el objeto es elegido porque provoca asociaciones con referencia a otro objeto primitivo del pasado, ordinariamente el progenitor del sexo opuesto, a veces del mismo sexo, un hermanito o hermanita u otras personas del contorno infantil.

- Tipo narcisista de elección: el objeto es elegido porque representa ciertas características de la personalidad del sujeto mismo.

Estos dos tipos de mecanismos de elección, a su vez, pueden efectuarse de tres formas:

- Forma positiva: el objeto elegido es similar al objeto del pasado o al yo de la persona misma.
- Forma negativa: el objeto elegido representa lo contrario del objeto del pasado o del yo propio.
- Forma ideal: el objeto elegido representa lo que uno desearía que hubiera sido el objeto del pasado o el propio yo.

Freud diferencia entre el amor objetal y el amor hacia sí mismo diciendo que en el narcisismo primario existe el amor hacia sí mismo en lugar del amor objetal; mientras que en el narcisismo secundario se da la necesidad del amor a sí mismo (autoestima) en lugar del amor objetal.

Fenichel (1966), presenta un resumen de la historia del desarrollo de la libido elaborado por Abraham en el cual se presentan las etapas más importantes de dicho desarrollo. Este último hace la salvedad de que entre dichas etapas se ha pasado por alto algunas intermedias y que no necesariamente coinciden las etapas ubicadas a una misma altura.

Seguidamente, presentamos en un cuadro sinóptico, el resumen elaborado por Abraham.

ETAPAS DE LA ORGANIZACIÓN LIBIDINOSA	ETAPAS DEL DESARROLLO DEL AMOR OBJETAL	PUNTOS DOMINANTES DE FIJACIÓN	
• Primera etapa oral (de succión)	Autoerotismo (sin existencia de objeto, preambivalente).	Ciertos tipos de esquizofrenia (estupor)	
• Segunda etapa oral (sádico oral, canibalística)	AMBIVALENTES }	Trastornos maniaco-depresivos (adicciones, impulsos mórbidos)	
• Primera etapa sádicoanal		Amor parcial con incorporación	Paranoia; ciertas neurosis de conversión pregenital
• Segunda etapa sádicoanal		Amor parcial	Neurosis obsesiva; otras neurosis de conversión pregenital
• Primera etapa genital (fálica)		Amor objetal limitado por el predominante complejo de castración	Histeria
• Etapa genital final		Amor (post-ambivalente)	Normalidad

3.2. Los Teóricos de las Relaciones Objetales

Para el año 1932, Melanie Klein inicia en Inglaterra la teoría de las relaciones con los objetos con la posterior revisión de ésta por parte de Ronald Fairbairn en 1952. Esta teoría ha atraído el interés de muchos, entre ellos Margaret Mahler, Otto Kernberg, Donald Winnicott y otros.

Como se señaló con anterioridad, los seguidores de esta teoría estudian las relaciones que, a partir del nacimiento, establecen los niños con otras personas formando vínculos afectivos que serán determinantes en sus relaciones futuras; tratan de entender la interacción entre la dinámica intrapsíquica y las relaciones personales.

A continuación presentaremos los aportes más importantes de algunos de los autores antes mencionados. Para ello, hemos tomado como fuente bibliográfica lo planteado por Jill y David Scharff (1992) en su libro *Scharff Notes: A primer of Object Relations Therapy*.

3.2.1. Melanie Klein

Desarrolla una nueva teoría basada en los conceptos de las posiciones intrapsíquicas identificadas como posición esquizo-paranoide y posición depresiva. Parte del concepto del instinto de muerte de Freud y describe las posiciones mencionadas como el producto de la interacción de los instintos de vida y muerte expresados a través del amor y del odio.

Klein consideraba que la idea del amor, la libido y la concepción del objeto “bueno” son indispensables para el desarrollo del yo. Pensaba que el “miedo al aniquilamiento” precedía cualquier otro tipo de ansiedad (la ansiedad del nacimiento, la de castración, la de separación).

Para Klein, en cada una de las posiciones por ella establecidas, se da un juego de ansiedades, defensas y formas de relaciones objetales típicas; apareciendo la posición esquizo-paranoide primero y luego la depresiva. Éstas no son etapas por las que el sujeto pasa y deja atrás sino que se puede volver a ellas en diferentes situaciones y momentos de la vida.

La posición esquizo-paranoide normal fue ubicada por esta autora dentro de los tres primeros meses de vida y se caracteriza por ansiedades persecutorias o lo que ella llama “miedo de aniquilamiento interno”, y dado que esta maldad temida se proyecta en

la fantasía hacia fuera, también se teme el aniquilamiento proveniente de afuera. Para el infante, las sensaciones son causadas por objetos “malévolos o benevolentes. Al asociarse, por ejemplo la sensación de hambre con un objeto malévolo, el infante no lo experimenta solamente como “no hay comida”, sino como “ese objeto me está matando de hambre” o “hay algo terrible que me está atacando”; al asociar esta sensación con un objeto benevolente, habrá una sensación de comodidad. Esto nos lleva a uno de los puntos principales de su teoría: el bebé puede diferenciar desde su nacimiento, aunque en forma rudimentaria, su Yo de lo que es su No Yo. Durante este periodo, la preocupación es por el sí mismo y no por sus objetos.

El infante maneja la ansiedad del aniquilamiento interno a través de la escisión y la proyección; es decir, debido al miedo de ser destruido, el infante separa sus objetos en buenos y malos, y los proyecta, en su fantasía, como objetos que se sienten como externos o No Yo, dividiendo así tanto el objeto como el sí mismo. Es decir, el infante vive en un mundo en el que él y sus objetos pueden ser extremadamente buenos o extremadamente malos: “Soy el niño dulce que hizo sonreír a mamá” o “Soy el niño malo que puso brava a mamá”. Bajo esta perspectiva, lo bueno puede cambiar rápidamente a malo y viceversa (labilidad emocional) y no hay reconocimiento de que el objeto bueno y el malo pertenecen a la misma persona, por lo tanto, sus objetos son parciales, ya que enfoca sólo uno de los dos aspectos del objeto. En realidad, para el infante son dos objetos: el bueno y el malo.

Para Klein el primer objeto es el pecho de la madre al que asume como un objeto parcial. No es sólo un dispensador de alimento o un gratificador instintivo, sino la fuente de amor y de la vida misma.

En la elaboración de su teoría Klein introduce una serie de mecanismos mentales que son característicos de esta posición. Entre ellos están la escisión, la proyección, la introyección y la identificación proyectiva.

Así tenemos que el término identificación proyectiva es utilizado por ella para describir el mecanismo que utiliza el infante para manejar sus relaciones objetales en su lucha contra el odio producido por su ansiedad durante la primera relación con la madre y el pecho. Al sentir odio, el infante busca deshacerse de las partes destructivas de sí mismo, ya sea escupiéndolas, vomitándolas o defecándolas, en una corriente hostil al objeto residente en el cuerpo de la madre. Al hacerlo, el infante se siente atacado por la madre, sintiéndola como persecutora, lo que produce la identificación con este objeto, reforzando así la posición esquizo-paranoide.

Por el contrario, el infante puede experimentar buenas relaciones objetales al identificarse con las partes buenas proyectadas de sí mismo. Este proceso es importante para la integración del sí mismo.

Klein consideró que el proceso de escindir las partes del sí mismo y de proyectarlas hacia los objetos, juega un papel muy importante para el desarrollo normal o anormal de las relaciones objetales.

En la posición depresiva, que se da entre los tres y seis meses de edad, las relaciones del infante cambian de objetos parciales a objetos totales (persona distinta de sí

mismo). Al unirse la madre buena con la madre mala, el infante comienza a sentir que debido a los ataques que ha realizado a la madre mala, la madre buena, a quien él ama, ha podido ser dañada. Esto da lugar a lo que Klein denominó “ansiedad depresiva”, la que definió como una mezcla de preocupación por el objeto, de miedo porque haya sido tan dañado, que no pueda repararse, y de culpa y preocupación por la responsabilidad que le toca por el daño realizado. Hay un temor a perder sus objetos, y de allí la fuerte necesidad de repararlos.

La situación real del objeto es de gran importancia, ya que si la madre aparece como dañada, aumenta la desesperación y la culpa en el infante; si por el contrario, la madre parece estar bien, decrece en el niño el miedo a su propia destructividad y siente que hay esperanza y confianza en cuanto a sus deseos de reparación.

El dolor provocado por la nueva integración puede llegar a ser tan grande, que el infante comienza a utilizar defensas propias de la posición depresiva como lo son la reparación maníaca y obsesiva, la negación, el triunfo y el desprecio. De fallar estas defensas, el niño puede volver, en forma temporal o por periodos mayores a las defensas características de la posición esquizo-paranoide.

Si la posición depresiva es resuelta favorablemente, se asegura la internalización segura del objeto bueno convirtiéndose en el “núcleo del yo”, en la base de la seguridad y el auto respeto, lo que es de gran importancia para la futura salud mental del niño y para su capacidad para amar. Si el infante falla en el intento, entonces se constituye la base para la enfermedad maníaco depresiva.

3.2.2. William Ronald Fairbairn

Este autor describió tres categorías principales en las relaciones objetales y clasificó la estructura del Yo en tres Yo separados, lo que dio como resultado lo siguiente:

- La relación de objeto ideal que es la parte consciente del self y está ubicada en el Yo Central.
- La relación de objeto tentador que es la parte inconsciente del self y que está ubicada en el Yo Libidinal.
- La relación de objeto rechazante que igualmente está en la parte inconsciente del *self* y está ubicada en el Yo Agresivo y Perseguidor.

Para Fairbairn, la escisión y la represión son los dos mecanismos a través de los cuales se desarrolla la organización psicológica interna.

Consideraba que el infante podía encontrar a la madre buena, un poco rechazante, en ocasiones, como cuando ésta no podía estar allí si éste quería consuelo o si quería comer. Esto le causaba sentimientos intolerables de ansiedad y abandono por lo que se aferraba a la madre tomando la imagen de ésta como un objeto rechazante, a través del proceso de introyección, considerado por Fairbairn como la primera defensa del ego contra el dolor y la separación del objeto.

Una vez introyectado el objeto malo, el infante cuenta con un sentido de insatisfacción en su rudimentario self; sin embargo, mantiene la imagen ideal de la madre en lo consciente, manejando el dolor del rechazo y reprimiendo toda la imagen del objeto que no satisface en el inconsciente, en donde lo divide en objeto rechazante y objeto tentador.

No obstante, como un objeto interno no puede ser escindido y reprimido por si mismo, lo que es escindido es la parte del ego que se relaciona con el objeto, junto con éste y con los afectos que se dan en esta relación, es decir, la ira, la frustración y la tristeza para el objeto rechazante, y la dolorosa añoranza y el deseo para el objeto tentador.

Fairbair llamó a la parte del ego que es reprimida con el objeto rechazante como el “saboteador interno o ego antilibidinal”, ya que constantemente amenaza con regresar a lo consciente y dañar las idealizaciones.

El Yo rechazante, considerado como un Yo perseguidor y agresivo, apoya al ego central en reprimir aún más la relación del objeto excitante, saboteando la posibilidad de que el ego central se llene de un buen nivel de excitación para anticipar y buscar relaciones placenteras.

La relación objetal tentadora, la cual es el otro tipo de relación de objeto malo, según este autor, se da cuando la madre despierta o excita en su hijo el sentimiento de necesidad, al ser ella demasiado atenta. El objeto que excita necesidad y deseo es el objeto libidinal, la parte del ego que se relaciona con él es el ego o Yo libidinal y el afecto que caracteriza esta relación es la añoranza, la excitación ansiosa y la desesperación.

Por otro lado, la relación objetal ideal es aquella que se da con el objeto ideal el cual es descrito como un objeto interno satisfactorio, bueno. Está conectado al Yo central por sentimientos positivos, cualidad que les permite permanecer conscientes. Esta relación está disponible para interactuar con otras relaciones objetales ideales otras personalidades. Es libre de crecer y de ser modificada.

3.2.3. Donald W. Winnicott

Los conceptos de este autor están relacionados con los cuidados físicos que presta la madre a su bebé. Se refiere al establecimiento de una relación entre madre e hijo, a través de la cual este último podría esperar una relación estable y segura con una madre dedicada a satisfacer sus necesidades.

Consideraba que en la madre se da una situación temporal, a la que él llama “preocupación maternal primaria”. En ella, la madre pasa toda preocupación a segundo plano, importando sólo lo que es concerniente al bebé. Utilizó el término “ambiente sostenedor” para describir el proceso mediante el cual ella provee a su hijo de los cuidados que éste necesita; en otras palabras, se establece una relación sostenedora.

Manifestaba, que para el infante inmaduro existen dos madres: la madre ambiental y la madre objetal. La primera es aquella que lo cuida y lo protege de los elementos impredecibles y la que le proporciona, en forma activa, su cuidado (lo carga, lo alimenta, lo viste, lo mantiene seguro y cuida de su ambiente físico y emocional). Cuando la madre proporciona esta seguridad, el bebé se siente protegido, se olvida de ella, y sólo sigue siendo o desarrollándose.

Winnicott pensaba que esta capacidad de la madre, permitía al bebé encontrar su propio *self*, y por ende, relacionarse con la madre como objeto de amor y agresión, ya que unido a esta protección que ofrece la madre ambiental, ésta también le ofrece a su bebé, una relación objetal directa, una relación de intimidad; es decir, la madre objetal.

Es de esta relación con la madre como un objeto, que el bebé recibe la materia prima con la cual va a construir sus propios objetos internos. Cuando el infante logra

integrar en su mente a la madre ambiental con la madre objetal, aparece la capacidad para preocuparse por los demás.

Para que este proceso se dé adecuadamente, se requiere que la madre esté disponible tanto física como mentalmente, es decir, que no esté preocupada por algo más; que la madre sea capaz de sobrevivir a los episodios de pulsión instintiva del bebé; y que la madre ambiental siga siendo empática, que esté presente para recibir el gesto espontáneo y sentir satisfacción por ello.

La descarga de la pulsión instintiva hacia el objeto produce sentimientos de culpa en el bebé, el cual es aplacado a través de las contribuciones a la madre ambiental que realiza el bebé y por las oportunidades que ofrece la madre ambiental de hacer las reparaciones mediante su presencia confiable. Esta oportunidad que brinda la madre y la confianza de poder reparar a la madre posteriormente, libera la vida instintiva del bebé.

De esta dinámica de las relaciones entre madre e hijo, se desarrollan las relaciones objetales internalizadas y el sentido del *self* del bebé.

3.2.4. Margaret Mahler

Esta autora distingue entre el nacimiento biológico y el nacimiento psicológico de un individuo; consideraba que el primero era un acontecimiento bien determinado, más no así, el psicológico, el cual se desarrolla mediante un proceso gradual.

Mahler desarrolló una secuencia de etapas por la que atraviesa el yo hasta convertirse en un individuo. Así tenemos:

- Autismo normal: Del nacimiento a los dos meses. Se caracteriza porque el infante no tiene conciencia de la existencia de la madre. Los estados de sueño,

reminiscencias del primer estadio de la libido que prevalecía en la vida uterina, y que se asemejan a un modelo de autosuficiencia en el que el deseo se cumple en forma alucinatoria, superan a los momentos en que está despierto.

La función de esta fase es la de conseguir un equilibrio entre el organismo y el ambiente fuera del útero a través de mecanismos predominantemente fisiológicos.

- Simbiosis normal: de dos a cuatro meses. Se inicia el nacimiento psicológico. El bebé tiene cierto conocimiento del objeto que satisface sus necesidades. Éste se conduce y funciona como si él y su madre fuesen un sistema omnipotente en el que no existen barreras o separación; es decir, el Yo no está diferenciado del No Yo. Las percepciones displacenteras internas o externas están proyectadas más allá de lo que envuelve al bebé y a su madre. En esta fase es de gran importancia la actitud de la madre al abrazar y sostener al bebé en brazos (holding); éstos deben ser una verdadera proximidad de la madre hacia su hijo.
- Separación-individuación: Consta de cuatro fases. La primera es la de diferenciación en donde se desarrolla una imagen corporal separada de la de la madre; la fase práctica, donde se da el perfeccionamiento de las capacidades motoras y el desarrollo de la independencia física; acercamiento, hay un aumento en la conciencia respecto a la separación de la madre. Hay una debilitación de su capacidad para tolerar las frustraciones y las ausencias de la madre, lo que lleva a un aumento de la ansiedad de separación y por ende, del temor a la pérdida del objeto, por lo que hay una constante preocupación por

ubicar dónde está la madre y por buscar su proximidad. El bebé reconoce que la madre tiene aspectos buenos y malos. El bebé desea compartir con la madre sus descubrimientos, enseñándole objetos nuevos para él. Hay necesidad de que la madre se interese por sus hallazgos. Consolidación, se unifica lo bueno y lo malo de la madre; se le percibe como una unidad separada que está en el mundo externo. Se dan los comienzos de la propia individualidad y personalidad, el autoconcepto.

Como hemos podido observar, los autores presentados difieren en algunos aspectos de su perspectiva teórica, algunas de ellas, con diferencias insalvables; sin embargo, todos coinciden en que los primeros años de la vida del ser humano, y en especial, la calidad de la relación que éste desarrolle con su madre y con otras personas significativas de su entorno serán de gran importancia para el desarrollo de su personalidad y para la formación de adecuados vínculos afectivos. El desarrollo adecuado del yo, del super yo, y por ende de la percepción de sí mismo y de los demás, redundará en la forma como enfrente las subsiguientes etapas de su desarrollo y los acontecimientos gratificantes y no gratificantes que le brinde la vida.

4. Pérdidas Objetales y Duelo

Los lazos emocionales que se forman en la infancia pueden verse trastocados ante la separación o pérdida de figuras significativas. Para el niño, la separación física de su madre, ya sea ésta transitoria o permanente, provoca en él estados de ansiedad que representan una amenaza ante la posible pérdida del objeto. Esta misma ansiedad será experimentada ante cualquier cambio positivo o negativo que ocurra en el medio ambiente

(cambios de colegios, trabajos, residencia, etc.) o ante el pasaje de una etapa a otra en nuestro crecimiento (adolescencia, adultez, etc.), experimentando la pérdida de ciertas actitudes, modalidades y relaciones que impactan al Yo.

Ante las pérdidas, las personas se ven en la necesidad de realizar duelos, los cuales incluyen, además del duelo por el objeto, el duelo por las partes perdidas del *self* y la preocupación por la identidad.

Algunos mecanismos como la negación, la disociación, la identificación proyectiva, la represión, etc., los cuales son utilizados por el Yo contra la angustia, suelen convertirse en factores atentatorios contra la estructura e integridad de éste. Así tenemos que cuando la identificación proyectiva opera con violencia, las partes fragmentadas del *self* se separan y son proyectadas hacia afuera, sobre los objetos, temiéndose que estas partes no se vuelvan a recuperar, por lo que se convierten en una pérdida; esto lleva a una reacción depresiva y al duelo por el estado en que queda el *self*. Un proceso similar ocurre con el mecanismo de disociación.

Las enfermedades somáticas, los traumas físicos y las vivencias hipocondríacas igualmente son vivenciadas como ataques al *self* y a su identidad. En estos casos, el Yo utiliza partes del cuerpo para la elaboración de pérdidas objetales o pérdidas del mismo cuerpo. Szasz, citado por Grinberg, 1994, considera que ante la pérdida de una parte corporal, se activan en primer lugar, las defensas del Yo las cuales conducen a una negación parcial de la pérdida y a su recreación en forma de miembro fantasma. El Yo elabora el trauma en pequeñas dosis, a través de una gradual modificación de la imagen corporal disminuyendo progresivamente el fenómeno del fantasma hasta su desaparición

ulterior y el surgimiento de una nueva integración del Yo corporal. La circuncisión, la pérdida de material fecal, y la pérdida de la capacidad reproductiva, son ejemplos de este tipo de duelo.

La avaricia, la angustia y la depresión por el *self* que se presenta en algunos caracteres anales, en donde las personas se constipan sin poder evacuar una tarea realizada, es también una forma de responder a la necesidad de preservarse y de no sufrir una pérdida que es vivenciada como irrecuperable. En estos casos, se han proyectado partes propias del *self* en el dinero o en pertenencias, sintiendo que al evitar el gasto, evitan que se vaya una parte de su vida.

Esta avaricia se puede desplazar igualmente hacia el tiempo, en donde hay una preocupación por la pérdida de éste, no tolerándose la inactividad y realizándose varias tareas a la vez para ahorrar tiempo. Cuando se dice que “todo tiempo pasado fue mejor”, se está expresando una sobrevalorización del Yo perdido, hay una añoranza por las alegrías, tristezas y experiencias del Yo de tiempos atrás, el Yo desaparecido. Cuando este duelo no es bien elaborado, se pueden dar fijaciones en el proceso evolutivo, o bien, este paso del tiempo puede ser vivido con una ansiedad persecutoria tan grande que se recurre a cualquier medio para detenerlo, ya sea mediante la utilización de medios mágicos u otros recursos extremos que pueden configurar expresiones psicóticas.

La crisis de la edad media en los seres humanos es un buen ejemplo del duelo por las partes perdidas del *self*, según Grinberg (1994), ya que la persona deberá enfrentarse con la crisis de identidad, el envejecimiento y la propia muerte. La menopausia en la mujer y el climaterio en el hombre, aunque son cambios fisiológicos propios de la edad,

tienen una gran repercusión en el estado psicológico de la persona, ya que se advierten cambios que pueden realmente o imaginariamente repercutir en la existencia o en la identidad de quien la experimenta.

En esta etapa, la muerte no es vivenciada como la pérdida de un ser querido, sino como la eventualidad real y actual de la propia muerte. Se experimenta duelo por el tiempo perdido, por las metas no alcanzadas, por los años y experiencias que quedaron atrás y que no volverán.

S. Arieti (1993) sostiene que para la mujer que no ha tenido una vida gratificante, “la menopausia representa un mojón que le indica que ya no hay cabida para la esperanza”. p. 280.

La elaboración patológica de este duelo puede llevar a un sentimiento depresivo que busca la actividad maníaca, el placer, el éxito fácil: promiscuidad sexual, divorcios, viajes, mudanzas, acompañados de un deterioro del carácter y del sentimiento de identidad; hay incremento de sentimientos como el odio, la envidia, al igual que las tendencias destructivas.

Otra forma mediante la cual el Yo elabora el duelo es mediante la utilización de objetos externos y de los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva. En estos casos, la persona estimula a sus hijos o allegados a realizar aquellas metas o actividades que ellos, por diferentes circunstancias, no pudieron realizar.

El duelo por el *self* también se experimenta cuando se da la pérdida real de un objeto, ya que se ha depositado en éste, a través del mecanismo de identificación, la propia imagen. En estas situaciones el Yo experimenta dolor, depresión y culpa porque además

de la pérdida de la porción del *self* que se pierde con el objeto, el Yo queda privado y empobrecido por la pérdida del objeto mismo. Esto, a nivel inconsciente revive en la persona una experiencia que fue experimentada en el momento de nacer (trauma del nacimiento) y que significó un atentado contra su Yo, cuando además del dolor físico, se incorporó el dolor psíquico.

Cuando el *self* puede autorepararse suficientemente, ante la pérdida de un objeto o de una situación que provocó la pérdida de una parte de él, como en los casos antes citados, entonces se ha realizado una elaboración del duelo sana en donde se consolida el sentimiento de identidad con la aceptación de las pérdidas y la adquisición de nuevos logros.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

I. Planteamiento del Problema

La menopausia, suceso normal en el proceso de desarrollo biológico de las mujeres, es vivenciada por éstas en diferentes formas: para algunas, es una época de liberación, en donde se elimina la preocupación por el uso de anticonceptivos, dando libertad a la actividad sexual; es una etapa en la cual se da inicio a una forma de actividad familiar en donde la tranquilidad, la satisfacción y sobre todo, el deseo de gozar todo lo que le rodea, son los sentimientos predominantes. Para otras, es el inicio del envejecimiento, marcado por la imposibilidad de procrear; es una época de temor por el futuro, el cual traerá consigo enfermedades, una paulatina pérdida de habilidades, y la soledad por la partida de los hijos, entre otras cosas.

Son muchos los factores que parecen tener incidencia en la forma en que la mujer vivencia esta etapa de la vida: en el aspecto social, podríamos mencionar los modelos socioculturales internalizados y transmitidos de generación en generación con relación a la función de la mujer como reproductora y cuidadora de su especie y la exaltación a la belleza de la mujer; en el aspecto de la salud física, las predisposiciones cardiovasculares, los cuidados preventivos como ejercicios, dietas, el hábito de fumar y de ingerir alcohol; y en el ámbito psicológico, la estructura psicológica de la mujer, sus vivencias tanto personales como familiares, y la estructura y organización de la familia como generadora o no de apoyo y estabilidad.

La menopausia coincide con una fase de importancia en la vida del ser humano, la mediana edad, caracterizada por la preocupación por el *self* corporal, la identidad propia y

las pérdidas objetales, experimentándose cambios biológicos, intelectuales, sociales, psicológicos y familiares. Es durante este periodo en el que por lo general, los hijos se marchan de la casa, muere o enferma el esposo, los padres, los amigos, vecinos y familiares de más edad; además, a nivel personal, al cesar la menstruación, y por ende, la capacidad reproductora, algunas mujeres sienten amenaza a la seguridad implícita, pérdida del amor propio por pérdida de la belleza y de la juventud, y temor al envejecimiento y a la propia muerte, lo que trae como consecuencia una ruptura del equilibrio psíquico.

En resumen, la mujer menopáusica se enfrentará a cambios que significan pérdidas: pérdidas de vínculos afectivos previos (duelo por el objeto), más la pérdida de los aspectos del propio *self* (duelo por el *self*) para lo que deberá activar las defensas del yo logrando una nueva identidad de éste.

Como dijimos anteriormente, no todas las mujeres perciben este periodo como una crisis que amenaza su identidad; para algunas, esta es una época en donde se recogen los frutos de la labor realizada, ya sea a nivel familiar, profesional o personal. Para ellas, la menopausia, con sus síntomas físicos y psicológicos, es apenas percibida. Sin embargo, existe un grupo de mujeres que durante este periodo, presentan síntomas psicológicos, los cuales le provocan malestar clínico significativo y/o deterioro social, laboral y familiar.

Esta diferencia en la vivencia de este suceso, y específicamente, la presencia de síntomas psicológicos sólo en algunas mujeres menopáusicas, es lo que nos ha involucrado en este estudio.

Si bien son muchas las variables que podrían incidir, sólo pretendemos, a través de este estudio, revisar una parte de ellos. Consideramos que la forma en que se desarrollaron

las relaciones con las figuras significativas y la forma en que se han enfrentado las pérdidas anteriores, pudieran estar jugando un papel de importancia en el cuadro clínico que presente la mujer menopáusica.

Las relaciones tempranas con los padres o sus sustitutos, su internalización, así como la ligazón afectiva, entendiendo sentimientos de amor y de odio, serán la base para la formación de la estructura psicológica de la futura mujer. Esta base será entonces la que le permitirá vivenciar positivamente o no la menopausia, considerando que la misma no es más que otra crisis de desarrollo, una pérdida.

Atendiendo a lo antes planteado, es el interés de este estudio, examinar los siguientes aspectos:

- ✓ ¿Existe alguna relación entre la forma en que se desarrollan las relaciones objetales significativas y la presencia de síntomas psicológicos durante la menopausia?
- ✓ ¿Existe alguna relación entre la forma en que se enfrentan las pérdidas objetales y la presencia de síntomas psicológicos durante la menopausia?

2. Justificación

En nuestro proceso exploratorio del tema de la menopausia, pudimos observar, en la mayoría de las mujeres entrevistadas, una considerable falta de información sobre este periodo, principalmente, en lo concerniente a los cambios biológicos que se dan en el organismo de la mujer, aún en aquellas que ya lo habían experimentado.

El tema parece estar rodeado, más que de conocimientos científicos, de un gran misticismo, provocando el temor en aquellas que están próximas a él. Es corriente escuchar expresiones como: “dicen que uno la pasa muy mal”, “dan unos calores espantosos”, “hay quienes hasta se vuelven locas”, “ya no se siente deseo de nada”, “yo

no quisiera que me pasara”, “a mí, no me pasó nada, pero mi prima, no quería ni salir de la casa”.

El proceso climatérico ha estado revestido de un sinnúmero de fatalidades, que más que llevar a la mujer a una experiencia positiva, parece aguardarla con temor y pesimismo.

Al conversar con algunos médicos y ginecólogos de nuestro medio se pudo observar que para algunos, la menopausia con sus síntomas tanto biológicos como psicológicos no es más que el producto de los cambios hormonales que ocurren en el organismo de la mujer durante esta etapa de la vida, por lo que la terapia de reemplazo hormonal es la herramienta adecuada para el tratamiento del síndrome; para otros, el factor psicológico sí está presente, pero tienden a relacionarlo con la presencia de historias previas de trastornos psicopatológicos, principalmente, histeria y depresión.

Los síntomas psicológicos durante la menopausia ha sido un tema poco explorado en nuestro país. El reconocimiento de variables psicodinámicas tales como las relaciones objetales y la historia de las pérdidas objetales, parece ser un tema que no ha llamado la atención de los psicólogos clínicos de nuestro medio.

A nivel mundial, el tema del climaterio con sus aspectos físicos, socioculturales y psicológicos, está aumentando el interés de psicólogos, psiquiatras, ginecólogos y otros trabajadores de la salud mental.

Representantes de Colombia, México, España y Cuba nos presentan, a través de artículos publicados en Internet, las experiencias obtenidas con investigaciones aplicadas a mujeres menopaúsicas en sus respectivos países, y las políticas y programas dirigidos a la educación y preparación de las que en su futuro inmediato, estarán experimentando

esta fase de su vida. Así, se han desarrollado las clínicas de menopausia en las cuales se busca la salud integral de estas mujeres, mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario, abarcándose todas las variables que inciden en este proceso.

Con el aumento de la esperanza de vida de los seres humanos, y específicamente de las mujeres, se espera que una gran cantidad de estas últimas experimenten el climaterio. La mujer actual, tiene la posibilidad de vivir por lo menos, un tercio más de su vida, una vez concluida su etapa de fertilidad. De acuerdo a Ortuño (2000), la esperanza de vida de la mujer en el periodo paleolítico era de 29 años; en Grecia, para el año 600 D.C., era de 30; en Europa, en los años 1800's, era de 37 años. Para Hammond (1996), citado por esta autora, la expectativa de vida de una mujer que nació en 1990 es de más de 79 años, y para la que nazca en el año 2050, será de 83.5 años.

En Panamá, según los resultados de las cifras obtenidas en el censo de 1990 (Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990, Volumen II) teníamos una población, a nivel de todo el país, de 85,985 mujeres entre las edades de 45 y 54 años, de las cuales 23,806 pertenecían al Distrito de Panamá y 8,969, al de San Miguelito (Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990, Resultados Finales Básicos, Distrito de Panamá y Distrito de San Miguelito), por lo que se espera que para este siglo, la cifra aumente considerablemente.

Esto hace necesario que en nuestro país se realicen estudios a través de los cuales podamos conocer los factores que inciden en la forma en que la mujer panameña vive este periodo natural de la vida, y específicamente, investigaciones que permitan tener una comprensión más clara de la dinámica de las variables psicodinámicas que intervienen en

la presencia de síntomas como depresión, irritabilidad, pérdida de la seguridad habitual, ansiedad, bajos niveles de autoestima, etc., durante el periodo climatérico.

La información recogida brindaría herramientas terapéuticas para el manejo de este síndrome tomando en consideración la historia de la paciente en cuanto a sus relaciones objetales y, además, permitiría el desarrollo de programas preventivos interdisciplinarios que ayuden a mujeres menopaúsicas.

De igual forma, ampliaría el marco de referencia de los trabajadores de la salud, permitiéndoles comprender, con mayor facilidad, el cuadro clínico, y permitiéndoles a su vez, tomar las medidas pertinentes para la intervención psicoterapéutica. Se disminuye con ello la angustia, y se fortalece la salud mental de las mujeres panameñas, y por ende, su calidad de vida.

3. Antecedentes

Por ser la menopausia un ciclo natural en las mujeres, ha sido tema de estudio desde tiempos remotos. La primera descripción escrita del hombre, refiriéndose a la menopausia, aparece en la Biblia, en el Génesis. Ortuño (2000).

Los aspectos psicológicos de la misma, como tema de estudio científico, son descritos por primera vez en el siglo III, cuando algunos médicos árabes hacen mención de un trastorno degenerativo asociado al periodo involutivo de la vida: menopausia en las mujeres y climaterio en el hombre. Zax y Cowen (1979.)

Para el año 1800, en Francia, se acuña el término menopausia para agrupar la sintomatología del padecimiento, y se adjudica a Fichera, en el año 1905, el inicio del

estudio del síndrome climatérico, cuando éste demuestra que existen alteraciones histológicas en las hipófisis de animales castrados Ortuño (2000.)

Nosológicamente, es Kraepelin, durante el siglo XIX, quien describe por primera vez lo que él llama Reacción Psicótica Involucional, especialmente, la melancolía, reconociéndola como una entidad patológica, al referirse a la aparición de síntomas tales como preocuparse en exceso, sentimientos de culpa, ansiedad, agitación y preocupaciones somáticas, los cuales provenían de las tensiones típicas del periodo involutivo.

A mediados del siglo XX se realizan estudios que trataban de configurar el cuadro clínico de la menopausia, discutiéndose la incorporación o no de síntomas psicológicos en el mismo. (Ver Características Clínicas de la Menopausia, p.---).

Para el año 1978, aparecen en el DSM-II (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), dos categorías nosológicas: estado paranoide involucional y la melancolía involucional, llamando la atención la siguiente observación que acompaña la descripción de la melancolía involucional:

“La opinión acerca de si esta psicosis puede distinguirse o no de otros trastornos afectivos está dividida. Se recomienda, por consiguiente, a los pacientes involucionales no se les dé este diagnóstico, a menos que todos los demás trastornos afectivos hayan sido descartados”. (p. 36).

En el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1996) no se describen estos trastornos tal y como lo hacía el DSM II.

En el año 1976, se funda la Sociedad Internacional de la Menopausia, realizándose ese mismo año, el Primer Congreso de Menopausia en Francia, aceptándose como

definición de climaterio el periodo de transición del estado reproductivo al no reproductivo, y la de la menopausia como el último periodo menstrual.

En la actualidad, con el aumento de la esperanza de vida y la necesidad de atender las nuevas patologías que se derivan del deterioro del organismo y de los nuevos estilos de vida, se puede encontrar bibliografía, entre ellos, investigaciones, artículos, libros, que presentan este tema. A nivel de los países iberoamericanos, encontramos información de España, México, Colombia, Cuba, Argentina, aportando interesantes conclusiones de estudios desarrollados con poblaciones de mujeres menopáusicas en esos países.

En la mayoría de estos estudios, sus autores presentan una perspectiva multifactorial de la menopausia: factores biológicos, socioculturales y psicológicos; estos últimos son vistos como reacciones ante un periodo de crisis, específicamente la crisis de la mediana edad, con su gran cantidad de pérdidas.

Sin embargo, al buscar estudios sobre los factores que inciden en el por qué algunas mujeres presentan estos síntomas mientras que otras no, los mismos son muy pocos, y más aún si nos adentramos en la corriente psiconalítica, buscando etiologías que expliquen la dinámica de este comportamiento. Da la impresión, a través de lo que plantea Fenichel (1966), al referirse a la melancolía involucional, que los factores dinámicos de este cuadro son reconocidos como reacciones o tendencias depresivas. De igual forma, parece ser este el planteamiento de la Dra. Celia González Ibarra (1996), la cual hace un análisis dinámico de la menopausia dentro de la llamada crisis de la mediana edad en su artículo Trastornos Afectivos en la Mujer, Depresión y Menopausia, relacionando la depresión con el síndrome climatérico.

Estos planteamientos y los estudios de la dinámica de la depresión, en los cuales las relaciones objetales y las pérdidas parecen ser la base de este trastorno; aunado al hecho de que el climaterio se da dentro del periodo de la llamada “crisis de la mediana edad”, que ésta se caracteriza por una gran cantidad de pérdidas, y que la menopausia, por si sola significa pérdida: de la reproductividad, de la juventud, de la belleza, etc., es lo que nos ha llevado a buscar relaciones que nos permitan comprender la dinámica de la personalidad de aquellas mujeres que presentan síntomas psicológicos durante este periodo.

En resumen, se investigará si existe alguna relación entre la presencia de síntomas psicológicos en la menopausia, la historia de las relaciones objetales y la historia de las pérdidas (reales o imaginarias).

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivos Generales y Específicos:

- Analizar la relación entre la historia de relaciones objetales y la presencia de síntomas psicológicos en mujeres menopáusicas.
 - └ Examinar la historia de las relaciones objetales en mujeres menopáusicas que presentaron síntomas psicológicos durante este periodo.
 - ▣ Examinar la historia de las relaciones objetales en mujeres menopáusicas que no presentaron síntomas psicológicos durante este periodo.
 - └ Comparar la historia de relaciones objetales en mujeres menopáusicas con y sin problemas psicológicos durante este periodo.

- Analizar la relación entre la historia de pérdidas objetales y la presencia de síntomas psicológicos en mujeres menopáusicas.
 - Examinar la historia de pérdidas en mujeres menopáusicas que presentaron síntomas psicológicos durante este periodo.
 - Examinar la historia de pérdidas en mujeres menopáusicas que no presentaron síntomas psicológicos durante este periodo.
 - Comparar la historia de pérdidas en mujeres menopáusicas con y sin problemas psicológicos durante este periodo.

5. Estrategia de Investigación

Se trata de una investigación no experimental, descriptiva – comparativa de tipo transversal cuyo propósito es el de describir, registrar y analizar la relación que existe entre la historia de las relaciones objetales, la historia de pérdidas objetales y la presencia de síntomas psicológicos en mujeres menopáusicas. (Hernández Sampieri, 1991).

Las variables fueron estudiadas en su contexto natural, sin control directo ni deliberado de las mismas, observándose y registrándose en un solo momento.

Se utilizaron dos grupos de mujeres menopáusicas (con y sin síntomas psicológicos) con el objetivo de poder comparar la incidencia de las variables de estudio por grupo y comprender en mayor grado el comportamiento o dinámica psicológica de los mismos.

6. Variables de Investigación

6.1. Relaciones Objetales:

Experiencia intrapsíquica de las primeras relaciones con los demás, formando vínculos. Implica la relación con la figura de los padres y otras personas significativas, su internalización, lo mismo que la internalización de las autorepresentaciones, convirtiéndose en parte de la estructura del yo en diferentes etapas, lo mismo que del superyo o ideal del yo.

La misma se estudió a través de:

- Tipo y grado de relaciones con las figuras significativas.
- Primitivismo y madurez de las relaciones objetales.
- Percepción de otros en relación con uno mismo.
- Constancia objetal y grado y tipo de internalización de los objetos.

Su evaluación se efectuó mediante las respuestas a la Guía de Entrevista para la Evaluación Clínica de las Funciones del Yo (específicamente, las preguntas relacionadas con las Relaciones Objetales), las respuestas a las preguntas tomadas del libro Familia de Origen y Psicoterapia de James L. Framo y las respuestas al Test de Apercepción Temática.

6.2. Pérdidas Objetales:

Situación real o imaginaria que desencadena sentimientos de soledad, carencia y desamparo, ante la ruptura de vínculos afectivos, ya sea por muerte, traslado a otros lugares, desavenencias, etc.

La misma fue estudiada a través de:

- Historia de pérdidas tempranas.
- Pérdidas actuales.
- Reacción ante las pérdidas.

Se evaluó a través de las respuestas de la Entrevista Psicológica, las respuestas a preguntas tomadas del libro Familia de origen y Psicoterapia de James L. Framo y las respuestas al Test de Apercepción Temática.

7. Población y Muestra

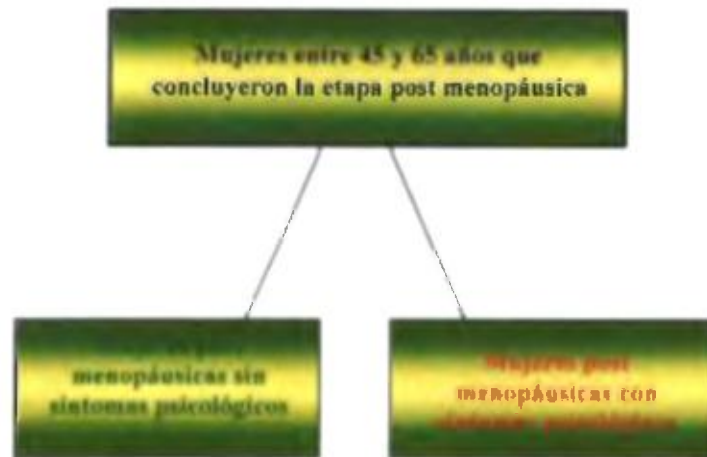
7.1. Población:

Mujeres del Distrito de Panamá y San Miguelito, con edades entre 50 y 65 años que concluyeron la etapa post menopáusica.

7.2. Muestra:

La muestra para este estudio está conformada por 20 mujeres de los distritos de Panamá y San Miguelito, con edades entre 45 y 65 años, que concluyeron el ciclo post menopáusico (por lo menos un año sin periodos menstruales); de las cuales, diez (10) presentaron síntomas psicológicos que le causaron un malestar significativo en sus relaciones sociales, laborales o familiares, mientras que las otras diez (10), no presentan esta condición. Este último grupo fue utilizado como grupo comparativo.

Figura No. 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUESTRAS SEGÚN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS



7.2.1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres del Distrito de Panamá y San Miguelito.
- Edad entre 45 y 60 años.
- Haber concluido el proceso post menopáusico (por lo menos un año sin periodos menstruales).
- Haber presentado, durante este periodo, síntomas psicológicos tales como tristeza, melancolía, falta de ánimo para realizar las tareas diarias, irritabilidad, angustia, pérdida de la seguridad habitual, problemas para dormir, sensación de estar enferma, reacciones histéricas. (mujeres post menopáusicas con síntomas psicológicos.)
- No haber presentado los síntomas psicológicos antes mencionados. (mujeres post menopáusicas sin síntomas psicológicos.)

7.2.2. Criterios de Exclusión:

- Menopausia inducida por la extirpación de los ovarios

8. TIPO DE MUESTREO:

Dado que no se tiene un conocimiento exacto de la cantidad de mujeres que componen la población en estudio, la muestra se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico sujeto tipo, cuyo objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información (Hernández Sampieri, 1991).

9. Instrumentos de Medición

La información de las variables de estudio se recogió utilizando los siguientes instrumentos:

9.1. Entrevista Psicológica:

Se utilizó la Entrevista Clínica en Psicopatología elaborada por el Dr. Juan Virgilio Correa como guía general para la obtención de información amplia y detallada, verbalizada por los sujetos del estudio, sobre sus datos generales y anamnesis personal y familiar, centrándonos específicamente en los aspectos relacionados con las crisis de desarrollo (pubertad y adolescencia) y episodios psicopatológicos previos y actuales. Ver preguntas del 1 al 10 y de la 22 a la 40.

9.2. Guía de Entrevista para la Evaluación Clínica de las Funciones del Yo:

Este instrumento elaborado por Leopold Bellak, M. Hurvich y H. D. Gediman en 1973, mide 12 funciones del yo entre las que se encuentra la de las **Relaciones Objetales**

la cual, para efectos de este estudio, fue la única utilizada, siguiendo los lineamientos establecidos por los autores. La escala de relaciones objetales consta de 22 preguntas organizadas para medir los cuatro componentes de esta función, según sus autores: (1) grado y tipo de relación con los demás, (2) primitivismo – madurez de las relaciones objetales, (3) grado en el cual los demás son percibidos como independientes de sí mismo, y (4) la medida en que se puede mantener la constancia objetal. (Ver preguntas del 41 al 62 en la entrevista utilizada). Igualmente se utilizaron las preguntas sugeridas por los autores para la obtención de información general de los sujetos. Ver preguntas del 1 al 10 en la entrevista utilizada.

9.3. Preguntas del libro Familia de Origen y Psicoterapia de James L. Framo.

La entrevista utilizada en este estudio está conformada por una serie de preguntas sugeridas por dicho autor. Las mismas se utilizaron para explorar la relación del sujeto con sus progenitores, hermanos y figuras significativas durante su infancia y en la actualidad, la atmósfera familiar durante la infancia y en la actualidad, y las situaciones de pérdidas, traumas o sucesos fuera de lo normal durante estas épocas. Ver preguntas de la 11 a la 21.

9.4. Test de Apercepción Temática T.A.T.

Técnica proyectiva que permite conocer la dinámica de la personalidad de las personas tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en su apercepción del medio ambiente. Está clasificada como una prueba de construcción. Bernstein y Nietzel (1982), en la que el sujeto crea o construye una narración con base a los estímulos

presentados en 10 láminas. El contenido humano está claramente presente y altamente estructurado.

Con el propósito de recoger la información que nos atañe en esta investigación, se utilizó el enfoque presentado por Leopold Bellak en el libro T.A.T., C.A.T. y S.A.T. Uso Clínico, segunda edición, 1975, página 236, en el cual se evalúan las relaciones objetales a través de las respuestas al T.A.T. Para su análisis, Bellak propone un inventario del reparto de personajes en cada historia, definiendo el tipo de personalidad de cada uno de ellos, un inventario de las interacciones entre los personajes y el tipo de interacción que caracteriza a cada relación.

Se utilizaron sólo las láminas 1, 2, 3NM, 4, 6NM, y 7NM, ya que a juicio del investigador, éstas permitían recopilar, en mayor medida la información requerida, reduciendo el tiempo de la entrevista.

10. Procedimiento de Investigación:

- Fase para definir o contactar la muestra:

Para ubicar a las personas que pudieran servir como sujetos del estudio, se utilizaron dos mecanismos: la invitación personal, a nivel voluntario, a aquellas personas que cumplían con los criterios establecidos, citándoseles para una entrevista personal, y el contacto con grupos de personas de la tercera edad en los que se solicitó el mismo tipo de apoyo.

- Fase de Entrevista:

Una vez contactadas las personas, se procedió a dar inicio a las sesiones de evaluación, algunas de las cuales fueron realizadas en un cubículo ofrecido por el

Director Médico de la Policlínica del Seguro Social de San Miguelito; el resto, fueron realizadas en las casas de las voluntarias.

Una vez que se daban las explicaciones necesarias en cuanto a los objetivos del estudio y se establecía el rapport con las entrevistadas, se procedía a aplicar la entrevista (ver anexo) y a aplicar las láminas del T.A.T. seleccionadas. La entrevista tenía una duración promedio de dos horas.

- Fase de Evaluación: Una vez obtenida la información, se procedió al análisis dinámico individual por prueba y por persona bajo la perspectiva psicodinámica de las relaciones objetales, organizándose posteriormente la data, por grupo, para su análisis estadístico.

11. Modelo de Análisis Estadístico:

A nivel descriptivo, los datos se organizaron en tablas de frecuencias, gráficos de barras y polígonos de frecuencia.

A nivel comparativo, las pruebas de significación se llevaron a cabo utilizando el modelo no paramétrico de Chi cuadrado, con un nivel de significación de $p \leq 0.05$. También se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes con un nivel de significación de $p \leq 0.05$.

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Para efectos de este estudio, y con el propósito de que los resultados puedan reflejar de manera objetiva el contenido clínico de los mismos, se ha organizado en tres secciones:

1. Historias de casos

Comprende los resultados individuales de los sujetos de la muestra de estudio, obtenidos a través de las entrevistas realizadas y presentados como casos clínicos. En los mismos se podrá apreciar la dinámica psicológica por sujeto.

2. Resultados Grupales

Comprende los resultados obtenidos por grupo de estudio, organizados a través de gráficos y cuadros. En los mismos se podrá apreciar la dinámica de los sujetos que participaron en la muestra, según el grupo al que pertenecen.

3. Discusión de resultados

Comprende el análisis grupal de los resultados bajo una perspectiva clínica.

Observación: Para guardar la identidad de los sujetos participantes y con el objetivo de abreviar el contenido, se le ha asignado siglas a los casos. Así tenemos que las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos durante la menopausia serán identificadas con las siglas SSP; mientras que las mujeres del grupo con síntomas psicológicos se identificarán con las siglas CSP. De esta forma, cuando se haga referencia, por ejemplo, al caso 3 del grupo sin síntomas psicológicos, éste estará representado por la denominación 3SSP; si se hace referencia al caso 5 con síntomas psicológicos, el mismo se identificará como 5CSP.

CASO ISSP

IDENTIFICACIÓN: E. S.

Mujer de 64 años de edad, lleva 31 años residiendo en su domicilio actual ubicado en el distrito de Panamá, en donde comparte una casa propia con su esposo y la menor de sus hijas.

Oriunda de un campo de la provincia de Herrera, formaba parte de una familia de nivel socioeconómico bajo, compuesta por ambos padres y cinco hijos, de los cuales ella era la tercera.

Al igual que sus hermanos, sólo logra completar los estudios primarios, sin tener la oportunidad de continuar la secundaria por la falta de dinero, situación que en ese momento no pareció molestarla, pero que ahora define como “frustrante”.

Recuerda a su madre como una mujer cariñosa, preocupada por ella, agregando que ésta “era reseca con los demás, pero a mí me protegía.”. E. S. sufría de asma, por lo que constantemente estaba enferma. Considera que fue muy apegada a su madre: cuando le regalaban una pastilla, por ejemplo, ella se comía la mitad de ésta y el resto lo guardaba para dárselo a su mamá.

En cuanto a su padre, lo describe como un hombre que “le gustaba tomar, y cuando regresaba a la casa, quería pegarle a mi mamá, por lo que todos salíamos huyendo. En más de una ocasión, cogió un machete para cortar a mi mamá; yo me ponía entre ellos porque prefería que me golpearan a mí y no a ella”.

E. S. considera que aunque su padre les llevaba regalos cuando viajaba a Panamá, éste prefería a la más pequeña de sus hermanas; piensa que el hecho de que su padre se acordara de ellos en sus viajes y retornara con un obsequio para sus hijos, suavizaba la percepción de hostilidad que sentía hacia él, “sentía que no era tan hosco”.

Sus padres se separaron cuando ella estaba en segundo grado, no teniendo información sobre él hasta cuando estaba cursando el sexto grado, cuando supo que se había casado. “Nunca nos dio nada, crecimos por el esfuerzo de mi mamá”. La pérdida del padre significó un alivio para la familia, ya que vivían atemorizados por las conductas de maltrato del padre hacia la madre. A partir de este momento, a pesar de la necesidad de dinero, el ambiente de la casa cambió, tornándose armonioso, cálido, y seguro. “Fue una liberación”.

Describe como “buena” la relación con los hermanos: “peleábamos como cualquier muchacho, pero nos queríamos y nos protegíamos”.

A la edad de 14 años, E. S. deja su hogar y se traslada a Chitré para trabajar en una casa de familia. Relata que su madre decía que ella “no aguantaba, que pronto regresaría

a casa”, porque era la “más apegada de sus hermanos”, pero ella debía demostrarle que lo podía hacer. Se mantuvo en ese trabajo durante seis meses, viajó a Panamá para trabajar en otra casa de familia, en donde laboró por espacio de dos años aproximadamente.

A los 18 años, consigue trabajo en una tienda. Al no proporcionársele vivienda, el padre, que vivía en Panamá con su esposa, le ofrece alojamiento en su casa a ella y a su hermano, naciendo una buena relación con su madrastra: “ella nos apoyaba, nos trataba bien, le debo mucho”. Aproximadamente al año, consiguen (ella y su hermano), un cuarto, en donde viven hasta que ella se casa.

Conoció al que ahora es su esposo en “la tienda”, casándose a los 19 años. Han mantenido “buenas” relaciones, “peleamos, pero seguimos luchando juntos”. Él tiende a ser una persona pasiva, mientras que ella se describe como “más activa, busco alternativas, y si tengo que trabajar, lo hago”. Lograron tener su propio negocio, encargándose ella de éste mientras él se ocupaba de otras tareas como transportar a los hijos a la escuela, llevándolos al médico cuando se enfermaban, haciendo las compras para el negocio, revisando y llevando el seguimiento de los estudios de sus hijos, porque “él estudió más que yo, podía hacerlo mejor, tenía más paciencia”.

La pareja tuvo tres hijos: un varón y dos mujeres, con los cuales mantiene “muy buenas relaciones. A pesar de que los mayores se casaron y una vive en el extranjero, nos ayudamos y mantenemos una constante comunicación”. La menor de las hijas vive con la pareja, aunque se ausenta del hogar para realizar trabajos en el interior del país.

Expresa que mejora la relación con su padre durante su adultez, “aunque nunca fue igual a la que tenía con mi mamá”.

Tanto la madre como el padre de la entrevistada murieron: la primera hace 10 años y el segundo un año después. E. S. dice haber “sufrido mucho” la pérdida de su madre, recordándola con tristeza, no pudiendo explicar el por qué de estos sentimientos porque “le di lo que pude en vida y en sus últimos momentos estuve con ella” (llora durante la entrevista). Al referirse a la muerte del padre, relata no haberla sentido igual que la de la madre. Al recordarlo, lo hace con “indiferencia”. La madre de E. S. no volvió a casarse, dedicándose a crear a sus hijos, y cuando éstos dejaron el hogar materno para formar sus familias, vivió sola.

Relata E. S. que siempre se ha preocupado por su familia: mamá y hermanos, a quienes ayudaba llevándoles cajas de comida, ropa, juguetes, cuando iba al interior, dando la plata para las necesidades médicas (cirugías, medicinas, etc.), o aportando para los arreglos de las casas de su mamá y sus hermanos. Ayudó igualmente a que sus hermanas, por parte de padre, terminaran sus estudios, logrando que las mismas se graduaran del nivel secundario.

A E. S. le gusta igualmente ayudar a que las personas solucionen sus problemas personales evitando cualquier roce, ya sea entre hermanos, familiares o amigos y vecinos.

E. S. prefiere las relaciones intensas más que las frías, aunque dice que no tiende a involucrarse íntimamente con todas las personas que conoce, "mantengo mi distancia". No tiene dificultad para acercarse a las personas, sintiendo que tiene la capacidad para comprender a los demás, razón por la que sus amigos y parientes buscan sus consejos. No siente que ha sido abandonada o rechazada; pero dice ser sensible a la crítica de los demás.

Nunca ha ido sola al cine o a un restaurante. Sólo se separa de su esposo cuando visita a la hija que vive fuera del país, quedándose entre dos o tres meses. No intenta cambiar a los demás, ya que reconoce que "cada quien tiene su forma de ser y de pensar".

E. S. reporta haber padecido de asma durante su infancia, pero que al llegar a la pubertad, ésta desapareció. En la actualidad, tiene problemas de circulación el cual se evidencia a través de úlceras varicosas. Sólo ha estado hospitalizada para el nacimiento de sus hijos y por cirugía de apendicitis, manteniéndose hospitalizada alrededor de dos días en cada ocasión. No reporta haber sentido tristeza o abandono durante estos periodos, ya que era visitada por su esposo, familiares y amigos. Igualmente, no reporta antecedentes psiquiátricos personales o familiares.

A los 14 años experimenta su primer periodo menstrual. Había recibido información en la escuela, por lo que no se sorprendió; sin embargo, dijo haberse sentido "rara, con cierta tristeza, ya era otro rumbo, era otro camino". Sus periodos menstruales los define como regulares y dolorosos hasta antes de nacer su primer hijo; después de esto, siguieron siendo regulares, más no dolorosos.

Dio a luz a su última hija a los 43 años, experimentando tres periodos menstruales, luego de los cuales, no experimentó ningún otro hasta la fecha. Reporta no haber experimentado ningún malestar durante este periodo, incluyendo los sofocos. Se sentía contenta de "haber terminado con esto". Tenía información de amigas y familiares. Sabía que "a algunas les afecta y a otras, no. A mí no me dio nada". El hecho de que su hija sólo tenía tres meses de nacida y que esto le proporcionaba gran alegría, eran los sentimientos relevantes en este periodo. Considera que con la menopausia, la mujer no pierde su femineidad: "Ya se cumplió con una etapa. Uno se siente más mujer porque ya ha sido madre y abuela. No es un periodo de envejecimiento, vienen cosas nuevas como los nietos, ver los logros de los hijos...".

La época de la menopausia para E. S. no coincide con la partida de sus hijos ni con alguna pérdida o suceso traumático. Su vida de pareja no se vió afectada por este hecho.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Este niño aquí está pensando; como que se ha dañado el violín y está como muy triste porque es el objeto de su agrado, lo que lo entretiene. Está pidiéndole a Dios que le ilumine para saber qué puede hacer.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Triste.
➤ Dios	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño triste porque se le ha dañado el objeto de su agrado.	➤ Sentimiento de tristeza por pérdida objetal.
➤ Pide a Dios para saber qué hacer.	➤ Necesidad de apoyo de figura omnipotente (¿figuras parentales?) para reparar y recuperar su objeto.
	➤ Actitud activa supeditada al apoyo de una figura significativa.

Lámina 2:

Esta es una dama, allí hay otra, un hombre y un caballo. Esos son como el papá, la mamá y la hija; como que la señora está mirando al señor que está arreglando el caballo. La hija va para la universidad. La señora se ve como imponente, brava, porque el señor está haciéndole algo al caballo. La hija va un poco disgustada para la universidad, hay como un disgusto entre ellos tres y es por culpa del caballo. Todo está relacionado con el caballo, o que están arando la tierra; pero como que hay un disgusto.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Hija	➤ Universitaria, se muestra disgustada.
➤ Papá	➤ Encargado del caballo.
➤ Mamá	➤ Imponente, brava.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Familia en donde sus miembros están disgustados por la acción que lleva a cabo el padre con el caballo.	➤ El caballo parece simbolizar el objeto de discordancia entre los miembros de la familia.
	➤ Percepción de mal manejo de un objeto que puede ser esencial en el suministro de necesidades orales.
	➤ Sentimientos de enojo hacia la figura paterna.

Lámina 3 NM:

Es una joven que está como llorando, como que va a entrar a una puerta, la de su recámara; como que tuvo un desenlace amoroso y se encuentra frustrada. El novio puede que tenga otra novia o lo vió con otra joven y por eso ella se encuentra así. Está muy deprimida. Se va a echar a la cama a llorar y a pensar. Tiene un futuro bastante triste.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Joven	➤ Joven frustrada, deprimida, que llora por desenlace amoroso.
➤ Novio	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Joven deprimida que llora por desenlace amoroso	➤ Ansiedad por pérdida objetal.
➤ Novio que tiene otra novia o es visto con otra joven.	➤ El sujeto es reemplazado por otra figura. ➤ Sentimiento de rechazo y minusvalía. No fue lo suficientemente buena para mantener el objeto.
➤ Va a entrar a una puerta, la de su recámara.	➤ Necesidad de aislamiento, evasión, regresión. ➤ Búsqueda de lugar donde se sienta protegida y pueda ser alimentada. (¿útero materno?). Necesidad objetal.
➤ Se echa a la cama a llorar y a pensar.	➤ Actitud pasiva-receptiva

Lámina 4:

Aquí sucede que este señor está discutiendo con la esposa. Ella le está reclamando algo y él como que no le quiere dar la cara, está como muy disgustado, como que no la quiere a ella, pero allí se ve que ella sí lo quiere a él. Quizás ellos se arreglen, lleguen a tener un arreglo porque ella lo quiere. Ella se ve muy calmada, el violento es él. Pero al final se arreglan.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Señor	➤ Disgustado
➤ Esposa	➤ Calmada, quiere a su esposo.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Esposos que discuten. Ella reclama. Él no quiere darle la cara, está disgustado.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansiedad ante la pérdida objetal. ➤ Representación del objeto malo que no permite el acercamiento.
➤ El no la quiere, pero ella a él sí.	➤ Rechazo de la figura significativa.
➤ Quizás se arreglen porque ella lo quiere. Ella está muy calmada, él es el violento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deseos de ser aceptada por el objeto rechazante. ➤ Idea mágica de que los sentimientos de amor de ella provocarán cambios en los sentimientos agresivos del objeto rechazante. ➤ Busca reparar al objeto malo para satisfacer sus necesidades orales.

Lámina 6 NM:

Aquí este como que no es el esposo. Ese señor se le ha aparecido a ella ahí. Ella está como sorprendida de verlo a él allí. Como que está tratando de enamorarla, pero ella en ningún momento..., como que no le cae bien ese señor. Ella está molesta y él se ve que es un señor como vividor, un abusador. Allí no va a pasar nada, ella no lo va a aceptar a él.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Sorprendida, molesta
➤ Señor	➤ Vividor, abusador, no es el esposo

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Señor que aparece y sorprende a mujer.	➤ Aparece figura objetal que representa sentimientos con valencia negativa.
➤ Trata de enamorarla, pero ella se disgusta.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Defensas contra el surgimiento de fuerzas libidinosas. ➤ La representación del superyó restringe y detiene al ello ante el surgimiento de fuerzas libidinosas. ➤ Surgen defensas en contra de éstos deseos apareciendo sentimientos agresivos y de rechazo ante el objeto malo.
➤ Ella no lo va a aceptar.	➤ La fortaleza del Yo permite la efectividad de las defensas.

Lámina 7 NM:

Aquí sucede que la mamá de esta niña la está como aconsejando. Tiene un muñeco de beby en los brazos. Ella la está aconsejando o regañando por algo malo que ella hizo, porque no la está acariciando y la niña está pensando en lo que la mamá le está diciendo. Al final, ella quedará cediendo a lo que la mamá le está diciendo por el bien de ella.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Pensativa
➤ Mamá	➤ Representación del superyó

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mamá que aconseja a niña por algo malo que hizo.	➤ Representación del superyó que censura conducta del sujeto.
➤ La niña no se ha comportado adecuadamente, por lo que la madre no la acaricia.	➤ El objeto bueno no gratifica cuando se da un mal comportamiento.
➤ La niña está pensando en lo que la mamá le está diciendo	➤ Representación de objeto malo
➤ Al final, la niña quedará cediendo a lo que la mamá le está diciendo por su bien.	➤ Relación objetal pasiva-receptiva.
	➤ Relación objetal pasiva-receptiva.
	➤ Necesidad de reparar al objeto bueno que se hizo malo por su mal proceder.

CASO 2SSP

IDENTIFICACIÓN: J.CH.

Mujer de 56 años de edad, reside desde hace 40 años en su domicilio actual en el distrito de San Miguelito. Nació en la ciudad de Chitré, en un barrio de nivel socioeconómico bajo, en donde vivió con su madre, su abuela, sus dos tías y un hermano mayor que ella.

No conoció a su padre. Este era un señor de origen oriental que había emigrado a Panamá en busca de mejores oportunidades. Este señor conoce a la madre de J. Ch., quien era oriunda de la provincia de Herrera y se casa con ella. Nacen dos hijos de esta unión. Estando ella muy pequeña (8 meses de nacida), su padre viaja a China para buscar a los hijos que había dejado en dicho país, y muere en la guerra.

Cuando J.Ch. tenía alrededor de cuatro años, su madre viaja a la ciudad de Panamá, debido a la mala situación económica, por la que atravesaba la familia; ya que no contaba con el apoyo del padre, pues éste había muerto.

A pesar de no haber conocido al padre, J.Ch. expresa que “guardo buenos sentimientos hacia él”, ya que de acuerdo a lo que le contó su madre y su abuela, éste era un buen hombre: era cariñoso, trataba muy bien a su esposa a la que quería mucho, y además era un hombre responsable y cuidadoso del bienestar de su familia. Esta característica fue lo que lo llevó, según reporta J.Ch. a buscar a sus otros hijos quienes eran huérfanos de madre.

J. Ch. percibe a su madre como una mujer cariñosa, luchadora, que “tuvo que trabajar duro para mantenernos”. Expresa haberse sentido querida por su madre, ya que ella mantenía una constante comunicación con su familia a través de cartas, mandaba dinero y regalos para ellos, y trataba de ir a verlos en cuanto se le presentaba la oportunidad. Si bien se sintió un poco triste cuando ésta decide venir a Panamá, logró superarlo rápidamente pues además contaba con una abuela y unas tías que la querían mucho: “Siempre fuimos una familia muy unida”.

El único recuerdo desagradable que tiene de su infancia está relacionado con su hermano. Éste “por ser el mayor, quería exigir y tenerme como empleada, por lo que era constantemente regañado por mi abuela y mi mamá”. “Desde que mi madre murió, no lo he vuelto a ver”.

A la edad de 12 años se traslada a la ciudad capital para vivir con su madre y asistir a la escuela. Entra a una escuela de modistería, logra llegar sólo al segundo año, ya que no contaban con los recursos para sufragar los gastos. Esto causó gran frustración en J. Ch. pues deseaba “graduarse de algo”. Dice adaptarse fácilmente al nuevo medio, ya que “estaba con mi mamá”.

Trabaja como empleada doméstica, realizando actividades de lavado y planchado hasta que consigue un puesto de asistente de almacenista en una entidad gubernamental, ejerce este puesto por once años hasta cuando es despedida por cambios en la administración. Luego trabaja como cocinera en dos colegios. Debido a su enfermedad (asma) no pudo continuar trabajando.

J. Ch. tiene cuatro hijos. La mayor de ellos es el producto de una relación de la juventud: “me dejó encinta y se fue; no me ayudó hasta cuando la querida le impuso que lo hiciera”. Luego convivió con un señor con el cual tuvo dos hijos. La relación duró tres años, separándose por las continuas peleas que se daban entre ellos. La última de sus hijas es el producto de la relación que mantiene en la actualidad, la cual ha perdurado por 14 años, describiendo dicha relación como íntima-profunda. Considera que los compañeros anteriores “tenían mucho parecido con mi hermano; el último, con mi mamá”.

Mantiene muy buenas relaciones con sus hijos. Se comunica constantemente con los dos que no están en casa. Éstos la llaman y de presentarse algún problema, buscan su orientación. Esta situación se da igualmente con los que aún viven con ella. Sólo reporta algunas dificultades con una de las hijas “por su carácter fuerte”, pero dice que las mismas no se dan de forma continua, son la excepción, dándose una relación muy profunda entre ellos. Los problemas, ya sean éstos de tipo socioeconómico o familiares, se llevan a consulta familiar. Considera que la atmósfera que prevalece en su hogar actual es de gran compenetración al igual que el de su infancia.

La madre de J. Ch. murió hace seis años. No pudo asistir al entierro por estar hospitalizada con un ataque de asma. “Fue un dolor muy profundo, lloré como por quince días, me sentía nerviosa, pero fue pasando y hoy la recuerdo, pero no lloro. Igual me pasó con mi abuela. De ambas conservo muy buenos recuerdos”.

J. Ch. ha sido una persona muy enfermiza: sufre de asma desde que era pequeña. Los medicamentos administrados para esta enfermedad produjeron una diabetes de la cual es tratada en la actualidad. Reporta problemas con las várices y con los riñones. Ha estado hospitalizada en varias ocasiones por el asma y la diabetes; además, por apendicitis y por fractura de la rótula y de la nariz. Durante estas hospitalizaciones tiende a sentirse “un poco abandonada”, pero comprende que “hay que cumplir con el trabajo”, justificando de esta forma la ausencia de sus familiares durante el día.

Busca un equilibrio en las nuevas relaciones: “ni muy cercas ni muy alejadas”. Cuando son mis hijos, o mi compañero, amigas o familiares, las prefiero cálidas, profundas”. Reconoce que “todas las personas tienen su forma de ser y así hay que aceptarlos porque esos son ellos”. No le es difícil aproximarse a las personas y disfruta de las conversaciones con otras personas. Cuando se siente herida o le hacen una crítica, tiende a buscar que le expliquen “las razones que lo llevaron a pensar así, para analizarlas y hacer los cambios o pedir disculpas, si hay que hacerlo”.

Nunca ha ido sola a un restaurante ni al cine; tampoco ha vivido sola y nunca lo ha deseado. No se sintió abandonada con la partida de sus hijos “es la norma de la vida” y desea que los que viven con ella logren igualmente su independencia.

Experimentó su primer periodo menstrual a los nueve años. Se asustó mucho, “me dio miedo; pensé que me había golpeado y que me había hecho un daño”. La llevaron al médico y una enfermera le explicó lo que le estaba sucediendo. Previo a esta visita, J. Ch. no había tenido ninguna información sobre esto. La familia se alarmó por lo precoz de su edad: “los sorprendí a todos”. Una vez informada J. Ch. dice haber sentido que “me habían quitado parte de la niñez, perdí mi infancia. Aunque después yo seguí igual jugando con las otras niñas; sólo que cuando me venía, trataba de estar más tranquila”.

Sus periodos menstruales fueron regulares, pero dolorosos (fuertes cólicos con vómito y diarrea) para lo que tomaba té y se ponía paños. Una vez que dio a luz a su primera hija, sus periodos dejaron de ser dolorosos, manteniéndose regulares.

A los 45 años inició su proceso climatérico. Experimentando sólo sofocos. Sus periodos se mantenían regulares aunque demoraban menos días. A los 53 años tuvo su último periodo. “No me vino más”.

J. Ch. dice experimentar este proceso como “algo normal. Me había informado a través de folletos, así que sabía de que se trataba”. Sintió alivio porque ya no tenía que preocuparse por esto. No piensa que la mujer pierda su femineidad con la menopausia. Reporta no haber tenido cambios en sus relaciones de pareja como tampoco en su vida familiar.

Esta época no coincide con ninguna muerte en la familia ni con la partida de sus hijos del hogar.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Este niño tiene un violín. Está pensando cómo aprender a tocar el violín o cómo componer una canción. Está pensando que debe mejorar para tocar bien el violín o aprender a tocar bien una canción para tocársela bien a un amiguito, a su mamá o a sus padres.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo. Dueño de un violín.
➤ Amiguito	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Padres	➤ No se proporcionan detalles

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño pensando cómo aprender a tocar el violín o cómo componer una canción.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deseos de acercamiento hacia el objeto. ➤ Dudas sobre el manejo que debe realizar para obtener respuestas gratificantes del objeto.
➤ Piensa que debe mejorar para tocar bien el violín.	➤ Identificación con el objeto. Si él mejora, mejora la respuesta del objeto.
➤ Tocar una canción a su amiguito o a sus padres	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deseos de agradar a las figuras significativas. ➤ Busca reconocimiento de parte de ellos.

Lámina 2:

Ella vendría de estudiar y los padres la están observando y ella se ha quedado viendo el trabajo del papá, las montañas o a la mamá que está pensando sobre algún problema que tenga.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Hija	➤ Estudiante
➤ Papá	➤ Trabajador
➤ Mamá	➤ Preocupada

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Padres observan a la hija que viene de estudiar.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud contemplativa. ➤ Relación pasiva receptiva
➤ Hija ve el trabajo del padre, las montañas o a la madre que está pensativa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud contemplativa ➤ Relación pasiva receptiva

Lámina 3 NM:

Esta joven parece que los papás o la mamá la han regañado por algo incorrecto que ha hecho o algún problema de algún familiar enfermo o que le han avisado de algo grave en la familia. La veo triste.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Joven	➤ Regañada. ➤ Triste.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Joven regañada por los padres porque ha hecho algo incorrecto.	➤ Representación del superyó que censura actuación incorrecta.
➤ Algún problema de familiar enfermo o le han avisado algo grave de su familia.	➤ Sentimientos de ansiedad y tristeza ante posible pérdida objetal.

* Se presentan dos historias cada una con contenido diferente y opuesto. Pareciera que se da evasión a los sentimientos de tristeza.

Lámina 4:

Esta pareja es como si hubieran tenido momentos felices, como si hubieran estado hablando de cosas agradables, o que también tengan problemas, como una pequeña discusión o algo. Como que él se quiere ir y ella lo aguanta. Ella siente mucho dolor, como si él se quisiera ir para otro lugar o para otro hogar; como que no quiere que la deje, y a él se le ve la cara entre triste y feliz para marcharse.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Él	➤ Triste y feliz
➤ Ella	➤ Sufre

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Esposos que han tenido momentos felices y hablan de cosas agradables.	➤ Relación objetal con valencia positiva. ➤ Identificación de las figuras.
➤ El se quiere ir para otro lugar, para otro hogar, y ella lo aguanta.	➤ Ansiedad de separación. ➤ Sentimiento de rechazo.
➤ Se le ve la cara entre triste y feliz para marcharse.	➤ Sentimientos de ambivalencia.

* Se evidencia una inversión del afecto: en primera instancia percibe una pareja feliz, y seguidamente narra una ruptura entre la pareja. Posiblemente hay shock ante el contenido de la lámina, por lo que utiliza una formación reactiva como defensa. (defensa edípica).

Lámina 6 NM:

Ella está observando el rostro de su papá que la está aconsejando o regañándola por algo malo que hizo. Si es el esposo, le está reclamando algo del hogar, algo que no es debido y ella lo observa escuchándolo o que él le está hablando de algún problema y ella lo está escuchando.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Observa, escucha.
➤ Papá	➤ Representación del superyó.
➤ Esposo	➤ Representación del superyó.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella observa el rostro del papá que la está regañando por algo malo que hizo.	➤ Relación objetal pasiva receptiva.
➤ Esposo que reclama algo del hogar.	➤ Relación objetal pasiva receptiva.
➤ El le habla de un problema y ella escucha.	➤ Relación objetal pasiva receptiva.

Lámina 7 NM:

Esta niña se ve que la madre la está aconsejando por el bien de ella o que haya hecho alguna travesura. La está ayudando con alguna tarea o le está hablando de Dios, de la Biblia, y la niña no quiere escucharla porque aparta la cara, no quiere prestar atención a lo que dice la mamá.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Desinteresada.
➤ Madre	➤ Representación del superyó

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mamá que aconseja a niña por el bien de ella o porque ha hecho una travesura.	➤ Representación del superyó que censura conducta del sujeto. ➤ Deseos de acercamiento con la hija
➤ Madre que ayuda en las tareas.	➤ Deseos de acercamiento con la hija ➤ Actitud de apoyo o sostén (holding).
➤ Madre que le habla a la hija sobre Dios, sobre la Biblia.	➤ Representación del superyó que desea cambios en conducta de la niña.
➤ Niña que aparta la cara. No quiere escuchar ni prestar atención a la madre.	➤ Rechazo a la figura materna.

CASO 3SSP

IDENTIFICACIÓN: Z. Z.

Mujer de 50 años de edad, oriunda de la provincia de Chiriquí, reside en el distrito de Panamá, en su residencia actual, junto a sus hijos, desde hace 24 años.

A la edad de cuatro años, se traslada a la ciudad de Panamá con su madre y tres hermanos. La madre vino en busca de mejores oportunidades, ya que los padres de sus hijos no le proporcionaban ayuda para su manutención e igualmente, era rechazada por su madre y una de sus hermanas, debido a que “no seguía las reglas de la casa”.

Recuerda, vagamente, que vinieron a Panamá y durmieron las primeras noches debajo de las escaleras de una casa de madera situada en un barrio pobre de la ciudad. La madre se había atrevido a trasladarse con sus hijos, porque otra de sus hermanas le había sugerido la idea (ella tenía años de vivir en la ciudad) y le había ofrecido ayuda; pero al llegar, ésta no se la ofreció porque “no tenía donde ponernos”, durmiendo entonces debajo de las escaleras de la casa donde vivía la hermana con su familia. Esta situación la vive la madre con mucho estoicismo, y sus hijos, sólo obedecían lo que su madre les decía. La respetaban mucho y sentían que eran “como una unidad que debía seguir los mandatos de su madre; éramos realmente muy unidos”.

Una de las señoras que vivía en el mismo inmueble, observando la situación de la madre con sus hijos, le ofrece su cuarto para que durmieran allí hasta que la madre consiguiera un lugar donde vivir. Durante el día, asistían a la Guardería de la Cruz Roja.

Z. Z. describe a su mamá como una mujer “buena, cariñosa, preocupada por sus hijos, trabajadora, la cual impartía órdenes sólo con la mirada. Fue una mujer que pasó mucho trabajo junto con nosotros y que siempre nos aconsejaba sobre las cosas de la vida. Como éramos muchos hermanos, y ella tenía que trabajar lavando y planchando o lo que le saliera, nos quedábamos solos la mayor parte del tiempo, y por eso, siempre, antes de salir, daba una gran cantidad de recomendaciones. Los mayores teníamos que encargarnos de los más pequeños.”

El padre de Z. Z. nunca vivió con ellos. No guarda buenos recuerdos de él porque “además de que nunca le importé, decía que yo no era hija de él. Yo no quería saber nada de él. Cuando estaba más grande, recuerdo que iba a buscarme, yo me escondía o me iba para el parque, porque le tenía como rabia, no me interesaba ningún vínculo con él, lo rechazaba”.

Z. Z. forma parte de una familia de siete hermanos incluyéndola a ella; tres de ellos nacieron en el interior y tres en la ciudad de Panamá. Z. Z. sólo tiene un hermano mayor que ella, por lo que actuó, junto con éste, como padres de los más pequeños, no sólo cuidando de ellos cuando eran niños y su mamá se ausentaba, sino proporcionándole ropa, comida y pagando sus estudios cuando éstos crecieron y ella y su hermano trabajaban.

Considera que el ambiente en su hogar durante la infancia era “algo angustiante” por las necesidades que pasaron y porque su madre, a pesar de su situación económica, siempre ayudaba a otros que lo necesitaran. En una ocasión recogió a una señora que luego no quería irse y que no los trataba bien. Tampoco podía comprender cómo su madre soportaba los malos tratos de la hermana y de las personas para las cuales trabajaba. Estos malos tratos, de alguna forma, los vivían ellos también.

Con mucho esfuerzo, y con “la cantaleta de mi mamá de que teníamos que ser alguien”, termina sus estudios universitarios. Conoce a un joven del barrio, graduado de la universidad también, con quien se casa, formando un hogar “feliz”; dado que ambos tenían buenos empleos, compraron una casa, un carro, sin dejar de ayudar ambos a sus respectivas familias. De esta unión nacen cinco hijos.

Cuando Z. Z. tenía 34 años, muere el esposo, repentinamente. “Nunca pensé que él se fuera a morir. Nunca pensé que él no fuera a regresar a la casa. Fue un golpe muy duro. Todo cambia, las cosas se ven desde otro punto de vista. Me ví sola, pero pensé que debía echar para adelante por mis hijos. Recibí mucho apoyo de mis hermanos y compañeros de trabajo. A veces siento rabia, ¿Por qué se tuvo que morir?, tal vez las cosas hubieran sido diferentes para mí”. El esposo de Z. Z. salió un día de casa para participar de una actividad, y murió en el lugar donde se desarrollaba la misma. Z. Z. no se ha vuelto a casar, ni ha buscado esa oportunidad.

A los nueve meses de morir su esposo, muere la madre, la cual había padecido de una enfermedad en los riñones, por lo que estuvo varios meses hospitalizada. “Lo sentí menos porque ya tenía la experiencia de la muerte de mi esposo. Expresa haber racionalizado esta pérdida pensando que su madre había descansado. Esto le sirvió como “refugio”. A pesar de esto, Z. Z. también pensó: “Ahora sí me quedé sola”.

Continuó con su trabajo, concentrándose en la crianza de sus hijos. Mantiene con ellos una relación muy profunda, comunicándose sus problemas y buscando la orientación de su madre. Logra graduarlos. “Al igual que mi madre, siempre los aconsejo y les hablo de lo que se puede esperar de la vida y de la necesidad de luchar para obtener un futuro mejor”. Dos de sus hijos, aún viven con ella. El resto de ellos ha formado sus propias familias, pero mantienen una estrecha relación con ella y sus hermanos.

Durante su adultez se mantienen las relaciones profundas con su madre y con sus hermanos; con su padre, las pocas veces que lo ha visto, sólo lo saluda. No siente ningún deseo de acercamiento hacia él, no siente que nada los une. Ella es la única de sus hermanos que es hija de este señor.

No tiene dificultades para aproximarse a las personas, “trato de acoplarme a los grupos y a las personas”; sin embargo, no intimida con todas, prefiere mantener cierta distancia con personas que no son muy allegadas. Tiene sus amistades, con las cuales comparte sus problemas.

No se ha sentido rechazada por nadie, ya que considera que ha sido ella la que ha rechazado a su padre y a algunos pretendientes que se le han acercado, alejándose de ellos cuando la relación se torna más íntima. “Los que han llegado no llenan mis expectativas, no me gustan”.

Expresa no temerle a la soledad. Está consciente que sus hijos tienen que formar sus familias, como lo hizo ella. “Esa es mi meta. Así es la vida”. Suele ir sola a restaurantes, supermercados, de compras, a hacer sus diligencias, y sólo en una ocasión fue sola al cine. Es ella la que toma las decisiones importantes en la casa, buscando entre todas las alternativas disponibles. Su única preocupación es no perder el trabajo, y por ende, su fuente de ingreso. Z. Z. ha laborado en una sola institución por espacio de 30 años, logrando ocupar altos cargos en su especialidad.

Experimentó su primer período menstrual a la edad de 12 años. A pesar de haber recibido información, “me asusté. No me explico por qué, porque yo sabía que no era así, pero también pensé que podía ser que un hombre me había violado y yo no me hubiera dado cuenta”. Z. Z. cuenta que a los seis años, mientras jugaba en la acera de la casa familiar donde vivían, y donde estaba ubicada una cantina, fue abordada por un hombre que salía de este establecimiento. El mismo le ofreció dinero para que “jugaran juntos”. Z. Z. salió corriendo, pues había sido advertida por su madre de que si se daba una situación como ésta, ella no debía aceptar y debía salir corriendo, ya que éstos eran “hombres malos que querían hacerle daño a las niñas”.

Sus periodos fueron regulares y no dolorosos. No tuvo problemas para quedar embarazada.

Z. Z. relaciona el inicio de su proceso menopáusico con la muerte de su esposo. “Cuando murió mi esposo, el periodo se me fue acortando, hasta que al año se me perdió. Sólo sentí sofocos que duraron hasta después de la última menstruación”. Cuenta la entrevistada que el día que muere el esposo, sus últimas palabras fueron que se preparara para cuando él volviera, haciendo alusión a una relación íntima. Era su forma de comunicarse.

Asustada y preocupada, “pensaba que era algo malo”, visita a un ginecólogo quien la puso en un tratamiento “para ver si volvía, pero no fue así”. Le explicó el doctor que se trataba de una menopausia precoz, proceso normal en algunas mujeres, recetándole un tratamiento de reemplazo de hormonas, tratamiento que Z.Z. no continuó. En la actualidad, tiene la matriz caída, osteoporosis en un dedo de la mano y artrosis lumbar, según ella indica.

Antes de este periodo no se había preocupado por tener información sobre la menopausia, pues consideraba que le faltaban muchos años para esto; sólo sabía que ésta consistía en la pérdida de los periodos menstruales. Una vez que el médico le explicó lo que le sucedía, se tranquilizó.

Piensa que la mujer no pierde su femineidad después de la menopausia, y que ésta no debe afectar las relaciones con su pareja.

El proceso premenopáusico de Z. Z. coincide con dos pérdidas significativas (el esposo y la madre). No ha podido verificar si la precosidad de este proceso se dio en ella por factores hereditarios, ya que la interrupción de los periodos menstruales, la menopausia, propiamente dicha, la experimenta unos meses después de haber muerto la mamá).

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Ese niño...., yo pienso que él está viendo, y está como pensando que cómo se haría ese violín el violín; quisiera desarmarlo para ver como está conformado. También pienso que si tiene los oídos tapados es que no quiere oír la bulla del violín, la melodía, porque no le gusta, por algún antecedente o porque el papá lo toca a la mamá. Se le ve la cara como que estuviera triste o como preocupado.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Pensativo.
➤ Papá	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Mamá	➤ No se proporcionan detalles

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño viendo al violín y pensando cómo han hecho el violín.	➤ Deseos de acercamiento hacia el objeto. ➤ Deseos de conocer a profundidad el objeto.
➤ Quiere desarmar el violín para ver todas sus piezas y ver como está conformado.	➤ Necesidad de destruir el objeto para conocer sus interioridades (sentimientos, pensamientos). *aunque la historia no lo dice, pudiera concebir la idea de reparar posteriormente el objeto. Sin embargo, la acción de destruir el objeto, sólo se queda a nivel de pensamiento.
➤ Tiene los oídos tapados porque no quiere escuchar la bulla del violín, la melodía.	➤ Identificación del objeto (violín) con figura significativa de valencia negativa. (¿padre?) ➤ Rechazo a esta figura. ➤ Da poderes omnipotentes al violín (hace bulla sin que nadie lo esté tocando). ➤ Posible escisión de lo que brinda el objeto: bulla vs melodía.
➤ No le gusta la bulla-melodía del violín por algún antecedente, o porque el papá lo toca a la mamá.	➤ Representación de lucha edípica. ➤ Sentimiento de rechazo de figuras parentales. ➤ Posible sentimiento de abandono o soledad.

** Al iniciar la historia con "ese niño" trata de poner distancia entre ella y el personaje principal de la historia. Teme la identificación con el mismo.*

Lámina 2:

Es como una muchacha que se va para el colegio y mira hacia atrás y ve que las personas tienen que luchar para ganarse la vida. La vida es así, y va a tratar de estudiar para tener mejores días. A ella se le ve un rostro como pensativa, no preocupada, sino como extrañada, meditando, “tienen que hacer todo eso para ganarse un real, yo por suerte voy a estudiar”. Parece un campo de trabajo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Pensativa; no preocupada sino extrañada. Va al colegio.
➤ Personas	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Muchacha que mira para atrás y ve que las personas tienen que luchar para ganarse la vida.	➤ Actitud contemplativa hacia los objetos.
➤ Piensa que la vida es así y va a tratar de estudiar para tener mejores días.	➤ Rechazo a la forma de vida de los objetos. ➤ Deseos de cambiar la forma de vida que rechaza a través del estudio. ➤ Deseos de superación.
➤ Medita sobre todo lo que tienen que hacer para ganarse tan poco; pero por suerte, ella va a estudiar.	➤ Actitud de rechazo a la forma de vida de los objetos. ➤ No se observa identificación con los objetos. ➤ Actitud narcisista.

Lámina 3 NM:

Una adolescente, está triste, como cerrando la puerta, despidiendo a alguien que se le ha ido bravo con ella, y ella como que está diciendo que para qué habían peleado, para qué le había reclamado, y allí está en la puerta lamentándose. Es un cuarto pobre, de allá, de la 21.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Una adolescente	➤ Triste, lamentando su proceder.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Joven cerrando la puerta, despidiendo a alguien que se le ha ido bravo con ella.	➤ Representación de una escena de pérdida objetal. ➤ Sentimiento de culpa por la pérdida. ➤ Actitud pasiva receptiva
➤ Ella se lamenta de haberle reclamado, de haber peleado.	➤ Sentimientos de culpa ante la creencia de que su conducta hizo daño al objeto y por esto la abandona. ➤ Dificultad para controlar los impulsos

* Evidente identificación con su entorno familiar infantil al describir el escenario.

Lámina 4:

Aquí hay como una pareja. La muchacha le está reclamando algo al hombre y él quiere que lo dejen tranquilo. Ella quiere que le dé una explicación. Su rostro da la impresión de que le está reclamando algo, quiere que conteste algo y el hombre no quiere hablar del tema. Tal vez el hombre a la larga le explica porque la mujer lo está tratando con cariño.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Insistente. Desea una explicación.
➤ Hombre	➤ Quiere que lo dejen tranquilo.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ La mucha le está reclamando, quiere una explicación, y él quiere que lo dejen tranquilo.	➤ Ansiedad por posible pérdida objetal. ➤ Ansiedad por rechazo objetal. ➤ Deseos de control del objeto.
➤ Tal vez a la larga el hombre le explique porque ella lo está tratando con cariño.	➤ Utilización del cariño para controlar o manipular al objeto.

Lámina 6 NM:

Yo creo que la señora estaba sentada como en un lugar y alguna persona que la conocía, le habló por detrás y la muchacha miró extrañada de que hubiese sido esa persona la que hablara. Por la forma en que miró, está extrañada de que fuera esa persona. Y el hombre como que sí la conocía a ella. Hay una amistad vieja.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Señora	➤ Extrañada.
➤ Persona/hombre	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Señora sentada cuando conocido le habla por detrás. Ella está extrañada de que fuera esa persona.	➤ Representación de una vieja relación objetal de significancia para el sujeto. Valencia positiva.

Lámina 7 NM:

Esta es una mamá o una empleada que le está leyendo un cuento a una niña, pero a la niña no le interesa y está pensando lejos, a pesar de que tiene la muñeca en la mano.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niña	➤ Desinteresada.
➤ Madre o empleada	➤ Representación de figura parental

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Mamá o empleada que lee cuento a la niña.	➤ Representación de figura paterna que busca acercamiento con el sujeto.
➤ Niña que no le interesa lo que le leen.	➤ Rechazo a la figura materna.

CASO 4SSP

IDENTIFICACIÓN: G. A.

Mujer de 61 años de edad. Reside en el Distrito de San Miguelito desde hace 27 años. Vive con su única hija y cuatro nietos. Es una señora que aparenta jovialidad, vivacidad, y toma la vida con mucho optimismo.

Oriunda de la provincia del Darién, se traslada a la ciudad de Panamá en busca de un “nuevo porvenir”. Vino a vivir con una tía, pero sus padres estaban pendientes de ella. El cambio de entorno familiar no pareció afectarle, expresando que “No me preocupó,a esa edad, no se tiene trauma”.

Considera que mantenía muy buenas relaciones tanto con su padre como con su madre. Esta última “no era muy demostradora de afecto, un poquito reseca, pero yo sabía que me quería mucho, al igual que mi papá”. Describe a su padre como “cariñoso, pero serio. Yo era los ojos de la cara de mi papá. Me llevaba mejor con mi papá, pero me sentía apoyada por los dos”.

G. A. compartió el hogar de sus padres con otros dos hermanos con los que desarrolló “muy buenas relaciones”. Cuenta además con tres hermanos por parte de padre.

Expresa que durante su infancia, “predominaba el machismo de mi padre en el hogar. Él era atendido por mi madre, y era el jefe, pero llevaba la economía de la casa y nos protegía”. En cuanto a la atmósfera en el hogar, dice lo siguiente: “Había armonía. A pesar de que mi padre era machista, mi mamá se adaptaba a la situación y había tranquilidad”.

En relación a su nivel escolar, completó su primer ciclo, mas no pudo continuar sus estudios porque sus padres enfermaron y ella tuvo que trabajar. Tanto la mamá como el papá de G. A. “padecieron enfermedades largas. Me sentía desamparada porque ellos eran la fuente de ingreso”. El padre tenía tuberculosis, y la madre, “delirio de persecución”, por lo que era ingresada continuamente en el hospital.

A los 17 años se une a un hombre para “ayudarme a mí y a mis padres. No tenía cómo hacerlo”. Juntos pusieron puestos de comidas en las construcciones (fondas); también tuvieron “kioscos”, y puestos de vendedor ambulante. La relación se mantiene por 14 años, describiéndola como “muy profunda, nos entendíamos bastante bien, a pesar de que a veces teníamos problemas por su machismo”. El compañero muere por causa natural.

Nace una hija de esta relación después de ocho años de convivencia. “Algo no estaba bien. No me embarazaba y eso me hacía sentir menos mujer. Una vez que tuve a mi hija, esos sentimientos se fueron, y me sentí realizada”. Esta es la única hija de G. A.

A los pocos años, G. A. se casa con otro señor. “Con él fue más difícil. Tenía problemas de alcoholismo, aunque al principio no era así. Su problema se fue agravando hasta el punto que perdió su trabajo por las constantes ausencias”. Tuvo un primer intento de suicidio, impidiendo ella su muerte: logró llegar a tiempo; pero en el segundo, no pudo hacer nada, “cuando lo encontré ya estaba muerto”. Han pasado once años desde la fecha en que esto sucedió. La relación se mantiene, al igual que la anterior, durante 14 años. “Me deprimía que no quería cambiar”.

La madre de G. A. muere a la de 52 años de cáncer en las glándulas y el padre a los 78, de cáncer en la próstata. Ambos tuvieron largas temporadas en el hospital. Uno de sus hermanos muere a los 58 años, después de haber padecido por mucho tiempo de esquizofrenia. A los seis meses de muerto el hermano, muere su esposa atropellada por un bus. “Eso sí me impactó, porque ella estaba bien, y de repente, está muerta”.

Ante las pérdidas experimentadas expresa haber sentido “ un gran pesar, un gran vacío, pero esa es una etapa por la que todos vamos a pasar; mientras eso no suceda, hay que vivir, y hay que vivir lo mejor que se pueda”.

G. A. considera que su hija está muy apegada a ella: “es celosa de mis amistades, y aunque pueda orientarla, procuro que ella tome sus propias decisiones, que resuelva sus problemas, que vea por sus hijos y los atienda. Estamos juntos, nos llevamos bien, nos queremos, pero no nos asfixiamos unos a otros. Cada uno tiene sus responsabilidades y cada quien debe aportar para el bienestar del hogar”. De hecho, dice que la atmósfera de su casa es “armónica, no hay gritos ni peleas, los malentendidos se resuelven hablando”.

La relación actual con sus hermanos la describe como “...de cooperación, el mal de uno es el mal del otro y están anuentes por cualquier cosa. Pero cada uno vive con su familia, a su manera, pero sabiendo que ante cualquier cosa, el otro apoya”.

Prefiere las relaciones a distancia: “no creo que para tener una buena amistad tenemos que estar siempre juntos o metidos una en la casa del otro. La amistad no dura cuando se pierde la personalidad. Tengo muchas amistades, amigas más cercanas, nos apoyamos, conversamos, nos comunicamos, vamos a fiestas, pero siempre reconociendo que se tienen otras responsabilidades que cumplir”.

No se ha sentido rechazada ni abandonada. Cuando la critican, escucha y piensa. Dice que sus sentimientos no son heridos fácilmente, “lo siento, pero no le pongo cuidado”. Siente que es una mujer luchadora, le gusta andar sola. Tiene facilidad para entender a los demás; algunas parejas la buscan para que los aconseje. Suele aceptar que cada uno tiene su personalidad, y “mientras no haga daño a nadie, hay que respetarla”. Le gusta asistir a fiestas, decir chistes, bailar. En la actualidad, se dedica a cuidar ancianos, principalmente en las noches, para atender a los nietos mientras su hija trabaja.

Ha estado hospitalizada en varias ocasiones: fiebre reumática (20 días), operación en las glándulas (5 días), presión (3 días), bronquitis (6 días). Reporta haberse sentido

preocupada en todos estos casos, mas no abandonada porque siempre estuvo acompañada de familiares y amigos; sólo sintió temor cuando fue operada, tenía miedo de la anestesia.

Experimenta su primer periodo menstrual a los 12 años. Al no tener información al respecto, se impresiona al verse manchada y le cuenta a una amiguita, la cual le dice a su abuela lo que está pasando, y es esta señora la que le explica lo que le está sucediendo. Una vez que es orientada, toma la experiencia como algo normal, natural. Sus periodos fueron regulares, experimentando cólicos sólo en algunas ocasiones.

Su proceso menopáusico se inicia a los 45 años. “A los 48, ya no tenía nada”. La información que tenía sobre la menopausia era que “la mujer se volvía fría, ya no servía”. Asistió al médico para uno de sus seguimientos, preguntándole a éste sobre los comentarios que escuchaba. El mismo le dio una vasta explicación, negando las ideas erróneas que envolvían este proceso, lo que le hizo ver “la menopausia como un proceso normal en las mujeres, como el desarrollo”. No presentó ningún síntoma. “Me sentía igual que siempre”.

El periodo climatérico de G. A. no coincide con partida de hijos de la casa ni con pérdidas o sucesos traumáticos significativos. No reporta dificultades en su vida de pareja.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Este es un niño triste, pensativo; quizás le haga falta su mamá o su papá; quizás es huérfano. Ahí está como que tiene hambre. Está buscando amparo, protección. Como que quiere comer. Eso es lo que veo.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Triste, pensativo.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño que le hace falta su mamá o su papá, quizás es huérfano.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación de pérdidas objetales. ➤ Necesidad del amor de figuras parentales.
➤ El niño tiene hambre. Quiere comer.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidente hambre objetal. ➤ Deseos urgentes de ser alimentado.
➤ Está buscando amparo, protección.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesidad objetal. ➤ Sentimientos de abandono.

Lámina 2:

Una señora como con una herramienta en la mano. Es como un campo. Hay un señor en el campo con un caballo al lado como preparando el terreno para sembrar. Pero ella está como pensando lejos, no está mirando al que va a trabajar. Ese es el esposo o un familiar, es un hombre adulto. Aquí como que hay una señora mayor, tiene la cabeza amarrada como con un pañuelo. También está mirando hacia el fondo, a la serranía. Esa es una pareja, la otra es la mamá de ella o la mamá de él. Viven en el campo y cada uno está pensando en lo que van a sembrar o lo que van a hacer. No hay problemas entre ellos.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Señor/esposo	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Señora/ esposa	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Señora/madre del señor o de la señora	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Hombre prepara el terreno para sembrar.	➤ Representación de objeto bueno preocupado por satisfacer necesidades.
➤ Esposa que está pensando lejos sin mirar al que va a trabajar.	➤ Rechazo a la figura objetal.
➤ Señora que también mira hacia el fondo, a la serranía	➤ Rechazo a figura objetal. ➤ Actitud contemplativa.
➤ Cada uno está pensando en lo que van a sembrar o lo que van a hacer	➤ No hay interacción entre los personajes. No hay identificación a pesar de que comparten la misma preocupación.

Lámina 3NM:

Una mujer como que está llorando en la puerta de su casa. Esta es la puerta. ¿Por qué llora? Eso no se sabe. A lo mejor, el marido se ha ido y ella está llorando. Se ve una mujer joven entera. Siente dolor.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer	➤ Joven, entera, está llorando.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Joven llorando en la puerta de su casa. El marido se ha ido. Siente dolor.	➤ Representación de una escena de pérdida objetal. ➤ Tristeza por la pérdida objetal.

Lámina 4:

Una pareja. Él está como chifiándola. Él se quiere ir, pero ella no lo deja. ¿Por qué te quieres ir? ¿Por qué estás indiferente?. Él mira todo para afuera, no mira para adentro. Va por fuera.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Él	➤ Indiferente, con deseos de irse.
➤ Ella	➤ Insistente. Busca respuestas.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ El se quiere ir pero ella no lo deja.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación de escena de pérdida objetal. ➤ Ansiedad por posible pérdida objetal. ➤ Ansiedad por rechazo objetal. ➤ Deseos de control del objeto.
➤ El mira todo para afuera. No mira para adentro.	➤ Representación de figura rechazante.

Lámina 6 NM:

Una mujer profesional que está mirando a un señor mayor con un puro en la boca. Quizás le está diciendo algo y ella está escuchando lo que él dice. Parece ser un jefe. Es la relación de alguien superior a ella en el trabajo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ <u>Mujer profesional</u>	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Jefe	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer que escucha lo que le dice el jefe.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación objetal pasiva receptiva. ➤ Representación del super yó que habla al sujeto.

Lámina 7 NM:

Es una niña como con trece o catorce años y acá como la nana o la mamá y le está dando un consejo; le está diciendo “pórtate de esta forma”. Ella está pensando en todo menos en lo que se le está pidiendo que haga.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña de 13 ó 14 años.	➤ Desinteresada.
➤ Nana/Mamá	➤ Representación de figura parental

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mamá o nana que da consejo a la niña.	➤ Representación de superyó a través de figura parental.
➤ Niña piensa en todo menos en lo que se le está pidiendo que haga.	➤ Rechazo a la figura materna. ➤ Representación del Ello que elude los consejos del superyó

CASO 5SSP

IDENTIFICACIÓN: F. M.

Mujer de 65 años de edad. Reside en el distrito de San Miguelito, junto a su compañero, desde hace 22 años. Es oriunda de una de las islas localizadas en el distrito de Panamá.

A la edad de dos años es trasladada por su madre, de su tierra natal hacia la ciudad, para que fuera criada por su padre y su abuela paterna y un tío paterno que también vivía con ellos, en una casa de inquilinato de un barrio pobre de la ciudad.

Al hablar de su padre expresa que el mismo “Me quería mucho, me protegía, pero no recuerdo de él ni una sola caricia; sin embargo, de mi tío, sí. Él me daba golpecitos en la cabeza”. Con relación a la abuela dice: “Mi abuela, fue mi madre, ella me dió cariño, se ocupó de mí junto a mi padre. Ellos cuidaban de mí cuando me enfermaba, me caía, de mis estudios, de todo. Ambos eran muy estrictos, pero me querían muchísimo”.

En cuanto a la madre, la percibe como una figura distante, atemorizante, rechazante, maltratadora. “Mi mamá nunca me quizo, sólo me hacía daño, me pegaba”. Recuerda que durante su infancia, la madre se traslada también a la ciudad de Panamá viviendo tres casas después de donde vivía la entrevistada con su padre. “Nunca me visitó. Yo la tenía que ir a *visitar* los domingos, porque así me lo ordenaban mi padre y mi abuela, pero para mí era como ir a la casa de cualquier persona, no sentía necesidad de ella, me daba igual”. “Cuando estaba allí, no había una relación entre nosotras: me hacía algunas preguntas y me mandaba a hacer mandados”.

F. M. se relacionaba con el abuelo materno. Éste era carretillero, y cuando se le “perdía o me gastaba la plata” que le habían dado para algún mandado, buscaba a su abuelo para que este se la reembolsara, evitando de esta forma un castigo.

A F. M. le gustaba hacer muchas travesuras, entre ellas, “pavearse” de la escuela. Cursando el primer grado de la escuela primaria, se vestía y salía de la casa para asistir a la misma pero en el camino, se quedaba jugando. Cuando era la hora de la salida, llegaba a la escuela para que “pensaran que yo había ido”. En una ocasión, la abuela pasa por la escuela y se da cuenta del juego de F. M., la toma de la mano y la lleva donde su mamá, quien le pega hasta dejarle “un rosetón en el muslo. Desde ese tiempo, le cogí miedo”.

En otra ocasión, F. M. hizo otra de sus travesuras: se gastó el dinero de parte de la comida en unas golosinas: “metí la pata hasta la rodilla”. Cuando la madre se entera, le dice que no quería que estuviera en su casa, por lo que se eliminan las visitas de los domingos.

Cuando la entrevistada tiene siete años de edad, muere el abuelo materno. Al hablar sobre esta experiencia nos dice que recuerda que “lloraba, lloraba sin parar y le acariciaba los pies”. En aquellos tiempos, los cuerpos eran velados en las casas. A los 11 años,

muere la abuela paterna. Nos dice que sintió que “la perdía. Pero mire, que cuando mi abuela, yo también lloraba y lloraba, pero a diferencia de mi abuelo, esa vez yo paraba, como que descansaba, y era para comerme el hielo que ponían en un balde debajo del ataúd”.

Al morir la abuela que la criaba, F. M. es dejada, durante las horas del día con la tía madrina (hermana de su papá). A los 12 años de edad, ésta muere debido a un paro cardíaco. Cuenta la entrevistada que ese día los primos y ella habían hecho una travesura, ocasionando el disgusto de una vecina quien le fue a reclamar a la tía; ésta, que era una persona tranquila, se mantuvo callada mientras la vecina gritaba. Eran los primos de F. M. y ella, los que le contestaban a la señora. En la noche, “mi madrina se puso mala y al día siguiente murió. El doctor dijo que había muerto por el disgusto que no pudo sofocar”.

Recuerda que durante el velorio lo único que hacía era “la miraba, no lloraba. Sólo lloré a gritos cuando se la llevaron para la iglesia. En ese momento me abracé a mis primos”. “Esa muerte me dolió mucho porque me daba mucha lástima con mis primos que se quedaban huérfanos”.

A los quince años, el padre la manda a vivir con su mamá, que para ese entonces, había regresado a la isla. “Vivía con ella y dos hermanos: uno mayor y otro menor que yo. Estos son los únicos hermanos que conozco, aunque sé que por parte de madre, tengo varios”. Expresa que las relaciones con sus hermanos era buena: “Yo siempre salía a defenderlos, aún con muchachos más grandes que yo”.

Las relaciones con la madre, aunque vivían juntas, eran distantes, frías. Cuando ésta se disgustaba, “me gritaba que mi papá no me había reconocido”. F. M. lleva el apellido de su padre, y en su acta de nacimiento aparece el nombre de éste como su progenitor; sin embargo, el tío paterno fue quien llenó los papeles por solicitud de su hermano. “Yo creo que como él no se hizo cargo de ella, recargaba la frustración conmigo”. “Me dolía la acción de mi mamá”. F. M. llora al relatar este suceso.

La madre de F. M. era diez años mayor que el padre. No llegaron a compartir una vida en común porque éste se traslada a la ciudad “mi abuela decía que él era muy joven para ella y que iba a dañar su futuro. Ya ella tenía varios hijos. Era una mujer que le gustaba bailar y cantar, era una de las cantalante del pueblo”.

A los 17 años la internan en un colegio donde aprende “algo de modistería”. No termina estos estudios. Se ha dedicado a lavar y planchar, además de cuidar de ancianos.

Durante su adultez, se relaciona un poco más con la madre, aunque nunca tuvieron una relación totalmente afectuosa: “como conocidas, aunque vivíamos juntas”. La entrevistada se va a vivir con la madre para evitar reanudar una relación de pareja. La madre solía dejarla mal con los hermanos, diciéndoles que ella le daba la peor presa que

cocinaba, lo peor de la comida, ocasionando disgusto y separación entre ellos. En la actualidad, las relaciones entre ella y sus hermanos es distante y hostil.

F. M. relata haber tenido seis compañeros. El primero la embarazó a los 21 años y la abandonó. “Yo le cogí como rabia, no lo quería ni ver”. El segundo, le fue infiel, razón por la que se separaron (vivieron juntos por varios años); con el tercero, se casa, y viven muchos años juntos llevando muy buenas relaciones, hasta que éste muere por causa natural. Luego establece relaciones con otros dos señores, pero “eso no cuajó” (sólo duraron meses). En la actualidad, comparte su vida con un señor con quien lleva “una vida estable. Nos llevamos muy bien; nos apoyamos uno a otro. Tenemos un hogar muy tranquilo”.

Tiene seis hijos, de los cuales sólo uno es varón, reportando mantener buenas relaciones sólo con dos de ellas. Se queja de que las hijas no quieren seguir sus consejos, “si la madre dice algo que no es correcto y hay otros, en ese momento se le debe dar la razón a la madre, aunque después cuando estemos solas, me diga que me equivoqué, que eso no es así”. Considera que algunas de sus hijas no están criando adecuadamente a sus hijos: “peleas todo el día, no los atienden”.

F. M. perdió cuatro hijos: uno de catorce días de nacido; unos mellos que sólo lograron llegar a los seis meses de gestación (fiebres muy altas) y una niña que no sobrevivió un parto de placenta previa. Con esta última experiencia decide operarse para no tener más hijos. Todas estas pérdidas provocaron en la entrevistada “gran dolor”. Se sintió muy triste con la muerte de su última hija (placenta previa): “nadie me iba a visitar (hospital). Lloraba mucho. Todas salían con sus hijos en los brazos, yo con mis brazos vacíos; y todavía me querían cobrar, ¿qué me iban a cobrar, si no llevaba nada en los brazos?”.

El de catorce días de nacido nace y muere en la isla. Lo tenían acostado en una cama mientras jugaban barajas (ella, su mamá y unos amigos). No se dieron cuenta que la brisa había tomado otra dirección y que estaba mojando al niño. “Estaba empapadito”. No podía tocarlo ni abrazarlo porque decía la madre que “se le podía pasar la frialdad, le hacía daño”. A escondidas, lo cogió y “lo sobé con mis manos”. Cuando murió, “de una vez, hice una copla para él. Yo siempre canto lo que me sucede, hago rimas, tengo esa facilidad”. “También le cantaba a mi esposo cuando venía de trabajar. Yo lo veía por el camino y empezaba a cantar rimas de mi propia inspiración”.

El padre de F. M. fue para ella un gran apoyo “que si necesitaba...”, “que si mis hijos...”. Vivió con ella por largo tiempo hasta que muere. Nunca se casó. “Sentí que todo se me había ido. Me volví un paño de lágrimas”. La madre también muere, después de mantenerla en su casa por espacio de tres meses. “Por un largo periodo de tiempo, meses, no podía oír música, porque lloraba”.

F. M. considera que ha cambiado mucho. Antes era “soberbia, atrevida, peleona, orgullosa”. Igualmente, lloraba al recordar pasajes de su vida: “en estos momentos, al

contarle esto, estuviera hecha un mar de lágrimas. Gracias a Dios, ya no es así". Se describe como una mujer entrona, amistosa, campechana. "El que no hace amistad conmigo es porque no quiere, porque yo trato bien".

En algunos casos se siente "fuera de lugar", principalmente con aquellas personas que "no me dan acogida", como en uno de los grupos donde participo. "Yo llego, y saludo, hablo con unas señoras y ya, porque las otras, no se acercan". "Yo pienso que no me siento ofendida por mi color, por mi pobreza, pero decía mi padre que el que observa, no pregunta".

Experimenta su primer periodo menstrual a los 14 años. No tenía información al respecto, por lo que se asustó. No se atrevía a decírselo a su papá, por lo que fue donde una amiguita que le explicó y la orientó. "Tenía miedo de cómo fuera a reaccionar. Se lo dije a los tres meses". "Yo creo que fue por esto, que mi papá me mandó para donde mi mamá, no quería problemas". No se sintió ni alegre ni triste. Dice haberlo tomado como algo muy natural.

Sus periodos menstruales fueron regulares y no dolorosos. No presentó dificultades para quedar embarazada.

En cuanto a su proceso climatérico dice que a la edad de 51 años experimenta un paro abrupto de sus periodos menstruales, no presentando ningún síntoma. A los 52, experimenta un periodo menstrual que dura ocho días; una vez que este pasó, "no ha regresado más".

No tenía información sobre lo que implicaba el climaterio. Una amiga le explica lo que le está sucediendo. Ella no conocía ni siquiera la palabra. "¿Menopausia?, y eso qué es?". Una vez que le explicaron, refiere haber sentido alivio, "no tenía que lidiar más con eso".

Para F. M. el periodo menstrual era un obstáculo. Tenía "estrategias" para controlarla: tomas de limón (atrasarla), golpes de olas en la cadera (adelantarla), de forma que no interfirieran con sus actividades de fiesta. Una vez que le decían de algún baile, revisaba su calendario para ubicar la fecha del periodo (recordar que sus periodos eran regulares).

No recuerda que haya coincidido la menopausia con alguna muerte en la familia ni la partida de alguno de sus hijos.

T.A.T
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Aquí yo veo como que este niño está mirando el violín. ¿Cuándo aprenderé a tocarlo? ¿Algún día seré yo un buen violinista?.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Mirando el violín.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño que mira el violín.	➤ Actitud contemplativa del objeto. ➤ Relación pasiva receptiva
➤ El niño habla con el violín.	➤ El objeto tiene el poder omnipotente de hablar y ver el futuro. ➤ Deseos de acercamiento ➤ Deseos de ser aceptado.

Lámina 2:

Es como si fuera una familia: la joven que va para la escuela; el padre de la joven que está trabajando con el arreo. La joven estará pensando: algún día mis padres dejarán de ser pobres, de trabajar tan duro.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Padre	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Joven	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ El padre trabaja con el arreo.	➤ Representación de objeto bueno preocupado por satisfacer necesidades.
➤ La joven piensa que vendrán mejores días para sus padres.	➤ Deseos de mejorar a los objetos. ➤ Falta de identificación con la condición actual del objeto. ➤ Actitud pasiva receptiva.

* La figura materna como tal no se menciona, no hay una actuación explícita como tal, más si se deja entrever al mencionar a la familia y a los padres. Pareciera darse un sentimiento de ambivalencia ante esta figura..

Lámina 3 NM:

Aquí entra una joven. Supuestamente viene llorando. A lo mejor el novio abusaría de ella. Viene adolorida, pensando cómo se lo dirá a sus padres. El muchacho en quien ella confió, abusó de ella.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Joven	➤ Lloro por ser abusada. Adolorida.
➤ Novio	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Joven que supuestamente viene llorando.	➤ Dudas sobre los sentimientos de pena del objeto. ➤ Dificultad para identificarse con el objeto.
➤ El novio podría haber abusado de ella.	➤ Representación de objeto malo.
➤ Está pensando cómo se lo dirá a los padres.	➤ Temor al castigo del superyó. ➤ Temor al rechazo.
➤ El muchacho en quien ella confió, abusó de ella.	➤ Representación de objeto malo.

Lámina 4:

Aquí yo veo como que el hombre quiere irse y la mujer lo está reteniendo. A lo mejor se cansó de ella y quiere irse. Ella lo ama de verdad, pero él no y ella lo quiere retener.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Hombre	➤ Quiere irse.
➤ Ella	➤ Lo retiene.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Él se quiere ir pero ella lo retiene.	➤ Representación de escena de pérdida objetal. ➤ Ansiedad por posible pérdida objetal. ➤ Ansiedad por rechazo objetal. ➤ Deseos de control del objeto.
➤ Él se cansó de ella y quiere irse.	➤ Representación de figura rechazante.

Lámina 6 NM:

Como que si ella viera la imagen de su padre, pero ella no se asusta, como si fuera algo normal. Puede que ella tenga problemas, y él con su presencia venga a darle ánimo. (?) Sí, como un fantasma.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Imagen del padre	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer ve la imagen del padre, no se asusta, es como algo normal, viene a darle ánimo porque ella tiene problemas.	➤ Relación objetual pasiva receptiva. ➤ Desea la presencia de la figura objetual que le brindaba sostén. ➤ Negación a la pérdida de la figura paternal.

Lámina 7 NM:

Esta es una niña triste. Puede que la persona que le está leyendo el libro es la nana; porque sus padres siempre están trabajando y no tienen tiempo para atenderla. Por eso está triste. Porque si los padres no atienden a sus hijos, ellos siempre van a vivir tristes. Porque por más que la nana quiera agradecerla, no lo va a lograr.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Triste, desatendida.
➤ Nana	➤ La quiere agradecer.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña que está triste porque sus padres no la atienden.	➤ Sentimientos de rechazo por parte de figuras significativas.
➤ Los niños estarán tristes si los padres no los atienden.	➤ Identificación con la niña triste. ➤ Sentimientos de abandono. ➤ Hambre objetual.
➤ Aunque la nana quiera agradecerla, no lo va a lograr.	➤ Dificultad para reemplazar la figura objetual. ➤ Gran necesidad de acercamiento con las figuras parentales.

CASO 6SSP

IDENTIFICACIÓN: B. N.

Mujer jubilada, viuda, de 59 años de edad, reside en la ciudad de Panamá, distrito capital, en casa propia, desde hace 35 años. Con ella conviven su hijo más pequeño, la esposa de éste y la hija de la pareja.

B. N. es oriunda de un campo de la provincia de Chiriquí. Sus padres se dedican a las labores del agro. Forma parte de una familia de siete hermanos, siendo ella la penúltima de ellos y la más pequeña de las mujeres. A la edad de siete años, es confiada por sus padres a una familia que además de ser amigos de los padres, vivían en la ciudad de David. El objetivo de este viaje era para que iniciara sus estudios primarios, ya que en el lugar donde vivían no habían escuelas, lo que implicaba que debía recorrer largas y peligrosas distancias para llegar a la más cercana. Ella fue la única de sus hermanos, que fue a la escuela.

Recuerda que no se sintió muy triste durante esa época porque ella deseaba ir a la escuela; además, los amigos de sus padres eran muy cariñosos, no tenían hijos, por lo que la trataban como tal, “me tenían consentida, me daban de todo, no me puedo quejar”. Igualmente, viajaban con mucha regularidad al campo, pues estos señores tenían una finca cerca de la de sus padres, por lo que los veía constantemente. Sus padres siempre estuvieron pendientes de ella, “por lo que no me sentí desamparada. Ellos pagaban mis gastos”.

Logra completar el quinto grado, cuando regresa a su casa: su padre había enfermado (derrame cerebral), tenía 40 años, y necesitaban que todos los hermanos ayudaran en las labores del campo y de la casa. Contaban con una finca de nueve hectáreas, las cuales cultivaban todos los años, además de criar animales de corral y vacuno.

El padre de B. N. había venido, junto con sus padres y hermanos, desde Nicaragua. Eran una familia con cierto poder económico que tuvo que dejar su país natal por razones políticas. Al describir a su padre, lo recuerda como un hombre “trabajador, le gustaba sembrar, producir, era bueno en estos negocios”. También nos dice que “...todos (hermanos y ella) le tenían miedo, con nada, repartía rejo”. “No era cariñoso, pero sabíamos que todo el esfuerzo que realizaba era por mantener a la familia. No dudábamos que nos quería, así lo sentíamos”.

Con relación a la madre nos dice: “Yo era la más apegada, yo era algo especial para ella”. Recuerda a su madre como una mujer de “gran temple”, que al igual que el padre, aplicaba normas disciplinarias con rigurosidad, pero era “cariñosa, hacendosa, cuidaba de nosotros, había como dulzura en su mirada”.

La relación matrimonial de los padres de B. N. es percibida por ésta como “profunda, estaban como conectados, se llevaban bien”. Describe el ambiente en el hogar como “cálido, tranquilo, muy familiar”.

N. M. se casa y tiene seis hijos. Se trasladan a la ciudad de Panamá en busca de mejores oportunidades. Logra completar sus estudios primarios cuando ya había nacido su primera hija, la mayor. No continuó estudios.

“Yo pienso que tuve un buen matrimonio. Mi esposo era trabajador, cariñoso conmigo y con mis hijos, teníamos buena comunicación, nos queríamos mucho”. “A él le gustaba pasear, principalmente, ir a la playa, por lo que nos divertíamos mucho. Hacíamos mucha vida familiar”.

El padre de B. N. muere al nacer la primera hija de ella. El padre estuvo por 14 años con la mitad del cuerpo inmovilizado, producto del derrame sufrido, por lo que necesitaba de cuidados especiales. “Dicen que en estos casos, la muerte ya uno la ve venir, y que duele menos, pero para mí fue una gran pérdida. Logré superarla adecuadamente, ya que quedaba mi mamá, a quien debía ayudar”.

A los 47 años, el esposo de 49 años, sufre un derrame cerebral, y muere después de permanecer 14 días en coma. “Ha sido lo más difícil que he vivido. No lo esperaba. Fue como si con él se fuera una parte de mí. De pronto me ví sola, con seis hijos. Ellos me dieron ánimo, debía seguir adelante, y así lo hice”. “Conté con el apoyo de mi madre, mis familiares y los de él y además mis compañeros de trabajo”.

B. N. había comenzado a trabajar como cocinera en un hospital, años atrás, por lo que contaba con una fuente de ingresos. Dos de sus hijos también trabajaban; uniendo el esfuerzo de los tres, pudieron hacerle frente a la crianza de los hermanos más pequeños.

A los tres años muere la madre de un paro cardíaco. B. N. había estado cuidando de ella por una fuerte infección en los riñones. “Hasta el día de su muerte, estuvimos muy unidas. Siempre fue muy buena conmigo”. Esta pérdida provocó gran dolor en la entrevistada. “Me sentí muy sola, no tenía padre, no tenía esposo, y ahora, no tenía madre”. Me concentré en mi trabajo y en las cosas de mis hijos, ayudándome a recuperarme”.

Mantiene buenas relaciones con sus hijos. Todos son profesionales que han formado sus propias familias. Sólo uno de ellos vive con B. N. Están pagando una casa que deberán entregársela en pocos meses. “Yo estoy contenta. Siento que alcancé mi meta como madre”. Siente que sus hijos la quieren: “me llaman, me visitan, a veces me paso algunos días en sus casas, turnándome para estar un poco con cada uno, o con el que me necesite”. Parecen una familia muy unida. Realizan paseos a la playa, alquilando casa entre todos, ayudando en la cocina, etc. De igual forma, se ayudan con los trabajos y en estos momentos están tratando de abrir un negocio familiar.

B. N. nos dice que le hubiera gustado que la relación de ella con sus hermanos fuera similar a la que tienen sus hijos, pero “no se comunican conmigo, me han distanciado. Relata que ya siendo adultos sostuvo una discusión con sus hermanos porque éstos dedujeron que B. N. había tomado una plata de propiedad de su madre, insultándola y tratándola como una ladrona. Una vez que el caso se esclareció, uno de los hermanos le pide perdón, el otro no lo hace. “Nunca más nuestras relaciones fueron iguales”. “También creo que ellos sintieron celos de lo unidas que éramos mi mamá y yo”. Cuando estábamos pequeños, nos queríamos mucho”. “Eso me causa pena”.

Se describe como una persona muy sencilla, que goza las pequeñas cosas que ofrece la vida. Le gusta relacionarse con las personas. No gusta de las relaciones frías como tampoco intimidar con cualquiera, piensa que se pueden establecer relaciones cálidas, amables, sin tener que intimidar.

Cuando trabajaba de cocinera, y a pesar de que llegó a ser supervisora, “me sentía atrapada, quería un trabajo donde pudiera tratar con más personas, brindar un servicio directo al público. Hizo una solicitud, siendo trasladada como asistente en el banco de leche materna, sintiéndose orgullosa y satisfecha de su trabajo.

Con la muerte de su esposo, aprendió a “moverme sola”. Ha vivido sola, ha ido a comer a restaurantes sola, al cine. En ocasiones siente la necesidad de tener un compañero a su lado. “Todavía me siento joven. Por ahí llegará”.

Cree que se debe apoyar a los demás, pero tomando en cuenta que cada uno es una persona única, con su propio temperamento y su propia forma de ser. “Yo tengo seis hijos, y cada uno es distinto del otro”.

Ha estado hospitalizada en ocho ocasiones: seis por partos, una por operación de bocio (tenía miedo de que saliera mal la operación y quedara sin voz) y otra por operación de la vesícula. No se sintió abandonada ni triste. Siempre estuvo alguien con ella.

No se ha sentido abandonada, a excepción de los periodos de duelo que ha sufrido. Considera que sus hermanos, al juzgarla como ladrona, han sido las únicas personas que ella ha sentido que la han herido.

A los 14 años experimenta su primer periodo menstrual. No tenía información sobre lo que le pasaba, por lo que se asustó. Su madre la orienta y luego sus hermanas la felicitan por haber entrado al grupo de las señoritas. Sintió entonces que era algo natural.

Sus periodos menstruales fueron regulares, no dolorosos. No tuvo dificultades para quedar embarazada.

A los 43 años inicia su proceso climatérico, el cual se caracterizó por periodos abundantes y sofocos. Asistió al médico porque sentía debilidad. Al hacérsele los

exámenes médicos, resultó que tenía los niveles de hemoglobina muy bajos. Una vez que le regulan esta deficiencia, disminuyen los periodos menstruales, así como también su fluidez, no sintiendo ningún otro malestar. A los 52 años experimenta su último periodo menstrual.

Considera que con la menopausia la mujer no pierde su femineidad ni deja de ser útil como mujer, ya sea en sus funciones como madre, hija, hermana, etc, como en su vida de pareja. Concibe la menopausia como un proceso normal.

Durante su periodo perimenopáusico se dan las pérdidas más importantes para B. N.: muere el esposo y la madre. También algunos de sus hijos abandonan el hogar. Este último suceso no es considerado por B. H. como una crisis. “Si sentía cierta nostalgia, pero también sentía alegría, tranquilidad, orgullo. Me hubiera gustado que mi esposo estuviera allí conmigo. Sé que donde esté, igual que yo, se siente orgulloso”.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Este niño yo lo veo muy pensativo. Puede ser que él está haciendo ese violín y que está pensando en la forma que lo va a hacer, que lo va a terminar, y en un futuro ese será su trabajo.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño que está haciendo el violín porque en un futuro ese será su trabajo.	➤ Identificación con objeto de valencia positiva que le permitirá llenar sus necesidades de logro.

Lámina 2:

Como si fuera una finca en donde el hombre está sembrando la hortaliza que puede ser de repollo o tomate, y el caballo es como el ayudante del hombre. La señora como que trabaja con el esposo. Lleva unos libros; a lo mejor es que va a darle charla a la otra señora. La otra señora se reúne con ella para estudiar juntas, ya sea la Biblia.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Hombre	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Señora	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ El hombre está sembrando la hortaliza.	➤ Representación de objeto bueno preocupado por satisfacer necesidades.
➤ La señora como que trabaja con el esposo.	➤ Identificación positiva entre los esposos.
➤ Ella va a darle charla a la otra señora. Las señoras se reúnen para estudiar juntas	➤ Identificación con valencia positiva. ➤ Objeto bueno que brinda apoyo. ➤ Necesidad de logro.

Lámina 3 NM:

Esta es una mujer como que está llorando, como que le ha pasado algo o a algún familiar, o vive sola y por encontrarse sola, llora. A lo mejor, ni se ha casado ni tiene hijos ni hermanos. No se relaciona con nadie, está deprimida.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer	➤ Sola. Deprimida.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer que llora porque le ha pasado algo a ella o a algún familiar.	➤ Representación de escena de pérdida. ➤ Ansiedad ante la posible pérdida del <i>self</i> o del objeto.
➤ Lloro por encontrarse sola. No tiene hijos, hermanos, no se relaciona con nadie.	➤ Sentimientos de abandono. ➤ Necesidad de ser alimentada. ➤ Miedo al rechazo.

Lámina 4:

Me parece que como que el esposo no la quiere. Ella lucha para convencerlo de que sea amoroso, que comparta con ella para que no vivan amargados los dos. No tienen hijos, ella quiere tenerle unos dos hijos para hacerlo feliz a él. Él se ve que la rechaza, como que no está feliz con ella. Se le ve en la cara.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Esposo	➤ Rechaza a la esposa. No es feliz con ella.
➤ Esposa	➤ Rechazada.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella lucha para convencerlo de que sea amoroso, que comparta con ella para que no vivan amargados.	➤ Deseos de que el objeto malo se convierta en objeto bueno evitando la pérdida. ➤ Representación de pareja con identificación negativa.
➤ Ella quiere tenerle unos dos hijos para hacerlo feliz a él.	➤ Deseos de ser aceptado por el objeto a través de los hijos.
➤ Él la rechaza. No es feliz con ella.	➤ Representación de objeto rechazante.

Lámina 6 NM:

Esta como que vió algo, el malo. La señora se asustó, como que ella nunca había visto esa clase de persona cerca de ella. Ella va a buscar ayuda para ella.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Asustada.
➤ El malo	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Señora que se asusta por ver algo, el malo, cerca de ella.	➤ Representación del ello o de objeto con valencia negativa. ➤ Temor ante el acercamiento del objeto.
➤ Va a buscar ayuda para ella.	➤ Deseos de apoyo para enfrentar al objeto malo.

Lámina 7 NM:

Esta niña como que está con su mamá y la está aconsejando y la niña está como brava y no le hace caso a lo que ella le está diciendo. Le aconseja que no sea mal portada, que como su mamá, debe hacerle caso, que sepa comportarse, relacionarse con las personas.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Brava, desinteresada.
➤ Mamá	➤ Aconseja a la niña.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña que está siendo aconsejada por la madre, pero ésta no hace caso.	➤ Rechazo a figura materna.
➤ Por ser su madre, debe hacerle caso.	➤ Deseos de controlar al objeto a través de lo que ella representa.

CASO 7SSP

IDENTIFICACIÓN: P.E.

Mujer jubilada de 59 años de edad, tiene 21 años de residir en el Distrito de Panamá, en su domicilio actual. Con ella vive un nieto de 11 años de edad.

Su infancia se desarrolla en un poblado de la provincia del Darién de donde es oriunda tanto ella como sus progenitores y hermanos. Se traslada a la ciudad de Panamá para completar su primer ciclo. Luego es internada en la escuela normal de Santiago en donde obtiene el título de maestra. Refiere que ante estos cambios del entorno familiar sintió “muchísima soledad al principio, luego poco a poco me fui adaptando”. Los nuevos conocimientos, el conocer a otras personas y el deseo de ser maestra, ayudaron a una adaptación más rápida.

Los padres de P. E. nunca vivieron juntos. Durante sus primeros años de vida, vive con su madre, su padrastro y tres hermanas maternas (menores que ella), producto de este matrimonio. A la edad de cinco años es separada de su madre por su padre. “Mi papá me mandó a buscar porque mi mamá estaba casada con un señor que abusaba de los niños, de sus propios hijos”. “Yo tenía cinco años cuando eso pasó, mi abuelita me fue a buscar y prácticamente yo me crié con mi abuelita paterna”.

Este hecho fue de gran significancia para P. E. Al referirse al mismo nos dice: “Eso es algo que todavía me molesta; no me gusta hablar de eso porque me llega”. “Me fui llorando, con lágrimas en mis ojos, todavía tengo ese trauma”. (La entrevistada llora al recordar lo ocurrido). Piensa que el mismo ha marcado su vida y su forma de ser.

Describe a su padre como un hombre que se dedicaba al comercio. “Era un hombre reseco. Yo no sé si es que yo era una tonta, pero como que uno quiere que su padre lo acaricie, sentir ese amor de padre. Yo me sentía como rechazada”. A los pocos años, el padre de P. E. se casa y se va a vivir con su esposa en otra casa, quedando ella y una hermana paterna bajo el cuidado de la abuela.

Al referirse a la madre nos dice que ella era buena y muy cariñosa. “Yo sabía y crecí con eso de que mi mamá me quería mucho”. La progenitora de P. E. viajaba de un pueblo a otro, pero “ella me escribía unas cartas muy bonitas y además me mandaba cosas con las cartas con las que me demostraba allí su amor, y por eso yo la quise tanto”.

Con relación a la abuela, dice haberse sentido querida por ella, pero “quería más a la otra (hermana), y yo me sentía como sola. Todo lo que yo hacía, me lo rechazaba, mientras que lo que hacía mi hermanita, todo estaba bien”.

No se sentía maltratada ni por la abuela ni por el padre, “era yo misma que me sentía sola porque yo quería tener a mi mamá cerca y tener a mi papá a mi lado, pero no pude”.

P. E. se une a un señor que es el padre de sus cuatro hijos. Éste es 18 años mayor que ella. No vive en la casa, a pesar de ello, piensa que en este sentido, ella ha sido una mujer muy feliz, pues él le ha dado mucho amor. Considera que la protección que él le ha brindado, es lo que ha evitado que ella tenga que asistir a un psicólogo. “Quizás ese amor que no recibí de mi padre, mi madre, lo he recibido por medio de él y de mis hijos, que me quieren mucho”. Tienen 37 años de estar juntos. Sin embargo, ha intentado dejarlo, pero se arrepiente. Estos intentos se han debido a que éste “era muy mujeriego”.

Describe como “muy apegada” la relación que mantienen ella y sus hijos. “Yo le he dado tanto amor, he llorado y he sufrido mucho. Siempre los he apoyado para que no vayan por mal camino, y gracias a Dios, todos están bien. Todavía están grandes y yo no los olvido y les digo que llamen a su madre, porque a su madre hay que tenerla en el corazón”. Éstos han formado sus propias familias. La entrevistada vive con uno de sus nietos, quien la acompaña.

P. E. considera que su padre ha cambiado mucho, está más cerca de ella. Cuando viene a la ciudad, lo primero que hace es llamarla para saber cómo está. Antes, no lo hacía. Aduce que este cambio se debió a que ella se ofreció para cuidar de su abuelita que estaba muy enferma. “Si no hay quien la cuide, tráigala, que yo lo hago”. Cuidó de su abuela hasta que la misma murió a los 97 años. “Yo me siento contenta, ha cambiado tanto...”.

La madre de la entrevistada es traída a la ciudad por sus hermanas maternas, lo que le dio la oportunidad de estar más cerca de ella. Establecieron una relación muy profunda. Igualmente, se restablece la relación con las hermanas. (Cuando P. E. es apartada de su madre, también es apartada de sus tres hermanas). La madre muere de cáncer. Esto le trajo un gran desconsuelo, sobre todo porque no pudo estar en el momento de su muerte. “Ahora sí me apartaron para siempre. Recongué de Dios por habérmela quitado, luego le pedí perdón porque por lo menos tuve la oportunidad de compartir con ella por un tiempo, y cuidarla durante su enfermedad”.

Prefiere las relaciones a distancia, a pesar de que es muy entrona. Tiene amistades con las que conversa, “ellos me cuentan sus problemas y yo los oriento, yo creo que debí ser psicóloga; pero mi vida a fondo, yo no se las cuento, porque la vida es mía. Por más amistad que tenga, no se las cuento. La confianza es de ellos para conmigo, no mía hacia ellos. Mis amigos son mis hijos. No admito vecinos en mi casa, sólo saludo y ya”.

Sólo se ha sentido rechazada por su padre y su abuela. Es muy sensible a la crítica y sus sentimientos son heridos con facilidad. Le duele mucho cuando la dejan fuera de las cosas, “eso sí me hiere, es como un rechazo”.

Nunca ha vivido, ni ha deseado vivir sola. Tampoco ha ido a comer sola a un restaurante ni ha ido sola al cine. “Siempre voy con mis hijos o con mi nieto. Es muy raro que yo vaya sola a un lugar”. Dice sentirse sola cuando una persona allegada se ausenta por un tiempo: “Uno se siente como solo, como que le hace falta esa persona”.

Piensa que las cosas serían mejores si la gente pensara como ella. Admite que intenta cambiar a la gente, pero lo hace con cariño y muy respetuosamente. Igualmente admite que “yo soy llorona. Esa es mi forma de llamar la atención de mis hijos”.

Sólo ha estado hospitalizada en una ocasión, además de las hospitalizaciones por partos. Sufre de migraña crónica y colesterol. No reporta antecedentes psiquiátricos ni personales ni familiares. Su padre sufre de diabetes.

A los 13 años experimenta su primer periodo menstrual. No tenía información al respecto por lo que corre asustada donde su abuela. Ésta le explica lo que le está sucediendo y le advierte sobre los cuidados personales que debe tener, en especial durante estos días.

Relata haber tomado la menstruación de forma positiva. “Yo me sentía como grande, como una señorita, más independiente; en realidad sí fui cambiando porque ya no jugaba con los niñitos”.

Sus periodos fueron regulares y dolorosos (cólicos muy fuertes) hasta que parió su primer hijo. No tuvo dificultades para quedar embarazada.

A los 39 años comenzó a experimentar irregularidades en sus periodos menstruales: venían unos meses sí, otros, no. También el sangrado había disminuido. Decide ir al médico (había leído sobre la menopausia y también había escuchado al respecto en programas educativos en la radio), éste le informó que se trataba de una menopausia prematura. El único malestar que experimentó fueron los sofocos. Recibió un tratamiento de estrógeno a través de inyecciones, lo que alivió las sudoraciones. Las irregularidades se mantienen hasta los 50 años, cuando experimenta su último periodo menstrual.

Al referirse a sus sentimientos sobre la menopausia nos dice: “Yo cogí mi menopausia tranquila. La gente hablaba que esto, que lo otro, pero a mí no me pasó nada”. Sintió alivio cuando se interrumpieron los periodos menstruales. “Ya no voy a tener esos problemas cuando voy a salir. Nunca pensé que me iba a traer problemas”.

La menopausia coincidió con la partida de sus hijos del hogar y con la muerte de su mamá.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Ese es un niño como que está pensando. Quizás esté como analizando algo, pienso yo. Esto que está aquí, ¿qué es?. Me da la idea como que es un violín, algo así, pareciera. Su pensamiento es como si quisiera seguir adelante y no puede. Tiene algún problema en el hogar, o a veces, falta de comprensión en el hogar. A lo mejor le dijo algo a su mamá y sus padres no le supieron comprender, o a veces que la familia quiere que el niño sea alguien, y el niño, no. Tienen una pauta y yo pienso en esto. Él quiere ser esto, y quizás se pone a pensar, a recordar que no siente el apoyo de sus papás que quiere que lo ayuden por la sencilla razón de que él quiere un aparatito....., no sé cómo se llama ese aparatito....., algo de música. O tal vez, él quería ser músico y sus papás querían que él fuera doctor, un ingeniero, y quizás, él no quería, porque él se queda allí pensando que si sus papás le dieran el apoyo, quizás más adelante, yo fuera un músico. Se podría valer por sí mismo y seguir adelante o coger un mal camino por medio de las drogas, que es lo que pasa en estos momentos. Cuando el joven se siente tan solo, se va a la calle, se siente en el abandono, y allí es donde viene la causa de las drogas.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Pensativo

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño que quisiera seguir adelante pero no puede porque no cuenta con la comprensión, el apoyo de sus padres. Él quiere ser músico y sus padres desean que sea médico o ingeniero.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas de identificación entre las necesidades de logro del sujeto y las aspiraciones de los padres. ➤ Falta de reconocimiento de la identidad del sujeto por parte de los padres. El niño como extensión de los padres. ➤ Sentimiento de abandono
➤ Si le dan el apoyo puede ser músico y valerse por sí mismo o coger un mal camino a través de las drogas si se siente solo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación de los padres buenos y los padres malos y sus consecuencias en el futuro del sujeto: futuro bueno vs. futuro malo. ➤ Necesidad de ser alimentado por sus padres.

- *Evidente la identificación con el personaje principal.*

Lámina 2:

Aquí yo pienso que esta señora que está aquí, yo no sé si es que está embarazada, pareciera; y acá también hay un muchacho, como un hijo (figura en el árbol) o un joven; un hombre en un caballo que hace un poco de vista hacia delante. Hay como un problema entre ellos ahí: quizás la muchacha se irá de la casa o si son abusos del hombre que tal vez uno de esos hombres es su esposo. Hay tristeza en la embarazada y en la otra también. Tal vez ella quiera seguir adelante, surgir, ella quiere estudiar y no tiene recursos. O allí hay un hombre que está semidesnudo. Hay muchas formas de interpretar esta lámina. Quizás el hombre abusaría de ella, y ella se va, aunque pareciera que ella no se va sino que va para la escuela. Esta a lo mejor es la hija y se ve una tristeza.... será que la hija se le va y va a quedar sola ¡Qué sé yo!, y por otra parte, ese sería su esposo y él abusaría de la muchacha, por eso.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Señora embarazada	➤ Triste.
➤ Hijo	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Hombre/ esposo	➤ Abusador.
➤ Muchacha	➤ Triste, desea surgir, estudiar pero no tiene recursos.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Hombre que hace un poco de vista hacia adelante.	➤ Indiferencia hacia las otras figuras. Alejamiento, evasión.
➤ Hay un problema entre ellos: la muchacha se irá de la casa o son abusos del hombre.	➤ Representación de familia con problemas en las relaciones objetales. ➤ ¿Secreto familiar? ➤ Sentimiento de tristeza por el abandono, por la posible pérdida objetal.
➤ Tristeza en la madre porque la hija se va y va a quedar sola o porque el esposo abusaría de la hija.	➤ Disociación al interpretar los sentimientos de tristeza de la figura materna con relación a la hija. ➤ Tristeza por pérdida objetal, temor a la soledad. ➤ Actitud pasiva receptiva ante situación de incesto.

**Mecanismos defensivos ante lámina que le produce perturbación. Hay sucesión en los temas tratando de armar nuevas historias; sin embargo, la dinámica del conflicto se mantiene.*

Lámina 3 NM:

Aquí da la idea de que una muchacha está llorando, que está como saliendo o entrando en una casa, un cuarto, como que hubiera sido maltratada, como golpeada o que la hubieran echado de la casa y uno sale así, con esa desesperación, con esas lágrimas, llorando desesperado, sufriendo, lo dejan a uno con un dolor. Pero también podría ser que su padre la regaña por drogas y no se atreverá a entrar al cuarto; tal vez su papá y su mamá la hayan echado... Como si fuera una muchacha que está sufriendo por algo. Será también que está casada, maltrato del esposo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha/ hija/ esposa	➤ Llorando, desesperada, sufriendo.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Muchacha que llora porque ha sido maltratada, golpeada o la han echado de la casa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimientos de rechazo. ➤ Actitud pasiva receptiva.
➤ Hija que es regañada por droga y no se atreve a entrar al cuarto o la han echado.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimientos de rechazo. ➤ Representación del superyó a través de figuras parentales. ➤ Miedo al castigo.
➤ Esposa que está sufriendo por maltrato al esposo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimiento de rechazo. ➤ Actitud pasiva receptiva.

- *El personaje principal tiene varias funciones. A pesar de ello, el desenlace para cada uno de ellos es el rechazo y el maltrato.*
- *La sucesión de temas sobre la misma lámina muestra los intentos del sujeto por manejar un conflicto que le perturba.*
- *Clara identificación con el personaje al adscribir sentimientos propios en éste.*

Lámina 4:

Aquí, según la forma y la expresión de la muchacha y del hombre, da la idea de que es un matrimonio. Tal vez es feliz, pero tal vez ella se siente rechazada por él porque él se ve mayor. Como que ella quisiera tenerlo y él le saca el cuerpo rechazándola. Ella es la que lo retiene y él como que no quiere, él quiere irse, como que no quiere nada con ella. O quizás ella piensa que ella no es una mujer ya como cuando la conoció. Porque a veces cuando el hombre va entrando en edad, busca algo diferente. Pero ella allí no se ve tan vieja. Pero allí da la sensación de que ella ve el rechazo del hombre, según la forma como se ve. Él quiere deshacerse de ella y ella trata de agarrarlo como para que él no se vaya. Ella se sentirá sola. ¿Qué tengo yo que este hombre no quiere estar conmigo? Porque eso es lo que uno piensa o se hace, ¿Por qué el hombre no lo busca a uno? ¿Seré una mujer que no sirvo? ¿Por qué no me busca? Él como que no la quisiera, ella se siente rechazada por él.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Rechazada, sola.
➤ Hombre	➤ Mayor, indiferente.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella quiere retenerlo; él le saca el cuerpo, quiere irse, buscar algo diferente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación de escena de pérdida objetal. ➤ Ansiedad ante la pérdida. ➤ Sentimiento de rechazo.
➤ Ella se siente rechazada ¿seré una mujer que no sirvo? ¿por qué no me busca?.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pobre identidad del yo. ➤ Ansiedad ante el rechazo.
➤ Matrimonio tal vez feliz pero tal vez ella se siente rechazada por él porque él se ve mayor.	➤ Representación de escisión con relación a la relación matrimonial: feliz vs rechazada.

- Clara identificación con el personaje rechazado y con la actitud ante la situación de pérdida: "...porque eso es lo que uno piensa o se hace".

Lámina 6 NM:

Una muchacha joven todavía, está sentada como en un sillón y un señor algo mayor, algo le dice a ella cuando ella lo observa; como que él se va, algo así por esa mirada. Allí no se ven como disgustados. No pareciera como el papá sino el esposo y la esposa, pero sí da la idea como que ella le reclama algo, como que él se va para algún lado. O sólo sale y uno le dice “para dónde tú vas? ¿y yo, qué?. Él es un poco mayor y ella es una muchacha bien joven. O quizás pudiera ser también que ella está en la casa, él se había ido de la casa y vuelve y ella piensa: “Ve, tanto tiempo y apareció ahora?”. Ella está sorprendida de que él llegó.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Joven, sorprendida.
➤ Señor	➤ Mayor.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Muchacha que le reclama al señor su partida por la situación en que queda ella.	➤ Ansiedad ante la posible pérdida. ➤ Miedo al abandono.
➤ Hombre que se había ido de la casa y vuelve, sorprendiendo a la esposa.	➤ Posible rechazo a figura que representa el abandono. ➤ Relación con valencia negativa.

Lámina 7 NM:

Una mamá con una niña. Quizás la mamá la está aconsejando o regañándola. Ella se siente también como perdida. ¡Ah! Ella tiene una muñequita en la mano, pareciera que tuviera embarazada, porque tiene como una muñequita o muñequito en los brazos. Le voy a ser franca, con esa lámina y la vida que está pasando ahora, se refleja la vida que está sucediendo actualmente. Lo que sé da la idea de que la hija quizás como que la niña tiene un hijo o un muñequito en la mano y se sentirá como rechazada, como triste, pensando -en caso de que esté embarazada o tenga ese hijo-. Pensará ¿por qué yo hice esto?, si quizás yo hubiera oído los consejos de mi madre no hubiera pasado esto; o quizás también como pensará... La verdad es que la mirada de la niña da por pensar muchas cosas. Tiene una mirada como de rabia, como disgustada y a la vez tristeza. Por eso le digo que puede ser que se siente rechazada por su padre o por su mamá, que habrá tenido algún problema la niña y quizás la mamá la está regañando; no tanto como regañándola, como aconsejándola, porque allí se ve la carita de ella como disgustada y triste a la vez, como que quisiera irse. O de repente, esa es la empleada y ella diría: “si tuviera mi papá y mi mamá, tal vez a mi no me hubiera pasado esto.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Disgustada, triste, embarazada, tiene un hijo.
➤ Mamá	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Empleada	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña que está siendo aconsejada o regañada por la madre.	➤ Representación del superyó que trata de guiar los impulsos de la niña.
➤ Niña triste, con sentimientos de rechazo que piensa que si hubiera escuchado los consejos de la madre, no estaría embarazada o no tuviera un hijo.	➤ Sentimiento de rechazo. ➤ Sentimiento de culpa por no escuchar al superyó. ➤ Sentimiento de culpa por no detener la descarga del instinto.
➤ Piensa que si tuviera a su papá y a su mamá, tal vez no le hubiera pasado eso.	➤ Sentimiento de abandono. ➤ No se siente sostenida por las figuras parentales. ➤ Necesidad de internalizar cualidades de los objetos buenos.

- Miedo al manejo de la figura de la niña embarazada, no puede aclarar si el muñeco es un muñeco propiamente dicho o es el hijo de la niña, como tampoco puede aclarar que la niña está embarazada o ya tiene el niño.
- Hay necesidad de hacer comentario para manejar el estrés que le produce la lámina.
- Defensas contra el contenido perturbador de la lámina al intentar hacer varias historias; sin embargo, el contenido dinámico de las mismas se mantiene.

CASO 8SSP

IDENTIFICACIÓN: E. N.

Mujer de 60 años de edad, jubilada, nació en la ciudad de Panamá. Reside en el distrito de San Miguelito, en su residencia actual, desde el año 1965. Conviven con ella su esposo y dos de sus tres hijos.

La infancia de E. N. se desarrolla en un ambiente familiar estable, prevaleciendo una atmósfera buena y cálida. La familia estaba conformada por cinco hermanos, siendo ella la penúltima. Tenían una familia completa.

Considera que ambos progenitores estuvieron muy cerca de ella durante su infancia; sin embargo, se identificaba mucho con su padre, quien se ocupaba de los asuntos de la escuela. Éste tenía un nivel educativo más alto que el de la madre, por lo que “tenía más respuestas para todas mis inquietudes, además él era el que iba a la escuela y hablaba con los maestros”. Establece con él una relación muy profunda, ya que intercambiaban conocimientos, discutían sucesos de la vida diaria: “era un constante diálogo entre ambos”. “Me enseñó, a través del cariño, un cúmulo de cosas, haciéndome más fácil mis estudios”.

La relación con la madre también es considerada por E. N. como profunda: “a mi mamá le contaba mis cosas íntimas, las que eran fuera de la escuela”. Describe a su madre como una mujer cariñosa, que si bien no se encargaba de los asuntos relacionados con la educación, daba su aporte brindando un clima cálido en el hogar.

Con relación a sus hermanos, refiere que la relación entre ellos era buena, cálida. Los dos hermanos mayores (varones) eran de una relación anterior, que había mantenido su padre. La madre de éstos se volvió a casar, y tanto ella como la madre de E. N. establecieron una relación en la que se proporcionaban ayuda mutuamente. Es así como los cinco hermanos crecen “prácticamente juntos, unidos como hermanos”. Al morir la madre de sus hermanos paternos, éstos han considerado y tratan a la mamá de E. N. como su madre. En la actualidad, se mantiene la unidad entre los hermanos.

En lo referente a sus estudios, realiza estudios universitarios faltándole sólo el trabajo de graduación para obtener su título. Menciona que no logró esta meta por las dificultades que encontró en su trabajo para desarrollarla, “luego vinieron los hijos, mi señor se accidentó, y mis estudios se quedaron así”.

E. N. inicia su carrera laboral cuando al hacer una práctica de una materia universitaria, en una institución gubernamental, es nombrada para trabajar en la misma. Fue el único lugar donde trabajó, laborando por 31 años, hasta su jubilación. A pesar de no estar titulada, alcanzó altos niveles directivos en su ramo. Mantuvo muy buenas relaciones con sus compañeros y con sus jefes, así como con sus subalternos.

Se casa a los 24 años con un joven que tenía una educación vocacional. Considera que el mismo es una persona muy trabajadora, que cuida del bienestar de su familia; tiene un carácter fuerte, pero “no puede llegar a la casa si no trae por lo menos unas mandarinas para nosotros”. Existe buena comunicación entre ambos, “aunque él dice que yo siempre quiero imponer mis ideas, y que no siempre tengo la razón”.

E. N. pertenece a cuatro grupos religiosos (pastorales, carismáticos y de oración), al igual que a un grupo de la tercera edad. Su esposo no comparte su devoción religiosa: sólo asiste a misa. En ocasiones se queja del poco tiempo que le brinda a él, por estar involucrada en éstos. El esposo de la entrevistada aún no se ha jubilado.

Producto de su matrimonio, tiene tres hijos: una mujer de 35 años y dos varones de 31 y 28 años, respectivamente. La mayor vive en los Estados Unidos de Norteamérica, apoyando económicamente a la familia y manteniendo una buena comunicación con ellos. El mayor de los hijos varones, está divorciado, por lo que vive con los progenitores. Tiene una hija de nueve años, la cual pasa el día en casa de E. N., bajo el cuidado de ésta y de su hijo (padre de la niña). La educación de la pequeña trae algunas discusiones entre ambos, ya que E. N. admite que tiende a meterse en las órdenes que éste dicta a su hija, desautorizándolo, en ocasiones. A pesar de esto, las relaciones entre todos los miembros de la familia son buenas, cálidas.

La entrevistada dice haberse adaptado rápidamente a la partida de su hija mayor del hogar. “Al principio me costó algo, estaba acostumbrada a ella, pero tenía que buscar su camino. Fue a estudiar, y se quedó trabajando una vez terminado sus estudios”.

El padre de E. N. muere de cáncer a los 91 años (hace ocho años). “Me dolió bastante, pero el estar allegada a la iglesia, me ayudó, me sentía apoyada por el grupo”. El primer mes lloraba todos los días e iba al cementerio todos los domingos. Guardó dos años de luto. “Ahora siento un sentimiento dulce de mi padre, recuerdo lo que hacía, lo que decía, pero ya no lloro”.

Considera que por su profesión, no tiene dificultades para establecer relaciones con otras personas, aunque suele ser muy recatada en las mismas. Cuando establece relaciones íntimas con una persona, tiende a mantenerlas por mucho tiempo: tiene amistades de muchos años. Gusta de ayudar a los demás, y puede ponerse en el lugar de los demás, aunque suele tratar de imponer su criterio. Cuando alguien importante para ella está ausente, no siente que la ha perdido para siempre; tampoco se ha sentido rechazada por alguien ni siente que es sobredependiente de alguna relación.

A los 18 años es llevada al médico ya que no había experimentado la menarquia, situación que preocupaba a los padres y también a la entrevistada, quien conocía del proceso, y por ende de la edad esperada para que éste se diera. Se sometió a un tratamiento que la ayudó a cumplir con esta etapa biológica. “Sentí una gran alegría, me sentía más mujer, ya era como las demás”. Igualmente, la familia recibió con tranquilidad

la noticia. “Toda la familia lo supo. Todos estaban tranquilos porque esto se había convertido en una preocupación para ellos”.

Sus periodos menstruales fueron regulares y no dolorosos; no presentando dificultades para embarazarse.

A los 50 años comenzó a tener irregularidades en los periodos menstruales: “ me comenzó a bajar la cantidad de días y además, no me venía todos los meses. A los 52 años, tuve mi última menstruación”. Reporta no haber sentido ningún síntoma durante este periodo.

Había leído de libros y panfletos sobre la menopausia. “Para mí, la menopausia no es una enfermedad sino otra etapa de la vida, de madurez en la persona, en la que llega a reconocer si se siente conforme con la forma de vida que ha llevado. Es un periodo en el que se puede llevar una vida normal, pero más recatada, es un alivio”. Agrega que después de la menopausia, “la mujer debe ser más reservada, menos impetuosa, no debe usar camisas sin mangas, las relaciones sexuales deben ser menos importantes”. Esto último ha traído algunas dificultades en su relación de pareja.

E. N. fue operada en dos ocasiones de la vista por terigio, no fue hospitalizada. Sufre de faringitis crónica por el mal uso de las cuerdas vocales y desde los 36 años, padece de migrañas, perdiendo hasta tres días de trabajo por esta dolencia. También sufre de gastritis como consecuencia de las migrañas.

Su madre es hipertensa, con problemas de circulación; mientras que el padre murió de cáncer. No reporta antecedentes psiquiátricos personales ni familiares.

Su proceso menopáusico coincide con la enfermedad y muerte de su padre. “El haber perdido a mi padre era más importante que cualquier otra cosa, sobresalían estos sentimientos”.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Aquí tenemos a Tomás, tiene 11 años y... su mamá le ha regalado un violín para la navidad porque quiere que él sea artista del violín, ya que ella como profesora de música quiere que Tomás siga su misma carrera. Tomás no está como muy decidido, y encerrado en su cuarto, comienza a pensar cómo va a aprender a tocarlo si él no le gusta la música, pero tampoco le gustaría contrariar a su mamá. De todas maneras, Tomás se esfuerza en pensar en que podría iniciar su clase de violín, y a lo mejor, más adelante, le gustaría; pero realmente tendría que pensarlo muy bien porque considera que no es muy fácil aprender a tocar el violín.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Pensativo, dudoso.
➤ Madre	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Madre que regala a su hijo un violín porque desea que él siga su misma carrera.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas de identificación entre las necesidades de logro del sujeto y las aspiraciones de la madre. ➤ Falta de reconocimiento de la identidad del sujeto por parte de la madre. El niño como extensión de la madre.
➤ El niño no está decidido porque no le gusta la música, pero no quiere contrariar a la madre.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Miedo a perder a la madre si no hace lo que ella desea. ➤ Relación de dependencia por parte del niño hacia la madre. ➤ Lucha por liberarse de la dependencia de la madre.

Lámina 2:

Ya. Elena vive en el campo con sus padres. Ellos trabajan la agricultura como medio de subsistencia; pero ellos, conociendo el trabajo fuerte del campo, no desean que su hija Elena, lleve la misma vida de ellos, y con sus esfuerzos y el trabajo de la agricultura, han mandado a Elena a estudiar, a prepararse profesionalmente para que ella tenga una carrera digna para ella. Por eso, la han enviado al colegio mientras ellos con su trabajo sufragan los gastos. Al parecer, por la forma como ella viste, es un colegio de cierto nivel social. Y en cuanto a Elena, está decidida a superarse.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Elena	➤ Estudiante, decidida a estudiar.
➤ Padres	➤ Trabajan para dar algo mejor a su hija.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Padres que no desean que su hija lleve la misma vida de ellos, y la han mandado a estudiar, a través de sus esfuerzos.	➤ Sobreidentificación con la hija en donde éstos se sacrifican para darle lo que ellos anhelaron para ellos mismos.
➤ La hija está decidida a superarse.	➤ Relación objetal pasiva receptiva. ➤ Necesidad de cumplir con los deseos de los padres.

Lámina 3 NM:

Elsa es una persona con muchos problemas dentro de sí. Son tan graves que realmente, no sabe como afrontarlos. Se encuentra sola para ver cómo encausarlos, cómo resolverlos. Tanto es así, que se pregunta ¿cómo podré hacer?. Como cualquier persona con problemas difíciles, se lleva las manos a la cabeza como buscando respuesta a su problema. Quiere salir de esa oscuridad en la que se encuentra. Prácticamente, está sola. Se ve que abre la puerta como buscando luz a los problemas que presenta. Hay soledad.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Elsa	➤ Sola, con muchos problemas dentro de sí, no sabe cómo afrontarlos.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Se encuentra sola para ver como resolver sus problemas.	➤ Aislamiento. ➤ No busca apoyo de otras personas para resolver sus problemas, considera que lo puede hacer sola.
➤ Persona con muchos problemas dentro de sí. Se lleva las manos a la cabeza como buscando respuestas a su problema.	➤ Posible representación del sí mismo bueno que busca respuestas a lo actuado por la representación del sí mismo malo. ➤ Busca respuestas en ella misma.
➤ Quiere salir de la oscuridad en la que se encuentra.	➤ Sentimiento de confusión interna.
➤ Abre la puerta como buscando luz a los problemas.	➤ Necesidad de encontrar respuestas satisfactorias a sus problemas. Oscuridad vs. luz; confusión mental vs. claridad mental.
➤ Prácticamente está sola. Soledad.	➤ Aislamiento.

Lámina 4:

Aquí tenemos a una pareja en donde reflejan una diferencia, alguna inquietud, en donde ella trata de apoyarlo a él, pero él como que ha tomado una decisión ante la situación que presenta. Ella trata de retenerlo pero allí se ve como que él ha tomado una decisión. Se ve deseo de ayudar por parte de ella.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Él	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Pareja que refleja una diferencia, una inquietud, en donde ella trata de apoyarlo, desea ayudarlo, pero él ha tomado una decisión.	➤ Representación de relación donde no hay mutualidad en los sentimientos o en los puntos de vista de los personajes.
➤ Ella trata de retenerlo, pero él ha tomado una decisión.	➤ Identificación sólo por parte de uno de los personajes.
	➤ Representación del superyó que trata de evitar una mala actuación.

Lámina 6 NM:

Se ve a ella que está sentada como esperando a alguien. Luego aparece el caballero pero no es la persona que ella espera porque al hablarle él, ella se sorprende y él trata de ayudarla o manifestarle ayuda. Ella espera a alguien pero no es él.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Sorprendida.
➤ Él	➤ Brinda apoyo.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella espera a alguien, pero no es él.	➤ No hay identificación entre lo que espera y lo que aparece.
	➤ Relación objetal pasiva, sin mutualidad.

Lámina 7 NM:

Aquí hay una conversación entre madre e hija en donde la madre le está aconsejando a ella sobre una situación X. A la niña se le ve como un rostro, no de preocupación sino de disgusto. La madre insiste en aconsejarla pero cariñosamente. Lo que le dice la mamá no es lo que le agradaría. Tanto es así, que ella le quita la cara, no la mira de frente, no quiere atender a lo que le dice la mamá; pero sin embargo, la mamá si le habla con cariño.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niña	➤ Disgustada.
➤ Mamá	➤ Cariñosa.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niña que está siendo aconsejada cariñosamente por la madre pero lo que le dice la mamá no es lo que le agradaría.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación del superyó que trata de guiar los impulsos de la niña. ➤ Relación objetal con valencia negativa.
➤ Está tan disgustada que no la mira de frente, no quiere atender a lo que dice la madre.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimiento de rechazo hacia la madre. ➤ Relación objetal con valencia negativa.

CASO 9SSP

IDENTIFICACIÓN: Y. R.

Mujer de 58 años de edad, católica, nació en la ciudad de Panamá. Tiene 30 años de residir en el Distrito de San Miguelito. Comparte su hogar con su compañero (58 años) y su hijo mayor (31 años).

Graduada de modistería, nunca ejerció esta profesión, dedicándose a las labores del hogar por muchos años hasta que entra a trabajar como aseo en una institución educativa. En la actualidad, tiene 23 años realizando esta función.

Refiere haber tenido una infancia placentera, siendo la madre la persona que estuvo más cerca de ella. Describe a la misma como una mujer cariñosa, que siempre le brindaba consejos, lo que permitió una relación íntima y profunda con ella. "Siempre hemos estado muy unidas, aún en la actualidad". Refiere que su madre vive cerca de ella y siempre está atenta de si ha llegado o no del trabajo, preocupándose cuando se demora.

Con el padre desarrolla una relación cálida, "yo era la hija querida, era muy cariñoso conmigo, a pesar de su carácter volao; se disgustaba fácilmente y le pegaba a mis hermanos. Yo nunca le dí problemas".

No nos puede describir la relación matrimonial de sus padres porque "no le tomaba importancia a eso". La pareja se mantuvo unida por 50 años, luego de lo cual, se separan. Mantuvieron una atmósfera de tranquilidad dentro de la familia. Tuvieron ocho hijos, siendo la entrevistada la más pequeña.

Considera que la relación con sus hermanos durante la infancia fue "buena, cálida; como éramos muchos, jugábamos y compartíamos nuestras cosas, todo nos lo comentábamos". En la actualidad, dos de estos hermanos viven con la madre: uno se casó y se separó de la esposa, y el otro, no se ha casado. Por ser Y. R. la más pequeña, fue y sigue siendo la protegida de sus hermanos. Las relaciones entre ellos se ha mantenido igual que durante su infancia.

El padre de la entrevistada tiene 12 años de haber muerto, a consecuencia de un derrame cerebral que lo mantuvo postrado en la cama por tres meses. "La piel se le caía, le cortaron las dos piernas y además orinaba sangre. Nos permitieron llevarlo a la casa y a las tres semanas murió". Para ella, esta pérdida le causó mucho dolor: "estaba desesperada, gritaba y lloraba, me dolió mucho". Mantuvo un año de duelo, vistiendo sólo ropa negra; después de este periodo comenzó a utilizar ropa blanca y luego grises, y posteriormente, colores pasteles. "Guardé luto por aproximadamente tres años".

A los 26 años se une a un joven de su edad, procreando dos hijos: un varón y una mujer. Esta última ha conformado su propio hogar y tiene dos hijos. La relación entre

hijos y padres es buena, cálida, “no somos una familia grande, por lo que mantenemos buena comunicación, nos reunimos, nos ayudamos”.

En cuanto a la relación con el compañero nos dice que “ahora es distante, pero antes fue buena, nos llevábamos bien. No sé qué pasó, pero se volvió mujeriego, y a pesar de que vive en casa, ya no nos tratamos igual”. Describe la atmósfera de su hogar como angustiante debido a la situación que se da con su pareja.

Tiende a ser reseca en sus relaciones con otras personas fuera de su familia. Le cuesta hacer nuevas amistades, ya que le teme al rechazo. A pesar de esto, dice no haberse sentido rechazada por otras personas, excepto por su esposo. Tiende a alejarse de aquellas personas que “se creen más que otras”. Cuando todos sus compañeros se reúnen para comer y conversar, ella por lo general, no habla. Tiene cuatro compañeras, las que considera sus amigas de confianza; es con ellas con las que se relaciona en el trabajo.

Refiere que sus sentimientos son heridos con facilidad, no soportando que la critiquen, ya sea para bien o para mal. Considera que no tiene la habilidad para entender a los demás y piensa que es difícil para otros, entenderla a ella.

Nunca ha pensado en vivir sola; siempre sale acompañada a hacer compras u otras diligencias, y por ende, nunca ha ido sola a un restaurante o al cine.

Está muy unida a sus hijos y a su madre, sin embargo, no interviene en los asuntos de sus hijos “ellos saben lo que hacen, más bien son ellos los que se preocupan por mí”.

Los asuntos del hogar tales como las decisiones y el presupuesto, son manejados por ella y su esposo. Por lo general, las aproximaciones para el sexo las hace ella.

A los 14 años fue llevada al médico porque comenzó a sentir “decaimiento en el cuerpo y porque mis papás estaban preocupados porque no me había desarrollado”. Le recetaron unas vitaminas, “con eso me vino la menstruación y se me quitaron los malestares”.

Dice no haberse asustado con la llegada de su primer periodo menstrual, pues era algo que esperaba: “mis hermanas ya se habían desarrollado y mi mamá me había hablado sobre eso, fue un alivio, me causó alegría, aunque después, siempre sufrí de cólicos”. Éstos eran tan fuertes que vomitaba, le daba asco la comida y los olores. Debía permanecer acostada. Estos síntomas desaparecen con la llegada de su primer hijo a los 27 años.

A los 45 años inicia su proceso menopáusico. Él mismo se caracterizó por la irregularidad de los periodos: “venía un mes, no venía los dos siguientes”. Reporta haber experimentado sólo mareos y sofocos. Al interrogársele y mencionarle algunos síntomas psicológicos, dijo no haberlos experimentado.

Asistió al médico por las molestias que le causaban los mareos: “creía que me iba a morir”. Éste le proporcionó unos medicamentos que eliminaron los mareos y disminuyeron los sofocos, “no recuerdo como se llamaban”. Experimentó su último periodo menstrual a los 49 años de edad.

Además de la explicación del especialista, la madre le había hablado sobre la menopausia, por lo que para ella era un proceso natural que debía cumplir igual que su progenitora y sus hermanas. “Sentí alivio, iba a descansar”. La menopausia no ha interferido en su vida de pareja.

Su proceso menopáusico no coincide con la muerte de ningún familiar o amigo, ni con la partida de alguno de sus hijos del hogar.

Sólo ha estado hospitalizada para dar a luz a sus dos hijos. Sufre de dermatitis en la piel, la cual se refleja a través de manchas en la piel, producto del sol.

No reporta antecedentes psiquiátricos ni personales ni familiares.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Veo a un niño triste, está pensativo, será que la mamá ¿lo ha dejado abandonado?
(?) Él pensará ¿qué va a ser de él?. (?). No veo más nada.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Pensativo, triste.
➤ Madre	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño triste, pensativo porque puede haber sido abandonado por la madre.	➤ Sentimientos de rechazo y abandono. ➤ Sensación de pérdida objetal de figura significativa.
➤ Está pensando qué va a ser de él	➤ Relación objetal pasiva receptiva. ➤ Necesidad de figura significativa que le brinde apoyo.

Lámina 2:

La muchacha va para la escuela. La mamá le está llamando la atención por el muchacho que está en el caballo. Él es el novio. La manda para la escuela y ella en lugar de ir a la escuela, se quedó en el camino hablando con él. La mamá está disgustada.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Estudiante, desobedece a la madre.
➤ Mamá	➤ Disgustada.
➤ Novio	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Madre disgustada porque la hija se queda hablando con el novio en lugar de ir a la escuela.	➤ Representación del superyó en la figura maternal. ➤ Superyó que trata de controlar la descarga libidinal. ➤ Rechazo a la figura maternal.

Lámina 3 NM:

Acá hay una muchacha que está saliendo de la casa; como que tiene algún problema. Está como llorando. Debe ser que la echaron de la casa, le llamaron la atención, y ella se va de la casa.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Llorando.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Muchacha que sale llorando de la casa porque la echaron o porque le llamaron la atención. Se va de la casa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimiento de rechazo y abandono. ➤ Necesidad de apoyo objetal.

Lámina 4:

Esta es la esposa con el esposo. Ella lo está como aconsejando que no se vaya para la calle, y él no le presta atención. Él está mirando como que la cosa no es con él.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Esposa	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Esposo	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella lo está aconsejando que no se vaya para la calle, y él no le presta atención, como que la cosa no es con él.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación de relación donde no hay mutualidad en los sentimientos o en los puntos de vista de los personajes. ➤ Sentimientos de rechazo. ➤ Dificultad para lograr acercamiento con el objeto.

Lámina 6 NM:

Acá como que están peleando. Como que el hombre le dice algo y ella está brava, también contestando. Pelean por algo que él diría y a ella, no le gustó.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Disgustada.
➤ Él	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Hombre y mujer que pelean por algo que él dijo y que ocasionó el disgusto de ella.	➤ Relación objetal con valencia negativa.
	➤ Relación sin mutualidad entre los personajes.

Lámina 7 NM:

Ésta es una niña. Como que está en la escuela. La mamá está con el libro haciéndole preguntas. La niña está mirando por allá lejos, no le presta atención a lo que la mamá le está diciendo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ No presta atención.
➤ Mamá	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña que mira lejos, sin prestar atención a las preguntas que está haciéndole la mamá.	➤ Representación de relación con identificación negativa.
	➤ Rechazo hacia la figura materna.

CASO 10SSP

IDENTIFICACIÓN: D. B.

Mujer de 65 años, jubilada. Reside en el Distrito de Panamá, en su dirección actual, desde hace 20 años. Comparte su hogar con sus dos hijos y un nieto: la mayor de 38 años, el hijo de ésta de 17 años, y el menor de 36.

Oriunda de la provincia de Los Santos, pertenecía a una familia conformada por los padres y cinco hermanos (tres mujeres y dos varones), siendo ella la segunda y la mayor de las mujeres.

Refiere que la relación entre sus padres no era buena, ya que cuando éste ingería licor, llegaba a la casa agresivo, tratando de golpear a la madre, por lo que tenían que esconderse de él. Ella, “tal vez por miedo, cogía los cuchillos y machetes y los guardaba para que mi papá no pudiera encontrarlos”. Eran momentos desesperantes para todos, “mis hermanos siempre lloraban por miedo a que le pudiera hacer algo a mi mamá”. Una vez que le pasaba “la borrachera”, él era otra persona. Se comportaba cariñoso, “como tratando de enmendar lo que había hecho, pero cada día, la situación se hacía más frecuente porque tomaba más a menudo”. Considera que la relación que mantenía con su padre era distante, ya que no podía olvidar fácilmente “los malos momentos”, a pesar de que él trataba de acercarse.

Al cumplir la entrevistada 10 años, el padre se separa de la madre y viene a la capital en busca de otro futuro, casándose al poco tiempo. El alejamiento del padre trajo tranquilidad al hogar, “y muy pobremente, entre todos, ayudamos a mi mamá a echar para adelante”. La madre de D. B. contaba con hermanos que la apoyaron con la crianza de los hijos; además era dueña de una gran cantidad de terrenos que había heredado de su progenitora.

La describe como una mujer luchadora, pensativa, muy preocupada por el bienestar de sus hijos: “era como la gallina que cuida de sus pollitos y le da calor y protección”. Mantenía con ella una relación muy cálida, y por ello, una vez finalizado su sexto grado, decide ir a trabajar, para ayudarla. “Mi madre siempre consideró que yo era la más fuerte de todas mis hermanas, la que podía tomar decisiones, la más arriesgada”.

A los 15 años, D. B. se va a trabajar con una familia a un pueblo cercano, trasladándose después de un año, con ellos, a la ciudad de Chitré, donde realizó estudios obteniendo el título de perito comercial. Estas separaciones fueron muy difíciles los primeros meses, pero dado que podía viajar los fines de semana, “me sentía tranquila cuando los veía y muy orgullosa de poder dar algo a la casa”. Por vivir en la ciudad, tenía la facilidad de comprar ropa y zapatos para sus hermanos a precios más módicos. Aprovechaba estos momentos para conversar con su mamá sobre las cosas que le sucedían.

Una vez que obtuvo su título, pasó a trabajar en las oficinas de una aseguradora, propiedad de la familia con la que había convivido todos esos años. Allí conoce a un joven de una familia de clase media de Chitré, con el que se casa después de dos años de noviazgo. Éste había hecho estudios de ingeniería en México, por lo que poco a poco le construyó una casa. Ambos se dedicaron a los negocios, logrando tener hasta tres a un mismo tiempo. “Nos entendíamos muy bien, luchamos y nos superamos. Esto me permitió ayudar más a mi mamá, aunque para ese entonces, ya mis hermanos trabajaban y se habían casado, dos de ellos vivían en la capital y estaban bien”. Considera que la relación de pareja que mantenían era muy profunda, como “si hablaran el mismo idioma, como almas gemelas”.

Se alejó un poco de la familia, principalmente de los hermanos, ya que la mamá la visitaba constantemente “para darme la vuelta”. La crianza de los hijos y la administración de los negocios, abarcaban gran parte de su tiempo.

Su vida cambia cuando su esposo se traslada a Panamá para construirle un local comercial a una de sus hermanas. Sufre un derrame cerebral, y muere a las pocas horas. “Sentí que algo murió dentro de mí, me ví sola, desamparada, sin el hombre con quien me había compenetrado tanto, además con dos hijos, y todo el peso de los negocios”. A pesar de que contó con el apoyo de sus hermanos y el de su mamá, tuvo que trabajar duro, lamentando por mucho tiempo su desdicha. Sentía que tenía una gran responsabilidad bajo sus espaldas, por lo que trató de concentrarse en los negocios y en sus hijos. Esto la ayudó a superar poco a poco su pérdida, aunque el dolor de la misma duró por mucho tiempo. (La entrevistada llora al contar este pasaje de su vida).

Decide vender sus propiedades, que para aquel entonces no estaban dando los frutos esperados, y se traslada a la ciudad de Panamá para que sus hijos continuaran sus estudios universitarios, viviendo de la pensión de su esposo y de un pequeño negocio que abrió.

Viviendo en Panamá, estrecha sus relaciones con la hermana menor, la cual es además “mi amiga”, ayudándose mutuamente. Son muy unidas una con la otra. “Nos llamamos casi todos los días, aunque sea para saber como estamos”.

Además, reestablece las relaciones que antes mantenía con sus hermanos y con su madre, haciendo constantes viajes junto a su hermana al interior.

Deciden traer a su mamá a la ciudad para llevarla al médico. A ésta le diagnostican un cáncer en el colon, la operan y muere después de una semana de realizada la cirugía, por complicaciones propias de la edad. La señora contaba con 72 años al momento de morir.

Sintió un gran pesar por la pérdida de su progenitora, “pero sentí que lo viví con mayor entereza que cuando murió mi esposo. Además, para mi hermana (la amiga), fue un golpe muy duro, por lo que tenía que tener fuerzas para apoyarla”.

Al año, muere el padre. Si bien había logrado mejores relaciones con éste, “nunca olvidé todo lo que tuvimos que pasar por su culpa, por lo que no lo sentí tanto”.

Mantiene buenas relaciones con los hijos, aunque trata de sobrellevar las constantes peleas que se dan entre ellos. Ambos viven con ella y ambos están separados de sus respectivas parejas. Considera que tiende a hacerlos cambiar para que lleven una mejor vida, haciendo referencia a lo que ella vivió, cosa que por lo general, trae el disgusto de éstos; aún así siente que sus hijos son muy apegados a ella.

Tiene una gran facilidad para entablar conversaciones con otras personas, y no siente temor de llegar a un grupo donde no conozca a la gente. “Yo también soy gente”. Considera que no tiene que intimar con las personas para poder llevarse bien con ellos. “Hay una gran cantidad de cosas de las que hablar, sin tocar necesariamente temas muy íntimos”. Es decir, gusta de las conversaciones placenteras en donde se den intercambio de opiniones (política, recetas de cocina, precios, negocios, etc.). Piensa que la experiencia de haber tenido negocios le permite ser “Más conversadora”.

Admite que es un poco “terca” cuando plantea sus puntos de vista, pero que sabe cuando debe admitir que el otro tiene la razón.

Le gustaría que sus hijos cambiaran, pero le llama la atención la diversidad de pensamientos de las otras personas.

Suele ir sola a hacer sus diligencias, a ir de compras y a comer en restaurantes. No siente que ha perdido a sus hijos cuando éstos se ausentan por viajes al interior o al exterior.

No se ha sentido rechazada por nadie. Suele aceptar las críticas cuando éstas “son hechas de buena fé”.

A los 12 años experimenta su primer periodo menstrual. No le causa sorpresa porque había recibido información en la escuela y luego su madre la orientó. “Me sentía como grande, diferente; sentía que por ser ya una mujercita, podía ayudar más a mi mamá y a mis hermanos”.

Sus periodos menstruales fueron regulares y no dolorosos, no presentando dificultades para quedar embarazada.

A los 47 años, comenzó a tener irregularidades en sus periodos menstruales: no venía todos los meses y venía por menos días con menor cantidad de flujo, desapareciendo a los 49 años.

No experimentó síntoma alguno aparte de las irregularidades antes mencionadas. Tenía información al respecto, pues es asidua a escuchar programas educativos mientras desarrolla sus labores diarias. Considera que es un proceso normal en la mujer por la cual

no pierde su femineidad ni su satisfacción por la vida. “De hecho, no siento que ha cambiado nada en mí, sólo que no me viene el periodo”.

Ha gozado de buena salud, por lo que sólo ha sido hospitalizada para parir a sus hijos. Hace unos meses atrás le diagnosticaron hipertensión arterial, por lo que debe tomar diariamente un medicamento que le prescribieron.

No reportó antecedentes psiquiátricos a nivel personal ni familiar.

T.A.T.
Respuestas a las láminas y Análisis

Lámina 1:

Veo a un niño triste, está pensativo, será que la mamá ¿lo ha dejado abandonado?
(?) Él pensará ¿qué va a ser de él?. (?). No veo más nada.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo, triste.
➤ Madre	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño triste, pensativo porque puede haber sido abandonado por la madre.	➤ Sentimientos de rechazo y abandono. ➤ Sensación de pérdida objetal de figura significativa.
➤ Está pensando qué va a ser de él	➤ Relación objetal pasiva receptiva. ➤ Necesidad de figura significativa que le brinde apoyo.

Lámina 2:

La muchacha va para la escuela. La mamá le está llamando la atención por el muchacho que está en el caballo. Él es el novio. La manda para la escuela y ella en lugar de ir a la escuela, se quedó en el camino hablando con él. La mamá está disgustada.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Muchacha	➤ Estudiante, desobedece a la madre.
➤ Mamá	➤ Disgustada.
➤ Novio	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Madre disgustada porque la hija se queda hablando con el novio en lugar de ir a la escuela.	➤ Representación del superyó en la figura maternal. ➤ Superyó que trata de controlar la descarga libidinal. ➤ Rechazo a la figura maternal.

Lámina 3 NM:

Acá hay una muchacha que está saliendo de la casa; como que tiene algún problema. Está como llorando. Debe ser que la echaron de la casa, le llamaron la atención, y ella se va de la casa.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Llorando.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Muchacha que sale llorando de la casa porque la echaron o porque le llamaron la atención. Se va de la casa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimiento de rechazo y abandono. ➤ Necesidad de apoyo objetal.

Lámina 4:

Esta es la esposa con el esposo. Ella lo está como aconsejando que no se vaya para la calle, y él no le presta atención. Él está mirando como que la cosa no es con él.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Esposa	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Esposo	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella lo está aconsejando que no se vaya para la calle, y él no le presta atención, como que la cosa no es con él.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representación de relación donde no hay mutualidad en los sentimientos o en los puntos de vista de los personajes. ➤ Sentimientos de rechazo. ➤ Dificultad para lograr acercamiento con el objeto.

Lámina 6 NM:

Acá como que están peleando. Como que el hombre le dice algo y ella está brava, también contestando. Pelean por algo que él diría y a ella, no le gustó.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Disgustada.
➤ Él	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Hombre y mujer que pelean por algo que él dijo y que ocasionó el disgusto de ella.	➤ Relación objetal con valencia negativa. ➤ Relación sin mutualidad entre los personajes.

Lámina 7 NM:

Esta es una niña. Como que está en la escuela. La mamá está con el libro haciéndole preguntas. La niña está mirando por allá lejos, no le presta atención a lo que la mamá le está diciendo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ No presta atención.
➤ Mamá	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña que mira lejos, sin prestar atención a las preguntas que está haciéndole la mamá.	➤ Representación de relación con identificación negativa. ➤ Rechazo hacia la figura materna.

CASO 1CSP

IDENTIFICACIÓN: M.E.

Mujer jubilada de 63 años de edad, reside en el Distrito de San Miguelito desde hace 23 años. Es oriunda de la provincia del Darién, en donde vivió con su madre y 13 hermanos, siendo ella la más pequeña.

Describe a su mamá como “una mujer fina, tranquila, con la que se ha llevado bien”. Su padre, vivió un tiempo con ellos y luego abandonó la casa para formar otro hogar, regresa después de muchos años con la madre de la entrevistada. Durante su ausencia, ayudó económicamente en la crianza de sus hijos.

Dice haber tenido buenas relaciones con sus hermanos, “aunque éramos mucho y cada uno andaba por su lado”.

Aproximadamente entre los 12 y 15 años, “yo sentí una sordera; pero mi mamá no le hizo caso. En el último año de escuela secundaria, se me tapó completamente, quedé sorda de ese oído. Me han visto varios doctores, pero no me pudieron operar porque no coincidían en lo que tenía. También fui a Nueva York, y tampoco se pudo hacer nada, no me sale nada. Dicen que había demorado mucho tiempo”.

Se traslada a la ciudad de Panamá para continuar estudios secundarios, se gradúa de Educación para el Hogar. Luego tomó cursos de verano que le permitieron trabajar como maestra de Educación para el Hogar, ocupación a la que se dedicó hasta jubilarse. Dice haberse adaptado al nuevo medio fácilmente.

A los 23 años, a través de una amiga, conoció a un hombre del cual quedó embarazada. Al enterarse de que estaba casado, se separó. “Ella (la amiga) no me dijo que él era casado sino después cuando el daño estaba hecho y ya ¿para qué?”. Se sintió traicionada, tuvo deseos de vengarse, pensando después que esto no serviría de nada.

Duró cuatro años sola hasta que conoció al padre de su segunda hija, manteniendo una relación de cuatro años con él hasta que un día una tía de éste le informó que “tenía otra mujer”. Ella fue a la dirección que le habían proporcionado y allí lo encontró junto a una mujer embarazada. “Ese hombre andaba para todos lados conmigo, yo nunca lo ví con otras mujeres. ¡Y era verdad! Mi hija tiene una hermana que es de su misma edad. Tiene como 10 hijos tirados”. Era capitán de barco. La entrevistada hace énfasis en que le dijo al padre de su hija “¡me vas a mantener a mi pelá!”. Este señor no vivía en la misma casa de la entrevistada, sólo llegaba.

Luego conoce a un señor con el que estuvo unida por 17 años, viviendo ambos en casa de propiedad de M.F. “No quería ocupar el puesto de jefe de la casa: no decía nada con relación a las cosas que sucedían en la casa, así que era yo la que tomaba las decisiones”. Quedó embarazada en tres ocasiones, naciendo así el hijo menor. De los otros dos embarazos, uno llegó a su término, pero la niña nació muerta; y el otro, lo

perdió a los cuatro meses de gestación. Eran unos mellos. “Me dolió mucho, lloré hasta no más”.

Después de un tiempo de convivir con este señor, se entera de que tiene dos hijas. Éstas lo van a buscar a la casa donde vivía con M.E. y es cuando él le dice, por insistencia de ella, que tenía dos hijas..

En ocasiones se iba a trabajar y se quedaba toda la noche: “Yo acepto que los hombres tengan sus caídas, pero no me gustan los chivos, mejor nos separamos”. Terminando de esa forma la relación. Él quiso reanudar la relación, mas M.E. no lo aceptó.

En la actualidad vive con su mamá (103 años), su hijo menor (30 años), la esposa (24 años) y las dos hijas de ambos. La hija mayor ha formado su hogar, aunque la visita constantemente; ha vivido varias épocas en la casa con su esposo. La otra hija vive en Nueva York. Cuando ésta se fue, M.E. lloró mucho, no se adaptaba a la nueva situación. Tuvo que pasar un largo tiempo para acostumbrarse. Le ha mandado al hijo para que se quede con ella por largos periodos para poder trabajar.

M. E. Crió a una sobrina, y era como una hija más; sin embargo hubo una época en que sintió celos de ella, pensaba que su mamá la quería más a ella, situación que se repitió con su hija mayor: “Bueno, ahora ya no soy tu hija, ahora tus hijas son F. y E.” También sucedía que pensaba que su hija y su sobrina querían más a la abuela que a ella: “...ya no me hablas como antes”. Piensa que la madre quiere ser “el punto de atención”.

Al referirse a las relaciones con los hijos percibe las mismas como muy buenas. Consulta con ellos sus decisiones. La hija mayor la aconseja y la orienta. El punto de vista de esta última es muy importante, y por lo general se hacen las cosas como ella dice, pues tiene la razón.

Las relaciones con sus hermanos se pueden catalogar de distantes. No se comunican con M.E. sólo cuando necesitan algo de ella, lo que causa su indignación. Esta situación ha traído roces con la madre ya que ésta considera que M.E. debe ayudarlos. Esto se extiende también a los hijos de la entrevistada quienes en una ocasión echaron a uno de los tíos (favorito de la abuela) de la casa. “Se comía todo, decía que no le gustaba la comida y cuando cobraba, hacía una comida que sólo él podía comer, peleaba con los muchachos, quería venir a imponerse en mi casa”. A los meses volvió a la casa por insistencia de la abuela, hasta que definitivamente M.E. decidió que se fuera “Mi mamá me quería obligar a que lo tuviera allí y le tuve que decir que él también tenía hijos grandes. Mi mamá no parece darse cuenta de que en la casa hay un presupuesto establecido y que si yo lucho, ellos también lo pueden hacer”.

Con la entrevistada vivió, por muchos años, otro de sus hermanos. Con éste mantenía muy buenas relaciones. Era él el que ocupaba el rol de figura paterna con los hijos. Además aportaba dinero para cubrir sus necesidades y las de la madre, ocupándose

de esta última para que M.E. pudiera ir a trabajar. El mismo fue hospitalizado por un problema en la pierna, muriendo al mes. “Me causó gran tristeza. Sentí que perdía al único hermano con el que en realidad mantenía buenas relaciones, y que no abusaba de mí. Me sentí desesperada”.

La entrevistada dice discutir mucho con su madre, a pesar de que ella hace lo posible por complacerla: “Yo llevo a mi mamá en taxi a ver a sus hijos que están buenos y sanos, uno hasta vive al frente de nosotros, y sin embargo, mi mamá es a mí a quien me regaña, me insulta porque dice que yo no quiero que ellos la vean”.

M.E. no se atreve a establecer nuevas relaciones de pareja “por temor a equivocarme, a que me suceda lo mismo, por mi familia. Primero, no encuentro a la persona; segundo, el SIDA”. No siente que ha sido abandonada porque ha sido ella la que ha roto las relaciones.

Siente que sus sentimientos son heridos con facilidad y que es sensible a la crítica dependiendo de quien venga. Prefiere mantener a las personas a distancia, sosteniendo relaciones intensas sólo con su familia. Su problema con el oído ha influido mucho en la forma en que se relaciona con los demás “Mi hija me dice que yo me he ido apartando de la gente”. En la actualidad no hace vida social, a pesar de que M.E. describe que cuando más joven era “fiestera y parrandera”.

Si bien no ha vivido nunca sola (la madre siempre está en casa), se siente sola. “Siento una soledad terrible, mi mamá se pone brava. No sé, pero a veces me da miedo estar solita en la casa, por lo que prendo todas las luces”. Ha ido a restaurantes sola, al cine e incluso a fiestas. M.E. refiere que “... a veces me entra como una melancolía, una tristeza y entonces, me paso el día durmiendo. Quisiera estar en mi casa como durmiendo porque así uno a veces se para con la mente más clara. Yo lo que quiero es estar en mi casa, no busco la calle”.

Siente que su problema auditivo le impide comunicarse con los demás y mantener conversaciones más profundas. Si siente que las personas pueden cambiar, considera positivo que lo hagan para mejorar las cosas. Obtiene lo que desea de los demás a través de la comunicación. Habla alto y a veces con rabia para llamar la atención de los demás.

M.E. ha sido atendida en Psiquiatría “...porque yo siempre he sido una mujer jefe de casa y los problemas me ponían como así...me mandaban para allá y yo iba”. Una de sus hermanas sufre de Alzheimer.

Su primer periodo menstrual fue a los 15 años. No tenía información al respecto: “Cuando me vino, yo me ví y ya. Cuando fui a secundaria fue cuando vine a tener información”. Esta experiencia no provocó en ella ningún sentimiento. Sus periodos eran regulares y sin dolor. No reporta problemas.

A los 46 comienza a tener irregularidades con los periodos menstruales: no venían todos los meses; a los 50 se interrumpió totalmente. Experimentó “unos calores terribles,

sudaderas, me iba quitando la ropa porque me iba entrando una desesperación...yo quería estar tranquila. A veces me sentaba un rato hasta que me pasara, entre 15 ó 20 minutos. Todavía me dan. Me sulfuraba, me sentía irritable”.

Se atendió varias veces con el médico por este síntoma. Fue referida a Psiquiatría, recetándosele unas pastillas porque “me daban ganas de pasear”. No terminó el tratamiento indicado porque el medicamento le daba sueño y aún estaba trabajando. Su hija le aconsejó que viera al médico por sus sofocos e irritabilidad.

Si bien tenía bastante información sobre este proceso y lo veía como normal, cuando comenzaron las calores se decía: “No me gustan estos problemas”.

Esta época coincide con la partida de su hija a Nueva York y con la muerte de uno de sus hermanos, a quien ella quería mucho. Se dieron cambios en sus relaciones de pareja: “el cambio lo noté fue en él. daba la espalda”.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Como un instrumento musical, ¿es ciego? ¿es un niño ciego? El niño se ve como pensativo, como pensando para qué sirve el aparato, el aparato musical. Como si estuviera pensando qué hace con el instrumento ese. Tiene aspecto de tristeza.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño ¿ciego?	➤ Pensativo, triste.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño triste, pensando sobre la utilidad del violín	➤ Dudas sobre el manejo de la relación con el objeto.

Lámina 2:

¿Estudiante?. Una mujer como asombrada. Tiene la mirada fija. Un hombre arriando un caballo. Tiene la mirada fija hacia la mujer ésta (diminuta figura al fondo). Están como en el campo, están como en un lugar lejano. Como parte de la familia, como una escena hogareña. La mujer está distraída (mujer madura), se siente como distraída y aquella (muchacha) como pensativa, muy pensativa, como sola. Y el hombre se ve alegre arriando el caballo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer ¿estudiante?	➤ Asombrada, pensativa
➤ Hombre	➤ Trabajador, alegre
➤ Mujer	➤ No se proporcionan detalles
➤ Mujer	➤ Distraída

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Escena hogareña en la que los personajes actúan por separado	➤ Los personajes están presentes; sin embargo, no hay interacción entre ellos. Cada uno mantiene una actitud pasiva receptiva.

Lámina 3 NM:

Triste, desolada, agobiada; algo le ha pasado. Está llorando, pensando en sus problemas. La han echado de la casa o ha hecho una falta y está apenada, pensando cómo llegar a la casa y no dar la cara.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer	➤ Triste, desolada, agobiada, apenada

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer llorando porque la han echado de la casa.	➤ Sentimiento de rechazo
➤ Mujer llorando porque ha cometido una falta y está apenada pensando cómo llegar a la casa.	➤ Sentimientos de culpa por acto realizado, espera la sanción del superyó.

Lámina 4:

Parecen artistas, ¿no?. Ella aparentemente se ve amorosa ahí. ¿Él está apático? Ella en son de acariciarlo, pero él no le responde, más bien saca el cuerpo. Está distraído, despreocupado, no le interesa ella.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Amorosa
➤ Él	➤ Apático, distraído, despreocupado

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer amorosa trata de acariciar al hombre. Él la rechaza.	➤ Necesidad objetal no satisfecha por figura objetal rechazante (indiferente).

Lámina 6 NM:

Está como asombrada ¿no?, a la vez, muy serena. No tiene control. No le es muy grata la presencia del señor ahí. No parecen ser buenos sus sentimientos. Él quiere sonsacar a la muchacha para acariciarla y ver si consigue lo que quiere.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Muchacha	➤ Asombrada, serena, no tiene control
➤ Señor	➤ Desea sonsacar a la muchacha

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ No le es grata la presencia del señor. No tiene control. El desea acariciarla.	➤ Dificultades para manejar los sentimientos de rechazo. ➤ Temor a la manipulación.

Lámina 7:

Pareciera como si estuviera aconsejando a la hija. La niña está como distraída, como que le estuviera consultando algo que le hubiera sucedido; no se atreve a decirlo, quita la cara. La mamá está preguntándole, como que quiere saber, se ve preocupada.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Hija	➤ Distraída, temerosa
➤ Madre	➤ Preocupada

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Madre aconsejando a hija que no se atreve a decir lo que le pasa	➤ Temor al castigo, al rechazo

CASO 2CSP

IDENTIFICACIÓN: S.O.Q.

Mujer de 54 años de edad, tiene 38 años de residir en el Distrito de San Miguelito en casa propia. Es oriunda de Concepción, Chiriquí. Practica la religión católica. Nivel socioeconómico bajo. Vivió durante su niñez con sus padres, su hermano mayor y una tía (hermana del padre).

S.O.Q. recuerda a su padre, durante su niñez, como una persona cariñosa, preocupada por ella. Era él quien la consentía y le daba los permisos. Mantenían relaciones muy cálidas. Cuando éste tomaba licor, se tornaba agresivo, por lo que la madre, el hermano y ella corrían a esconderse en el rancho, si era de día; y debajo de la cama, si era de noche.

La madre es recordada como la persona que le pegaba por todo, la que siempre la estaba regañando. Siente que la relación con esta figura si bien no fue mala, no fue mejor que con la del padre. Esta relación es recordada como hostil. Sentía que la madre tenía preferencias hacia el hermano.

No tenía buenas relaciones con el hermano quien siempre tuvo un carácter fuerte, igual al de la abuela paterna, sabía lo que quería y lo conseguía. Cuando al hermano le pegaban, ella lloraba; cuando a ella le pegaban, él “buscaba un rejo para que me pegaran más”.

S.O.Q. pasaba gran parte del tiempo con la abuela paterna. La considera la figura más significativa de su niñez. Ésta era muy buena y cariñosa con ella, era como su madre. Era a ella a quien le contaba sus problemas y de quien recibía orientaciones.

Por ser gordita, los otros niños se burlaban de ella, lo que le causaba gran malestar, y en muchas ocasiones, lloró por esto.

S.O.Q. es graduada de modista, pero no se ha dedicado a esto. Sólo cose en ocasiones porque “no es rentable”. Se ha dedicado a las tareas del hogar y a criar a sus hijos. Nunca ha trabajado fuera de su casa.

Mantuvo un noviazgo de cinco años con un joven de su pueblo y quedó embarazada. Se casaron obligados. Vivió algunos años en su tierra natal para luego trasladarse a la ciudad de Panamá, donde se separan al poco tiempo por “mujeriego y tomador”. Esta situación se repitió en tres ocasiones posteriores hasta que la entrevistada decidió romper la relación definitivamente. Su esposo tenía otra compañera con la cual vivía y a la que mantenía igual que a ella.

Antes de la ruptura final, la pareja ya no llevaba una vida sexual común, dormían en recámaras separadas. Esta situación era del conocimiento de los hijos. Hasta la fecha, él ha cumplido con la educación de la hija menor de ambos.

S.O.Q. tiene tres hijos: dos varones de 32 y 27 años, respectivamente, y una mujer de 21 años. El mayor de sus hijos trabaja en Chiriquí, por lo que la mayor parte del tiempo reside en dicha provincia. Tiene un buen trabajo y ayuda a la madre con los gastos de la casa. La entrevistada reporta mantener muy buenas relaciones con este hijo. Fue criado por los padres de S.O.Q. hasta la edad de los doce años, dejándolo bajo su cuidado cuando ella y su esposo se trasladaron a la ciudad de Panamá. Al comunicarle a sus padres el deseo de que su hijo viviera con ella, éstos se disgustaron grandemente, principalmente la mamá, lo que ha traído resentimiento y disgustos entre ambas. “Ella, a pesar de que le he explicado la necesidad de tener a mi hijo conmigo y le he pedido perdón de rodillas por el daño que pude ocasionarles, no me lo perdona, siempre me lo hecha en cara. Un día le dije que me iba a matar para terminar con esta situación, lo que ha hecho que se calme un poco”.

El segundo de los hijos es descrito por S.O.Q. como un hijo rebelde, quien no quiso terminar sus estudios, con problemas de adicción y de salud (tuberculosis). Está unido a una joven con quien ha procreado una hija con problemas de paladar endido. S.O.Q. dice preocuparse mucho por este hijo ya que no sabe lo que quiere, además de que no se deja orientar: “no quiere que me meta en sus cosas, pero cuando está enfermo es a mí a quien llama. Habla de querer matarse, es impulsivo y a pesar de lo serio de su enfermedad, no quiere seguir su tratamiento. Él y su compañera pelean mucho, lo que me desespera porque quisiera que todo fuera bien. Cuando ellos decidieron vivir juntos, mi hijo me preguntó si se iba para la casa de su mujer o para la mía, yo le dije que para la mía. Si al menos siguiera mis consejos..., yo sólo quiero su bien y paz y tranquilidad. esto me desespera”.

Es con la hija menor con quien S.O.Q. reporta tener la mejor de las relaciones “somos como hermanas o amigas, no hay secretos entre nosotras..., ella me conoce.... Me dice que tengo que ser dura y no hacer caso a las cosas, que cada quien debe vivir su vida a su manera”. La misma es estudiante universitaria.

Con la nuera mantiene buenas relaciones, a ella la orienta, la aconseja para que puedan vivir una buena relación. “Creo que la estoy amoldando”. Esta joven, en varias ocasiones ha intentado irse a vivir con sus padres, pero por solicitud de la entrevistada, no lo ha hecho.

La nieta, de 18 meses de edad, es “el centro de mi atención, la cuido y no entiendo por qué sus padres no tienen paciencia con ella, es sólo una beby”. Suele llamarles la atención sobre la forma de atender a la niña.

Ambos padres están vivos en la actualidad. Con su padre mantiene buenas relaciones, sabe que él está allí para ayudarla. Ya no toma bebidas alcohólicas. Sabe que su madre también la ayudará, aunque se siente mejor con su papá, es con él con quien se comunica. “Papá le dice a mamá que hay que ayudar, y ella ayuda”. Las relaciones entre ellos son buenas, viven armoniosamente, a pesar de que a veces tienen sus peleas como

todo el mundo. “Anhelaba tener un hogar como el de mis padres, pero yo iba en contra de la corriente”.

La relación con el hermano no ha sufrido cambios. “No somos unidos, no nos identificamos, somos muy diferentes. Yo lo llamo, pero él a mí, muy pocas veces, sólo para avisarme algo de mis papás”. Ante las discusiones por los deseos de S.O.Q. de esperar cambios en la conducta de su hermano, ésta parece haber desistido de sus propósitos: “Si tú quieres vivir a tu manera, hazlo; yo lo haré a la mía”.

A pesar de que la entrevistada dice haberse sentido bien por la partida definitiva de su esposo, extraña no tener un compañero a su lado que le ayude a resolver los problemas. “Él ha sido el único hombre en mi vida”.

Cuando muere su abuela, S.O.Q. siente una gran pena, la cual ha durado por muchos años. Siente que en parte ella tuvo la culpa de su muerte porque un día antes de que esto sucediera, se había despedido de ella (estaba de visita en el interior) y su abuela le había preguntado: “¿S. cuando vuelves? Ya casi no te veo”. Piensa que su alejamiento causaba pena a la abuela. Ésta muere del corazón.

Prefiere mantener a las personas cerca, “coge confianza rápido”. La mentira y la hipocresía son las cosas que le hacen mantener la distancia con otras personas. Se describe como una persona que se entrega totalmente, pero si la defraudan pierde toda la confianza con esa persona. Rompe relaciones cuando siente que “ya no puedo más” (vecina, cuñada, esposo).

Se ha sentido rechazada por su madre y por una tía: cuando estaba embarazada y con problemas con su esposo, fue a pedirle alojamiento a su madre y ésta se lo negó, pues ella tenía que cargar con su responsabilidad. Sus sentimientos son heridos fácilmente y es sensible a la crítica. Piensa que su destino es estar siempre en la parte perdedora.

Cuando su hijo debe irse para Chiriquí, se siente muy triste, sin embargo, ese sentimiento desaparece. Él se comunica con ella y está consciente que él está bien allá. En muy raras ocasiones ha tenido que vivir sola (cuando tenía problemas con el esposo). Ha ido a comer a restaurantes sola, mas no al cine.

Siente que tiene la facilidad para comprender a los demás y que de igual forma las personas pueden entenderla a ella. Considera que no puede cambiar a otros en su totalidad, pero sí puede orientarlos. Obtiene lo que desea de los demás conversando y suele llorar para que le presten atención. Consulta con sus hijos sobre las decisiones importantes, ya sean éstas de orden económico o de otra índole.

Su primer periodo menstrual lo experimenta a la edad de 14 años. En esa ocasión había viajado a caballo con su padre a otro pueblo y cuando se bajó, estaba manchada. Su padre le compró ropa interior y toallas sanitarias y una señora le explicó. Antes de esto, no había recibido ninguna información sobre el tema. Esta primera experiencia le produjo

sentimientos y sensaciones ambivalentes: por un lado, se sentía triste por haber dejado su niñez atrás, pero por el otro, se “sentía más mujer”.

Sus periodos menstruales fueron regulares e indolorosos; sólo experimentó cólicos después de haber terminado de dar a luz a sus hijos. No tuvo problemas para quedar embarazada.

A los 40 años inicia su proceso de climaterio. Sus periodos menstruales eran irregulares: no se daban todos los meses y eran más abundantes de lo normal. Sufría de “depresiones, dolores de espalda, calores, estaba irritable, lloraba por todo, me sentaba y allí me quedaba pensando, como ida, no deseaba levantarme, ni hacer nada”.

Este periodo coincidió con la separación definitiva de su esposo, enfermedad de los padres (tuvo que trasladarse al interior con sus hijos para cuidar de sus papás), operación para eliminar quiste en los ovarios (en primera instancia pensó que era cáncer). Fue en este periodo cuando experimenta su primera crisis depresiva. Desde entonces asiste a seguimiento psiquiátrico recibiendo tratamiento medicamentoso. También reporta padecer de hipertensión.

Para S.O.Q. la menopausia significaba envejecimiento: “Ya estoy vieja, ya pasó lo mejor de S., ya entré a la vejez, ya la piel se me está arrugando, ya me están saliendo canas.” Ha recibido mucha información por parte de los médicos que la atienden, lo que le ha ayudado a cambiar su actitud hacia este fenómeno.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Es como un niño que puede estar triste o pensando, a lo mejor tenga un problema familiar. Puede ser que no tiene papá o que su papá y su mamá se murieron. O que no puede tener juguetes, lo tienen desamparado, olvidado, no lo quieren.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo, triste, desamparado, olvidado, rechazado
➤ Padres	➤ No se proporcionan detalles

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño triste, pensando por problema familiar	➤ Relación objetal pasivo receptiva.
➤ No tiene papás o éstos murieron.	➤ Pérdida objetal de figuras significativas.
➤ Niño que no puede tener juguetes	➤ Necesidad objetal no satisfecha
➤ Niño que lo tienen desamparado, olvidado, no lo quieren	➤ Necesidad objetal no satisfecha. ➤ Sentimiento de rechazo.

Lámina 2:

Una muchacha va hacia la escuela, está pasando por un campo donde hay alguien trabajando. Hay una señora que está parada pero se ve que no está concentrada ni en la muchacha que está pasando ni en el señor que está trabajando. Quizás la muchacha es como hija de ellos o tiene un problema y les fue a pedir ayuda. Ella siente que la mamá no le ha prestrado atención, no le ha resuelto.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha - hija	➤ Necesitada de ayuda
➤ Señora - madre de la muchacha	➤ Indiferente
➤ Señor - padre de la muchacha	➤ Trabajador

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Señora que no está concentrada ni en joven que pasa ni en hombre trabajando	➤ Indiferencia ante las necesidades de los demás. Representación de figura objetal con valencia negativa.
➤ Muchacha con problemas que pide ayuda a sus padres sin obtener ésta por parte de la madre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesidad objetal - espera ser alimentada por sus padres ➤ Rechazo por parte de la madre, indiferente a sus necesidades ➤ Representación de figura objetal con valencia negativa

Lámina 3 NM:

Una mujer que está tratando de abrir una puerta. Pareciera que estuviera llorando por algún problema. Está abriendo la puerta porque se va o porque le están tocando la puerta y la va a abrir. Siente tristeza, llora por algo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer	➤ Triste

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mujer tratando de abrir una puerta ➤ Mujer que llora por problema, abre la puerta porque se va o porque le están tocando 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deseos de salir de problemas (escape). ➤ Lucha por la independencia de personas significativas o bien de sí misma. ➤ Representación de deseos de que aparezca el objeto bueno y satisfaga su necesidad objetal.

Lámina 4:

La mujer quiere hablar con el señor y el señor la está ignorando. Pueden ser problemas de la casa, de los hijos o íntimos de ellos y él la ignora, la rechaza. Ella toma la iniciativa. No quiere hablar con ella, no quiere afrontar alguna responsabilidad o ha hecho algo de lo que se siente culpable y no quiere afrontarlo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer	➤ Preocupada, ignorada, rechazada.
➤ Hombre	➤ Se siente culpable. No afronta sus responsabilidades.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ La mujer desea hablar con el señor y éste la ignora.	➤ Sentimientos de rechazo. Dificultad para lograr acercamiento con el objeto.
➤ Ha hecho algo que le produce sentimientos de culpa y no quiere afrontarlo.	➤ Expresión de conflicto entre el ello y el superyó

Lámina 6 NM:

Él es el que le está hablando fuerte a ella. Ella es la que ha hecho algo y él le está hablando. La mirada de ella refleja algo como que no es muy buena la conversa.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Él	➤ Representación del superyó que le habla fuerte.
➤ Ella	➤ Culpable

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella ha hecho algo malo y él le habla fuerte	➤ Representación objetal del superyó que censura al Yo.

Lámina 7 NM:

Mamá hablando con una niña. ¿Pero esto es un beby o una muñeca? La mamá la está aconsejando pero ella tiene la carita a un lado. Allí hay algo, aunque ella es muy joven para tener un hijo; puede ser el hermanito, pero tiene la cara hacia un lado como ignorando lo que la mamá le está diciendo. La mamá la está regañando o aconsejando.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niña	➤ Indiferente
➤ Mamá	➤ Representación del superyó
➤ Hijo o hermanito	➤ No se proporcionan detalles

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Madre aconsejando o regañando a hija y ésta la ignora.	➤ Se ignoran las censuras del superyó.

CASO NO. 3

IDENTIFICACIÓN: A.L.

Mujer de 65 años. Vive en el Distrito de Panamá y tiene 26 años en su residencia actual. Nació y se crió en el Distrito Capital junto a su padre, su abuela paterna, su bisabuela y sus dos tíos.

Su padre era el hijo de un señor que provenía de familia con una buena posición social en el país; y su madre, una joven extranjera de clase social más baja. Éste tenía dos hermanos, siendo cada uno de ellos de diferentes padres. La madre de A.L., mujer blanca reconocida por su belleza, era el resultado de la unión de un joven alemán con una joven oriunda de Jamaica. La pareja tuvo dos hijos: el hermano mayor de A.L. y A.L.

A los pocos meses de nacida, el padre de A.L. la lleva donde su madre para que ésta cuidara de ella. La niña era rechazada tanto por su propia madre como también por la familia del abuelo paterno. Estos últimos la rechazaban por su color (era de tez morena), por lo que dudaban de la responsabilidad paterna del joven. La abuela paterna reconoce que esta es su nieta por una mancha familiar que tenía la niña en su cuerpo. A.L. desconoce las razones por las cuales su madre aceptó que su padre la apartara de ella: “simplemente no me quería”. El hermano de A.L. era de tez blanca.

Describe tener una niñez muy feliz, se sentía muy querida por su padre quien era muy cariñoso con ella; por su abuela, quien cuidaba de ella y le ofrecía “amor de madre” (A.L. la llamaba mamá); por su bisabuela y sus tíos. Por ser la niña de la casa, también era la niña consentida. Vivía rodeada de cariño en un ambiente muy tranquilo, y cómodo. No tenía ninguna información de la mamá.

A la edad de 10 años muere la abuela paterna. Recuerda que cuando le anunciaron su muerte tomó un pianito y se puso a tocarlo en una esquina; “corrí detrás del cajón cuando lo sacaron de la casa... sabía que no la iba a ver más”. No puede describir los sentimientos que vivenció en esos momentos, sólo recuerda mucha tristeza. “Desde ese momento comenzaron mis páramos”.

Queda bajo la responsabilidad de su bisabuela y sus tíos, ya que al poco tiempo su papá se casa con una señora con la cual tuvo tres hijas. A la edad de los 15 años, muere la bisabuela. A.L. sintió mucha tristeza “Ya me quedé sola de verdad, desamparada”.

El padre la lleva a vivir con su nueva familia quedándose allí aproximadamente un año (vivían en un apartamento dos pisos arriba de donde vivía la madre de A.L, su hermano mayor y el esposo de la madre). No logró tener buenas relaciones con sus hermanas: “nuestras relaciones eran distantes por su edad y porque yo no me sentía aceptada por ellas”. Luego de este tiempo, el padre la lleva donde su mamá y ésta la lleva inmediatamente donde su abuela materna viviendo con ésta y unos primos hasta la edad de los 20 años. Habla de esta época con agrado: “eran muy unidos y éramos varios

primos y primas, todos adolescentes, no me sentía sola y podía compartir con ellos mis experiencias”.

Los recuerdos que tiene de su madre durante la infancia no son muy buenos: “No me sentía querida por mi mamá. Fue mi peor enemiga. Si me veía en la calle, me correteaba, insultándome”. De igual manera recuerda las relaciones con su hermano mayor: “cuando me veía me correteaba para pegarme. Esto era aprobado por mi mamá. A ambos les tenía terror”.

Estudió modistería, obteniendo el título. También estudió secretariado, le faltaba sólo un mes para graduarse, cuando se retiró por estar embarazada. Los estudios de secretariado los realizaba a la par que trabajaba. Laboró en uno de los comisariatos de la Zona del Canal de donde fue despedida por su embarazo.

Viviendo con su abuela materna con quien mantuvo buenas relaciones “ella se preocupaba por mí”, conoció a un amigo del primo. Se enamoraron y quedó embarazada. Se casan obligados, pues el joven no quería hacerlo. No tenían donde vivir y A.L. le solicita apoyo a su mamá, negando ésta cualquier tipo de ayuda. Es la abuela materna quien le reitera nuevamente hospedaje hasta que nace el niño. Después, ella y su compañero consiguen donde vivir.

Esta relación de pareja dura 25 años. Tuvieron siete hijos. A pesar de que ella “lo adoraba”, A.L. refiere que nunca se llevaron bien, peleaban, dándose situaciones de maltrato físico cuando se embriagaba. Se separaron cuando la entrevistada se entera de que su esposo tenía una joven embarazada. Hasta la fecha, “no le perdono lo que me hizo, me trató muy mal, no me lo merecía”. Este señor era de tez muy blanca. Fue criado por su abuela materna, ya que su madre murió a los tres meses de éste nacer. Su padre nunca se ocupó de él.

Siendo una mujer adulta, su madre le pide que cuide de un niño que “dicen que era hijo del esposo de mi mamá. Tenía la misma edad de mi hijo más pequeño”. A.L. cria al niño y después, cuando el niño cumplió 10 años, su madre se lo pidió. Esto ocasionó una larga disputa entre madre e hija hasta que esta última cedió. A los pocos meses, el niño muere atropellado cuando hacía unos mandados con la madre de la entrevistada. Tanto la separación como la muerte del niño produjo en A.L. gran dolor y resentimiento hacia la madre.

Después de un tiempo, la madre le pide que la aloje junto con su esposo en su casa. Durante este periodo, “llevamos buenas relaciones”. Una vez que ésta se marchó, se mantienen las mismas relaciones, aunque un poco distantes. Al morir el esposo de su madre y ésta enfermar, A.L. la lleva a vivir a su casa donde cuida de ella hasta su muerte. Tiene 10 años de muerta. Las relaciones durante esta época no fueron muy buenas, peleaban mucho y L.A. le recriminaba su rechazo cuando pequeña: “Tú nunca me quisiste a mí, al que adorabas era a mi hermano”. A pesar de esto, para A.L. “era importante entrar a la casa y verla sentada en la sala”.

La entrevistada guarda grandes resentimientos contra su madre: “A mi mamá nunca la ví en mi niñez, no puedo decir que ella me besó o me abrazó; si mi madre hubiera sido otra cosa conmigo, yo hubiera sido otra cosa”. Sin embargo, el resentimiento más grande que guarda contra ella es la duda de quién fue su verdadero padre. La madre comentó en una ocasión que A.L. no era la hija de quien ella creía y reconocía como su padre. Antes de que su madre muriera se lo cuestionó, sin obtener respuesta de la misma. Considera que de ser cierto, era un secreto que debía llevarse a la tumba por el bien de ambas. De no ser así, piensa que era otra agresión de la madre contra ella. “Esa es una prueba más de que nunca me quizo”.

El padre de A.L. muere cuando ésta tenía 19 años y cuatro meses de embarazo de su primer hijo. Lo vió muerto en el hospital pero no fue al entierro por la presencia de los familiares por quienes se sentía rechazada. Murió de tuberculosis. A.L. dice haber sentido mucho dolor (llora durante la entrevista). Al reflexionar sobre la muerte de sus padres A.L. dice: “Cuando murió mi madre, sólo lloré por un momento; dolió, pero no más que cuando murió mi padre”.

A.L. estableció otra relación de pareja que duró aproximadamente 10 años. Peleaban constantemente por los problemas de adicción hacia las bebidas alcohólicas que éste presentaba. En estas discusiones, A.L. solía compararlo con su anterior esposo: “tú no le llegas ni a la patas a ...” Esta relación termina cuando se entera de que al igual que su esposo, éste mantenía relaciones con una joven.

En la actualidad, A.L. vive con uno de sus hijos. Éste, por lo general, sólo llega a dormir. Siente gran preocupación por este hijo, pues, con sus 46 años de vida, aún no logra una estabilidad ni económica ni sentimental (tiene dos divorcios). Lo ayuda tanto, que en ocasiones prefiere quedarse sin nada para ella por dárselo a él. Su cheque no le viene completo debido a un préstamo que ella hizo para él. El resto de los hijos son los que prácticamente la mantienen. Considera que fue una madre muy preocupada por el bienestar de sus hijos, pero muy reseca afectivamente.

A.L. no ha buscado más la relación con los familiares de su padre, ni por el lado materno ni por el paterno. No sabe que habrá sido de ellos. Esto sucede igualmente con sus hermanas, a quienes no ve desde que salió de la casa de su padre. Ha roto todo tipo de relación con su hermano.

Se siente muy sola. En ocasiones no quiere ni pararse, no quiere comer y cualquier enfermedad la atormenta. Está muy preocupada por su salud. Ha tenido que asistir al médico, no le ha encontrado ninguna enfermedad que produzca sus malestares. Esta situación se ha dado en varias ocasiones durante su adultez tardía.

A.L. dice preferir las relaciones intensas, aunque sólo las logra con algunas personas de su mismo nivel, con sus hijos, nueras y nietos. Le es difícil aproximarse a las personas. Es muy desconfiada; tiene miedo a ser rechazada, por lo que prefiere apartarse antes de que la hieran. Es muy fácil herir sus sentimientos y es muy sensible a la crítica. Siente

que ha sido rechazada muchas veces en su vida: madre, familia, hermano, compañeros, amiga que consideraba casi su hermana... Tiende a apartarse totalmente de estas personas o a reemplazarlas, en forma de venganza.

Nunca ha estado realmente sola, porque alguno de los hijos la ha acompañado, aunque sea sólo para dormir. Cuando se ausentan A.L. no puede dormir.

Piensa que si la gente cambiara (su madre, su esposo, sus hijos) las cosas estarían o hubieran sido mejores. Cree que su forma de pensar es la correcta. Se siente bien cuando sus hijos u otras personas hacen lo que ella les aconsejó. “Aunque mis hijos hacen su vida, y dicen que no me meta, yo estoy allí para ayudarlos, principalmente al que vive conmigo”. Dice ser ella la que maneja las cosas en su hogar.

Tenía 15 años cuando experimentó su primer periodo menstrual. No tenía información al respecto, por lo que lloró, se sintió muy asustada, no sabía lo que le pasaba. Fue su abuela materna la que luego le explicó. Una vez informada de que esto era un proceso natural y que implicaba que ya era una señorita, se sintió bien “...sentía que era una muchacha grande. Ví los cambios que se producían en mi cuerpo...”. Sus periodos fueron regulares, y sólo en algunas ocasiones sintió cólicos.

A los 48 años dejó de menstruar. Refiere haber sentido “unos calores que me subían de los pies hacia arriba”. Se enfermó de hongos en los pies. Se sentía nerviosa, irritable; en ocasiones, no quería ni pararse de la cama, se sentía triste, cansada. Fue al médico, éste le dio unas pastillas “que me hacían dormir”. Poco a poco, los síntomas fueron desapareciendo.

A los 50 años experimenta un nuevo periodo menstrual. “Me puse histérica, lloraba, estaba angustiada porque creía que era un cáncer. Al médico explicarme que esto era normal, me calmé”. Ese fue su último periodo menstrual.

Al llegar la menopausia pensó que esto afectaría su rendimiento sexual “ya se me quitó y no voy a servir para nada”. Había escuchado que “uno se enfermaba, que los calores eran horribles, que ya no servían en la cama”. Esto le preocupaba.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Yo veo a este niño como triste. Está viendo como un violín, como que él quisiera tocarlo y no puede, porque no tiene imaginación de cómo hacerlo, ni para quien hacerlo; quisiera que le enseñaran. Él piensa que si lo llegara a tocar, sería un buen violinista, que él podría dar hasta conciertos con ese violín, que podría llegar a ser hasta un maestro del violín.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Triste

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño que desea tocar el violín y no sabe cómo hacerlo ni para quién hacerlo. Quisiera que le enseñaran.	➤ Deseos de acercamiento hacia el objeto. Miedo a no saber tratar al objeto, y ser rechazado si no lo hace correctamente. ➤ Solicitud de apoyo afectivo.
➤ Si lo llegara a tocar sería un gran violinista, un maestro del violín.	➤ Si supera lo que no permite la relación con el objeto, lograría identificarse con él, lo podría manejar.

Lámina 2:

Esta es una joven que parece que va para la escuela, que vive como en un pueblo. Aquí hay una mujer que está parada viendo el firmamento, viendo qué puede hacer; y un joven al pie de un caballo como queriendo montarlo y viendo el horizonte. Son gente de un mismo pueblo que quieren surgir, hacer de ellos mismos algo, y de su pueblo también. Ella piensa terminar su escuela para levantar su pueblo.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Joven estudiante	➤ Deseos de superación
➤ Mujer	➤ Soñadora
➤ Joven	➤ Soñador

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Gente de un mismo lugar con deseos comunes	➤ Identificación de todos las figuras ➤ Manejo mágico de deseos de superación. ➤ Relación objetal pasiva receptiva

Lámina 3 NM:

Esta es una joven que viene llegando de algún lado, y cuando abre la puerta ve algo que ha sucedido en su casa y ella llora y piensa que si hubiera estado allí, hubiera evitado cualquier problema que ha sucedido. (¿?) Les golpearon, les robaron, y piensa que si hubiera estado allí, hubiera evitado esos problemas.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Joven	➤ Mujer llorando porque han golpeado a su familia

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Lloro por no haber evitado maltrato a su familia.	➤ Sentimiento de culpa ➤ Sentimiento de omnipotencia

Lámina 4:

Ellos son novios o esposos, y entre los dos ha sucedido algo, y ella le está pidiendo a él que le dé una oportunidad para seguir haciendo su vida, pero él no está de acuerdo con eso, él como que la desprecia, él quiere irse. Él le da a entender a ella como que tiene algo que está influyendo en la manera como él se está comportando. Él se va a ir y la va a dejar. Ella está angustiada porque piensa que él la va a dejar y le dice que no se vaya, que las cosas van a cambiar.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Suplicante, angustiada ante la posible partida del compañero.
➤ El	➤ Despreciativo, rechazante

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer suplicando para que el compañero no la abandone.	➤ Ansiedad ante la amenaza de abandono.
➤ Hay algo que influye en la manera en que se comporta. Ella pide que no se vaya, que las cosas van a cambiar.	➤ Representación del sí mismo malo que realiza actos que hacen que el compañero la rechace.

Lámina 6 NM:

Pueden ser esposos, como una familia que les está pasando algo y ellos están hablando sobre lo que les está sucediendo para ver si pudieran arreglarlo entre los dos. Pero ella como que no entra por eso. La manera en que ella lo está mirando le está diciendo que ella le está reclamando, como que ella se hubiera dado cuenta de algo que él tiene afuera y ella le reclama y él le dice que no, que no es así. Ella está angustiada porque la están sustituyendo por otra y él se está negando, que eso no es, que él no la puede dejar a ella. Él le está mintiendo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Esposa	➤ Angustiada
➤ Esposo	➤ Suplicante, infiel

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Esposo que trata de convencer a la esposa de que no le ha sido infiel.	➤ Relación objetal manipuladora. ➤ Infiel a los sentimientos de la esposa.
➤ Angustiada porque la están sustituyendo.	➤ Temor a desaparecer del mundo del esposo. ➤ Representación del sí mismo malo que no puede mantener la relación con el objeto.

Lámina 7 NM:

Esta niña está con su mamita; y su mamita le está leyendo algo y ella no le está haciendo caso. Tiene como un muñeco. Está entretenida viendo otra cosa. La niña está como disgustada. Su mamá se siente como preocupada.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Hija	➤ Distraída, disgustada.
➤ Madre	➤ Preocupada

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Madre que lee libro a la hija y ella no le hace caso.	➤ Actitud de rechazo hacia la figura materna.
➤ Madre preocupada por actitud de la hija.	➤ Deseos de acercamiento con la hija. ➤ Sentimiento de rechazo por parte de la hija.

CASO NO. 4

IDENTIFICACIÓN: P. R.

Mujer de 60 años, vive en el Distrito de San Miguelito desde hace 33 años. Practica la religión católica y asiste al programa para diabéticos de la Policlínica del Seguro Social.

Oriunda del Valle de Antón, su familia estaba conformada por sus padres y cinco (5) hermanos: dos varones y tres mujeres, siendo P.R. una de las más pequeñas; el hermano mayor no vivía con ellos.

P.R. describe a su padre como cariñoso, trabajador, nunca le pegó; a su madre, como la que “siempre me pegaba. Todo lo que mi hermano decía, ella se lo creía. Nunca me dio cariño. Prefería a mi hermano”.

Mantén buenas relaciones con sus hermanos, con excepción del hermano mayor que vivía en casa, ya que éste la maltrataba con golpes con el apoyo de la madre: “más debió darle...”. El otro hermano la defendía, pero por no vivir junto con ellos, sólo la protegía cuando llegaba y veía a su hermana golpeada.

P.R. recuerda a una tía paterna a la que quería mucho y de la cual guarda sus mejores recuerdos. Sentía que esta tía le mostraba mucho cariño y se preocupaba por ella, más no podía ayudarla, porque vivían muy distante, y además, su madre no lo permitía.

Ante la situación de maltrato, P.R. comunica a sus padres su deseo de trabajar: Era una forma de liberarse de su hermano. Para ese entonces, pensaba “ya que no tengo el apoyo de mi mamá y de mi papá, ¿qué hago aquí?”. Es así como a los 11 años viaja con una familia a Panamá para trabajar como empleada doméstica.

P.R. no terminó sus estudios primarios, situación que causó gran pesar en ella, ya que la familia con la que se trasladó a Panamá se había comprometido a apoyarla para que terminara sus estudios, pero sólo la matricularon en un curso de costura por tres meses. Se mantuvo con esta familia durante un año, trabajando luego en otras casas de familia, periodo durante el cual con sus propios esfuerzos, asiste a tres seminarios avanzados de costura. Una vez finalizados los mismos, comienza a trabajar en fábricas donde se confeccionaba ropa. Allí, se mantiene trabajando hasta el nacimiento de su nieta. En la actualidad se dedica a coser para quienes se lo soliciten.

Tiene seis hijos producto de su relación con un señor con el cual convivía. Se separó de él cuando la hija mayor tenía siete años debido a que éste se ausentaba por temporadas de la casa (seis o siete meses), y luego regresaba para ser recibido “como si no hubiese sucedido nada”. Fue ella quien no lo dejó entrar más a la casa. Toma esta decisión cuando un familiar le aconseja que lo haga para ver si hay algún cambio, aunque éste no se da, rompiéndose todo tipo de relación, incluso con los hijos. P.R. no profundiza en este tema.

P.R. vive en la actualidad con la más pequeña de las hijas de 29 años, la mayor de ellas de 37 años y los cuatro hijos de esta última. El resto de los hijos han formado sus propias familias. Uno de ellos es pastor de una iglesia y vive en Chiriquí. Se siente querida por ellos, siente que ellos la protegen y están al tanto de sus necesidades. Mantiene buenas relaciones.

Dice regañar mucho a las nietas porque éstas no “hacen caso, no hacen las cosas como deberían”, lo que trae el disgusto de P.R. “Yo les digo que yo a los once años tenía que valerme por mí misma, trabajar... ¿por qué ellas no lo pueden hacer?”. Siente que sus nietas desean no vivir con ella.

Cuando adulta, las relaciones con sus padres se mantuvieron iguales hasta la muerte de éstos, manteniéndose las buenas relaciones con sus hermanos, y las relaciones hostiles con el hermano que la maltrataba: problemas de propiedad de tierras, que al final fueron cedidas por P.R. a su hermano para evitar más confrontaciones.

Al referirse a la muerte de sus progenitores, P.R. dice haber sentido mucho pesar al morir su padre, reportando este suceso como de gran dolor y el cual ha perdurado por mucho tiempo. En esta época, una de las hijas viaja a Estados Unidos, lo que provoca que viva esta pérdida con mayor desolación: “me sentía sola, abandonada, me costó mucho”. Al morir la madre: “lo tomé con más tranquilidad”. La madre muere antes que el padre. La muerte de la tía paterna, que le había brindado cariño, también fue muy resentida por la entrevistada: “Me quería mucho, sus hijas estaban celosas de mí. Cuando estaba muriendo, me mandó a llamar...”.

P.R. prefiere las relaciones a distancia, sólo con sus hijos mantiene relaciones íntimas, profundas. Considera que “nadie es amigo de nadie. Siempre le digo a mis hijas que uno no le cuenta las cosas a las amigas o amigos, uno no tiene amigos, para eso estoy yo, tu mamá...” No tiene problemas con los vecinos; sin embargo, las relaciones que mantiene con ellos son cordiales (saludos), no los visita ni la visitan a ella. No tiene dificultades para aproximarse a las personas.

Sus sentimientos son heridos con facilidad, y es “algo” sensible a la crítica. Siente que ha sido muy herida: madre, hermano, compañero, y que le ha tocado estar en el lado perdedor de la vida.

No ha tenido que vivir sola, siempre ha estado con alguien, sin embargo, sí se ha sentido muy sola. Nunca ha ido a un restaurante o al cine sola. Piensa que si las personas cambiaran, las cosas mejorarían, aunque “cada uno piensa a su manera”. Las decisiones en casa son tomadas por ella y su hija mayor.

Experimenta su primer periodo menstrual a los 11 años; se traslada para ese entonces a Panamá. Tenía muy poca información. Una señora mayor que trabajaba en la misma casa de familia fue quien la ayudó, explicándole sobre lo que le sucedía. Recuerda que se sintió asustada, sin saber qué hacer y pensaba: “Ya no soy una niña,

¿qué irá a ser de mi sin papá ni mamá?. Sus periodos menstruales fueron regulares e indoloros.

No tuvo problemas para quedar embarazada; sin embargo, reporta un aborto a la edad de 20 años. Estuvo hospitalizada cinco días. Ésta fue una pérdida muy dolorosa para P.R.

Inició su proceso de menopausia a los 47 años. Desaparecen sus periodos menstruales a los 50. Durante este tiempo dice haberse sentido desganada, sin deseos de realizar sus tareas diarias, triste, muy irritable, todo le molestaba, se sentía nerviosa, angustiada, además se iniciaron sus problemas con la presión emotiva, razón por la cual fue referida al psicólogo; no asistió porque se le fueron pasando los síntomas.

Reporta no haber tenido información sobre el climaterio, sólo sabía que se trataba de “calores”.

Esta época coincide con la muerte de su tía y la de su papá, al igual que la partida de su hija a Estados Unidos. P.R. piensa que con la menopausia la mujer pierde algo de ella: “...no somos las mismas, todo va cambiando”.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Este es un niño como pensando, triste, no tiene qué comer, tiene hambre, está solo. ¿Cómo voy a hacer para comer, para tener mis cosas si no tengo a nadie? Si no tiene a nadie, imagínese cómo le irá, si a pesar de que los niños que tienen mamá andan en drogas y en pandillas, etc.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Triste, solo, pensando que hacer para comer, tiene hambre.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño con hambre que no tiene a quien recurrir para satisfacer sus necesidades.	➤ Hambre objetal.

Lámina 2:

Esta es una joven que está estudiando. Este es como si fuera el papá. Esta es una hortaliza que está trabajando el papá. La mamá está viendo el trabajo. Tienen su hogar. Es diferente porque tienen su casa, trabajan, se debe sentir (la mamá) diferente, tranquila, porque no está sola.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Joven	➤ No se proporcionan detalles
➤ Papá	➤ Trabajador
➤ Mamá	➤ Tranquila

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Familia en donde sus miembros están llevando a cabo sus funciones.	➤ Identificación entre los personajes de valencia positiva.

Lámina 3 NM:

Como si estuviera llorando, triste. Bueno, no le veo la cara pero tiene que sentir de todo: tristeza, depresión... está pensando. Está sola, no tiene quien la ayude, no tendrá donde vivir, tiene muchos problemas.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer	➤ Mujer sola, desamparada con muchos problemas.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer sola, no tiene quien la ayude.	➤ Hambre objetal.

Lámina 4:

¡Ah!, Estos si están felices. Se llevan bien porque los dos se ven con semblante de felicidad. Es como una pareja joven que está pensando cómo realizar su vida, todo lo que les espera. Para tener un futuro bueno no deben tener muchos hijos. Piensan en ser una familia feliz, unida, con hijos y su hogar y todo lo que sea felicidad a su alrededor.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Pareja joven	➤ Felices, programando su futuro.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Pareja que se lleva bien con semblante de felicidad.	➤ Identificación con valencia positiva.

Lámina 6 NM:

A ella no se le ve cara de alegría sino como que ya aquí comienzan a tener problemas, como que no funciona el matrimonio; porque cuando no funciona el matrimonio, empiezan las discusiones: uno opina una cosa, el otro piensa de forma diferente y ya cuando uno se lleva bien con la pareja, comienzan los problemas en casa.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Esposa	➤ Triste
➤ Esposo	➤ No se proporcionan detalles

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer cuyo matrimonio no funciona.	➤ Temor al abandono

Lámina 7NM:

Aquí no está el papá. Está la señora con su hija y su perrito y están pensando qué van a hacer sin el papá, porque él es el principal y no está. ¿Qué será de nosotras si no tenemos quien nos ayude? ¿Cómo vamos a sobrevivir?

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Hija	➤ Preocupada
➤ Madre	➤ Preocupada
➤ Padre	➤ Ausente. No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Madre e hija pensando qué van a hacer sin el papá.	➤ Hambre objetal. ➤ Identificación, posible fantasía de fusión de la madre con la hija.

CASO 5CSP

IDENTIFICACIÓN: J.C.

Mujer de 47 años de edad, tiene 18 años de vivir en su residencia actual ubicada en el Distrito de Panamá. Comparte la misma con tres de sus cuatro hijos (un varón, tres mujeres) y dos nietos.

Nació en un campo de la provincia de Chiriquí, en donde sólo había escuela primaria. Estudiante de cuadro de honor, con promedio de 4.9, dice sentirse frustrada por no haber podido continuar sus estudios secundarios. La situación económica, pero sobre todo, la oposición del padre por considerar “que si venía a estudiar, se iba a enamorar”, no permite que ésta viaje a la ciudad de David o a la de Panamá. “Me dolió, pero lo acepté”.

A los tres meses de haber nacido, muere su madre. “No la conocí”. “No la extraño porque para mí, mi abuela fue mi madre”. Se observó que el recuerdo de la madre no provocaba resonancia afectiva en la entrevistada.

Describe a la abuela como una mujer que era muy cariñosa con ella, “se preocupaba por mis cosas, era mi confidente, ella siempre estuvo conmigo”. Cataloga esta relación como muy íntima, cálida.

El padre es percibido por J. C. como un hombre cariñoso y trabajador, preocupado por su bienestar. Tenían una buena relación pero no era “tan cercana como con mi abuela”. El padre se casa nuevamente temiendo que su madre, quien sufría de epilepsia, muriera y no hubiera nadie que cuidara de J. C. Éste trae a su nueva esposa a vivir con ellos. Ante esta situación, la actitud de la entrevistada es de aceptación, conformidad.

De esta nueva unión nacen 14 hijos, conformando de esta manera una familia numerosa. J. C., como la mayor de las hermanas, ayuda en el cuidado de los más pequeños. Relata haber mantenido buenas relaciones con sus hermanos, aunque “yo tenía la necesidad de tener una hermanita para jugar”. Ésta no llegó hasta cuando J. C. era una adolescente, por lo que su deseo no se hizo realidad. Para jugar, tenía dos alternativas: “o jugaba sola, por lo general, de tienda, o jugaba con mis hermanos sus juegos; cuando jugaba sola, mis hermanos me tumbaban la tienda”.

A pesar de lo numerosa que era la familia, J. C. describe el ambiente de la misma como “tranquilo, había ese sentimiento de familia”. La relación del padre con la madrastra “era normal”.

La entrevistada tiene dos hermanos por parte de madre. Uno de ellos murió a la edad de 23 años. La relación con ambos, aunque vivían alejados, eran percibidas como buenas. “Nos sentíamos como hermanos”.

Conoce a un joven con el que se une y tiene tres hijos. A los 23 años vino junto a su compañero y sus hijos a la ciudad de Panamá, “buscando comodidad para mis hijos, un

mejor futuro, mayores posibilidades de estudio". Mantenía buenas relaciones con su pareja, "nos llevábamos bien, nos entendíamos y éramos muy luchadores, sobre todo él, pero yo no lo quería". Ella decide irse de la casa y dejarlo después de enterarse que éste "andaba con otra muchacha". J. C. no habla mucho sobre esta relación, sólo dice no haberlo sentido porque "más que como compañero, lo quería como amigo. Teníamos derecho a hacer nuestras vidas. Le dejé el camino libre".

Luego conoce a un hombre casado con el que establece una relación que se mantiene en la actualidad. La misma tiene alrededor de 20 años. J. C. cataloga esta unión como "intensa, yo vivía para él". No le pidió que se separara de su esposa porque los hijos de aquella, aún estaban muy pequeños.

Este señor además mantenía relaciones con otras mujeres, lo que ocasionaba el disgusto y sufrimiento de J. C. "Yo peleaba, lloraba, hasta lo fui a buscar en varias ocasiones donde sabía que él estaba, o yo misma lo veía con otras mujeres en su carro. En esas ocasiones, cuando yo le reclamaba, él se enfurecía y me insultaba delante de ellas". De igual forma, en muchas ocasiones, la dejó vestida, prometiéndole que iban a salir a bailar o a cenar, y no llegaba. A pesar de esto, ella "todo se lo perdonaba, porque lo quería". "Me dejaba plantada, yo le reclamaba y después todo pasaba, hasta la próxima vez".

J. C. tiene una hija de esta unión. La misma tiene una niña pequeña y fue abandonada por su pareja por sufrir de fiebre reumática. Su enfermedad le causa deformidades que dificultan su movilización y la atención de su hija, por lo que vive junto a su madre y hermanos. Necesita de cuidados especiales y de constante atención médica. Los hijos de la entrevistada reconocen como padre al compañero de ésta.

La entrevistada habla muy poco de la relación con los hijos. Nos dice que sus relaciones son "buenas, como cualquier otra familia. Tengo buena comunicación con ellos". Tres de sus cuatro hijos viven aún en la casa materna.

J. C., en la actualidad, mantiene buenas relaciones con sus hermanos y su padre. "Cuando vienen a Panamá, me visitan o me llaman. Mis hijos y yo también vamos allá. Me quieren y me respetan. Yo soy su hermana mayor". Igualmente reporta mantener buenas relaciones con su hermano materno "para él yo soy su única hermana". El otro hermano murió.

En cuanto a su abuela, ésta murió hace ocho años, a los 92 años. "Yo no podía hablar de ella porque era llanto. Estuve así por aproximadamente dos o tres años. Aún lloro cuando la recuerdo, aunque menos. Ya puedo ver la foto de ella que tengo en la sala de mi casa, y no lloro".

Ha laborado en algunos almacenes, supermercados y restaurantes atendiendo al público. En la actualidad trabaja de salonera en un restaurante en donde no se siente satisfecha ya que debe atender ella sola a toda la clientela y se siente alterada con la forma

en que hablan sus jefes “gritan en lugar de hablar”. Espera terminar su contrato para buscar un nuevo trabajo, porque le gusta manejar su propio dinero.

Prefiere no intimidar con las personas. “No le cuento bien mis cosas a nadie”. Sólo tiene una amiga a la que tampoco le cuenta todo. Tiene dificultades para aproximarse a las personas. Prefiere mantenerse callada. No siente que la gente la rechace, “soy yo misma la que rechazo a los demás. Sólo mi compañero me rechazaba”. Cualquier comentario de alguna persona que aprecie, la afecta.

No siente estar en la parte perdedora, aunque se ha sentido muy herida por su compañero. En estas ocasiones buscaba otros compañeros como forma de vengarse. Siente que puede comprender a los demás, pero no todos la entienden a ella.

No soporta la soledad. Nunca ha vivido sola ni lo ha deseado. No ha visitado restaurantes sola, ni ha ido sola al cine. “Cuando estaba bien con mi compañero, me sentía mal cuando él se tenía que ir con su esposa, porque estaba a medias conmigo”. Cuando sus hijos se ausentan, se adapta rápidamente a la situación. Igual que cuando era pequeña, podía apartarse de su padre sin temor alguno.

Ella maneja el presupuesto de su casa y toma las decisiones importantes; su compañero ayuda económicamente. Él es quien ha ayudado en la crianza de los hijos de J. C. y de la hija que tienen en común. Ha sido él, quien los llevaba a los diferentes lugares donde debían movilizarse.

La única hospitalización que reporta fue durante su infancia, cuando se quebró un brazo. Tenía 14 años y se quedó en el hospital por mes y medio. “Me sentía muy triste y sola. Sólo mi papá me visitaba ya que fui hospitalizada en David; mi familia vivía muy lejos”.

J. C. sufre de hipertensión arterial. En la actualidad, recibe terapia para rehabilitar parte de su cuerpo que se vio afectado por un derrame cerebral leve; en ocasiones, siente que “la pierna le flaquea”. Igualmente, presenta dolores en las articulaciones; sin embargo, los doctores no encuentran el origen de estos malestares a pesar de que se le han hecho todas las pruebas. No reporta antecedentes psiquiátricos.

Experimenta su primer periodo menstrual a los nueve años. No tenía información al respecto. Se asustó mucho, rompiendo en llanto pues no sabía lo que le sucedía. La situación sorprendió a todos por su corta edad. La abuela le explica. Después de este primer periodo pasaron tres meses sin que éste regresara. Este tiempo “me ayudó a prepararme para cuando el periodo regresó”. Su miedo había cambiado a alegría, orgullo: “Me sentía bien porque me consideraba una mujercita. Recuerdo que mi papá decía ¡Qué gran mujer!”. Sus periodos menstruales fueron regulares y dolorosos.

No presentó dificultades para quedar embarazada. Refiere que durante estos periodos “le cogía rabia a la persona que estaba más cerca de mí” (hermana, amiga). “Sentía odio, no las quería ni ver. Cuando pasaba el embarazo, todo pasaba”.

A los 45 años inicia su proceso climatérico. Experimenta muchos malestares: “fuertes cólicos, sangrados abundantes, dolores de cabeza, me sentía enferma, como si me fuera a desmayar, no tenía deseos de hacer nada, me arreglaba mecánicamente, no tenía ilusión, no podía dormir, por todo gritaba y por todo lloraba”. Además le salieron vejigas en las manos y se quejaba de dolores en las articulaciones.

Visita a ginecólogos, dermatólogos, reumatólogos. Todos parecen coincidir en que los malestares son producto del proceso menopáusico, demostrándose los bajos niveles de estrógenos, a través de exámenes. A los 46 años, experimenta su último periodo menstrual. Se le proporciona terapia de reemplazo hormonal. Sin embargo, los malestares aún continúan, por lo que ella solicita cita con un psicólogo. Es durante una de estas visitas que acepta participar de esta investigación.

No tenía mucha información sobre la menopausia. Ahora considera que con la menopausia, todo ha cambiado. “Antes tenía ilusión para arreglarme, ahora me da igual. Todo ha cambiado, antes no era así, es el envejecimiento”. La menopausia para J. C., tal y como ella lo refiere, sólo le ha traído enfermedades, por lo que no tiene una actitud positiva hacia la misma. El derrame cerebral sufrido hace tres meses, aumenta esta percepción.

Las relaciones con su compañero también han sufrido cambios con la llegada de la menopausia: “Comencé a sentir rabia contra él, no quiero saber nada de él, no quiero verlo, que no me hable, ni que me toque, no quiero estar con él”. La actitud de él es de “paciencia”, ya que a la esposa le pasó algo parecido. “Él sabe que es la menopausia lo que causa este distanciamiento”. Ella espera, que al igual que con sus embarazos, vuelva a la normalidad, una vez termine el ciclo.

Durante su climaterio no se han dado muertes, ni traumas o sucesos fuera de lo común, ni ha partido alguno de sus hijos del hogar.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Él está tratando, como que quiere tocar o algo así, está pensativo. Está pensando cómo va a tocar el violín. Es un niño, está pensando que le gustaría ser músico. Parece un niño triste, como que el escape es el violín, es un entretenimiento. Se siente solo. Puede que aunque tenga su familia, se siente triste, no tiene hermanitos para jugar.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo, triste, solo

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño que está pensando cómo tocar el violín.	➤ Deseos de acercarse al objeto. ➤ Solicitud de apoyo afectivo.
➤ Está pensando que le gustaría ser músico.	➤ Buscando la identidad del yo.
➤ Niño triste cuyo escape, entretenimiento, es el violín.	➤ Sentimiento de soledad. ➤ Necesidad de apoyo afectivo. ➤ Hambre objetal.
➤ Niño que se siente solo, aunque tenga familia. No tiene hermanitos para jugar.	➤ Relación pasiva receptiva. ➤ Sensación de abandono. ➤ Deseos de identificación con figuras que nutran sus necesidades afectivas.

Lámina 2:

Esta es como una maestra. Están en el campo. Ella como que llega a hacer alguna misión. La maestra la está saludando, hablando con la señora. La maestra es la visitante. Es como esa gente política que van a hacer campaña. Ese señor está allí como trabajando y ella llega a hablarle como de una escuela. Como alguien que quiere ayudar.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Maestra	➤ Visitante.
➤ Señora	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Señor	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Maestra saluda, habla con la señora.	➤ Relación objetal pasivo receptiva. ➤ Relación objetal de valencia positiva.
➤ Maestra le habla al señor que trabaja sobre una escuela. Quiere ayudar.	➤ Representación de figura que ayudará a alcanzar los logros. ➤ Necesidad de identificación con objeto con metas similares.

Lámina 3 NM:

Este es un adolescente. Está allí llorando. Debe ser que tiene problemas con su familia, que no lo quieren o no es comprendido. Los padres serían un poco severos y él se siente incomprendido.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Adolescente	➤ Incomprendido, llorando.
➤ Padres	➤ Severos

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Adolescente tiene problemas con la familia que no lo quiere, no lo comprenden.	➤ Sentimiento de rechazo objetal. ➤ Sensación de no reconocimiento de la identidad del yo.

Lámina 4:

Esta es una pareja. Se ve que ella está tratando de hablar con él y él como que no es muy cordial, muy amigable, como que no le presta atención. Esta es una relación que no anda muy bien. Ella sí, pero él, no, así es que no anda bien. No tienen un futuro muy bueno. Se van a separar.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ El	➤ No es cordial, no es muy amigable

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer que trata de hablar y no le prestan atención.	➤ Deseos de acercamiento con el objeto. Hambre objetal. ➤ Rechazo a los deseos de acercamiento.
➤ La relación no anda bien. Se van a separar.	➤ Representación de relación donde los sentimientos no son mutuos. ➤ Representación de escena de pérdida objetal.

Lámina 6 NM:

Esta es una hija con un papá. Yo lo veo como un señor. Ella le está hablando a él pero no pareciera de buen humor.... pareciera que estuvieran discutiendo, bueno, ella, él no. Ella le está diciendo algo no muy agradable.... se le ve en la cara; el señor si se ve jovial.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Hija	➤ Molesta, disgustada.
➤ Señor	➤ Jovial

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella discute con él: él no discute con ella.	➤ Representación de relación objetal con figura paterna buena.

Lámina 7 NM:

Esta es una mamá con una niña, como que la está regañando por algo. Ella le quita la cara. La niña está como disgustada. Será porque tiene el muñeco mal agarrado o la están regañando o diciéndole... ella no está contenta, le quita la carita. Están en un sillón.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niña	➤ No está contenta.
➤ Mamá	➤ Regaña a la niña.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Mamá regaña a la niña. Ella le quita la cara, está disgustada.	➤ Imagen de sí misma como mala. ➤ Representación del superyó que reprende las acciones de la niña.
➤ Niña que ha sido regañada porque tiene mal agarrado el muñeco.	➤ Representación de objeto malo que censura por falta mínima.

CASO 6CSP

IDENTIFICACIÓN: M. B. H.

Mujer de 56 años de edad, vive en el Distrito de San Miguelito desde hace 37 años; la casa es propiedad de su madre. Nació en Cañazas de Veraguas. Fue criada por la abuela materna junto con sus hermanas, una mayor y la otra menor que ella, y una tía.

Su padre, de tez morena, oriundo del mismo pueblo, ocupó puestos públicos de gran relevancia, por lo cual era reconocido como figura de autoridad y poder en el pueblo. Su madre, joven de gran belleza, vivía junto a su mamá en la casa contigua a la del padre. Nunca se casaron, ni vivieron juntos bajo el mismo techo, ya que el señor se casó con otra señora del pueblo. La entrevistada tiene un total de 24 hermanos por parte del padre, producto de las múltiples relaciones de éste.

Al describir su infancia, M.B.H. dice haberla percibido como un periodo de relativa felicidad. Su abuela era una persona muy estricta, solía regañarla a ella y a sus hermanas por cualquier comportamiento que ella considerara no adecuado; no les permitía tener amistades; sólo salían de la casa para ir a la escuela, para comprar en la tienda, o para ir con ella de visita o a la iglesia. Únicamente jugaban cuando la abuela recibía visitas, ya que eran enviadas a una huerta en la parte trasera de la casa, aprovechando para subir los palos y jugar entre ellas. El resto del tiempo lo pasaban estudiando o realizando algún tipo de labor en la casa ya que la abuela “no permitía el ocio”. Sólo recuerda haber recibido una pelota como regalo para una Navidad. Nunca tuvo una muñeca. A pesar de esto, M.B.H. considera que eran felices porque “no había maltrato, nos daban nuestros correazos pero nos explicaban por qué; sentíamos que éramos queridas; era el estilo de crianza de esa época”.

Según la percepción de M.B.H., la abuela tenía preferencia por sus hermanas porque éstas eran blanquitas como el resto de la familia; sin embargo, ella era “morenita oscura y con el cabello duro como mi papá”. Era la preferida de la tía, quien al ver la preferencia de la abuela con sus hermanas, se encariñó con ella.

La madre de M.B.H. se vino a trabajar a la ciudad de Panamá desde que ellas eran muy pequeñas. Regresaba al pueblo por periodos cortos, ausentándose por mucho tiempo: en una ocasión demoró entre tres o cuatro años para ver a sus hijas. Mandaba dinero para la crianza de ellas. Cuando la madre las visitaba, la escogía a ella para dormir juntas: “me quería porque me parecía a mi padre”. Cuando ella regresaba a Panamá “yo añoraba el calor de mi madre; guardaba su camison, lo olía y lo pegaba junto a mí para sentirla”.

Con relación al padre, M.B.H. lo recuerda como una persona cariñosa, preocupado porque sus hijas fueran educadas correctamente. La relación con él fue cálida. Por vivir cerca, ella lo buscaba, conversaban, jugaban. Ella sentía un gran respeto por él, a pesar del odio que sentía su madre.

A la edad de 12 años, la entrevistada y su hermana mayor, quien esperó hasta que ésta saliera de la primaria, viajaron juntas hacia Panamá para continuar sus estudios. Vivían con su madre quien se dedicaba a cocinar para eventos que realizaba la Colonia Hebrea. Para M.B.H. el traslado a la capital se convirtió en un periodo muy difícil: “Sentí que me quitaron algo, sufrí mucho. Pasados los meses, me fui habituando, pero me costó mucho”.

M.B.H. recuerda la convivencia con la madre como algo muy difícil. “Ella llevaba la voz y mando de la casa. No nos permitía ni hablar con los vecinos, nos tenía vigiladas, vivíamos atemorizadas porque cuando se disgustaba, nos pegaba con cables de electricidad, con alambres de ganchos de ropa, con palos o nos estrellaba contra la pared”. Solía arañarle la cara a ella para quitarle el maquillaje que le gustaba ponerse: “Esa va a ser tu perdición”. “Esta convivencia hizo que mi hermana y yo nos compenetráramos más.”.

Para M.B.H. la conducta de su madre no era justa, ya que consideraba que el castigo que recibían estaba muy por encima de lo que, según su madre, pudieran haber hecho. En una ocasión, la hermana de M.B.H. fue a pagarle unos cigarrillos comprados por su primo a un vecino, siendo vista por la madre cuando salía del departamento ajeno. La golpiza fue tan grande que cuando M.B.H. llegó, vio que una vecina estaba auxiliando a su hermana, cuidando de sus heridas y de un golpe en el ojo el cual estaba hinchado y morado. Otro hecho de la infancia que recuerda con gran vivez es ver a su madre golpear a su hermana menor con una piedra de río hasta sacarle un diente encaramado. Siempre se dijo a sí misma que ella no iba a actuar igual con sus hijos.

Siendo una estudiante muy dedicada, obtuvo dos títulos: secretariado y alta costura. Trabajó como costurera en dos fábricas donde confeccionaban uniformes y como cajera, en varios restaurantes de la ciudad, hasta tener su propio negocio junto con su esposo. Se encargaba de la administración del mismo, desarrollando además las tareas de secretariado, dibujo y promotora de ventas. Tenían un taller de herrería.

En cuanto a sus relaciones amorosas, conoció a un joven a los 18 años de quien salió embarazada. La familia no se enteró hasta cuando estaba por dar a luz. Su madre no quiso dar el permiso para que se casara (era menor de edad), por lo que se fue a vivir a la casa de su compañero. Tuvo dos hijos con él. La relación se rompió porque la madre insistió en la separación, lo que trajo graves problemas a la pareja por los sentimientos de culpa que esto provocaba en la entrevistada.

Luego se casa con otro señor, que acepta a sus dos hijos y con el que tiene cuatro hijos más. Levantan juntos un negocio, dividiendo las ganancias en partes iguales. La relación se rompe cuando en una ocasión sorprende al esposo bajándole el camisón a su hija mayor (hijastra de éste) mientras dormía. El señor era amigo de un boticario por lo que cree que éste pudo ponerle algo para adormecerla. Por solicitud de los pastores de la iglesia a la que asistían ambos (evangélica), accedió a permitir que continuaran trabajando juntos el negocio, el cual estaba ubicado en la parte trasera de la casa donde

vivían, más no a vivir con ellos. Esta propiedad pertenecía a la madre de la entrevistada (residencia actual).

Cuatro años después rompen todo tipo de relación cuando la hija le confiesa a la madre que su padrastro le había ofrecido dinero para que mantuviera relaciones con él. Situación que fue confirmada por una de las hijas del señor ante un Juez Nocturno. No habían mantenido ningún tipo de relación con él hasta unos meses atrás que llamó a sus hijos para solicitarles que lo aseguraran.

Según M.B.H. esta situación fue vivenciada por ella con mucha rabia y frustración. No podía creer que el hombre que había criado a sus hijos y el cual era respetado por ellos y por ella como tal, hubiera hecho eso. También sintió gran resentimiento hacia la iglesia porque éstos querían perdón para quien no había mantenido una conducta de padre. Esta situación “ha calado muy hondo, él me traicionó y eso no lo olvido. Trajo mucha desconfianza, aún lo recuerdo. Estuve a punto de matarlo, gracias a Dios que no lo hice porque a estas alturas estaría presa. Íbamos a cumplir 18 años de casados.”

En la actualidad, M.B.H. vive con sus seis hijos en casa de su madre. Son cinco mujeres y un varón, siendo este último el mayor. Sus edades oscilan entre los 38 y los 20 años. Igualmente viven en la casa: su nuevo compañero, con quien sólo tiene un año de convivir (48 años), su madre (84 años), su tía (80 años, es sorda) y su hermana menor (55 años). El hijo mayor, el único que se ha casado, se separó de su esposa (vivieron juntos en casa de la madre de la esposa por dos años aproximadamente) y desde entonces vive con su madre. Tiene una hija de 15 años.

A pesar de que la casa está parcialmente dividida en dos (recámaras, cocinas), de forma que M.B.H. viva con su familia un poco apartada, se mantienen áreas para el uso común: terraza, sala. Esto ha traído serias repercusiones, según la entrevistada porque su madre, no aprueba el comportamiento de sus hijos: critica lo que hacen, hace comentarios injustos en los que denigra la moral de los jóvenes, le grita a los amigos que los visitan echándolos de la casa porque esa es su casa. Existe una atmósfera de tensión, agresividad y temor en la casa.

M.B.H. describe las relaciones con sus hijos como “íntimas, muy buenas. Nosotros no nos vemos como madre e hijos sino como hermanos.”. Estos cubren gran parte de los gastos de la casa, sobretodo las grandes deudas de luz y agua que quedaron pendientes cuando el esposo se fue. Todos trabajan y reciben buenos salarios. El sueño de ellos como familia es terminar con las deudas para poder comprar una casa y llevarse a su mamá porque piensan que ésta está muy afectada por la conducta de la abuela.

A M.B.H. le preocupa que sus hijos “aún no han roto el cordón umbilical”. Considera que tienen que hacer su vida. “Yo les digo que me van a tener que romper en pedazos porque cada uno dice que cuando se casen quieren que me vaya a vivir con ellos”. En una ocasión, la mayor de las hijas estuvo por cuatro años estudiando en el exterior, lo que provocó que M.B.H. llorara constantemente: sólo con ver la foto o la ropa

de ésta, rompía en llanto. Esta conducta se mantuvo por varios meses hasta cuando, según M.B.H., reflexionó: “Ella no se ha muerto, no está enferma, yo sé que me quiere, no se olvida de nosotros porque nos llama y nos escribe y además está buscando su superación personal. No tengo por qué llorar. Hasta aquí con esto, y así fue”.

Las hermanas de M.B.H. mantienen entre ellas una relación muy profunda: “Somos muy unidas. Una es la madre de la otra, nos compenetramos tanto...” Tanto la entrevistada como su hermana menor cuidan de su mamá. La hermana mayor (57 años), quien está casada y es la única que no vive en casa, la visita todos los días. Esta guarda a su madre el secreto de haberse casado, después de muchos años de convivencia común con su compañero, por temor al disgusto de la madre, quien no acepta a su pareja.

La hermana menor hace trabajos en casa para su ingreso económico. Años atrás se había separado de su madre, tenía su apartamento, cuando “enfermó de los nervios”. “Caminaba como sonámbula bajo la lluvia, se cortaba las cutículas y las piernas con navajas, se estrellaba la cabeza contra la paredcomo que le gustaba ver sangre”. El episodio se reporta como único. Recibió tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Siendo adulta, la relación de la entrevistada con su padre mantenía su tono cálido y de respeto. Al morir, hace diez años, no asistió a su entierro por temor a la madre, situación de la que hoy en día se lamenta, guardando una gran pena.

M.B.H., quien sufre de diabetes, fue referida para atención psicológica por no encontrarse justificación a sus inconsistentes niveles de azúcar en sangre, a pesar de que sigue su tratamiento medicamentoso y dietético. Asiste a terapia grupal.

Reporta preferir más relaciones cálidas que frías. Siente que es una persona muy jovial, que gusta de tratar a la gente, por lo que no tiene dificultades para hacer aproximaciones con otras personas. Comparte con los amigos de sus hijos y con ellos como una más. No gusta de la mentira, la hipocresía y la falta de lealtad, aspectos que le hacen poner distancia en la relación. No siente que ha escapado de ninguna relación por miedo a ser lastimada ya que ha sido ella la que ha roto la relación. Se vuelca afectivamente en la relación, aunque mantiene el nivel de realidad. “Puedo discriminar cuando una relación no me conviene. Yo no quiero una relación enfermiza”. “Creo ante todo en el respeto mutuo”. Siente que puede entender fácilmente a los demás y que igualmente la pueden comprender a ella. Nunca ha vivido sola ni lo ha deseado; tampoco ha ido a comer sola a un restaurante y sólo en una ocasión, fue sola al cine.

M.B.H. experimenta su primer periodo menstrual a los 12 años, interrumpiéndose este proceso hasta los 14 años por su bajo nivel de hemoglobina (anemia.) Ante la presencia de la menarquia siente vergüenza por ser la primera de las tres hermanas a la que le ocurría, a pesar de no ser la mayor. Le decían “la desarrollista”. Igualmente siente nostalgia “no iba a poder jugar con muñecas, ya tenía que pensar diferente, como señorita” (recordar que la entrevistada nunca tuvo una muñeca ni tuvo navidad). En la escuela había recibido información sobre la menarquia.

Los periodos menstruales fueron regulares pero dolorosos, situación que sólo no se experimentó durante el periodo en los que procreó a sus hijos. Una vez que tuvo a su última hija, los mismos volvieron a ser experimentados. No tuvo dificultades para quedar embarazada.

A los 53 años tuvo un periodo más abundante de lo normal para ella. A partir de allí, no ha tenido más periodos menstruales.

Antes y después del último periodo menstrual reporta haber experimentado irritabilidad (todo le molestaba, estaba más regañona de lo normal), se sentía decaída, sin ánimos para realizar las tareas diarias, temperamento variable, algo triste y melancólica, hipersensibilidad (todo le afectaba más). Según ella, “no llegaba a estados depresivos porque no le daba cabida”.

Se informó de este proceso a través de libros y de preguntas a los médicos. No tuvo ninguna sensación específica sobre la nueva vivencia pues sabía que era un proceso normal, que tenía que llegar. Considera que si bien no se pierde la femineidad, “perdemos algo porque no podemos procrear; aún así, nuestra vida no ha terminado”. Su vida de pareja se vió afectada por su irritabilidad. Todos los síntomas han sido superados. Tiene un mes de estar tomando calcio y se estudia la posibilidad de tratarla con estrógeno para prevenir la osteoporosis, enfermedad que mantiene a la madre en cama sin poder pararse (fractura en ambas caderas).

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Este es un niño. Este niño yo lo veo como pensativo ¿Esto qué es? ¿Es un violín? Está mirando el violín. Este niño está como meditando, ¿Habrà dañado el violín? Porque es un violín antiguo. Está cabizbajo, pensando, o será que él tiene el deseo de tocar el violín o de ser músico y por algo no se atreve, o lo cogió sin permiso y está pensando en la reprimenda que le van a dar.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Pensativo, preocupado

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño mirando el violín	➤ Relación objetal pasivo receptiva.
➤ Violín antiguo	➤ Representación objetal de figuras significativas primitivas.
➤ Niño meditando sobre daño al violín y sus consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temor a figura significativa. ➤ Representación del superyó que censura acción del niño. ➤ Representación de si mismo como malo, merecedor del castigo ➤ Relación objetal pasiva receptiva
➤ Niño desea tocar el violín	➤ Deseos de acercamiento con objeto.
➤ Niño toma el violín sin permiso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temor a figura significativa. ➤ Representación del superyó que censura la conducta del niño. ➤ Relación objetal pasiva receptiva.

Lámina 2:

Aquí veo a una mamá mirando hacia el campo hacia el papá que está arando allá. Esta es la hija, los libros que lleva nos dice que estudia, o pensará “¿o me quiero quedar como mis papás en el campo o buscar algo mejor a través de los estudios?. La señora diría: “si yo hubiera estudiado....”, y lo mismo piensa el señor.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Madre	➤ Actitud contemplativa ➤ Frustración por no haber estudiado
➤ Padre	➤ Trabajador ➤ Frustración por no haber estudiado
➤ Hija	➤ Duda en relación a lo que desea para su futuro: quedarse en el campo como sus padres o buscar mejor futuro en sus estudios

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Madre mirando hacia el campo, hacia el papá	➤ Relación objetal pasivo receptiva. ➤ Actitud contemplativa del objeto
➤ Padre trabajando el arado	➤ Representación objetal de figuras paterna preocupada por satisfacer necesidades de su familia. Padre bueno.
➤ Hija	➤ Temor ante la separación de figuras paternas (separación – individuación)

Lámina 3 NM:

¿Este es un muchacho o una muchacha? Es una muchacha por el pelo largo. Ella está como llorando, triste. Como que está encerrada y la han regañado o le han pegado. De nada sirve que se encierre para pensar, metida en sí misma, y eso no es bueno. Uno tiene que abrir y salir a buscar alternativas.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Muchacha	➤ Triste
➤ Entrevistada	➤ Positiva, luchadora.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Muchacha llorando	➤ Relación objetal pasiva receptiva.
➤ Muchacha encerrada porque la han regañado o le han pegado	➤ Representación del sí mismo regresivo y pasivo receptivo
➤ Entrevistada	➤ Representación del sí mismo positivo, sano, activo.

Lámina 4:

Estos son unos enamorados o esposos. Ella como que lo quiere abrazar y él la rechaza, ...porque cuando el afecto no es mutuo..., sino él no haría ese gesto, no habría por qué rechazarla; en el gesto se ve el rechazo. Es como que han tenido una discusión y ella busca un acercamiento, se ve en el gesto de la cara. No creo que él la perdone.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Enamorada o esposa	➤ Triste, rechazada, busca acercamiento
➤ Enamorado o esposo	➤ Rechazante

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Mujer que desea abrazar y es rechazada por su compañero.	➤ Rechazo a los deseos de acercamiento. Hambre objetal.

Lámina 6 NM:

¿Esto que es? ¡Mire usted! ¿Será hija o esposa? Hay un señor mayor, un poco. Él está como diciendo algo... También es la mirada de cuando una persona le gusta (de ella hacia él), el hombre con un rostro así como de esos fuertes. Ella se ve inocente; en la mirada hay como inocencia. ¿O será un padre regañando a la hija? Ella está esperando a ver qué es lo que él le va a decir, como con temor, no sabe lo que le van a decir.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Señor un poco mayor	➤ Dominante, fuerte
➤ Esposa	➤ Inocente
➤ Hija	➤ Temerosa, pasiva

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Hombre un poco mayor de rostro fuerte hablando con mujer y ella mirándolo inocentemente	➤ Representación de relación objetal con figura paternal buena. ➤ Relación objetal pasiva receptiva.
➤ Padre regañando a la hija que espera con temor lo que le van a decir.	➤ Representación de relacional objetal con figura paternal mala que causa temor.

Lámina 7 NM:

Una niña sentadita. Es como que a ella la han regañado y ha llegado esta persona para consolarla. Digamos que si el papá la regañó, ella viene donde su mamá y ella le está explicando el por qué del regaño. O puede ser que ella le está leyendo un cuento (mujer), pero ella (niña) está como triste por el cuento que le da tristeza. O sirvienta que fue a leerle un cuento para despejarla del regaño, quitarle el sinsabor del regaño.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Triste
➤ Mamá de la niña o sirvienta	➤ Realista, consoladora
➤ Papá	➤ No se proporcionan detalles

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña que ha sido regañada y le explican las razones del regaño	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Imagen de sí misma como mala. ➤ Representación del superyó que revisa patrones de conductas ➤ Relación objetal pasiva receptiva.
➤ Niña que ha sido regañada y la consuelan para que elimine sentimientos que esto le produjo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación objetal pasiva receptiva ➤ Imagen de objeto bueno que atiende sus necesidades de consuelo
➤ Niña que le leen cuento que le produce tristeza.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación objetal pasiva receptiva ➤ Identificación con personajes del cuento que reviven introyecciones de valencia negativa.

Caso 7CSP

IDENTIFICACIÓN: N.R.

Mujer de 58 años de edad, tiene 21 años de vivir en el Distrito de San Miguelito junto a su esposo y su hijo.

Oriunda de un campo apartado de la provincia de Veraguas, vive toda su infancia en este lugar junto a sus padres y once hermanos. La familia se dedicaba a la agricultura.

Cuando cursaba el tercer grado de primaria decide no ir más a la escuela. La madre quería que sus hijos estudiaran, pero el padre no. Éste pensaba que para sembrar y cargar sacos, no se necesitaba estudiar. Los tres primeros años de estudios fueron muy difíciles por la prioridad que para el padre tenían los oficios de la casa, por lo que debían cumplir con los mismos antes de asistir a la escuela. “Mi mamá no quería que él tomara como excusa que debían trabajar y ayudar y que por eso no podían ir a la escuela. Es por esto que la decisión de N. R. es bien acogida por el padre, mas no por la madre. Es entonces cuando N. R. empieza a trabajar con su papá llevando café y otros productos para su venta a la ciudad de Santiago. Debía ayudar a recoger la cosecha, cargando grandes bultos en su espalda.

La relación con el padre la describe como muy apegada. Pasaban juntos la mayor parte del tiempo compartiendo las labores propias de la agricultura. Hicieron muchos viajes en los que llegaron a conocerse a profundidad. Describe a su padre como una persona severa en cuanto al cumplimiento de las normas por él impuestas, pero nunca les pegó. “Tenía una correa guindada en la pared, a pesar de que nunca la usó, era indicador de que podía ser usada”. De acuerdo a N. R. su padre, además de severo era muy comprensivo, muy justo y cariñoso.

La relación con la madre también era buena, aunque algo distanciada. “Ésta no era cariñosa, más bien algo reseca, nos pegaba por cualquier cosa, aún sin tener claro lo que había sucedido”. Dice haber sentido amor por los dos y saber que ambos la querían; su relación con el padre siempre fue más apegada. “Mi mamá aún me reclama que yo quiero más a mi papá”. Aún siendo ya una joven adulta, la madre se disgustaba grandemente con N.R. debido a que el padre pasaba periodos de hasta quince días tomando licor y dejando cuentas pendientes, las cuales eran pagadas por la entrevistada. “Yo iba donde sabía que él se metía y pagaba sus cuentas; sin embargo, a ella (mamá) le quitaba los cigarrillos”.

N.R. actuó como la partera de su madre en el nacimiento de sus cinco hermanos más pequeños. “Le dije a mi papá que no pagara más partera, que yo podía hacerlo, y lo hice”. De sus doce hermanos, diez están vivos; la mayor murió al año y medio de nacida por bronquitis y otra de las hermanas murió de cáncer a los 37 años.

Considera que su familia fue y se ha mantenido “muy unida”. Entre los hermanos había buena comunicación, “todos sabíamos nuestras responsabilidades y ayudábamos,

nadie trabajaba más que otro; y ahora que somos adultos, nos queremos, nos buscamos, nos ayudamos, el mal de uno es el mal del otro. Eso nos lo inculcó mi papá”.

La dinámica familiar se mantuvo hasta los 26 años, cuando una maestra, en busca de alguien que cuidara de su hija, la trae a la ciudad de Panamá. No se pudo adaptar al nuevo medio: “sentía que estaba toda rodeada de agua, como si fuera una piscina; además extrañaba mucho a mis padres”. Al año, regresa para trabajar con la misma maestra: “Esa vez me sentí un poco mejor. A los tres meses ya me había acostumbrado bastante”.

En Panamá, termina sus estudios primarios e inicia el primer año de secundaria, no lo terminó debido a que: “me daba miedo ser atacada por los maleantes”. Ha trabajado como empleada doméstica en varios lugares.

En la iglesia, conoce a un señor con el que mantuvo dos años de noviazgo, casándose luego por lo civil y por la iglesia. Tiene su primer y único hijo a los 34 años, después de dos años de casada.

Mantiene muy buenas relaciones tanto con su esposo como con su hijo. Los tres participan activamente en las actividades de la iglesia católica a la que pertenecen, situación que los mantiene aún más unidos. Piensa que su esposo es “algo durito, le cuesta compartir”; mientras que a ella le gusta ayudar, llevar a los vecinos a la iglesia, ayudarlos en sus necesidades: “Lo que hace la mano derecha, no lo ve la izquierda”. Está al tanto de las necesidades de los demás.

N. R. piensa que Dios no le permitió tener más hijos porque debía cumplir con otra tarea que fue la de criar a los hijos de uno de sus hermanos cuya esposa muere dejando a los niños huérfanos de madre. Ella y su esposo se encargan de ellos ofreciéndoles alimentación, vivienda y estudios. Todos lograron graduarse, algunos tienen títulos universitarios, quedando aún el más pequeño de ellos en la casa. La relación con estos sobrinos es igual a la relación que mantiene con su hijo. “Yo soy una madre y una amiga para ellos”. En su casa vive además su hermano menor.

Refiere no tener dificultades para relacionarse con otras personas. “Prefiero estar cerca de las personas. No me cuesta intimidar, pero sé hasta donde puedo llegar según la persona y la situación”. No se ha sentido rechazada ni abandonada por nadie. Es fuerte ante la crítica de los demás. Cuando sale, lo hace siempre acompañada por su esposo. No trata de cambiar a los demás porque “cada quien tiene su manera de ser. No todos pueden pensar y sentir como yo”. El presupuesto de la casa y las decisiones importantes son manejadas entre su esposo y ella.

Experimenta su primer periodo menstrual a los 17 años. No tenía ninguna información, por lo que al verse ensangrentada, se asustó y se quedó metida todo el día en el río para ver si le quitaba. Pensó que podía ser “un desarreglo de trabajo”. “No me atreví a decirle a mi mamá hasta cuando me vino el próximo mes. Se lo dije fue a una señora que trabajaba en la casa y ella me ayudó”.

Sintió que la menstruación significaba problemas. Sus periodos menstruales fueron regulares, dolorosos los primeros meses solamente.

Demoró dos años para quedar embarazada. Al dar a luz, sufrió un ataque de eclancia. “En el momento que me hacían la cesárea vino una gran contracción, saliendo el niño y sobreviniéndome el ataque, quedé casi muerta. Estaba negra, agarrotada, como muerta”. Se sintió muy apoyada por la familia y los vecinos que cuidaron de ella durante su convalecencia, “sólo mi mamá no vino a verme”.

Aproximadamente a los 44 años inicia su proceso climatérico. El mismo se manifestó a través de “mareos, sentía que me caía, calor en la sangre, quería estarme bañando, tenía pocos deseos de hacer las cosas, me sentía desesperada, enferma, irritable.”.

Piensa que la menopausia nos indica que “pasamos de una etapa a otra. Uno va a envejecer, es algo natural”. A pesar de que dice que con la menopausia la mujer no pierde su femineidad, sintió que su vida de pareja cambió después de la menopausia. “En ambos bajó” el deseo sexual; sin embargo, esto no ha sido problemas para ellos. Consideran que es lo natural.

El climaterio de N. R. no coincide con muertes o pérdidas en la familia. Sus padres aún están vivos.

Reporta sufrir de presión alta emotiva y “de los nervios. Me da un mal en el estómago, una desesperación, se me quiere virar la boca”. Ha asistido a médicos por estos malestares recetándosele medicamentos que “me ayudan”.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Aquí hay un niño y está como pensativo. ¿Qué tiene en la mano? ¿un teléfono?, y esto aquí abajo, ¿es un barquito, o algo así?. Tiene un problema. Sentirá que no lo quieren, sentirá que su mamá no lo ha apreciado. Tiene un problema muy grande.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo, tiene un problema.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño pensativo que siente que no lo quieren.	➤ Relación objetal pasivo receptiva. ➤ Sentimiento de rechazo.
➤ Niño que siente que su mamá no lo ha apreciado.	➤ Percepción de rechazo por parte de la figura materna. ➤ Poco reconocimiento de su identidad.
➤ Tiene un problema muy grande.	➤ El sentimiento de rechazo y de no aceptación de su identidad, envuelven todo su yo afectando todas las áreas.

Lámina 2:

Aquí yo veo que ella está como..., no sé si es que ella le está llamando la atención a él o es que le está viendo la mirada a la señora aquí a este lado. La mirada de ella parece que están como en una conversación entre los tres. No son familias. Sólo los de atrás. Hombre y mujer. Le gustan mucho los perros porque tienen otro perrito al lado.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Hombre	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Mujer	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Ella le está llamando la atención a él o le está viendo la mirada a la señora. Están en una conversación.	➤ Representación del superyó que cuestiona (llamado de atención, mirada) a la pareja.

Lámina 3 NM:

Ese es un señor que tiene un problema que ya la cabeza no le dá. Imagínese cuando esas personas están así; y así hay en la calle. Está pensando qué va a hacer, ¿qué será de mi vida?

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Señor	➤ Tiene un problema.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Señor que piensa que va a ser de su vida.	➤ Relación objetal pasiva receptiva ➤ Sentimiento de ansiedad ante el futuro.

Lámina 4:

Hay un diálogo entre ellos dos, pero él como que no le toma atención a ella, no le presta atención a lo que ella dice, porque ella es la que habla y él mira para otro lado, como que no le interesa. Aunque lo abraza, no la escucha. Eso se da en la realidad.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Enamorado o esposo	➤ Rechazante

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer que habla y no es escuchada, no le prestan atención. Aunque lo abraza, no es escuchada.	➤ Rechazo a los deseos de acercamiento. Hambre objetal. ➤ Ansiedad ante posible pérdida.

Lámina 6 NM:

Esta joven está hablando con un señor, y le llamó la atención, ¿será porque lo vió fumando?. Me imagino que ella lo está aconsejando como hacía yo con mi mamá, que no fumara y ella seguía fumando.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Joven	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Señor	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Joven que le llama la atención a señor porque está fumando.	➤ Representación de superyó ¿hija? que censura la conducta del señor ¿figura parental?

- Evidente identificación del relato con situación familiar.

Lámina 7 NM:

Yo veo a una persona que está enferma (persona adulta) y la niña está como preocupada. La niña como que quitaba la cara, como que no quería mirarla, porque estaba muy enferma. Hay personas que no quieren mirar a otros cuando están enfermos, como que.... se rechazan.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Preocupada.
➤ Persona	➤ Enferma.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niña preocupada que le quita la cara a la persona enferma, no quiere mirarla.	➤ Rechazo a objeto enfermo.
	➤ Miedo a la identificación o reconocimiento con el objeto.

CASO 8CSP

IDENTIFICACION: A. M.

Mujer de 56 años nacida en la ciudad de Panamá. Reside sola en su dirección actual desde hace 35 años. Este ha sido su hogar desde que se casó.

Relata que es criada por su abuela materna desde que tenía pocos meses de nacida. Es a ella a quien reconoce como mamá. “Sabía que mi madre existía, pero no tenía relación con ella, no la extrañaba tampoco porque tenía a mi abuela”. A. M. no habla mucho de su madre, introduciendo siempre la figura de su abuela en lugar de la primera.

De su padre nos dice que “no lo conocí, mi mamá nunca me ha dicho quien era”. No se percibe en ella tono afectivo al hablar de su padre.

Describe a su abuela, “mi mamá”, como una señora cariñosa, pero muy recta, con la cual mantenía una relación muy íntima. “Ella peleaba con sus hijas, que vivían en la casa, porque éstas hacían cosas que a ella no le gustaban”. La madre de A. M. era rechazada por su mamá por la misma causa “hizo lo que quería sin el consentimiento de mi mamá”.

Además de sus tías, vivían en la casa de A. M. dos de sus hermanos. En total eran siete. También fue criada junto a ella, una prima (hija de un tío), “a ella si le pegaban porque era callejera; a mí nunca tuvo la necesidad de pegarme”.

Siendo una niña, uno de sus primos dispara una pistola de juguete que tenía una especie de “chupete” en el extremo; el mismo fue a dar a uno de los ojos de la entrevistada. Al tratar de sacárselo, dañó parte de los nervios y de los músculos del ojo, quedando desviado.

Este accidente marcó la vida de A. M.: era sujeto de algunas mofas por parte de sus compañeros, no salía de la casa por pena, no trabajó porque cualquier esfuerzo podría dañar su visión hasta el punto de quedar ciega. Es operada una vez que obtiene su título de modistería. La operación, a pesar de ser un éxito (no se ven marcas de la desviación del ojo), pronosticaba que el daño podía volver si no se cuidaba adecuadamente, no podía esforzar la vista.

La entrevistada tenía dos amigas con las que compartía sus inquietudes de adolescentes y con quienes salía a pasear o a fiestas. Éstas tenían más recursos económicos que ella, por lo que no siempre podía seguir las y estar con ellas; además, la desviación en el ojo, hacía que ella misma se excluyera de algunas actividades.

A los 21 años se casa con el padre de sus tres hijos, todos varones. Viven juntos por 13 años hasta que un día, en una discusión en la que ella le reclamaba el poco tiempo que pasaba con ella y con sus hijos, y la falta de dinero en el hogar, “yo le dije que sabía que él andaba con otra señora”. Aún así le pidió que no los abandonara, que siguiera con

ella y con sus hijos, causando el disgusto de él. A.M. recuerda que lo que más le dolió de dicha discusión fue que él le dijo que “ella era mejor que yo”. Sabía de esta relación extramatrimonial desde el nacimiento de su hijo más pequeño, pero prefería esa situación que verse sola, sin él, a pesar de que “yo no lo quería”.

Esta separación causó gran dolor en ella. Relata que pasó alrededor de diez años hablando de él, de las cosas que compartieron, de lo que él hacía. Además le dolía la situación de la casa porque ella no trabajaba y él no la ayudaba. “No le daba nada a sus hijos, quería castigarme pero castigaba a los hijos. Nunca abandoné a mis hijos”.

A. M. consiguió algunos trabajos eventuales y vendía manualidades, dinero con el que ayudaba a criar a sus hijos. Se une a un señor, que también la ayuda. “No lo quería, pero necesitaba de su apoyo”. A los años, esta relación terminó.

Describe la relación con sus hijos como muy íntimas: “Yo soy como la hermana, me llaman por mi nombre y a pesar de que ninguno vive conmigo, siempre están preocupados por mí”. Sus hijos le pasan una mensualidad que es con lo que cubre sus gastos. “Ellos respetan mi vida privada, no se meten en eso, me respetan y me quieren mucho”. Cuando se reúnen los cuatro en casa, “se comportan como cuando eran niños: juegan entre ellos, hacen muchos chistes y relajos”. Considera que la atmósfera de su casa es de mucha tranquilidad.

Cuando A. M. tenía 42 años, muere la abuela de un infarto. Ya le habían cortado una pierna (sufría de diabetes). “Sentí un gran dolor en el corazón. Estuve llorando como por un año. Me vestí de negro cerrado por un año”. Durante este periodo sufrió de alergias. Soñaba con la abuela que la venía a buscar. A los pocos años, muere el abuelastro. Al referirse a esta pérdida dice que “no le hizo falta”. También muere uno de sus hermanos y A. M. no asiste a su entierro porque “mi mamá, le hizo un desaire a uno de mis hijos, y porque además, no me gusta ir a entierros”. Dice haber sentido pesar, “pero no fue tan fuerte”.

Las relaciones con la madre no han cambiado. “No nos llevamos bien, casi no nos tratamos”. Al hablar de sus actuales relaciones con los hermanos dice que éstos la quieren mucho, que siempre están pendientes de ella; aunque están un poco distanciados y disgustados con ella por no haber asistido al entierro del hermano.

Dice congeniar mejor con las personas más adultas que ella, aunque tiene amigos de su edad. Pertenece a varios grupos, y admira como las señoras mayores y de buena posición económica, viven la vida. “Pertenezco a los grupos, a pesar de que no soy del mismo nivel, y ellas saben qué cosas me gustan y qué cosas no me gustan. Evitan ciertos temas cuando yo estoy presente para no incomodarme”. Un ejemplo de estos temas es la política. No tiene dificultades para acercarse a la gente, prefiere las relaciones superficiales que las íntimas; estas últimas son para sus hijos y amigos más allegados”.

Se describe como una persona que en ocasiones “vivo de rabia”. Le molesta la gente que aún sabiendo sus obligaciones, no cumplen con ellas o hacen cosas para dañar a los demás. No le molesta vivir sola, y trata de respetar la forma de ser de los demás para que de esta forma respeten la de ella. No tiende a inmiscuirse en los asuntos que no son de ella.

Experimenta su primer periodo menstrual a los 12 años. Al vivir con sus tías y primas, sabía de qué se trataba la menstruación, por lo que cuando ésta llega, no le causa temor, experimentándolo como algo normal. La familia reaccionó a este suceso “como si nada”. Sus periodos menstruales fueron regulares y dolorosos. No tuvo problemas para quedar embarazada.

Durante su proceso climatérico sintió mareos, sofocos, temblores, irritabilidad, no sentía ánimos para realizar sus actividades diarias y además, se sentía como angustiada, pasando alrededor de año y medio con los mismos. A los 52 años experimenta su último periodo menstrual. “Se fue y no quiero que venga más”.

Había escuchado de sus amigas de grupo que la menopausia traía consigo una serie de enfermedades como “fallas en el corazón, la diabetes, etc.”; que había que tomar tónicos para prepararse para el proceso, el cual era “normal”.

Piensa además que las mujeres que han estado acompañadas por sus esposos o compañeros, durante esta época suelen no deseárselos, los rechazan porque éstos no las comprenden; mientras que las que no tienen, necesitan de uno porque “las ayuda a calmarse”. Es con esta creencia que busca a un compañero y comienza a tomar los tónicos recomendados, disminuyendo sus malestares.

El periodo climatérico de A. M. no coincidió con la partida de alguno de sus hijos de la casa ni con la muerte o pérdida de algún familiar.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

A este niño como que lo obligaron a coger la clase de violín, como que no le gusta como que está pensando, ¿cómo empiezo? Porque ni siquiera está desbaratado el violín, está entero. Él está pensando allí: lo hago o no lo hago.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niño	➤ Pensativo.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Niño obligado a coger la clase de violín que no le gusta.	➤ Relación objetal pasivo receptiva. ➤ Posible dominancia parental.
➤ El violín ni siquiera está desbaratado, está entero.	➤ Busca alternativas externas para revelarse contra la dominancia de los padres y su propia sumisión.
➤ Niño que piensa si toca el violín o no lo hace.	➤ Conflicto entre atender el mandato de los padres o hacer valer su propia identidad.

Lámina 2:

Veo a unos campesinos, aunque la joven no es campesina y los padres, sí. Ella no se relaciona con el campo. Ella es una mujer de estudio pero no de campo. La familia la ignoran a ella por no ser de campo y ella no le puede dar soluciones a la familia. Es igual como lo de mi abuela.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Mujer de estudios. No es del campo como sus padres.
➤ Padres	➤ Campesinos.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella es ignorada por la familia por no ser del campo como ellos.	➤ Rechazo por falta de identificación entre los objetos.

Lámina 3 NM:

Una mujer borracha, embriagada o golpeada. Golpeada, no puedo decir porque no se le ve la cara, violada, tampoco. Pueden ser dos cosas: está embriagada o salió con algún sufrimiento. Uno se pone la mano en la cara es porque le han pegado o porque sufre. Siente dolor que es causado por el hombre o por el hijo o ella misma que se ha causado una pena y está arrepentida de lo que ha hecho.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Mujer borracha, embriagada o golpeada.	➤ Sufre, siente dolor.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer que siente dolor que es causado por el hombre o por el hijo.	➤ Representación de posibles relaciones objetales sadomasoquistas.
➤ Mujer que siente dolor causado por ella misma y está arrepentida de lo que ha hecho.	➤ La representación del sí mismo bueno sufre por la actuación del sí mismo malo.

Lámina 4:

Él como que ya no la quiere y ella está apurada de convencerlo, porque la cara de ella está tranquila, pero él es el que está bravo, como que no quiere saber de ella. Él está espelucado, es como una pelea, como cuando uno se pelea con el marido. Él como que va a salir a matar al otro que estaba con ella, quizás la encontró con otro hombre. La cara de ella es de sinvergüenza. Ella trata de convencerlo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Tranquila, sinvergüenza.
➤ Él	➤ Está bravo.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Mujer apurada a convencer al hombre que no la quiere. Está tranquila. Él está bravo, va a matar al hombre con quien estaba la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimientos de rechazo hacia ella. ➤ No hay mutualidad en los sentimientos de la pareja. ➤ Brotan en él los impulsos agresivos (homicidas) ante la traición (rechazo).

Lámina 6 NM:

Sorprendida por el diablo, porque la cara de él parece la del diablo, de algo que la está convenciendo. Es todo lo que veo aquí. Sorprendida.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Sorprendida.
➤ Él	➤ Parece diablo.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella está siendo convencida por el diablo.	➤ Relación objetal pasiva receptiva. ➤ La representación del sí mismo bueno no es lo suficientemente fuerte para controlar a la representación del sí mismo malo.

Lámina 7 NM:

Una madre conversando a la niña, ¿sobre qué?, la niñez, no sé. No te vayas, quédate, mira que allá no debes ir. No veo más nada.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Madre	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Madre que conversa a la hija sobre la niñez y le aconseja que no vaya a un lugar.	➤ Representación del superyó que trata de detener la descarga de la libido.

- Se utilizan mecanismos de negación y evasión ante el impacto que causa la lámina.

CASO 9CSP

Identificación: C.D.

Mujer de 55 años, oriunda de la provincia de Darién, ha vivido en el Distrito de San Miguelito, en su residencia actual, desde hace 22 años. Vive junto a su actual esposo, un hermano y un nieto.

Su infancia se desarrolla en un pueblo de Darién en donde vivía junto a sus padres y diez hermanos. Ella era la más pequeña de las mujeres. También era la más apegada a la madre y la más consentida del padre.

Describe a su madre como una mujer cariñosa, que debía compartir su amor de madre entre sus hijos, por lo que “a veces, era un poco reseca”, trabajadora, preocupada por la crianza de sus hijos. “Debía repartirse entre todos nosotros, darnos cariño e impartir disciplina. Cuando la veía, me desesperaba, quería tenerla a mi lado y no despegarme de ella. Era como un amor que le tenía a esa mamá...”.

A su padre lo percibe como un hombre bueno, trabajador, muy cariñoso y complaciente con ella. “Me dedicaba todo el tiempo que podía, jugaba conmigo, me llevaba a la tienda, era su consentida, me quería mucho y yo a él”. La madre se disgustaba porque decía que él quería más a C. D., que al resto de las hermanas.

Eran una familia muy unida, recuerda que jugaba mucho con sus hermanos: “inventábamos juegos, yo siempre era la mantequilla. Nos llevábamos bien”. Sin embargo, tenía uno que era su preferido. Él era un año menor que ella, por tanto siempre estaban juntos.

Cuando C.D. tenía ocho años, muere su hermano preferido. Nos relata que cuando éste nació, “al mocharle el ombligo, no sangró. Eso significaba que podía morir a los siete días o a los siete meses o a los siete años”. Faltando pocos días para cumplir los siete años, el niño “sufría un ataque, se puso teso de la cintura para abajo y murió”. Los ataques duraron tres días. Para la entrevistada, fue una gran pérdida: “recuerdo que yo lloraba, lloraba, y me mantuve así hasta cerca de los 10 años”.

Los padres de C.D. se separan cuando ella tenía 12 años. Seguían viviendo juntos en la misma casa, cada uno cumpliendo con sus funciones, aunque ya no compartían la misma cama ni el mismo cuarto. “Ellos no peleaban, yo no sé que pasó”. Una hermana de C. D., hija de una unión anterior de su padre, al enterarse de la situación matrimonial, decide llevarse para su casa. Esto causó otro gran dolor en C. D. “no podía comprender por qué él se iba, por qué nos abandonaba”. Pasó mucho tiempo llorando la separación de su padre, aunque la casa de la hermana, estaba a poca distancia de la de su madre. El padre continuó supliendo las necesidades de sus hijos y también cumpliendo los deseos de C. D. por lo que mantienen una relación cálida entre ellos.

Sintió en aquel entonces que había cumplido con la meta y con lo esperado, al lograr su certificado de sexto grado. “En nuestros tiempos y en nuestro pueblo, era una gran cosa, no todos lo lograban”.

A los 17 años, se casa con uno de los jóvenes del pueblo, diez años mayor que ella, y tienen dos hijos. Deciden venir a la capital, ya que su esposo es invitado por un primo a trabajar en un taller. Si bien ella era feliz con su esposo, y económicamente mantenían una buena situación, a C. D. le cuesta adaptarse a la ciudad: añora su entorno familiar, y sobre todo, a su mamá. “Demoré como un año para sentirme un poco bien, porque siempre extrañaba a mi mamá, me hacía falta”. El nacimiento de otros tres hijos desvían la atención de C. D. quien se ocupa de la crianza de los mismos, y de las labores del hogar.

Además, al nacer su cuarta hija, su esposo “se puso travieso, se iba y dormía en la calle. Después tuve otra hija y me operé. Él siguió su mundo, se fue”. Si bien la separación causó dolor, éste se transformó, como ella expresa, en odio. “Sentí que el mundo se me iba a venir encima, no lo podía creer; luego le cogí mucha rabia. No quería que le diera nada a mis hijos”. “Él se sentía orgulloso, ahora, la está pasando mal, pagando lo que hizo conmigo”. La relación duró diez años.

C. D. comienza a desempeñarse en trabajos eventuales hasta que encuentra uno en donde se mantiene hasta la fecha. Esto le da un alivio económico y le permite criar a sus hijos con sencillez.

Luego de pasados diez años, se une a otro señor, con el que ha compartido su vida de pareja hasta la fecha. Llevan una buena relación, en donde la comprensión es el elemento principal. Él la ayudó a terminar con la crianza de los hijos. No tiene hijos, por lo que los hijos de C. D. son los suyos. Éstos lo reconocen como su papá.

El padre de la entrevistada muere de un tumor canceroso cuando ésta tenía 22 años. “Fue un golpe duro para mí, sufrí mucho, porque a pesar de que él se mantuvo en Darién, de alguna forma, nos comunicábamos”. Sin embargo, la muerte de la madre, también de cáncer, hace cuatro años atrás “fue más dura que la de mi papá, porque yo me la traje para Panamá, le hice un anexo al lado de mi casa para que ella viviera, yo la lidiaba, y la cuidé hasta que murió”. Hasta la fecha, C. D. no ha dejado de llorar la pérdida de su madre. “Cuando me hablan de ella, cuando estoy sola, cuando veo su cuarto y sus cosas, lloro. La gente me regaña porque dicen que no la dejo descansar en paz, pero no lo puedo evitar, me duele mucho no tenerla conmigo”. Ella mantiene el cuarto que utilizaba la madre en las mismas condiciones como cuando ésta vivía allí. Siente que no puede cambiarlo porque perdería algo de su madre.

Con la entrevistada vive uno de sus hermanos mayores. Él nunca se casó. A los dos años y cuatro meses de muerta la madre de ambos, éste enferma del corazón. Para C. D., a su hermano le afectó la muerte de su mamá: “Él pensaba que nuestra madre iba a vivir para siempre. A la progenitora de la entrevistada le preocupaba el futuro de este

hijo, por lo que le hace prometer a ella que cuidará de su hermano. “Yo estoy cumpliendo con lo que le prometí a mi mamá”.

Mientras la figura materna estuvo viva, todos los hermanos llegaban a la casa de C.D. para ver a su mamá, haciéndose grandes reuniones familiares. “Ahora estamos un poco distanciados; yo los llamo por teléfono para saber como están cada dos semanas; no es igual, cada uno está en lo suyo”. Esta situación la entristece: “Quisiera que todo fuera como antes”.

El ambiente que se respira en la casa de C. D. es de tranquilidad. Con ella también vive un nieto de 13 años. Éste desde pequeño ha preferido vivir con la abuela y no con su mamá, a pesar de que la primera dice dejarle en claro que ella no es su madre. “Él está muy apegado a mí. Visita a su mamá, que vive cerca, pero no quiere quedarse allá. Ella se encarga de todas sus necesidades, como lo hace con el resto de los hijos que viven con ella”.

A veces “me pongo muy nerviosa, cualquier cosa me altera y me dan ganas de llorar, es como una tristeza muy profunda”. Estas manifestaciones las ha experimentado en varias ocasiones. Después, se le quitan solas. No ha sido atendida por un médico por estos síntomas.

Ha estado hospitalizada en varias ocasiones: para los partos, por una caída en la que perdió el conocimiento (una semana), por quistes en los senos, en dos ocasiones, por diarrea y vómito, y por defecar sangre (dos semanas). El origen de este último padecimiento fueron “las lombrices”. En todas estas experiencias sintió mucho miedo; con el apoyo de su compañero y de sus hijos, pudo “salir del apuro”.

C. D. se describe como una persona que no tiene dificultades para acercarse a otros; puede entablar fácilmente una conversación con una persona, aunque no la conozca, manteniendo con ellas relaciones “agradables, de compañeros o amigos, según sea el caso”, más no es de intimidar con ellos, sólo con sus hijos y su compañero. Sólo se ha sentido rechazada por su esposo, molestándole las críticas cuando éstas no tienen un motivo real. Considera que sí es de las personas que desea imponer sus pensamientos, “pero a la larga, no se puede arreglar a la gente, y cada quien hace según su proceder”.

No ha deseado vivir sola, ni va sola a restaurantes o al cine. Cuando sus hijos dejaron la casa, se sintió algo triste; pudo superarlo con la ayuda de su compañero. Dos de ellos viven cerca de ella.

El presupuesto de la casa y las decisiones importantes las comparte con su pareja.

Experimentó su primer periodo menstrual a los 14 años. A pesar de que ella veía a sus otras hermanas que “se ponían trapos, nunca me dio por averiguar para qué los usaban, así que me asusté, no me habían hablado de eso”. Se quedó callada y a los dos días le cuenta a una prima, que es quien le dice a la mamá de C. D. lo que está pasando.

Se asustó más cuando el periodo “me vino el segundo mes, pensaba que eso sólo venía una vez”. Se sintió tranquila y algo apenada cuando le explicaron con más detalle lo concerniente a este proceso. Sus periodos fueron regulares y no dolorosos. No presentó dificultades para quedar embarazada.

A los 46 años inicia su ciclo climatérico. El mismo se presentó con las siguientes manifestaciones: mareos, vómitos, suspensión de los periodos por varios meses, se sentía desesperada, ansiosa, como enferma, no podía dormir, todo le molestaba, estaba irritable.

Visitó al médico por los malestares y sobre todo porque “pensaba que estaba encinta, a pesar de que tenía años de haber sido operada”. El doctor le habla sobre la menopausia y le dice que “...eso le va a demorar años”, por lo que ella le contestaba: “entonces, me voy a morir, porque esto no lo soporto”. El médico le recetó “pastillas de hormonas y otras para la ansiedad”, desapareciendo poco a poco los síntomas. A los 50 años experimenta su último periodo menstrual.

Sintió que la menopausia era sinónimo de enfermedad; aunque no significa envejecimiento, todo depende de la persona “eso queda de parte de uno, porque algunas se meten al abandono”. Siempre pensó que la menopausia era un proceso normal, que no era vivido por todas igual: algunas se enfermaban otras, no.

En cuanto a si se pierde la femineidad durante después de la menopausia, C. D. contesta: “dicen que algunas la pierden; algunas se ponen activas, y a otras se les quita el apetito”. En este aspecto, ella ha mantenido una vida de pareja normal.

Durante su climaterio, se casaron dos de sus hijos.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lámina 1:

Él está como pensando si toca o no el violín. Y él dirá: "si yo lo toco, me ven mis papás, me regañarán, me pegarán porque lo toco. Porque él está como muy triste.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo, triste.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño pensando si toca o no el violín, por miedo a ser regañado o que le peguen.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación objetal pasivo receptiva. ➤ Posible dominancia parental. ➤ Temor a la figura parental.

Lámina 2:

Aquí ella viene con un libro en la mano; éste está parado sin camisa y le da la espalda, los dos se dan la espalda, ella para adelante y él sigue para atrás. Están como disgustados. Acá hay una parada con los brazos cruzados, está viendo la discusión que ellos tienen.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Él	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Se dan la espalda; ella (camina) para adelante y él para atrás. Están disgustados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo entre las dos figuras. ➤ Desean distanciarse uno del otro.
➤ Parada con los brazos cruzados viendo la discusión que ellos tienen.	➤ Relación pasiva receptiva.

Lámina 3 NM:

Allí está como llorando. Tiene una mano tapándose la cara y la otra la agarra a la pared como si la hubieran regañado o pegado. Los padres. Algo malo hizo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Llorando.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Lloro porque la han regañado o pegado.	➤ Relación pasiva receptiva
➤ Tiene la mano tapándose la cara y la otra agarra la puerta.	➤ Representación del sí mismo bueno sufre por la actuación del sí mismo malo. ➤ Deseos de sentirse sostenido.

Lámina 4:

Aquí se ve que ella quiere como decirle algo a él. Ella lo agarra, le dice: "Quiero hablar contigo", y él no le hace caso, como con ganas de irse para la calle. Ella quiere virarlo hacia ella, pero él la desprecia. "¡Pero, mírame!, tú me tratas como una loca".

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Quiere decirle algo.
➤ Él	➤ Quiere irse.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella quiere decirle algo, lo agarra, quiere virarlo hacia ella, que la mire, pero él la rechaza.	➤ Representación de relación objetual rechazante, hostil. ➤ Ansiedad ante la posible pérdida objetual. ➤ Deseos de acercamiento con el objeto.

Lámina 6 NM:

Aquí está como si el hombre le está diciendo algo a ella, y ella le está escuchando. Ella se ve como que le reclama algo a él y él le dice que no es como tú dices. Ella está brava.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Está disgustada.
➤ Él	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella está brava. le reclama, y él le dice que está equivocada.	➤ Sentimientos de ansiedad ante posible pérdida.
	➤ Relación objetal manipuladora.

Lámina 7 NM:

Puede ser la mamá y esta es la hija. La mamá le está diciendo algo a la hija, la está regañando, ella está seria. Como que está enamorada, pensando en el novio y la mamá no quiere. Es una niña. que estudie, ese no es el camino, que estudie. Pero la niña no le hace caso.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Niña	➤ Seria, enamorada.
➤ Madre	➤ No se proporcionan detalles.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Madre que regaña a la hija porque desea que estudie y ella está enamorada.	➤ Representación del superyó que trata de detener la descarga de la libido.
➤ La niña no le hace caso.	➤ Rechazo a la representación del superyó.

CASO 10CSP

IDENTIFICACIÓN: M. P.

Mujer de 63 años de edad, tiene 31 años de residir en su domicilio actual ubicado en el Distrito de Panamá. Comparte su hogar con su pareja de 66 años, sus dos hijos (23 y 19 años), y dos sobrinos (30 y 25 años). Estos últimos han sido criados por ella desde que tenían pocos años de nacidos.

Oriunda de un campo de la provincia de Chiriquí, vive su infancia al lado de sus cinco hermanos y sus padres, dedicándose la familia a la agricultura.

Considera que siempre estuvo más apegada a su padre. Éste era muy cariñoso con ella. “Nos llevábamos bien. Me quería más que mi mamá”. Era a él a quien ella le contaba sus problemas, recibiendo siempre una orientación, lo que la ayudaba a sentirse segura.

La madre “tenía mal carácter. Siempre nos cargaba levantadas, nos ponía oficios a cada una, sin dejarnos jugar. No era cariñosa, nos apreciaba y se preocupaba por nosotros. Yo la sobrellevaba”. La entrevistada recuerda que su madre decía que ella no iba a cuidar nietos porque ella no lo había hecho con su madre.

Percibe la relación entre sus padres como buena: “Se llevaban muy bien. Mi papá era un hombre trabajador y mi mamá se ocupaba de la casa y de la crianza de los hijos”. En el hogar, nunca se vieron peleas entre los padres, “ni alborotos, ni malas palabras... porque eso afecta a los hijos”. Lo que escuchaban eran los constantes regaños de la madre.

Describe la relación con sus hermanos, durante su infancia, como buena. “Casi no jugábamos, trabajábamos mucho, compartíamos los oficios que nos ponía mi mamá”.

Completa su educación primaria y se traslada a la ciudad de Panamá a los 19 años. Vino a trabajar, pero a los tres meses regresó porque “no logré acostumbrarse, me sentía rara”.

De vuelta en su tierra, se casa con un joven de un pueblo vecino. La relación se mantiene por tres años, cuando deciden divorciarse. “Él era muy irresponsable, no cumplía con sus obligaciones como esposo, se perdía, se iba a la frontera y allá se quedaba por días, gastándose el dinero de la casa”. Esta separación no produjo tristeza en M. P., pero sí preocupación: “tenía que ver qué hacía, ya era una mujer, tenía que buscar mi destino”.

Al cumplir la edad de 21 años, y separada, regresa a Panamá, presentando las mismas dificultades. “Demoré seis meses para acostumbrarme, pero lo hice, sentía que lo tenía que hacer si quería otra vida”.

Además de trabajar en casas de familia, tomó cursos de modistería y de manejo de máquinas industriales, lo que le permite trabajar en empresas dedicadas a la confección de ropas. “Este era un trabajo muy pesado, por lo que decide no trabajar más en esta área, dedicándose entonces a las labores de aseo en una institución escolar. En la actualidad, está jubilada y tiene una casa en Chiriquí, a donde viaja constantemente para cuidar de sus siembras y animales.

Se une a otro señor, con el que igualmente tiene problemas por su irresponsabilidad en el cumplimiento de sus funciones como proveedor. Dice haberse sentido decepcionada porque pensaba que su nuevo compañero iba a ser diferente; sin embargo, “era igualito al otro”. Se separan. “Pensaba que no tenía suerte, había fracasado con dos”.

De esta unión nace el primer hijo de la entrevistada. “Tuve dificultades para quedar embarazada. No fue hasta después de siete años, que tuve mi primer hijo”.

Al poco tiempo conoce al que es ahora su compañero. Tienen 20 años de vivir juntos, y además tienen un hijo en común. “Él es un hombre responsable, trabajador, pero tiene un carácter duro, es difícil de lidiar, todo le molesta y por todo grita, yo trato de no hacerle caso porque antes discutíamos mucho”. El señor en estos momentos está padeciendo de hipertensión y de diabetes, por lo que le han recomendado mantenerse en reposo y evitar los disgustos.

La relación que mantiene con sus hijos la describe como muy buena. Los mismos son muy tranquilos, se han preocupado por estudiar y uno ya trabaja. “Mi compañero dice que a veces soy muy blanda con ellos, porque ellos no quieren hacer las cosas”.

El padre de M. P. tiene 18 años de fallecido. Ante esta pérdida, “sentí un gran pesar, mucha tristeza, pero lo acepté”. El señor muere por problemas en los riñones, sufriendo de esta enfermedad por mucho tiempo. “Guardo su recuerdo como algo muy querido, recordando las cosas que compartimos, y lo que me enseñó. Su muerte fue más dolorosa para mí que la de mi mamá”.

La madre murió hace cinco años. Sufría de asma y tuvo complicaciones con el corazón y los riñones, causándoles estas últimas, la muerte. Al hablar de esta pérdida nos dice que “Sentí tristeza, pero que vamos a hacer”.

Durante su adultez, y con la muerte del padre, M. P. cambia su relación con la madre. Ésta fue más cálida, aunque “nunca fue igual como con mi papá”. La entrevistada hacía viajes al interior para visitarla y llevarle alimentos y otros artículos que necesitara, “siempre le dejaba algo”. A pesar de los intentos que hizo para traerla a vivir con ella, la madre siempre se opuso “porque decía que acá se sentía encerrada, no estaba acostumbrada”.

Siente que sus hermanos, ahora que son adultos, se han distanciado; sin embargo, saben que cuentan uno con el otro de darse algún problema serio.

Se describe como una persona “poco sociable”. No es muy entrona, haciéndosele difícil entablar conversaciones con personas que no sean sus familiares. En el trabajo, con los compañeros, tendía a alejarse de los demás, sólo compartía con ellos lo necesario.

No tiene amistad con los vecinos. “No quiero problemas, prefiero mantenerme en mi casa, con mi familia”. No siente haber sido rechazada, porque ella terminó las relaciones con sus compañeros: “Cuando no conviene una cosa, mejor terminar, sin darle color”. Dice no ser herida fácilmente y ser “resistente a la crítica”.

Cuando va a su finca en el interior, lo hace sola. “No me molesta, pero a veces me da temor de que alguien me haga un daño”. Nos relata que tiene un arma y que de alguien molestarla “si me viene y dice que quiere contar las gallinas, le digo que entre y cuando está adentro, le quemo la pata”. Siente que es muy independiente; tiende a hacer sus mandados sola, no le molesta comer sin acompañantes en restaurantes.

Dice ser capaz de entender a otras personas, pero siente que pudiera ser un poco difícil comprenderla a ella. Considera que “a veces” desea cambiar a los demás, principalmente a sus hijos y a su pareja, “aunque ese ya no se ablanda”.

Experimenta su primer periodo menstrual a los 14 años. No tenía ningún tipo de información, por lo que se asustó y se lo comunicó a su madre, la cual le explicó que este era un proceso normal. Sus periodos fueron irregulares y dolorosos hasta que tuvo a su primer hijo, regularizándose después de esto.

Inicia su proceso climatérico a los 49 años, manifestándose con sofocos, dolores en las venas, en las piernas, en la nuca, la cabeza, irritabilidad, desesperación, sensación de enfermedad, disminución del apetito sexual, hipersensibilidad (lloraba frecuentemente). Después de los 50 años, edad en la que experimenta su último periodo menstrual, se le comenzaron a hinchar las piernas y “me salieron moretones”. Asistió al médico por estos síntomas, explicándole el mismo que los malestares eran producto de la menopausia y que los mismos iban a cesar a medida que se completara el proceso. Le recetaron tratamiento hormonal y “pastillas para los nervios”.

Había escuchado que la menopausia traía muchos problemas a algunas mujeres: hemorragias, embarazos, “locura”. “Nada bueno, tenía temorcito”.

Esta época no coincide con la partida de hijos del hogar ni con enfermedades o muertes en la familia.

La entrevistada comenzó a sufrir de asma después del nacimiento de su segundo y último hijo. Además ha presentado problemas de infección en los riñones. No reporta antecedentes psiquiátricos familiares ni personales.

T.A.T.
Respuestas a las Láminas y Análisis

Lam. 1:

Yo diría que él está como pensando. Lo que tiene allí es como si fuera un instrumento de música... será que está pensando en su música. Pareciera que está triste por no poder tocar su instrumento, porque no sabe tocarlo.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niño	➤ Pensativo, triste.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Niño pensando si toca o no el violín, por miedo a ser regañado o que le peguen.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación objetal pasivo receptiva. ➤ Posible dominancia parental. ➤ Temor a la figura parental.

Lam 2:

Esto es como si el caballo tuviera un coche y la joven como que va para su colegio. Esto es... no sé si es agua o es tierra. Aparentemente arriba es como un cacerío o un cerro. Y esto parece una estatua. Ella está como si fuera una fuente de agua.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Él	➤ No se proporcionan detalles.
➤ Ella	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Se dan la espalda; ella (camina) para adelante y él para atrás. Están disgustados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo entre las dos figuras. ➤ Desean distanciarse uno del otro.
➤ Parada con los brazos cruzados viendo la discusión que ellos tienen.	➤ Relación pasiva receptiva.

Lam. 3 NM:

Esta joven como si estuviese con dolor de cabeza. Está como en la puerta de su casa. (?) No sé que más decir.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Llorando.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Llora porque la han regañado o pegado.	➤ Relación pasiva receptiva
➤ Tiene la mano tapándose la cara y la otra agarra la puerta.	➤ Representación del sí mismo bueno sufre por la actuación del sí mismo malo. ➤ Deseos de sentirse sostenido.

Lam. 4.

Ella está como queriendo decirle algo al señor, como admirada por algo; y él está haciendo como un gesto de irse. Ella como que está tratando de decirle algo.

REPARTO DE PERSONAJES	TIPO DE PERSONALIDAD
➤ Ella	➤ Quiere decirle algo.
➤ Él	➤ Quiere irse.

INTERACCIONES SOCIALES	TIPO DE INTERACCIÓN
➤ Ella quiere decirle algo, lo agarra, quiere virarlo hacia ella, que la mire, pero él la rechaza.	➤ Representación de relación objetal rechazante, hostil. ➤ Ansiedad ante la posible pérdida objetal. ➤ Deseos de acercamiento con el objeto.

Lam. 6 NM:

La joven está admirada de ver al señor fumando, como que le ha llamado la atención “porque fumar es malo”. No veo más.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Ella	➤ Está disgustada.
➤ El	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Ella está brava, le reclama, y él le dice que está equivocada.	➤ Sentimientos de ansiedad ante posible pérdida.
	➤ Relación objetal manipuladora.

Lam. 7 NM:

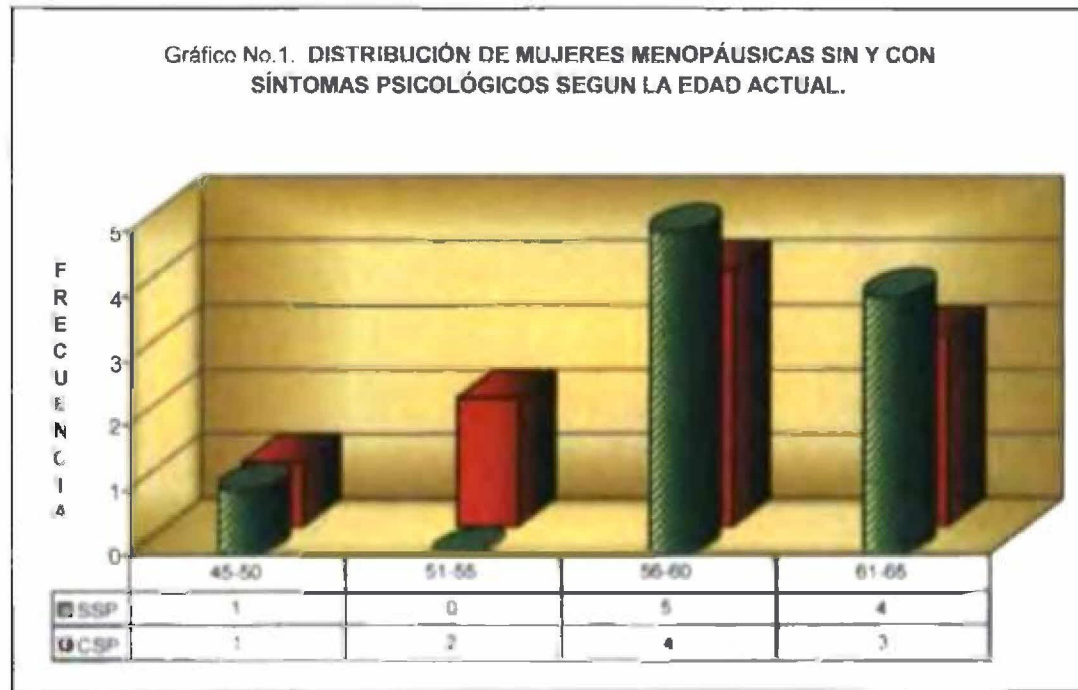
Esta es como si fuera la mamá. Pareciera que tuviera un perrito en la mano, pero la niña está mirando otra cosa. (?) Está tratando de ver que es lo que la niña tiene en la mano.

<i>REPARTO DE PERSONAJES</i>	<i>TIPO DE PERSONALIDAD</i>
➤ Niña	➤ Seria, enamorada.
➤ Madre	➤ No se proporcionan detalles.

<i>INTERACCIONES SOCIALES</i>	<i>TIPO DE INTERACCIÓN</i>
➤ Madre que regaña a la hija porque desea que estudie y ella está enamorada.	➤ Representación del superyó que trata de detener la descarga de la libido.
➤ La niña no le hace caso.	➤ Rechazo a la representación del superyó.

1.2. Resultados Grupales

1.2.1. Datos Demográficos

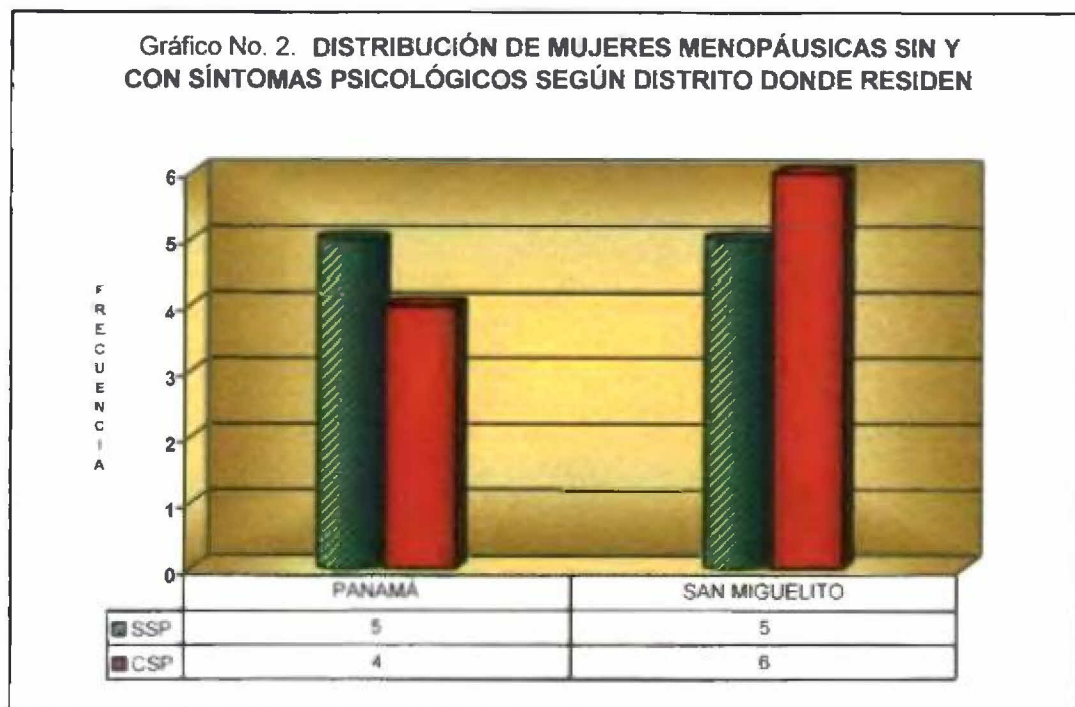


El rango de edad de las mujeres que participaron en el estudio, independientemente de su condición (sin síntomas psicológicos y con síntomas psicológicos), se encuentra entre los 47 y los 65 años, siendo el promedio de edad para el total de la muestra de 58.7 años.

La mayoría de las mujeres en ambos grupos, sin y con síntomas psicológicos, tienden a agruparse entre las edades de 56 a 65 años: 9 y 7 sujetos, respectivamente.

El promedio de edad para la submuestra de mujeres sin síntomas psicológicos fue de 59.7, mientras que para la submuestra de las que presentaron síntomas psicológicos fue de 57.7, observándose poca diferencia entre los promedios de edad de ambos grupos: sólo dos (2) unidades.

Gráfico No. 2. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN DISTRITO DONDE RESIDEN

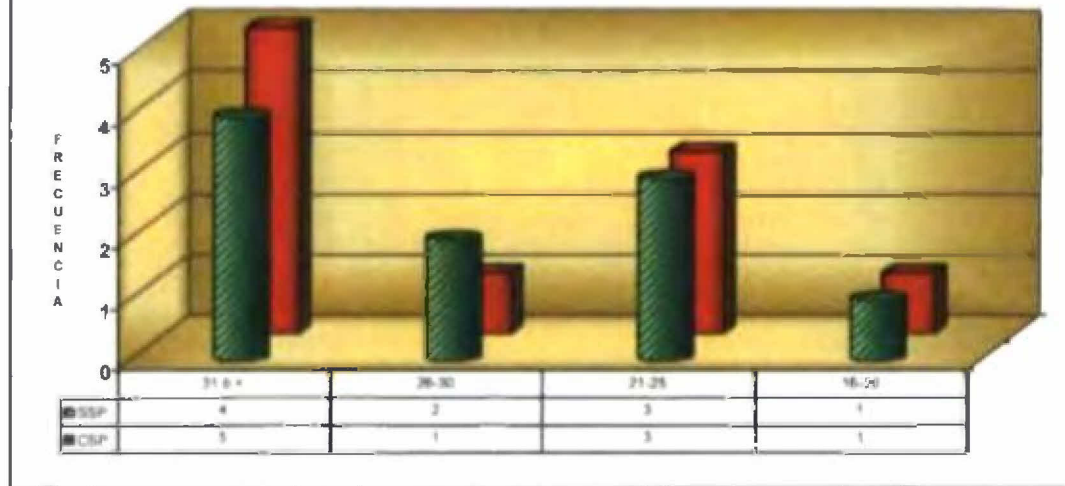


Las mujeres que conforman la muestra de estudio residían, al momento de realizar la entrevista, en diferentes corregimientos de los distritos de Panamá y San Miguelito.

El grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos durante la menopausia procedía, equitativamente, de los distritos de Panamá y San Miguelito; mientras que para el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, cuatro dijeron vivir en el distrito de Panamá y seis en el de San Miguelito.

Entre los sectores de procedencia podemos mencionar Río Abajo, San Francisco, Villa Cáceres, Pedregal, Juan Díaz, Bethania, San Antonio, Cerro Viento, Alcalde Díaz, Villa Guadalupe, Paraíso, Samaria, Cerro Batea, y Roberto Durán, entre otros.

Gráfico No. 3. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN AÑOS DE PERMANENCIA EN SU ÚLTIMA RESIDENCIA.

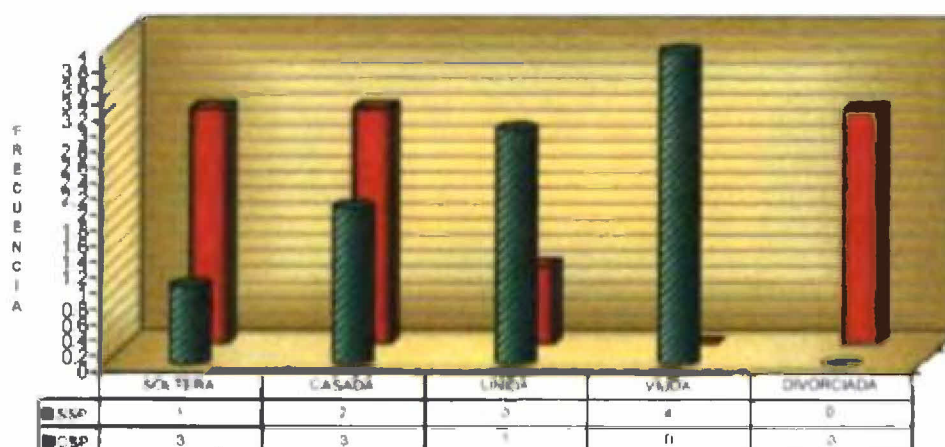


Al investigar acerca de la cantidad de años que tenían de vivir en su residencia actual, las mujeres que conformaban la muestra, se observó que las mismas se ubicaban en un intervalo que iba desde los 20 hasta los 40 años.

En el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, cuatro (4) de ellas tienen entre 31 y 40 años de vivir en su residencia actual; tres (3), tienen entre 21 y 25 años; dos (2), entre 26 y 30 años; y una (1), con 20 años. El promedio de años de residencia para este grupo fue de 28.6.

En el caso de las mujeres que presentaron síntomas psicológicos, la gráfica nos muestra una mayor frecuencia en el intervalo que va de los 31 años ó más, cinco (5) sujetos; mientras que tres (3) de ellas, se encuentran en el intervalo de 21 a 25 años. El promedio de años de residencia para este grupo fue de 28.4.

Gráfico No.4. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL ACTUAL



Con relación al estado civil oficial reportado por las mujeres pertenecientes a la muestra, podemos observar que las mismas se distribuyen en casi todas las categorías. Las que no presentaron síntomas psicológicos durante la menopausia tienden a agruparse en las categorías de unidas y viudas, representando el 70% de ese grupo; las que presentaron síntomas psicológicos, están distribuidas, mayormente, en las categorías de solteras, casadas y divorciadas. En este último grupo no se encontraron viudas, mientras que para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, no se encontraron divorciadas.

Cabe señalar que, al revisar sus historias, e independientemente del estado civil oficial, observamos que existe otra distribución en cuanto a su situación de pareja, que pudiera brindar un conocimiento más profundo de este aspecto de sus vidas, complementando así, la información relacionada con esta variable.

Cuadro No. 1. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU SITUACIÓN REAL DE PAREJA

SITUACIÓN REAL DE PAREJA	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPAUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Con compañero estable	11	6	5
• Sin compañero estable	1	-	1
• Sin compañero	8	4	4

De las diez mujeres que no presentaron síntomas psicológicos durante su periodo menopáusico, seis (6) de ellas, tienen un compañero estable; es decir, que al momento de la entrevista, dijeron convivir con un hombre con el cual compartían su vida amorosa y las responsabilidades del hogar (casos 1SSP, 2SSP, 5SSP, 7SSS, 8SSP, 9SSP,); sin embargo, una de ellas, a pesar de llenar los requisitos antes mencionados, no comparte el mismo techo con su pareja. Ver caso No. 7, SSP. Las cuatro mujeres restantes (casos 3SSP, 4SSP, 6SSP, 10SSP), dijeron no mantener relaciones de pareja; es decir, comparten su hogar con sus hijos, llevando ellas, en gran parte, la responsabilidad del hogar. Estas mujeres corresponden al grupo de las viudas.

Las mujeres del grupo que presentaron síntomas psicológicos se distribuyen en forma semejante: cinco (5) mantienen una relación de pareja estable (casos 5CSP, 6CSP, 7CSP, 9CSP, 10CSP), aunque una de ellas no comparte el hogar con el compañero (caso No. 5CSP); cuatro (4), no mantienen este tipo de relación (casos 1CSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP); y una (1), mantiene relaciones de pareja, mas no de forma estable (caso 8CSP).

Otra distribución de importancia para este estudio, y que está relacionada con el estado civil, fue la cantidad de relaciones de pareja, en el transcurso de su vida, que reportaron las mujeres de la muestra.

Cuadro No. 2. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS REPORTADO

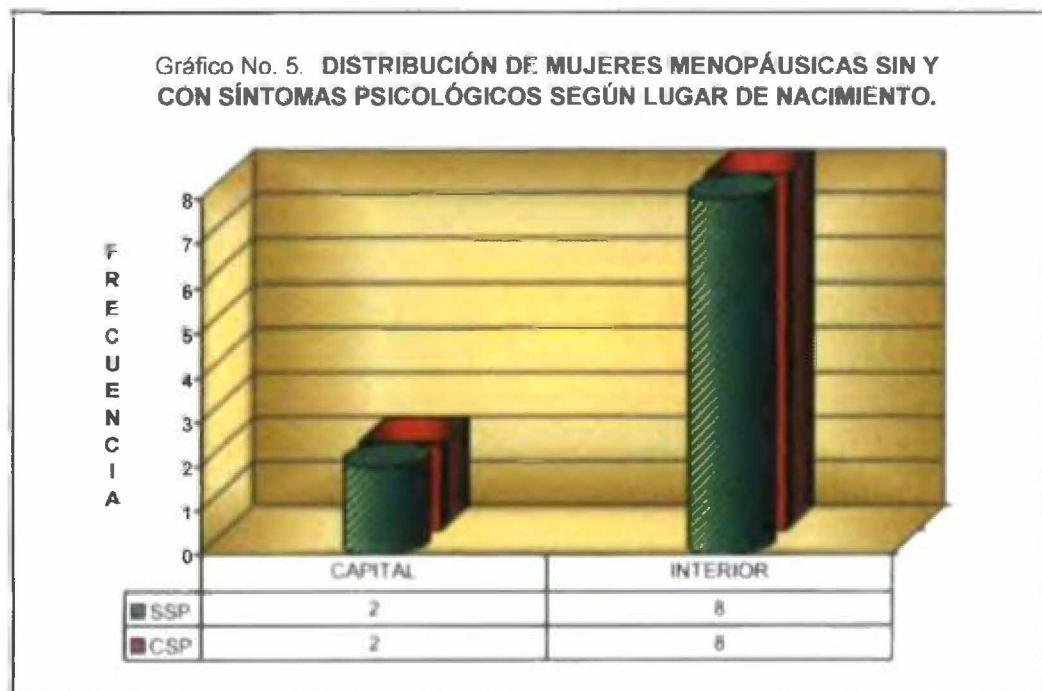
NÚMERO DE PAREJAS	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Una pareja	10	7	3
• Más de una pareja	10	3	7

El cuadro No. 2 muestra diferencias entre las mujeres sin síntomas psicológicos y aquellas con síntomas psicológicos con relación al número de parejas que éstas han tenido a lo largo de su vida.

Se observa, que siete (7) de las diez (10) mujeres sin síntomas psicológicos reportaron haber mantenido, a lo largo de su vida, una sola relación de pareja, mientras que sólo tres (3) del grupo de mujeres con síntomas psicológicos reportaron esta condición.

Al revisar la existencia de más de una relación de pareja en la muestra de estudio observamos una distribución contraria a la antes expuesta: siete de las mujeres con síntomas psicológicos dijeron haber tenido más de una relación de pareja; mientras que sólo tres (3) de las que no presentaron síntomas psicológicos, reportaron haber tenido más de una.

Gráfico No. 5. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO.



Atendiendo al lugar de nacimiento de la muestra de investigación, observamos que la distribución de los sujetos es semejante: ocho (8) mujeres en ambas submuestras, nacieron en el interior de la república; mientras que dos (2), son oriundas de la ciudad de Panamá.

En ambos grupos de mujeres, con y sin síntomas psicológicos, encontramos representantes de diferentes provincias: Chiriquí, Veraguas, Coclé, Herrera, Los Santos, Darién y hasta de la isla de San Miguel. Ninguna de las mujeres tuvo como lugar de origen la provincia de Bocas del Toro ni la Comarca de San Blas.

Para el grupo de las que nacieron en la ciudad de Panamá encontramos representantes de Catedral, Calidonia, La Exposición y Marañón.

Para la mayoría de las mujeres que nacieron en el interior, el trasladarse para vivir en la Ciudad de Panamá fue su primera experiencia fuera del hogar de crianza; es decir,

por primera vez abandonan el entorno familiar al que estaban acostumbradas, separándose muchas de ellas de su núcleo familiar original. Sin embargo, observamos que para algunas de estas mujeres, como en los casos 1SSP, 6SSP y 7SSP, la emigración a la ciudad de Panamá, no fue su primera experiencia de separación, trasladándose de sus pueblos a las ciudades capitales de provincia o a otros pueblos dentro de la misma provincia.

Las condiciones o circunstancias que llevan a esta primera emigración, así como la forma de vivenciarla y su adaptación al nuevo ambiente, son variables de importancia para este estudio, ya que la emigración está considerada como un suceso dentro de las llamadas crisis circunstanciales del ciclo de vida. De igual forma, la emigración pudiera provocar sentimientos de pérdidas, tanto de las figuras parentales de apoyo como del entorno originario o contexto.

En el cuadro No. 3, se han tratado de resumir los aspectos antes señalados, tomando en cuenta la primera experiencia de traslado de la persona. Se indicará el caso al cual corresponde la experiencia con el propósito de que si se desean más detalles, se refieran al historial del mismo.

Cuadro No. 3. DESCRIPCIÓN DE LAS VIVENCIAS DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS POR RAZÓN DE SU PRIMERA EXPERIENCIA DE TRASLADO

CASO	EDAD	LUGAR	CONDICIONES DEL TRASLADO	OBSERVACIONES
1SSP	14	Ciudad de Chitré	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada sola para trabajar en casa de familia. La madre decía que “no aguantaba, que pronto regresaría a casa”. De sus hermanos, era la más apegada a la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> Se adaptó con bastante facilidad. Debía demostrar que lo podía hacer. Trabajar implicaba tener dinero para ayudar a su familia.
2SSP	12	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada para vivir con su madre que estaba ya establecida en la ciudad y asistir a la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> El traslado hacia un nuevo entorno significaba vivir nuevamente con la madre, estabilizando su relación con ella. “Me sentí bien porque estaba con mi mamá, no fue difícil”.
3SSP	4	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Recuerda vagamente que se traslada con su madre y tres de sus hermanos. Al llegar, duermen debajo de la escalera de una casa de madera de un barrio pobre de la ciudad. 	<ul style="list-style-type: none"> Sólo obedecía los mandatos de la madre. “Éramos como una unidad que debía seguir los mandatos de su madre; éramos, realmente, muy unidos.
4SSP	10	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada sola para vivir con una tía. Vino en busca de un “nuevo porvenir”, iba a continuar estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> Se adapta a la nueva situación: “No me preocupó,... a esa edad, no se tiene trauma”. “Mis padres estaban pendientes de mí”.
5SSP	2	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Es trasladada por su madre, para que fuera criada por su padre y su abuela paterna. 	<ul style="list-style-type: none"> No recuerda la situación. Conoce de ella por lo que le contó su abuela.
6SSP	7	Ciudad de David	<ul style="list-style-type: none"> Es confiada por sus padres a una familia, amigos de éstos. El objetivo era que iniciara sus estudios primarios ya que no había escuelas en el lugar donde vivían. Fue la única de sus hermanos que fue a la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> No se sintió triste porque deseaba estudiar; los amigos de sus padres eran cariñosos, no tenían hijos, por lo que la trataban como tal. Además veía con regularidad a sus padres, quienes estuvieron pendientes de ella, “...por lo que no me sentí desamparada.”

Continúa...

CASO	EDAD	LUGAR	CONDICIONES DEL TRASLADO	OBSERVACIONES
7SSP	5	Pueblo de Darién	Es trasladada por su abuela del hogar que compartía con su madre, su padrastro y hermanas al hogar paterno. "Mi papá me mandó a buscar porque mi mamá estaba casada con un señor que abusaba de los niños, de sus propias hijas.	<ul style="list-style-type: none"> Este hecho tiene gran significado para ella. Piensa que el mismo ha marcado su vida y su forma de ser. "Eso es algo que todavía me molesta, no me gusta hablar de eso porque me llega". "Me fui llorando, con lágrimas en mis ojos, todavía tengo ese trauma"
10SSP	15	Pueblo cercano	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada sola para trabajar como empleada doméstica. Necesitaba ayudar a su madre en la crianza de sus hermanos, ante el abandono del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> Los primeros meses fueron difíciles, pero por estar cerca, podía viajar los fines de semana. "Me sentía tranquila cuando los veía, y muy orgullosa de poder dar algo a la casa".
1CSP	13	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada sola, para continuar sus estudios secundarios. Vivía con familiares maternos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se adaptó fácilmente. Vivía con hermanas.
2CSP	23	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada con su esposo, dejando a su hijo bajo el cuidado de sus padres. Vinieron en busca de mejores oportunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> No se adapta fácilmente. Extraña su pueblo, sus padres y su hijo. Poco tiempo después de llegar a la ciudad, se separa de su esposo por "mujeriego y tomador". Viaja frecuentemente a visitar a sus padres.
4CSP	11	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada para trabajar como empleada doméstica. Era una forma de liberarse del maltrato que recibía de su hermano y de su madre. 	<ul style="list-style-type: none"> "Ya que no tengo el apoyo de mi mamá y de mi papá, ¿qué hago aquí?". No se adapta fácilmente. Se siente sola, abandonada, sin protección. Recuerda esta situación con mucho dolor.
5CSP	23	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada junto a su compañero. Vino en busca de un mejor futuro para ella y para sus hijos: "...buscando comodidad para mis hijos, mayores posibilidades de estudio". 	<ul style="list-style-type: none"> Se adapta fácilmente a la nueva situación. Estaba junto a sus hijos y su compañero. Añoraba poder darle a los primeros la oportunidad de estudiar, oportunidad que no había tenido ella.
6CSP	12	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada junto a su hermana mayor para continuar estudios secundarios. Venían a vivir junto a su madre de la cual habían estado separadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tuvieron que pasar varios meses para adaptarse al nuevo entorno familiar, al igual que a la convivencia con la madre. Esta era muy estricta. "Me quitaron algo".

Continúa...

7CSP	26	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Abandona la dinámica familiar para venir a cuidar a una niña. 	<ul style="list-style-type: none"> No se pudo adaptar al nuevo medio, sentía “que estaba toda rodeada de agua, como si fuera una piscina; además, extrañaba mucho a mis padres”. Retorna a su tierra natal. Al año, vuelve a la ciudad a trabajar con la misma señora: “Esa vez me sentí mucho mejor. A los tres meses ya me había adaptado bastante”.
9CSP	18	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada junto a su esposo y sus dos hijos. El primero viene a trabajar con un primo, estableciendo una relación de pareja feliz y estable, y una buena situación económica. 	<ul style="list-style-type: none"> Le cuesta adaptarse a la ciudad: añora su entorno familiar, y sobre todo, a su mamá. “Demoré como un año para sentirme un poco bien, porque siempre extrañaba a mi mamá, me hacía falta”.
10CSP	19	Ciudad de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Se traslada sola, en busca de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> A los tres meses regresa a su pueblo porque “no logré acostumbrarme, me sentía rara”.

Se puede observar, de acuerdo a los resultados de este cuadro, que las vivencias experimentadas por las mujeres de ambos grupos tienden a ser diferentes. En primera instancia, y tomando en cuenta la edad, encontramos que las que no reportaron síntomas psicológicos, dejaron el entorno familiar a edades más tempranas que aquellas que presentaron síntomas psicológicos. El rango de edad para las primeras va de 2 a 15 años, mientras que para las segundas, va de 11 a 26 años. El promedio de edad fue de 8.62 y 18.12, respectivamente. Esto evidencia una diferencia de 9.50 unidades entre ambos promedios.

El trasladarse sola o acompañada, denota igualmente diferencias entre los grupos: cinco (5) de las siete (7) mujeres que no presentaron síntomas psicológicos, se trasladan solas; es decir, que al salir del entorno familiar, son el único miembro del núcleo familiar

que vive la experiencia en ese momento. (Casos 1SSP, 2SSP, 4SSP, 6SSP, 7SSP y 10SSP.)

Para el grupo de las que presentaron síntomas psicológicos, el número de las entrevistadas que se trasladan solas es de cuatro (4) de ocho (8). (Casos 1CSP, 4CSP, 7CSP y 10CSP.) El resto de ellas, cuatro, se trasladan acompañadas de familiares, como en el caso 6CSP, que lo hace junto a su hermana, quien espera que ésta termine sus estudios primarios, para viajar juntas; o se trasladan junto a sus compañeros, como en el caso 2CSP, o con sus compañeros e hijos. (Casos 5 CSP y 9CSP.)

Otra de las condiciones que juega un papel importante en la emigración de estas personas fue la motivación que llevaba a la misma. En el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos se observa que tres (3) de ellas, iban a estudiar o a completar estudios, reflejándose en cada uno de los casos, una actitud positiva ante esto; además, de sentirse apoyadas por sus padres; dos (2) de los casos, 1SSP y 10SSP, iban a trabajar, lo que además de significar un reto ante los niveles de independencia, llevaba la oportunidad de satisfacer, en parte, las necesidades económicas de sus familias. En el caso 2SSP, la entrevistada, además de los estudios, es motivada por el hecho de ir a vivir con su madre, de la cual había estado separada por las condiciones económicas de la familia. Todos los casos anteriormente descritos muestran un factor común que es el deseo de las entrevistadas a realizar ese cambio; percibiéndose en ellas una motivación positiva ante el hecho.

La entrevistada del caso 4SSP, venía acompañada por su madre y hermanos, manteniendo la unidad y cohesión familiar entre los miembros, lo que de una forma u otra representaba una acción que favorecía el desarrollo psicológico de la misma.

Por el contrario, en los casos 5SSP y 7SSP se observa que las mujeres, que en ese entonces eran muy pequeñas, son llevadas por uno de sus progenitores a otro núcleo familiar, causando pena y dolor, como se ve específicamente en el caso 7SSP.

Si bien algunas de las motivaciones para el traslado fueron similares en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, es decir, se trasladan por estudios, por trabajo, o en busca de un mejor porvenir, se observan algunas diferencias.

En el caso 2CSP, la entrevistada se traslada junto a su esposo, dejando a su hijo, de pocos meses de edad, bajo el cuidado de sus padres, implicando de esta forma una separación; y en el caso 4CSP, en alguna forma, el salir de la casa significaba para ella, la liberación a su maltrato y no un deseo auténtico de separación.

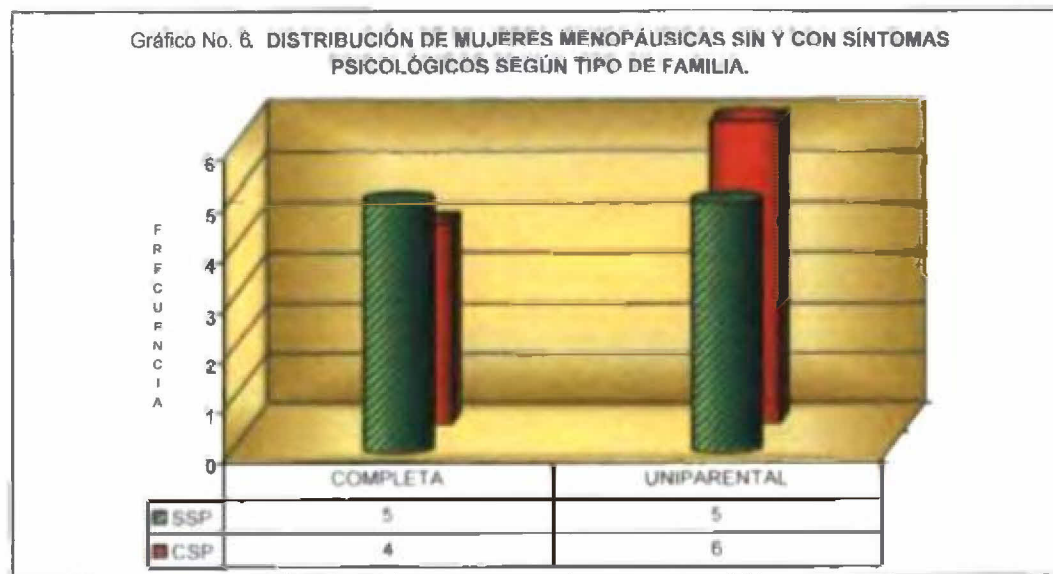
En los casos 1CSP y 6CSP, se trasladan para continuar estudios; y, en el último de éstos, también para reunirse con la madre, mostrando ambas expectativas positivas. Igual que en el caso 5CSP, en donde la entrevistada viene buscando para sus hijos, lo que ella no pudo tener.

Sin embargo, en los casos restantes, la situación parece ser algo diferente: en los casos 7CSP y 10CSP, las entrevistadas se trasladan para trabajar, más por necesidad económica que por convencimiento propio; y en el caso 9CSP, la misma viene a la ciudad a acompañar a su esposo para que éste obtenga un trabajo, sin mencionar una motivación personal que la llevara a aceptar esta decisión.

Dada las anteriores condiciones, la adaptación al nuevo entorno fue más fácil para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, en donde cuatro (5) de las ocho, dijeron adaptarse fácilmente: en el caso 7SSP, la entrevistada logra adaptarse con el tiempo al nuevo entorno, más no a la separación de la madre. No incluimos los casos 4 y 2, ya que

por la poca edad con la que contaban en esos momentos, no pudieron manifestar sus sentimientos.

Para el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, se observó que seis (6) de las ocho, manifestaron haber tenido dificultades para adaptarse a su nuevo entorno familiar (casos 2CSP, 4CSP, 6CSP, 7CSP, 9CSP y 10CSP.) Algunas de ellas manifestaron extrañar a su familia (casos 2CSP, 4CSP, 7CSP) y sobre todo, a la madre (caso 9CSP.) También extrañaban el lugar de donde provenían, como ocurrió con los casos 6CSP y 10CSP. En el caso 6CSP, las expectativas que se tenían con relación a la convivencia con la madre no fueron satisfechas.



Al tomar en cuenta la presencia estable de las dos figuras parentales en el hogar observamos que cinco (5) mujeres del grupo que no presentaron síntomas psicológicos, viven en núcleos familiares donde están presentes dos figuras adultas que juegan el papel de padre y madre (familias completas), respectivamente; el resto de las mujeres de esta

submuestra, cinco (5), no llenan esta condición; es decir, sólo está presente la figura materna (familias uniparentales.)

Para el grupo de mujeres con síntomas psicológicos, cuatro (4) de ellas reportaron proceder de familias completas, y seis (6), de familias uniparentales.

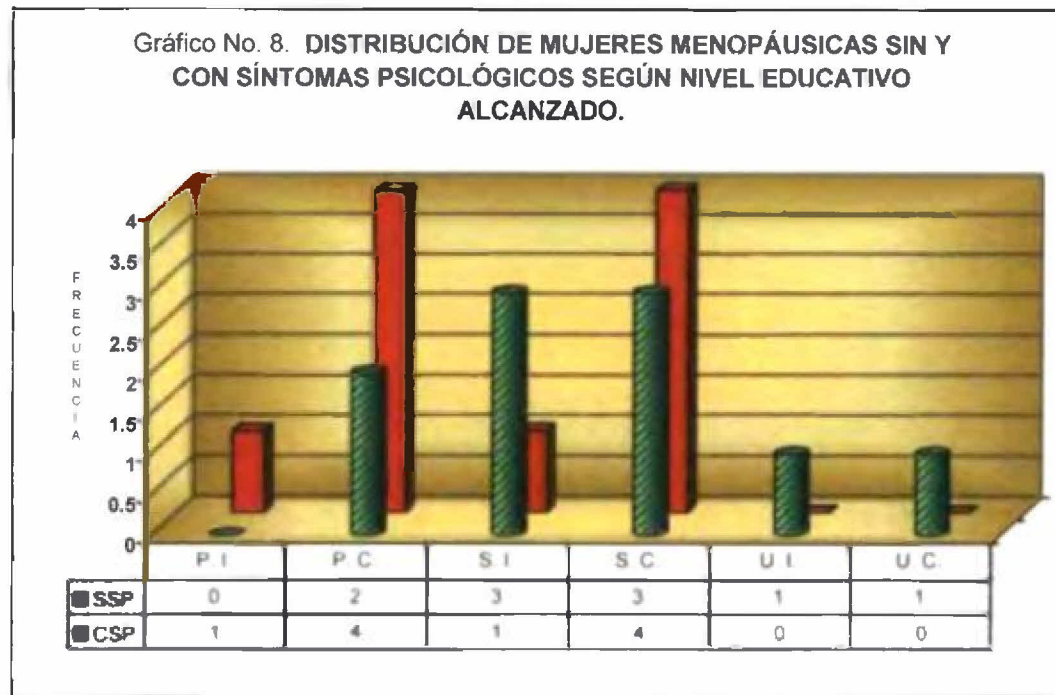
Cabe señalar que se tomó en cuenta, para la adjudicación de las mujeres en las respectivas categorías, la situación familiar al momento de la entrevista; sin embargo, al revisar las historias individuales de la muestra se observa que en algunos casos, la condición de familia uniparental cambia a completa volviendo nuevamente a uniparental, por la separación de la pareja o viceversa. Ver casos 4SSP, 5SSP, 1CSP, 2CSP, 6CSP, 8CSP y 10CSP.



El número de generaciones que conviven en el hogar junto con las mujeres de la muestra, es relevante para este estudio, mostrándonos los niveles de dependencia interfamiliares.

La mayoría de las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos durante el proceso menopáusico pertenecen a hogares donde conviven dos generaciones (5 sujetos) y tres generaciones (4 sujetos.) Estas generaciones implican padres e hijos (casos 1SSP, 3SSP, 8SSP y 9SSP) o abuelos y nietos (caso 7SSP), y padres, hijos y nietos (casos 2SSP, 4SSP, 6SSP, y 10SSP), respectivamente. Sólo se presentó un caso, dentro de este grupo, donde la mujer compartía su hogar únicamente con su compañero (caso 5SSP), por lo que se consideró como una sola generación.

Para el grupo de las mujeres menopáusicas con síntomas psicológicos observamos que éstas, al igual que el grupo anterior, tienden a agruparse en hogares donde conviven dos y tres generaciones, con cuatro (4) sujetos para cada categoría; sin embargo, se observan dos mujeres que se diferencian del resto de la muestra: En el caso 1CSP, en donde viven en una misma casa, el sujeto de estudio, la madre de ésta, los hijos y nietos; y en el caso 8CSP, en donde ésta vive sola.



En cuanto al nivel educativo alcanzado por los sujetos de la muestra, la gráfica No. 8 nos muestra que, a diferencia del grupo de las mujeres menopáusicas con síntomas psicológicos, dos de las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos, lograron realizar estudios universitarios (Casos 3SSP y 8SSP.) De igual forma se observa que en este grupo, la mitad de la muestra, logró concluir sus estudios secundarios, llenando de esta forma un requisito que, para algunas de ellas, estaba por encima de lo esperado para su época.

En cuanto al grupo de las mujeres con síntomas psicológicos durante el proceso menopáusico, observamos que seis (6) de las mismas, no alcanzaron niveles educativos que completaran sus estudios secundarios; de éstas, cuatro (4), sólo completaron el nivel de primaria. El resto de la muestra, cuatro (4) sujetos, logra concluir sus estudios secundarios.

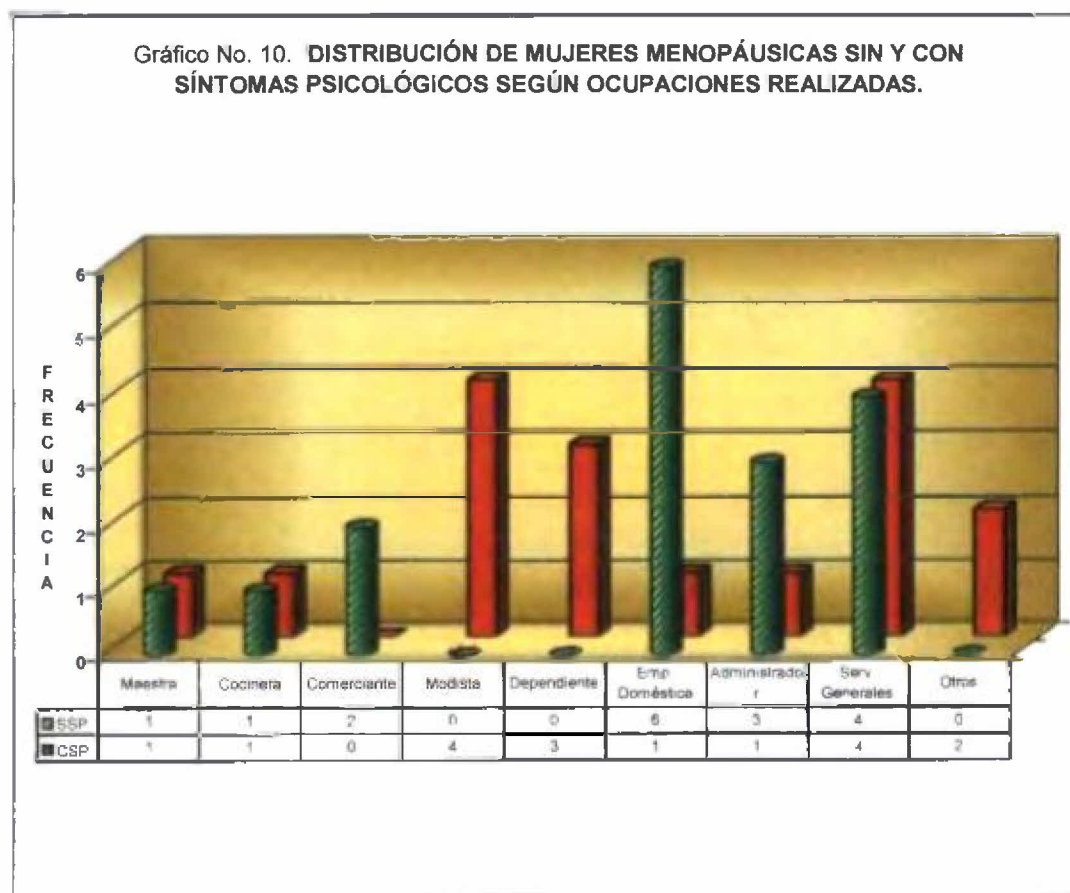


Los sentimientos de las mujeres que no concluyeron sus estudios fueron examinados, ya que este acontecimiento puede ser percibido o vivenciado como una pérdida.

Así tenemos, que cuatro (4) de las seis mujeres sin síntomas psicológicos que no alcanzaron esta meta, reportaron haber sentido frustración ante el hecho de no poder terminar sus estudios. La falta de recursos económicos fue la causa principal para que las mismas abandonaran esta idea (Casos 1SSP, 2SSP, 6SSP, 8SSP.) En el caso 6SSP de este grupo, observamos que logra completar sus estudios primarios siendo ya una adulta y con la responsabilidad de una hija.

Dos de las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos expresaron haber aceptado la situación: “Mis padres se enfermaron, ellos eran la fuente de ingreso, tuve que trabajar para sostener la familia, no tenía elección, trabajar era más importante en ese momento” (Caso 4SSP); “Me internaron en una escuela de modistería donde aprendí algo de modistería, pero me salí, no me gustaba”. (Caso 5SSP.)

En el caso del grupo de las mujeres menopáusicas con síntomas psicológicos, la situación no es muy distinta a la del grupo anterior: tres (3) de las seis expresaron haber sentido frustración y una (1), tristeza y frustración. Entre las razones que no facilitaron que estas mujeres continuaran sus estudios se encuentra la actitud del padre (caso 5CSP, 7CSP), y la condición económica unida a la falta de apoyo familiar (caso 4CSP). “Eso me dejó frustrada para siempre”. Dos (2) dijeron haber aceptado la situación, sin ningún sentimiento negativo (casos 9CSP y 10CSP), ya que “La meta era sexto grado”.

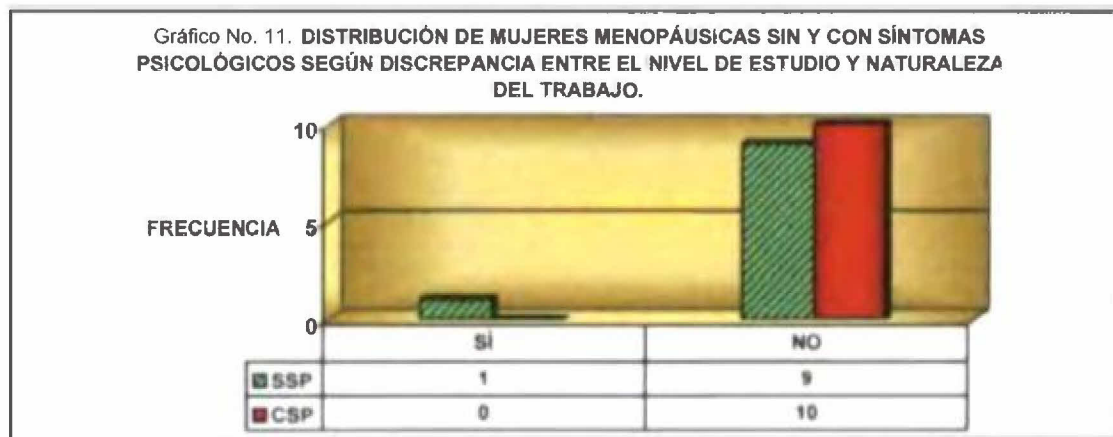


La gráfica anterior nos muestra las ocupaciones realizadas por las mujeres que componen la muestra de estudio. Se mencionaron una gran cantidad de ellas, por lo que se graficaron las de mayor frecuencia, agrupando algunas de acuerdo a su similitud.

Así tenemos que para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, los empleos relacionados con los oficios domésticos (empleadas domésticas y cuidado de ancianos) mostraron la frecuencia más alta: seis (6) de las 10 mujeres, en algún periodo de su vida, realizaron este tipo de trabajo; seguida de las ocupaciones denominadas de servicios generales tales como aseadoras, cocineras, asistentes de almacenista, y de las ocupaciones relacionadas con la administración, ya sea de sus propios negocios o de unidades administrativas gubernamentales o privadas, Estas dos últimas categorías de ocupaciones mostraron una frecuencia de cuatro (4) y tres (3) personas, respectivamente.

La modistería junto con los trabajos de servicios generales fueron las ocupaciones con más alta frecuencia para el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos: cuatro (4) de las diez mujeres se dedicaron a estas actividades. En el caso de la modistería, la mayoría de ellas laboró en fábricas de confección de ropas. Le siguen, la atención al público, ya sea como dependientas o cajeras con una frecuencia de tres (3) personas.

Dos de las mujeres dijeron dedicarse a la crianza de los hijos y a los oficios propios del hogar. Las mismas pertenecen al grupo de las mujeres con síntomas psicológicos.



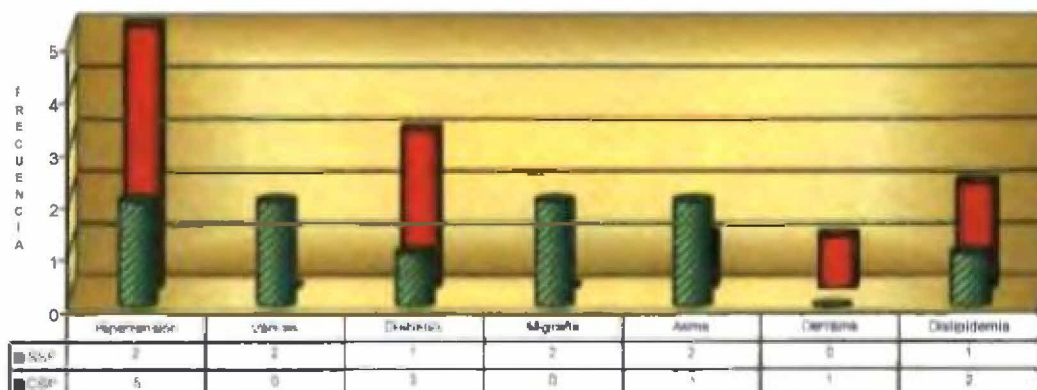
No se observaron discrepancias entre el nivel de estudio y la naturaleza de los trabajos realizados por las mujeres que conformaron la muestra de estudio. Sólo una de las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos mostró esta característica, al completar sus estudios como modista y laborar como aseoadora. (9SSP.)

Algunas de las mujeres lograron establecer sus propios negocios, tal como lo presentan las historias 1SSP, 4SSP, 10SSP y 6CSP.



Casi la totalidad de las mujeres de la muestra, practican la religión católica. Sólo la 6CSP manifestó no pertenecer, en estos momentos a ninguna religión.

Gráfico No. 13. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ENFERMEDADES PADECIDAS.



Fueron numerosas las enfermedades reportadas por las mujeres pertenecientes a la muestra de la investigación, por lo que sólo se presentan en la gráfica aquellas que observaron mayores frecuencias.

La hipertensión arterial fue la enfermedad que predominó, sobresaliendo en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos: dos (2) sin síntomas psicológicos y cinco (5) con síntomas psicológicos. La diabetes ocupó el segundo lugar, predominando igualmente en el grupo de mujeres con problemas psicológicos: una (1) sin síntomas y tres (3) con síntomas.

Tanto la migraña como las vrices fueron enfermedades exclusivas del grupo de mujeres sin síntomas psicológicos, observándose dos (2) casos; mientras que la enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral) fue exclusiva del grupo de las mujeres con síntomas psicológicos. Se observó un caso (5CSP).

Entre otras enfermedades mencionadas, que no aparecen en la gráfica, están: osteoporosis, artritis, fiebre reumática, artrosis lumbar, gastritis, faringitis, sordera, dermatitis, hipertiroidismo (bocio) y eclampsia.

Cuadro No. 4. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD (AGUDAS O CRÓNICAS)

TIPO DE ENFERMEDAD	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Crónicas	18	10	8
• Agudas	4	2	2

Atendiendo a la duración de la enfermedad, observamos que de las 20 mujeres entrevistadas, 18 de ellas reportaron padecer de alguna enfermedad crónica, lo que representa el 90% de la muestra. Entre este tipo de enfermedades se mencionaron la hipertensión arterial, el asma, la diabetes, las várices y la migraña, entre otras. (Algunas mujeres cayeron en ambas categorías).

En cuanto a las enfermedades agudas, sólo cuatro (4) de ellas padecieron alguna de las mismas: bronquitis aguda, eclampsia, terigio y síndromes gripales.

No se aprecian diferencias sustanciales entre el grupo de mujeres menopáusicas sin o con problemas psicológicos.

Cuadro No. 5. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD (PSICOSOMÁTICAS O NO PSICOSOMÁTICAS)

TIPO DE ENFERMEDAD	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Psicosomáticas	15	7	8
• No psicosomáticas	15	9	6

Al agrupar las enfermedades padecidas por la muestra, tomando en cuenta si las mismas eran o no enfermedades psicosomáticas (Zax y Cowen, 1979), observamos que las mujeres con síntomas psicológicos presentaron más enfermedades no psicosomáticas que psicosomáticas, aunque la diferencia no es significativa. Para el grupo de mujeres menopáusicas con problemas psicológicos, sucedió lo contrario; sin embargo, la diferencia entre los dos tipos de enfermedades, tampoco resultó significativa para este grupo.

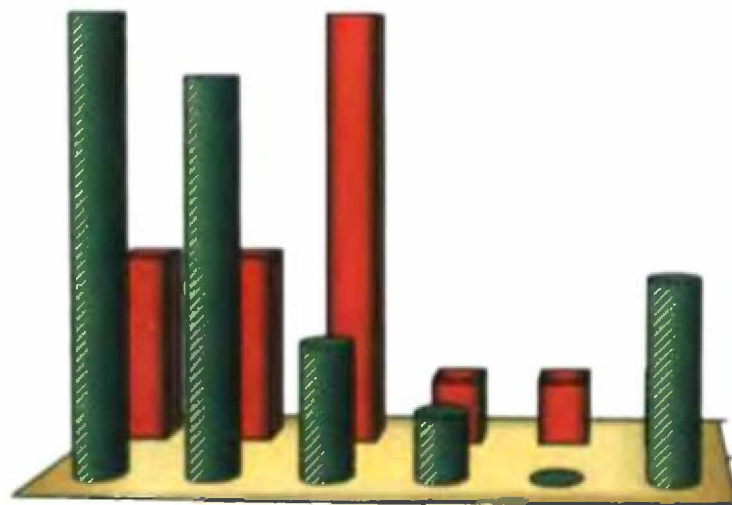
Entre las enfermedades psicosomáticas encontramos las migrañas, el asma, la diabetes, la hipertensión arterial, entre otras.

Cuadro No. 6. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ETAPA DEL DESARROLLO EN QUE SE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD

ETAPA DE DESARROLLO	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Infancia y/o adolescencia	3	2	1
• Adultez	3	3	0
• Adultez media	17	7	10

Al reagrupar las enfermedades reportadas por la muestra, según el periodo de desarrollo en la que se presentaron, observamos que una gran cantidad de las entrevistadas. 17 (85%), dijo padecer de enfermedades que se presentaron durante su adultez media (hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, artritis lumbar, entre otras), lo que contrasta significativamente con aquellas padecidas durante la infancia, la adolescencia (asma, sordera, terigio) y la adultez temprana (migraña, eclampsia, bronquitis).

Gráfico No. 14. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ENFERMEDADES FAMILIARES.

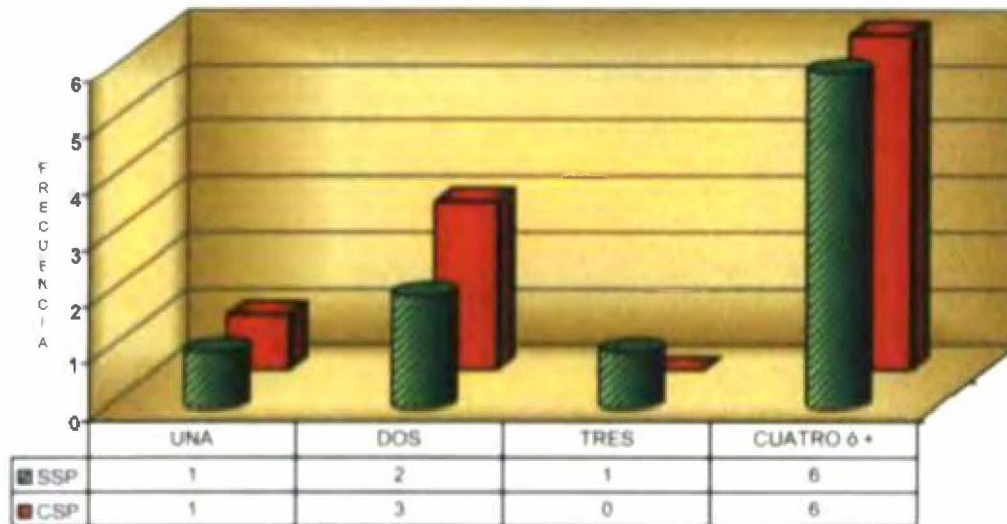


	Cardiovasculares	Cáncer	Diabetes	Tuberculosis	Reumatismo	Prob. Renales
■ SSP	7	6	2	1	0	3
■ CSP	3	3	7	1	1	1

Entre las enfermedades familiares mencionadas están las cardiovasculares en las que se incluyen la hipertensión arterial y el derrame cerebral; el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias como la tuberculosis y el asma; el reumatismo y la fiebre reumática; y los problemas renales.

Los problemas cardiovasculares presentaron la frecuencia más alta para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, mientras que la diabetes, lo fue para el grupo con síntomas psicológicos.

Gráfico No. 15. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES.



Las frecuencias mostradas en la gráfica No. 15 reflejan poca diferencia entre los grupos de mujeres sin síntomas psicológicos y con síntomas psicológicos según el número de hospitalizaciones de las mismas.

Así tenemos, que para ambas submuestras, la frecuencia más alta, seis (6), se ubica en la categoría de cuatro o más hospitalizaciones, seguidas de la categoría de dos hospitalizaciones, con dos (2) sujetos para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos y tres (3), para el de con síntomas psicológicos.

El rango del número de hospitalizaciones para el grupo de las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos es de una (1) a ocho (8) y el promedio es de 3.8, mientras que para el de las mujeres que presentaron síntomas psicológicos es de una (1) a diez (10) con un promedio de 4.9, reflejándose una diferencia no significativa entre ambas.

Cabe señalar, que estas hospitalizaciones incluyen, además de las hospitalizaciones por enfermedades, aquellas que se dieron por los partos.

Además del número de hospitalizaciones, este estudio revisa los sentimientos experimentados durante el tiempo en que las mismas se vivenciaron, principalmente los sentimientos de abandono y los temores por pérdidas del *self* y por la propia identidad. Según Karl Slaikeu, 1996, las cirugías, las pérdidas de un miembro del cuerpo, las enfermedades que amenazan la vida y las discapacidades físicas forman parte de las llamadas crisis circunstanciales; por tanto, pueden ser vivenciadas como pérdidas, amenazas o desafíos.

En el cuadro No. 7, se presenta una descripción de los motivos que llevaron a las distintas hospitalizaciones y de los sentimientos vivenciados en esas experiencias.

Se observan, sentimientos muy similares en ambos grupos, sin y con síntomas psicológicos, ante el mismo tipo de experiencias. Así tenemos, que las hospitalizaciones por partos, en los que las criaturas nacieron sanas, causaron alegría en todas las mujeres; las hospitalizaciones por partos, en donde el producto no llegó a su término o nacieron sin vida, causaron tristeza, dándose sentimientos de pérdida. Casos 5SSP, 1CSP y 4CSP.

Por otro lado, las hospitalizaciones por cirugías o por enfermedad, causaron miedo. En aquellos casos en los que estaba en juego, real o imaginariamente, la pérdida de un sentido o de un miembro del cuerpo (brazos), se especifica el temor a una discapacidad física: casos 6SSP, 1CSP, 8CSP. De manera similar, se observa el temor a perder la capacidad de tener hijos, en las mujeres que se sometieron a cirugías o vivieron experiencias relacionadas con el aparato reproductivo: casos 6CSP y 7CSP.

Cuadro No. 7. DESCRIPCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE SUS PERIODOS DE HOSPITALIZACIONES

CASO	MOTIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN	SENTIMIENTOS
1SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Tres partos. • Cirugía por apendicitis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría. • Tranquilidad.
2SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía por glándulas, ataque de asma, diabetes, salpin, cirugía por glándulas, fractura de la rótula y la nariz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sintió “un poco abandonada”, pero comprende que “hay que cumplir con el trabajo”, justificando de esta forma la ausencia de los familiares durante el día.
3SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco partos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría. “Estaba con mi esposo”
4SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre reumática, cirugía por glándulas, hipertensión, bronquitis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, temor.
5SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de su hija por parto con placenta previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me sentí muy triste, nadie me iba a visitar. Lloraba mucho. Todas salían con sus hijos en los brazos, yo, con mis brazos vacíos; ¡Y todavía, me querían cobrar!, ¿Qué me iban a cobrar, si no llevaba nada en mis brazos?”.
6SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Seis partos. • Quiste en el pecho. • Bocio. • Piedras en la vesícula. 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidad. • Tranquila. • Deseos de llorar por miedo a perder la voz. “Seré una muda”. • Temor de morir por la edad.
7SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro partos. • Cirugía por problemas en una cordal, infección en la encía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • “No era nada serio y mis hijos siempre estuvieron conmigo”.
8SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Tres partos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Muy contenta, estaba allí para dar a luz a mis hijos, realizada”.
9SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Dos partos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Mucha alegría”.
10SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Dos partos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Estuve muy contenta”.

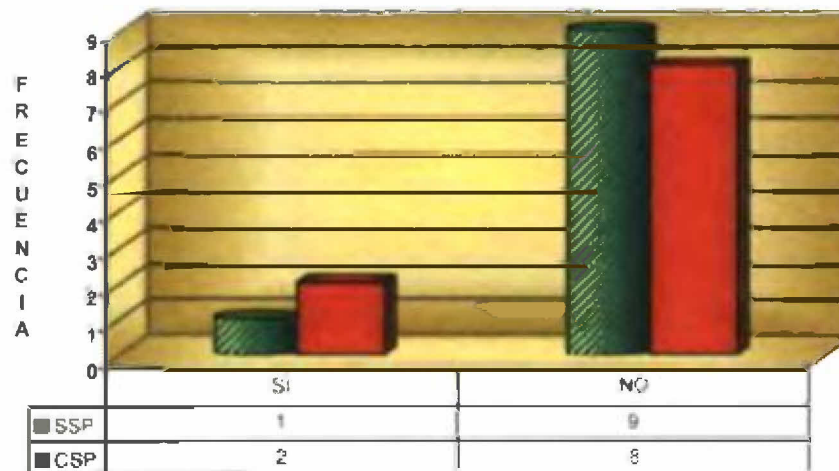
CASO	MOTIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN	SENTIMIENTOS
1CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco partos. • Cirugía por fractura del brazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sentí alegría cuando nacieron los tres hijos que tengo ahora”. Tuvo dos embarazos más, perdiendo a las criaturas: en uno, la niña nació muerta, y en el otro, perdió unos mellos a los 4 meses de gestación. “Lloré mucho”. • “Miedo; sentía que me podía pasar algo”.
2CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Tres partos. • Cirugía por glándulas, salpin, histerectomía, biopsia del hígado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información. • “Me he sentido fuerte y decidida, pero con temor a la anestesia”.
3CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Un parto. • Salpin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo el primero; el resto los tuvo en casa. Alegría. • “Nunca me habían operado”.
4CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me sentí muy triste. Lloré mucho”.
5CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro partos. • Fractura en un brazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información. • “Me sentí muy triste y sola”. Sólo la visitaba el padre, ya que fue hospitalizada en la ciudad de David y “ellos vivían muy lejos”. Tenía 14 años. Estuvo hospitalizada por mes y medio.
6CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Seis partos. • Quiste en un ovario y apendicitis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría. • “Soledad y algo de miedo. Me preocupaba que después no pudiera tener hijos”. Tenía 19 años.
7CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Un parto. Ataque de eclampsia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría por el hijo; miedo por las secuelas que pudiera traer la eclampsia; apoyada por la familia y los vecinos que cuidaron de ella durante su convalecencia; resentimiento contra la madre “sólo mi mamá no vino a verme”.
8CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Tres partos. • Cirugía para reparar daño en el ojo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría. • Miedo de que no saliera bien la operación y quedar peor de lo que estaba o quedar ciega; esperanza de que le arreglaran la desviación del ojo y llevar una vida normal. Su abuela estaba con ella. Ver historia.
9CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco partos. • Caída, cirugía por quiste en el seno, diarrea y vómito, defecaba sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría. • “Sintió mucho miedo, pero con el apoyo de su compañero y de sus hijos, pudo “salir del apuro”.
10SSP	<ul style="list-style-type: none"> • Dos partos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría.

Las mujeres que fueron hospitalizadas por enfermedades o cirugías propias del deterioro del cuerpo por la edad, manifestaron ansiedad o temor: 2SSP, 6SSP, 2CSP y 9CSP.

Se reportaron sentimientos de soledad y abandono en los casos 2SSP, 5SSP, 5CSP y 6CSP. Por el contrario, algunas de las mujeres dijeron sentirse apoyadas o acompañadas de sus familiares y/o amigos: casos 3SSP, 7SSP, 7CSP, 8CSP y 9CSP.

Los sentimientos reportados por las mujeres sin síntomas psicológicos durante sus hospitalizaciones, sin tomar en cuenta la alegría causada por el nacimiento de sus hijos, tienden a ser más positivos, más adaptativos, no se reflejaron sentimientos de pérdidas: casos 1SSP, 2SSP, 7SSP; en las mujeres con síntomas psicológicos, sólo el caso 9CSP, muestra esta actitud.

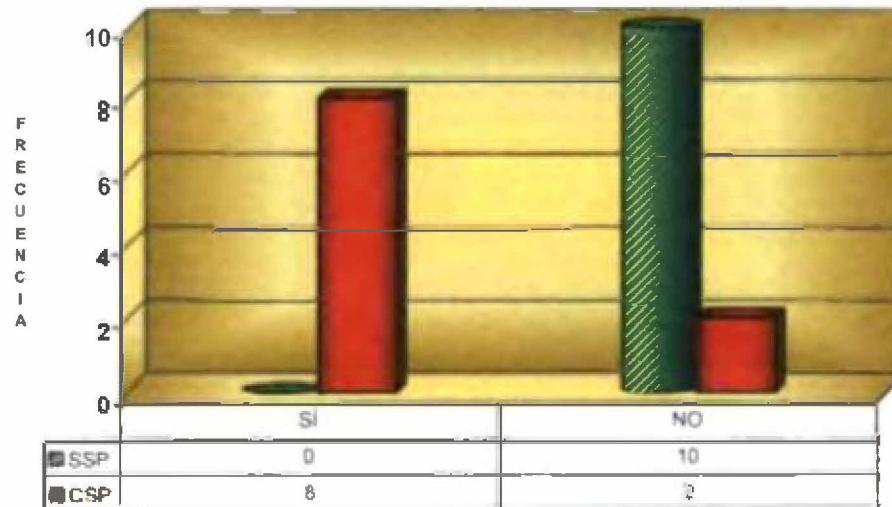
Gráfico No.16. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES.



De acuerdo a las historias clínicas, una de las mujeres del grupo de las sin síntomas psicológicos, reportó tener antecedentes psiquiátricos entre sus familiares. Este caso corresponde al No. 4SSP, en el que la madre y el hermano padecieron de esquizofrenia.

Para el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, se reportan estos antecedentes en los casos 1CSP y CSP6. En el caso 1CSP, se trata de una hermana que padece de Alzheimer, y en el 6CSP, también de una hermana que “enfermó de los nervios”.

Gráfico No. 17. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES.



alpha = 0.05
 chi-cuadrado = 13.33
 p = 0.0003[±]

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos personales observamos que ninguna de las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos menciona haber padecido de algún trastorno mental.

Sin embargo, en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, seis (6) de ellas, dijeron tener historias previas de enfermedades mentales o dijeron haber sido referidas o atendidas, en algún momento de su vida, por un psicólogo o psiquiatra (casos 1CSP, 2CSP, 4CSP, 6CSP, 7CSP y 10CSP.)

Las mismas no brindaron un diagnóstico específico, sólo mencionaron los síntomas que las llevaron a dicha atención. Únicamente, en el caso 2CSP, queda claro que la paciente sufre de un trastorno depresivo, reportando la misma que ese ha sido el diagnóstico que le han indicado los dos psiquiatras con los que se ha atendido.

La entrevistada 6CSP reporta haber sido referida a Psicología al no encontrarsele justificación a sus inconsistentes niveles de azúcar, a pesar de que la misma sigue con exactitud su tratamiento medicamentoso y su régimen dietético. Asiste a terapia psicológica de tipo grupal. Esta situación se ha dado después del proceso climatérico.

Por otro lado, en el caso 7CSP, la entrevistada manifestó padecer de presión alta emotiva y “de los nervios”. “Me da un mal en el estómago, una desesperación, se me quiere virar la boca”. Al buscar ayuda médica para estos malestares, se le han recetado “pastillas que me ayudan”. Estos síntomas se han venido dando antes y después de su proceso climatérico.

Cabe señalar, que para algunas de estas mujeres, su historia psiquiátrica comienza con los síntomas de la menopausia; o bien, es en estos momentos donde asisten por este tipo de ayuda, de acuerdo a lo que ellas reportaron. Casos 1CSP, 2CSP, 4CSP, y 10CSP). Ver resultados de la gráfica No. 26.

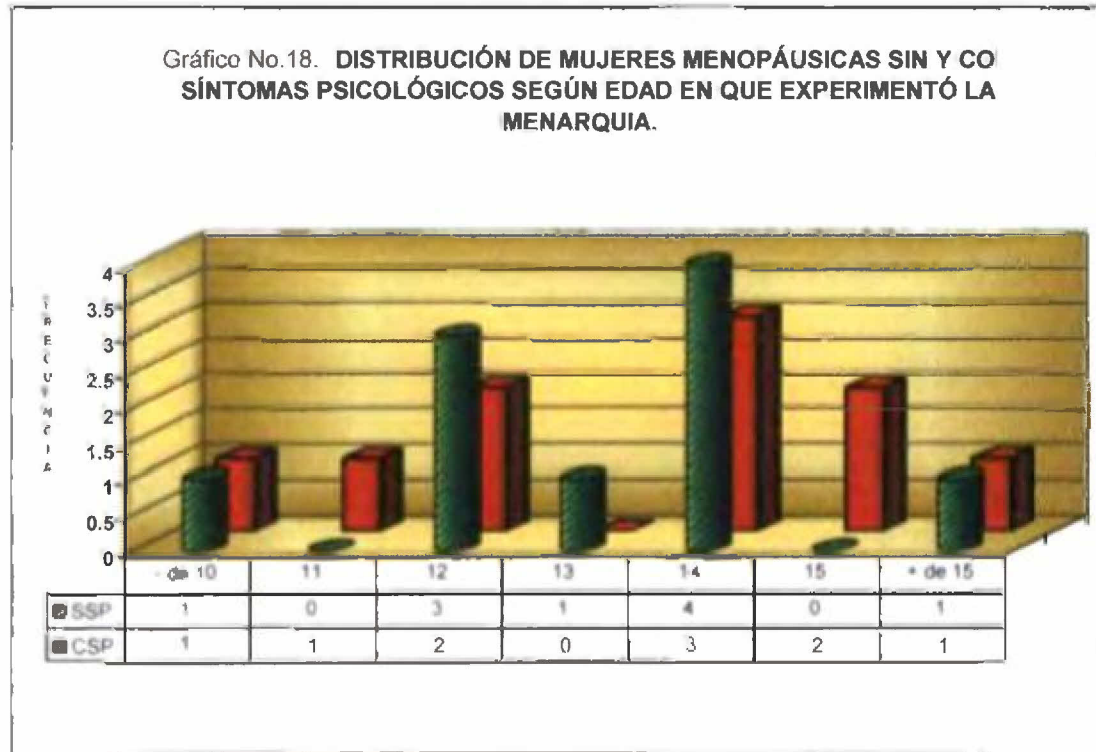
El caso 9CSP también fue incluido dentro de las mujeres con antecedentes psiquiátricos, aunque al preguntársele al respecto, se haya negado esta situación. Tampoco reporta haber asistido al médico por estos síntomas. Ésta manifiesta, durante su historia personal, que en varias ocasiones “me pongo nerviosa; cualquier cosa me altera y me dan ganas de llorar, es como una tristeza muy profunda. Después se me quitan solas”.

Se observa una situación similar con el caso 3CSP, donde la entrevistada, a pesar de no reportar antecedentes psiquiátricos, manifiesta que ha debido asistir al médico porque en ocasiones, no quiere ni pararse, no quiere comer y cualquier enfermedad la atormenta, sintiendo gran preocupación por su salud. Los médicos no han encontrado ninguna enfermedad que ocasione estos malestares. Los mismos, de acuerdo a la

entrevistada, se han venido dando durante su adultez tardía. Sin embargo, al revisar su historial se observa que estos síntomas también son experimentados en su proceso climatérico.

De acuerdo a la prueba estadística aplicada, existen diferencias significativas entre los grupos sin síntomas psicológicos y con síntomas psicológicos con relación a los antecedentes psiquiátricos personales.

1.2.2. Menarquia y Menopausia



Ocho (8) de las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos durante la menopausia, experimentaron su primer periodo menstrual (menarquia) entre los 12 y 14 años de edad. Las dos (2) restantes se ubican en las edades de los extremos: una (1) a los 9 años (2SSP), y la otra, a los 18 años (8SSP), respectivamente.

Las mujeres que presentaron síntomas psicológicos tienden a estar más distribuidas, observándose frecuencias a lo largo de todo el continuo, a excepción de la categoría de los 13 años. Las frecuencias más altas dentro de este grupo se ubican en las edades de 14 años, con tres (3) personas, y en las de 12 y 15 años, con dos sujetos en cada una.

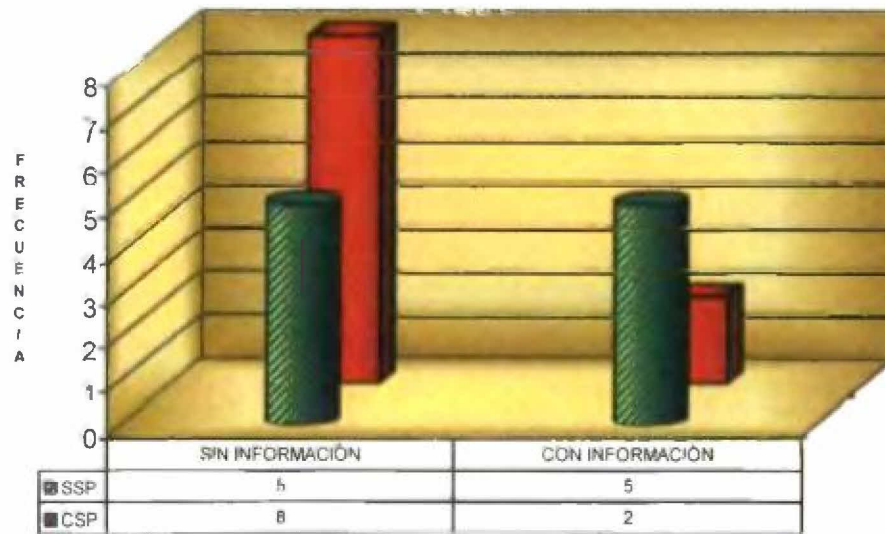
El promedio de edad de la menarquia no presenta diferencia entre los dos grupos de estudio, con y sin síntomas psicológicos, siendo de 13.2 para el primero y de 13.3 para el segundo.

Cuadro No. 8. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE MENARQUIA DE ACUERDO A LA EDAD EN QUE SE EXPERIMENTÓ

EDAD	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Menopausia Precoz	2	1	1
• Menarquia Normal	16	8	8
• Menarquia Tardía	2	1	1

De acuerdo a la edad en que se presentó la menarquia, observamos que en ambos grupos se encontraron sujetos que experimentaron menarquia precoz (antes de los 10 años): una (1) del grupo de mujeres sin síntomas psicológicos, caso 2SSP y una (1), del grupo con síntomas psicológicos, caso 5CSP. Igualmente, se encontraron dos (2) sujetos que por el contrario, experimentaron menarquia tardía (más de 15 años): un sujeto por cada uno de los grupos: 8SSP y 7CSP, respectivamente. El resto de las mujeres del estudio, experimentaron la menarquia dentro de los periodos de edad esperados.

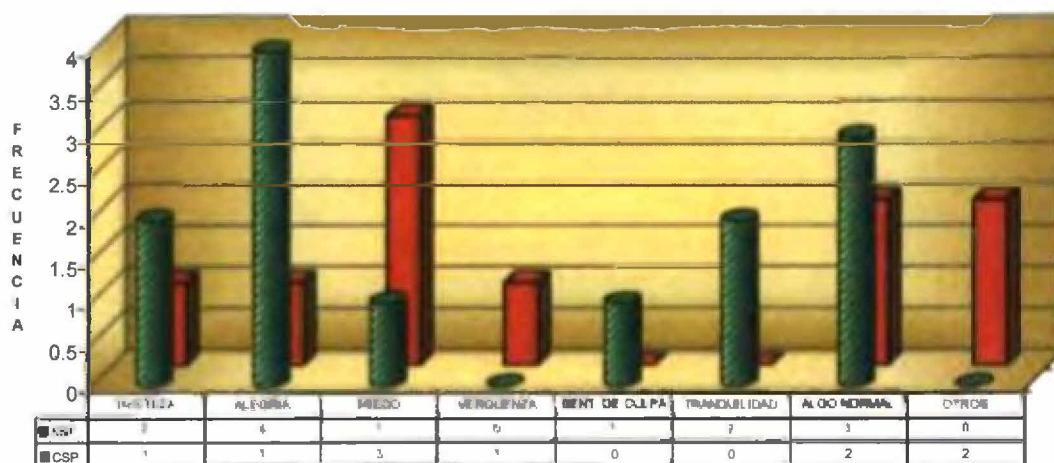
Gráfico No.19 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN INFORMACIÓN SOBRE LA MENARQUIA.



Con relación a la información que poseían las mujeres de la muestra de estudio, sobre la menarquia, al momento de experimentarla, observamos que la mitad de aquellas que no presentaron síntomas psicológicos, no tenían ningún tipo de información sobre este proceso biológico, mientras que la otra mitad, sí manifestó haber recibido la misma a través de los maestros en la escuela o de sus madres y hermanas.

En el grupo de las mujeres que presentaron síntomas psicológicos, ocho (8) de las mismas llegó a la pubertad sin tener conocimiento de lo que esto implicaba y de los cambios biológicos que se darían en su cuerpo; sólo dos de las mujeres de este grupo dijeron tener información previa.

Gráfico No.20. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SENTIMIENTOS HACIA LA MENARQUIA.



Ante la presencia de la menarquia, las mujeres entrevistadas dijeron haber experimentado diferentes sentimientos, algunos de ellos positivos y otros, negativos.

Para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos prevalecieron los sentimientos positivos: cuatro (4) experimentaron alegría; tres (3), tranquilidad; y tres (3), lo percibieron como un proceso normal. Entre los sentimientos negativos mencionados están: tristeza, dos (2) personas; miedo, una (1) persona, y sentimientos de culpa, una (1) persona.

En el caso 3SSP de este grupo, la entrevistada dijo sentir miedo y sentimientos de culpa a la vez, a pesar de que tenía información sobre este proceso. “Me asusté. No me explico por qué, yo sabía que no era así, pero también pensé que podía ser que un hombre me había violado y yo no me hubiera dado cuenta”.

Los sentimientos de tristeza estuvieron relacionados con la percepción de pérdida: “Me sentí rara, con cierta tristeza, ya era otro rumbo, era otro camino” (caso 1 SSP), “Me dio miedo, pensé que me había golpeado y que me había hecho un daño” (caso 2 SSP). Esta percepción de pérdida también podría adjudicarse al caso 4SSP, del cual se habló previamente.

Por el contrario, los sentimientos de alegría fueron experimentados en aquellas mujeres que estaban en espera de este suceso, como en los casos 8SSP y 9SSP. En el primero, ésta contaba con 18 años y tuvo que someterse a un tratamiento para que se diera la menarquia, expresándose al respecto, de la siguiente forma: “ Sentí una gran alegría, me sentía más mujer, ya era como las demás”. En el segundo, había preocupación por parte de los padres porque ésta “no se había desarrollado” y ya había cumplido los 14 años, además de que estaba experimentando “decaimiento en el cuerpo”. Dice haber sentido alegría y alivio.

De igual forma, se experimentaron sentimientos positivos en aquellas mujeres que sentían que pasaban a otra etapa de la vida, percibiendo la misma como un crecimiento personal. Esta situación se observa en el caso 10SSP: “Me sentía como grande, diferente; sentía que por ser ya una mujercita, podía ayudar más a mi mamá y a mis hermanos”, y en el caso 7SSP: “Yo me sentía como grande, como una señorita, más independiente; en realidad, si fui cambiando, porque ya no jugaba con los niñitos”.

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, éstas expresan haber experimentado más sentimientos negativos que positivos. Así tenemos que tres (3) sintieron miedo; una (1), tristeza; una (1), vergüenza, otra (1), traía problemas. Sólo una (1) dijo haber sentido alegría y dos (2), lo vivieron como un suceso normal.

Cuadro No. 9. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE SENTIMIENTO HACIA LA MENARQUIA

TIPO DE SENTIMIENTO	TOTAL	MENOPAUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Sentimiento positivo	10	7	3
• Sentimiento negativo	9	3	6
• Sentimiento negativo y positivo	1	---	1

En el caso 2CSP de este grupo, la entrevistada reportó haber experimentado sentimientos ambivalentes de tristeza y alegría: “Me sentí triste por haber dejado mi niñez atrás, pero también me sentía más mujer”.

Con relación a aquellas mujeres que dijeron tener sentimientos negativos, se observan diferentes vivencias y expresiones. En el caso 6CSP, se experimenta vergüenza y tristeza: vergüenza, por ser la primera de las hermanas que llegaba a la pubertad, a pesar de que no era la mayor, adjudicándole la familia el sobrenombre de “la desarrollista”; y tristeza, porque “ya no iba poder jugar con muñecas, ya tenía que pensar diferente, como señorita”. En este caso, la idea de no poder jugar con muñecas llevaba consigo una gran frustración, ya que a pesar de desearlo, nunca había tenido una.

Para el caso No. 4, la experiencia aumenta los sentimientos de soledad, de abandono, y por ende, sus necesidades afectivas y de protección. La misma dijo haberse sentido asustada, sin saber qué hacer: pensaba que ya no era una niña, “¿qué irá a ser de mí sin papá ni mamá?”.

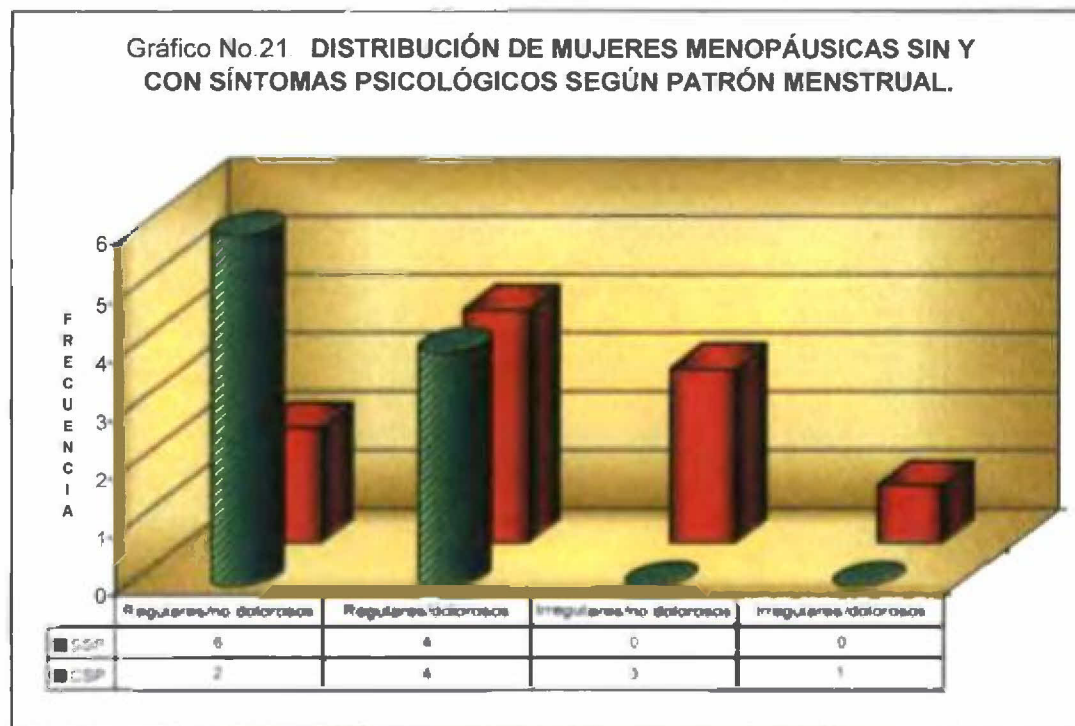
Algo diferente se observa en el caso 7CSP, donde a pesar de tener 17 años, no tenía información alguna sobre la menarquia. Al verse ensangrentada, se asusta y se queda metida en un río durante todo el día, pensando que podía ser un desarrreglo de trabajo. Sintió que la menarquia traía problemas.

En los casos 3CSP, 9CSP y 10CSP se dan sentimientos de miedo ante la nueva situación, provocando llanto y vergüenza ante una situación desconocida.

La alegría ante este proceso biológico se observa en el caso 5CSP, donde a pesar de tener sólo 9 años de edad, siente alegría y orgullo. “Me sentía bien porque me consideraba una mujercita”. Estos sentimientos también eran experimentados y reforzados por el padre.

Es evidente, que las frecuencias observadas para ambos grupos muestran una mayor cantidad de mujeres con sentimientos positivos en el grupo de las que no presentaron síntomas psicológicos durante el proceso menopáusico; y con sentimientos negativos, en el grupo de las que presentaron síntomas psicológicos.

Gráfico No.21. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN PATRÓN MENSTRUAL.

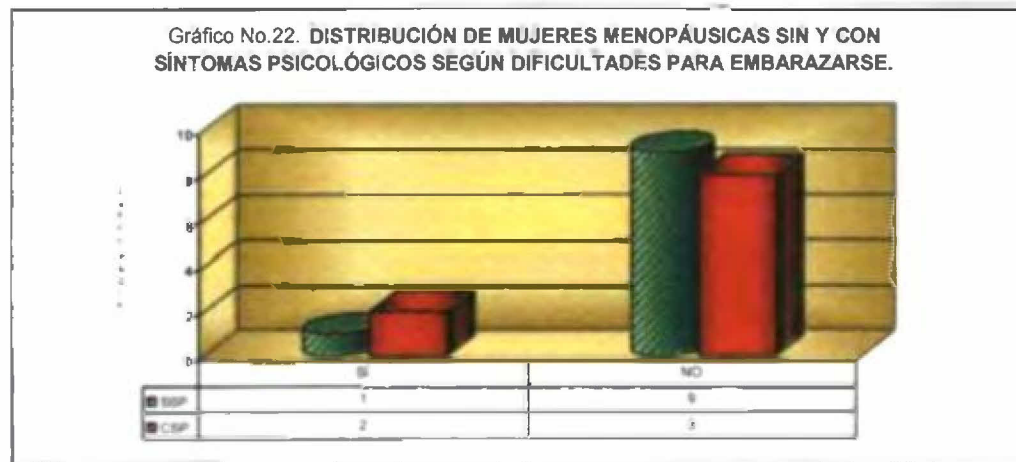


Se observa en la gráfica anterior, que las mujeres sin síntomas psicológicos sólo reportaron ciclos menstruales regulares: seis de ellas (6) no dolorosos y cuatro (4) dolorosos; mientras que las del grupo con síntomas psicológicos reportan, además de ciclos menstruales regulares: dos (2) no dolorosos y cuatro (4) dolorosos, ciclos menstruales irregulares: tres (3) no dolorosos y una (1), doloroso.

Por otro lado, se observa que seis de las mujeres sin síntomas psicológicos, que corresponden al 60% de su grupo, manifestaron que estas experiencias no fueron dolorosas en contraposición a las mujeres con síntomas psicológicos, de las cuales el 50%, manifestó tener molestias durante estos periodos.

Algunas de las mujeres que experimentaron dolor en sus ciclos menstruales manifestaron, que una vez que tuvieron su primer hijo, los mismos cedieron. (Casos 1SSP, 2SSP, 7SSP, 9SSP, 7CSP, 10CSP). Sin embargo, en los casos 5CSP, 6CSP,

8CSP, se reporta haber sentido dolor durante todos los ciclos menstruales, hasta llegar a la menopausia. Esta situación fue exclusiva del grupo de las mujeres con síntomas psicológicos.

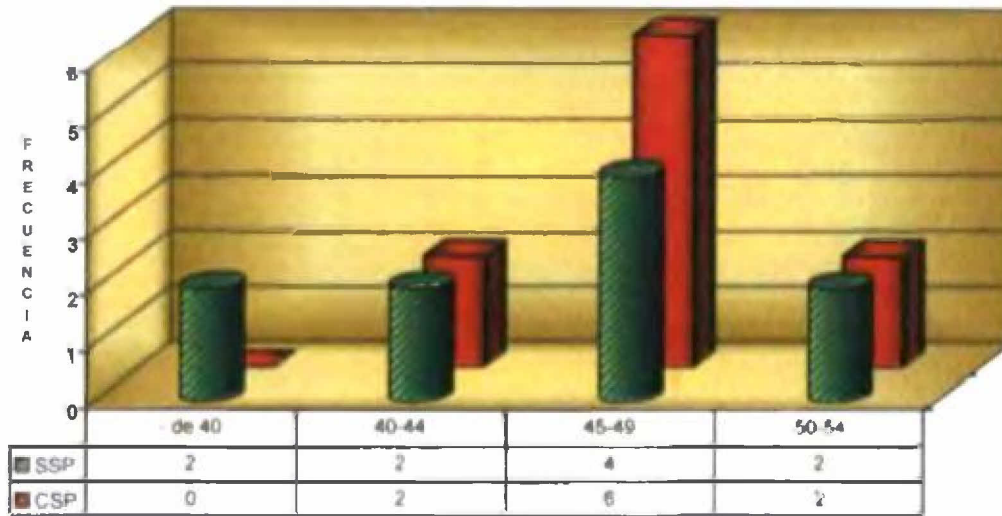


La mayoría de las mujeres de la muestra de estudio no presentaron problemas para embarazarse, por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Sólo el caso 4SSP del grupo sin síntomas psicológicos, al igual que el 7CSP y el 10CSP, reportaron esta situación. Esta es la expresión del primero de los casos antes mencionados: “Algo no andaba bien. No me embaraza y eso me hacía sentir menos mujer...”.

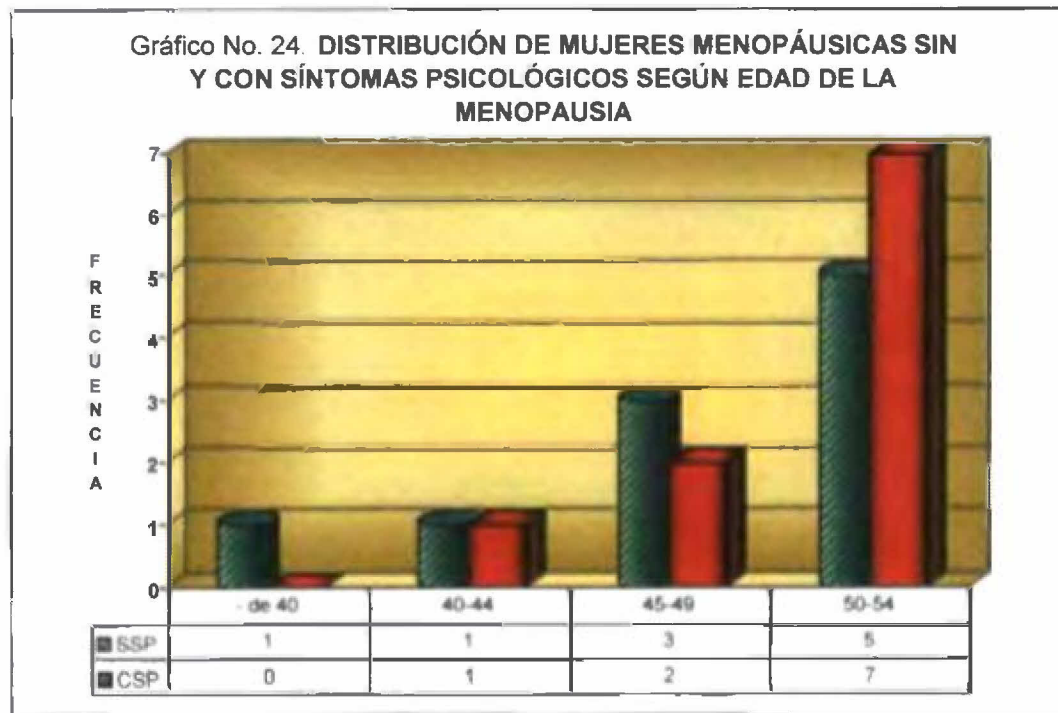
En el caso 5CSP, la entrevistada reporta que durante sus periodos de embarazo, “le cogía rabia a la persona que estaba más cerca de mí (amiga, hermana). Sentía odio, no las quería ni ver. Cuando pasaba el embarazo, todo pasaba”.

Gráfico No.23. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EDAD EN QUE INICIA EL PROCESO CLIMATÉRICO.



El inicio del proceso climatérico y por ende, del periodo perimenopáusico o premenopáusico, de las mujeres de la muestra, se ubica entre los 35 y los 52 años. El promedio de inicio para el grupo de aquellas que no presentaron síntomas es de 44.3; y el del grupo que presentó síntomas, de 46.7 años, mostrando ambas submuestras las frecuencias más altas dentro del intervalo que va de 45 a 49 años: cuatro (4), para sin síntomas psicológicos y seis (6), para con síntomas psicológicos.

Casi el total de la muestra de estudio, 18 mujeres, inició su proceso climatérico dentro de la edad esperada; a excepción de dos (2) del grupo de las sin síntomas psicológicos (casos 3SSP y 7SSP), que lo iniciaron antes de los 40 años, 35 y 39 años, respectivamente, por lo que se considera menopausia precoz. Ver cuadro No. 10.



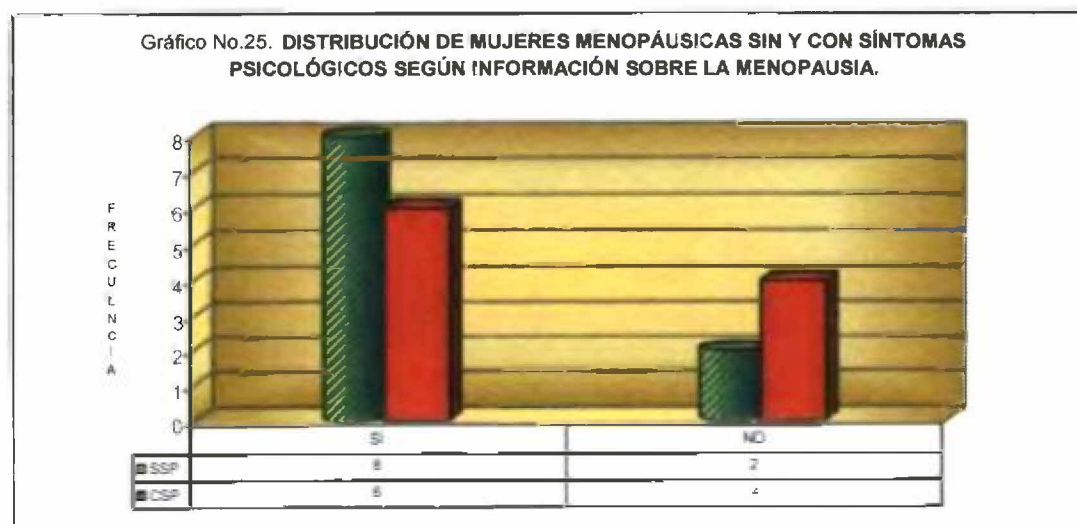
La edad de la menopausia misma, es decir la edad de las mujeres al momento de experimentar su último periodo menstrual, es bastante similar para ambos grupos, observándose que la mayoría de ellas cae en el intervalo de 50 a 54 años: cinco (5) del grupo sin síntomas psicológicos y siete (7) del grupo con síntomas psicológicos.

El promedio de edad para la menopausia en la submuestra de las mujeres sin síntomas psicológicos es de 48.4 y el de la submuestra de las mujeres con síntomas psicológicos es de 48.8, observándose una diferencia mínima entre ambos promedios.

Cuadro No. 10. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE MENOPAUSIA DE ACUERDO A LA FECHA EN QUE SE INICIA

TIPO DE MENOPAUSIA	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Menopausia precoz	2	2	0
• Menopausia normal	18	8	10

Con relación a las dos entrevistadas que iniciaron su proceso climatérico antes de los 40 años, observamos que la primera de ellas, caso 3SSP, experimentó su último periodo menstrual a los 36 años, mientras que la segunda, caso 7SSP, a los 50 años.



Ocho de las diez mujeres, que no presentaron síntomas psicológicos durante su proceso menopáusico, y seis de las diez, de las que sí los presentaron, dijeron haber tenido algún tipo de información sobre el mismo.

Al revisar las historias de las mujeres que dijeron no tener información sobre este proceso al momento de experimentarlo, observamos que en el caso 3SSP, la misma no se había preocupado por tener información, pues consideraba que faltaban muchos años para que éste se diera (menopausia precoz); en el caso 5 SSP, ésta no tenía ningún tipo de información, no conocía la palabra menopausia; las cuatro restantes, casos 2CSP, 4CSP, 5CSP, 9CSP obtuvieron información de parte del médico al asistir en búsqueda para el alivio de los síntomas menopáusicos.

La manera o medio por el que se informaron las entrevistadas sobre lo que es el proceso menopáusico, nos brinda información cualitativa de importancia para este estudio.

Algunas habían obtenido información a través de panfletos (casos 2SSP, 8SSP, 1CSP, 6CSP), o de programas educativos transmitidos en la televisión y la radio (7SSP y 10SSP); o por medio de los médicos (casos 6SSP, 3SSP, 2CSP, 4CSP, 5CSP y 9CSP). Cabe señalar, que tal y como se observa en las historias personales de las entrevistadas, muchas de ellas recibieron información del médico, después de aparecer los síntomas premenopáusicos; es decir, que fueron los síntomas los que las llevaron a solicitar asistencia médica, dándole éstos una explicación detallada y científica del proceso por el que estaban pasando. Casos 3SSP, 2CSP, 4CSP, 5CSP, 9CSP.

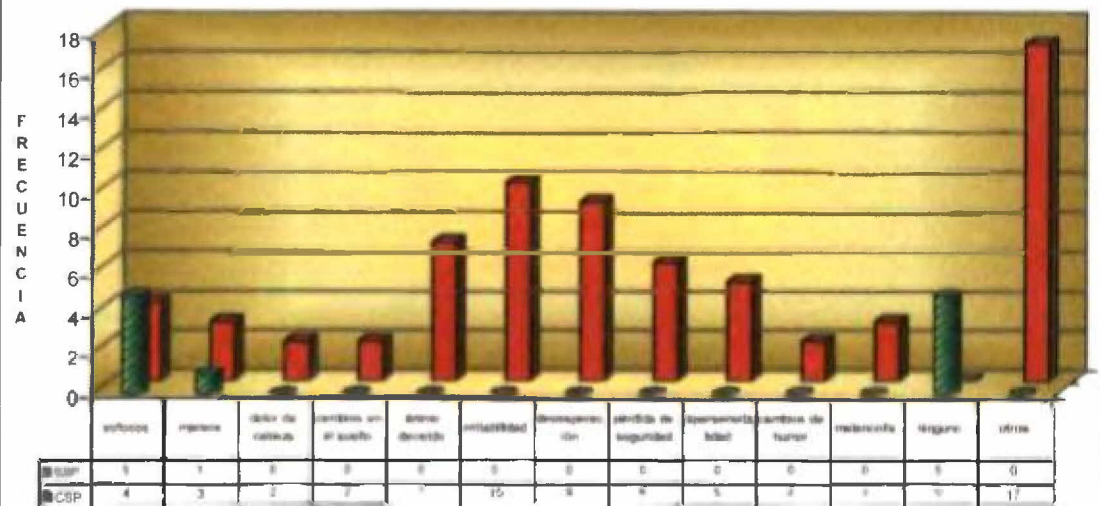
Otra fuente de información fueron las amigas o compañeras de trabajo, las cuales presentaron este proceso bajo una perspectiva menos científica: "...hemorragia, embarazos, locura". Casos 1SSP, 4SSP, 5SSP, 3 CSP, 5CSP, 7CSP, 8CSP y 10 CSP.

Sólo en la historia del caso 9SSP se menciona a la madre como la que transmite la información.

Al resumir esta nueva perspectiva observamos que las mujeres sin síntomas psicológicos obtuvieron información sobre el proceso climatérico de la siguiente forma: cuatro (4) a través de panfletos o programas educativos en radio y televisión; tres (3), por amigas; dos (2), por médicos y una (1), por la madre. En las del grupo con síntomas psicológicos se observa la siguiente distribución: dos (2) por medio de panfletos; cinco (5), por amigas; y cuatro (4), por médicos.

Es decir, la mayoría de las mujeres sin síntomas psicológicos, seis (6) de ellas, obtuvieron información previa al inicio del proceso menopáusico por medios que podríamos denominar “más científicos” como lo son los panfletos, programas educativos de radio y televisión, el médico y la madre; mientras que la mayoría de las mujeres con síntomas psicológicos, obtienen esta información por parte de las amigas, las cuales brindan información matizada de “ideas erróneas”. Sólo dos (2) reciben información de tipo educativa y el resto, la recibe después de presentados los síntomas.

Gráfico No.26. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN MALESTARES PRESENTADOS EN LA MENOPAUSIA.



La gráfica y el cuadro anterior, muestran, que las mujeres sin síntomas psicológicos, expresaron haber padecido sólo algunos malestares físicos, mencionando los sofocos o bochornos (4 casos) y sofocos y mareos (1 caso); el resto de las mujeres de este grupo, dijo no haber presentado síntoma alguno.

El grupo de mujeres con síntomas psicológicos muestra otra situación, ya que además de los síntomas presentados por las mujeres sin síntomas psicológicos, las mismas experimentan otros síntomas neurovegetativos como dolores de cabeza o cefaleas (1 caso), cambios en el sueño (dos casos), presión emotiva (1 caso). Otros síntomas y signos mencionados son: dolores en las articulaciones, temblores, vómitos, dolores en las venas, hinchazón en las piernas, moretones y hongos en los pies.

El grupo de mujeres con síntomas psicológicos reportó, además de los síntomas y signos físicos antes mencionados, una serie de síntomas psicológicos entre los cuales, los de mayor frecuencia son: irritabilidad (10 casos), ánimo decaído (7 casos), hipersensibilidad (5 casos), ansiedad (5 casos), desesperación (4 casos), melancolía (3 casos). Entre el resto de los síntomas, se puede mencionar: cambios de humor (2 casos), cansancio o fatiga (2 casos).

Debido a los síntomas presentados, algunas de las mujeres fueron referidas a Psiquiatría o a Psicología:

En el caso 1CSP, la entrevistada busca ayuda médica para atenderse por los “calores terribles” que sentía, “me iba quitando la ropa porque me iba entrando una desesperación, yo quería estar tranquila. A veces me sentaba un rato hasta que me pasara, entre 15 y 20 minutos. Todavía me dan. Me sulfuraba, me sentía irritable. Me daban ganas de pasear”. El médico la refiere a Psiquiatría donde le proporcionan un tratamiento medicamentoso, el cual no continuó, porque “me daba sueño y yo tenía que trabajar”.

El caso 2CSP reporta haber presentado “depresiones, dolores de espalda, calores, estaba irritable, lloraba por todo, me sentaba y ahí me quedaba pensando, como ida, no deseaba levantarme, ni hacer nada”. Mantiene seguimiento psiquiátrico con tratamiento medicamentoso. Su primera crisis depresiva surge durante su proceso perimenopáusic. El diagnóstico presentado por los psiquiatras que la han atendido es de trastorno depresivo.

En el caso 4CSP, la entrevistada manifiesta que con los síntomas climatéricos (desgano, tristeza, irritabilidad, hipersensibilidad, angustia) se iniciaron sus problemas de

presión emotiva, por lo que es referida a atención psicológica; sin embargo, la misma no asistió, porque los síntomas fueron pasando poco a poco.

Tres de las entrevistadas manifestaron haberse encontrado en la necesidad de ir al médico durante este periodo. Si bien no fueron referidas para atención psiquiátrica o psicológica, las mismas dijeron haber recibido medicamentos para “los nervios”.

En el caso 3CSP los malestares experimentados fueron: calores, hongos en los pies, se sentía nerviosa, irritable, y en ocasiones, no quería ni pararse de la cama, se sentía triste, cansada. Busca ayuda médica, recetándole medicamentos para la ansiedad, los mismos la hacían dormir.

La entrevistada del caso 9CSP dijo haber experimentado, además de la suspensión del periodo menstrual por varios meses, mareos, vómitos, desesperación ansiedad, no podía dormir, todo le molestaba, estaba irritable; pensaba, que estaba embarazada, “a pesar de que tenía años de haber sido operada”. Al visitar al médico, éste le receta “...pastillas de hormonas y otras, para la ansiedad.

La entrevistada 10CSP, fue atendida por un médico. La misma presentó los siguientes síntomas: sofocos, dolores en las venas, en las piernas, en la nuca, en la cabeza, irritabilidad, desesperación, sensación de enfermedad, disminución del apetito sexual, hipersensibilidad (cualquier cosa la hacía llorar). Estos se dieron durante el periodo premenopáusic. Después de experimentar la menopausia propiamente dicha, se le comenzaron a hinchar las piernas y “me salieron morcicones”. Se le administró un tratamiento de reemplazo hormonal, conjuntamente con medicamentos para “los nervios”.

Es importante señalar la situación del caso 5CSP. Esta inicia su proceso climaterico a los 45 años. Los malestares experimentados por la misma durante su

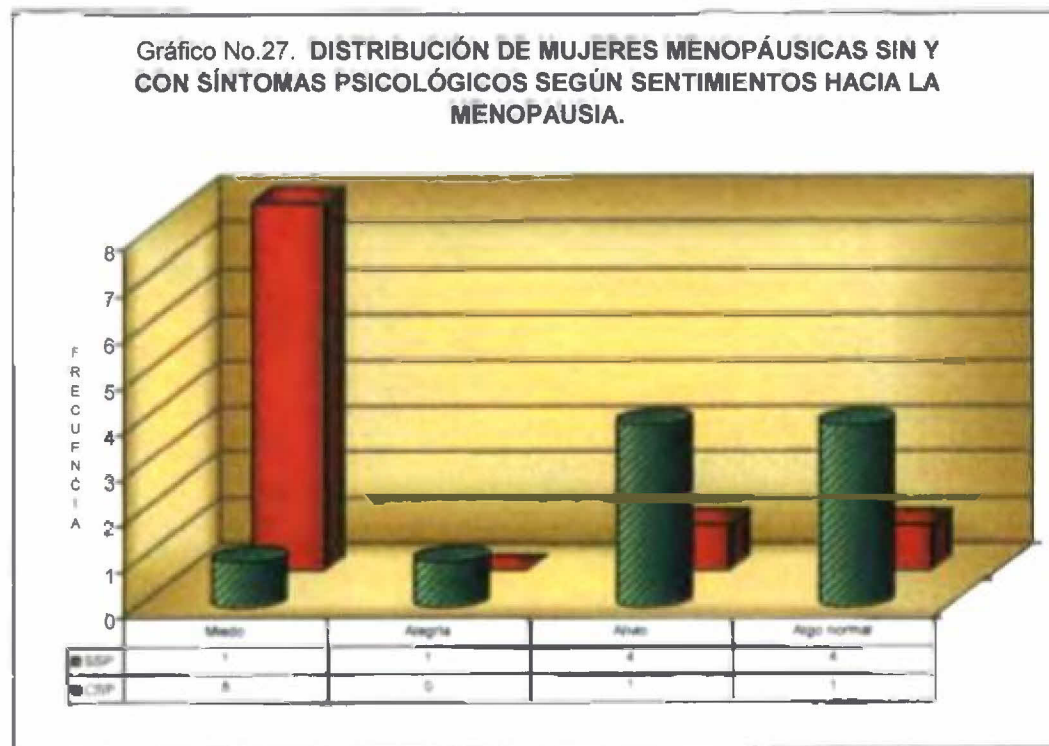
proceso premenopáusico son los siguientes: “fuertes cólicos, sangrados abundantes. dolores de cabeza, se sentía enferma como si me fuera a desmayar, debilidad, no tenía deseos de hacer nada, me arreglaba mecánicamente, no tenía ilusión, no podía dormir, por todo gritaba y por todo lloraba”. Además, le salieron vejigas en las manos y sentía dolores en las articulaciones de las piernas y de las manos. Estos malestares la llevan a solicitar ayuda médica, siendo atendida por ginecólogos, dermatólogos y reumatólogos. Estos especialistas, según reporta la entrevistada, coinciden en que los malestares son producto del proceso menopáusico, confirmándose esta hipótesis a través de exámenes que demuestran bajos niveles de estrógeno en la paciente. No se encontraron evidencias para diagnosticar reumatismo u otro tipo de enfermedad.

A los 46 años experimenta su último periodo menstrual; sin embargo, los síntomas aún continúan. Sufrió un derrame cerebral tres meses antes de la entrevista. Presenta problemas con su pareja: no lo soporta, no lo quiere ver, ni desea ser tocada por él.

Debido a los malestares antes mencionados y los sentimientos de rechazo hacia su compañero, decide atenderse con un psicólogo. En la actualidad, está en terapia psicológica individual y además recibe terapia de remplazo hormonal.

El resto de los casos, tres (3) no reportó asistir a consulta médica o psiquiátrica o psicológica por los síntomas experimentados durante este periodo, casos 6CSP, 7CSP y 8CSP. En este último caso, la entrevistada, busca un compañero y toma tónicos recomendados por las amigas, disminuyendo de esta manera sus síntomas. Piensa que “las mujeres que tienen compañeros durante esa época, no los desean, los rechazan porque ellos no las comprenden; y las que no tienen compañero, necesitan de uno para ayudarlas a calmarse”.

Es evidente que los síntomas y signos experimentados en las mujeres del grupo con síntomas psicológicos provocaron la búsqueda de algún tipo de atención que disminuyera los malestares: siete de diez.



Al preguntársele a las entrevistadas sobre sus sentimientos hacia la menopausia observamos que para algunas, la misma evoca sentimientos positivos como alegría, alivio, o perciben la misma como un proceso normal; sin embargo, para otras, la menopausia provocó en ellas sentimientos de miedo asociado a enfermedades o a ideas de pérdidas, ya sea de la salud, de su fertilidad o de su salud mental.

Tal y como lo muestra la gráfica anterior, las mujeres sin síntomas psicológicos tendieron a manifestar más sentimientos positivos que negativos hacia este proceso: así

tenemos que para cuatro (4) de ellas, la menopausia provocó sentimientos de “alivio”, otras cuatro (4) dijeron haber percibido este proceso como algo natural y una (1) dijo sentir alegría. Solamente una de las mujeres de este grupo, dijo haber sentido miedo.

Algunas expresiones que éstas brindaron fueron: “...alegría, porque había terminado con eso”, caso 1SSP; “No tenía que preocuparme por esto”, caso 2SSP; “Ya no voy a tener esos problemas cuando voy a salir”, caso 7SSP; “Sentí alivio, iba a descansar”, caso 9SSP; “miedo, con todas esas enfermedades...”, caso 3SSP.

En el grupo de mujeres con síntomas psicológicos observamos que éstas mencionan más sentimientos negativos que positivos: ocho (8) de las diez manifestaron sentimientos de miedo asociados a las enfermedades o a los síntomas que éstas presentaron y que aún, algunas manifiestan, durante este periodo. Para las dos restantes, los sentimientos son más positivos: en una (1), se evocan sentimientos de alivio, 8CSP; y para la otra, éste es un proceso normal, 6CSP.

“No me gustan estos problemas”, caso 1CSP; “Se fue y no quiero que venga más”, caso 8CSP; “...miedo, porque afectaría mi rendimiento sexual”, caso 3CSP; “miedo, ahora tengo muchas enfermedades, todo ha cambiado”, caso 5CSP.

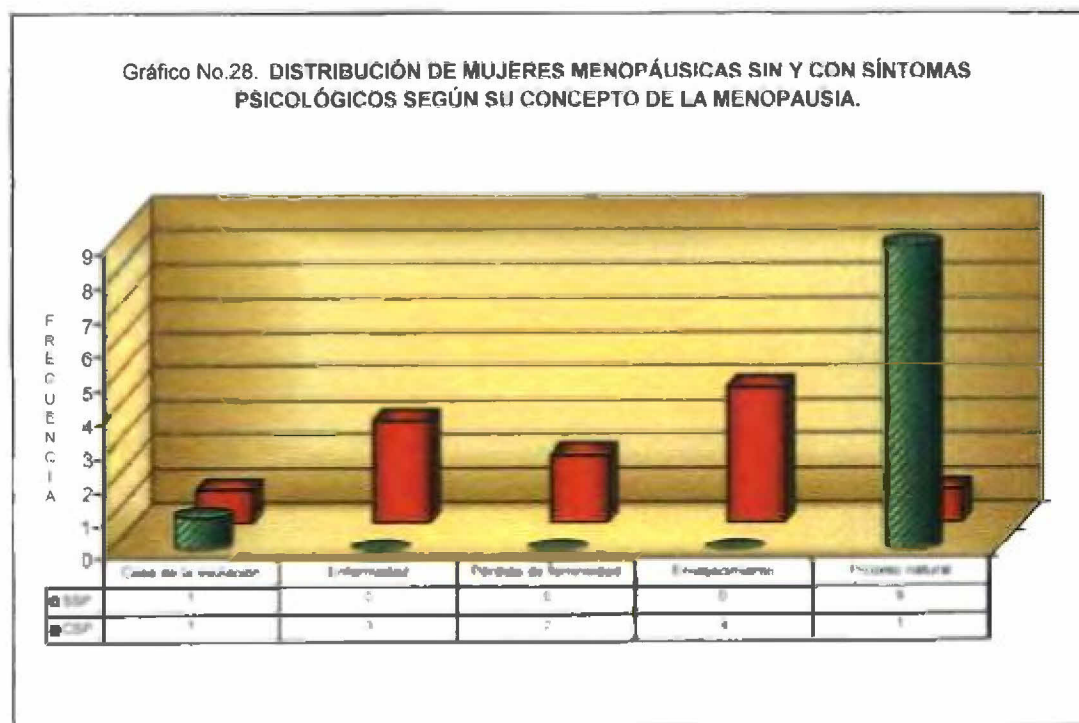
En el cuadro que se presenta a continuación se agruparon los sentimientos en positivos y negativos, de forma tal que se pudiera ver, con mayor claridad, la tendencia de las respuestas de las mujeres de la muestra en cuanto a sus sentimientos hacia la menopausia.

Cuadro No. 11. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SENTIMIENTOS HACIA LA MENOPAUSIA

TIPO DE SENTIMIENTO	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivos	11	9	2
• Negativos	9	1	8

Alpha = 0.05
 Chi-cuadrado = 9.8989899
 p = 0.0017*

La prueba estadística utilizada nos indica que existen diferencias significativas entre los grupos sin síntomas psicológicos y con síntomas psicológicos con relación a los sentimientos hacia la menopausia.



En cuanto al concepto que las entrevistadas tenían con relación a la menopausia, vemos diferencias entre las respuestas de los dos grupos que componían la muestra.

Para el 90% de las mujeres sin síntomas psicológicos, la menopausia es un proceso normal, expresándose, algunas de ellas, de la siguiente forma: “Es un proceso normal, como el desarrollo”, caso 4SSP; “Para mí, la menopausia no es una enfermedad, sino, otra etapa de la vida, de madurez en la persona, en la que llega a reconocer si se siente conforme de la vida que ha llevado. Es un periodo en el que se puede llevar una vida normal, pero más recatada”, caso 8SSP; “Es un proceso normal que debo cumplir, igual que mi mamá y mis hermanas”, caso 9SSP. La mujer restante en este grupo opinó que la menopausia era el cese de la ovulación.

Para el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, la menopausia tiene otro significado. La misma está relacionada con “pérdidas”: pérdida de la juventud, pérdida de la salud, pérdida de la femineidad, pérdida de la capacidad reproductiva. Así tenemos que cuatro (4) de las diez consideran que la menopausia es envejecimiento: “Ya estoy vieja, ya pasó lo mejor de mí, ya entré a la vejez, ya la piel se me está arrugando, ya me están saliendo canas”, caso 2CSP; “...antes tenía ilusión para arreglarme, ahora me da igual. Todo ha cambiado, antes no era así, es el envejecimiento”, caso 5CSP; “...pasamos de una etapa a otra. Uno va a envejecer, es algo natural”, caso 7CSP.

Para tres (3) de las diez de este grupo, la menopausia es enfermedad: “Trae consigo enfermedades como fallas en el corazón, la diabetes, etc.”, caso 8CSP; “Para mí, es enfermedad, no es envejecimiento, eso queda de parte de uno, porque algunas se meten al abandono”, caso 9CSP; “...hemorragias, embarazos, locura. Nada bueno.”, caso 10CSP.

Dos (2), consideran que la menopausia implica pérdida de la femineidad: “Todo va cambiando, ya no somos las mismas; no tengo ese ánimo de salir, de ir a una fiesta”, caso 3 CSP; “...ya se me quitó y no voy a servir para nada”, caso 3CSP.

Una de las mujeres relacionó la menopausia con la capacidad reproductiva, expresándose de la siguiente forma: “...perdemos algo, porque no podemos procrear”, caso 6CSP.

En el caso 1CSP, la entrevistada expresó que este es un proceso normal.

Cuadro No. 12. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE CONCEPTO SOBRE LA MENOPAUSIA

TIPO DE CONCEPTO	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivo	11	10	1
• Negativo	9	0	9

Alpha = 0.05

Chi-cuadrado = 16.363636

p = 0.0001*

Al reagrupar las respuestas brindadas por las entrevistadas en respuestas con orientación positiva o negativa, se observa que las mujeres con síntomas psicológicos tienen un concepto negativo de la menopausia, mientras que para las mujeres sin síntomas psicológicos, positivos. Ver cuadro anterior.

La prueba estadística realizada muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de mujeres sin y con síntomas psicológicos en cuanto a su concepto de la menopausia.

Por considerarlo muy ligado al concepto que se tiene de la menopausia, se examinó la opinión de las mujeres de ambos grupos en cuanto a que si con la menopausia se perdía la femineidad. Nueve (9) de las diez mujeres sin síntomas psicológicos dijeron que no, sólo una (1) contestó afirmativamente.

Por lo contrario, en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, fueron más las que consideraron que sí se pierde la femineidad. Seis (6) brindaron este tipo de respuesta y cuatro (4), negaron que se diera esta pérdida.

Al realizarse la prueba estadística de significatividad se observa que hay diferencias en las opiniones expresadas por las mujeres de los dos grupos. Ver cuadro No. 13.

Cuadro No. 13. OPINIÓN DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CON RELACIÓN A SI SE PIERDE LA FEMINEIDAD DURANTE LA MENOPAUSIA

OPINIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• No se pierde la femineidad	13	9	4
• Se pierde la femineidad	7	1	6

Alpha = 0.05

Chi-cuadrado = 5.495

p = 0.0191*

Igualmente, se examinó la opinión sobre si se daban cambios en la relación de pareja una vez que la mujer llega a la menopausia. Ver cuadro No.14. Los resultados obtenidos indican que nueve (9) de las diez, sin síntomas psicológicos, consideran que esta situación no se da o no debe darse, mientras una (1), considera lo contrario.

Para un alto número de las mujeres con síntomas psicológicos, siete (7) de diez, se dan cambios en las relaciones de pareja una vez que se llega a esta etapa; sólo tres no estuvieron de acuerdo con esta opinión.

Se ejemplifica la opinión de algunas de las mujeres a través de sus expresiones: “Ya no sirven en la cama”, caso 3CSP; “Comencé a sentir rabia contra él (compañero), no quiero saber nada de él, no quiero verlo, que no me hable, ni que me toque, no quiero estar con él”, caso 5CSP; “A pesar de que dicen que no se pierde la femineidad, sí cambió mi vida con mi compañero, en ambos bajó el deseo de tener relaciones”, caso 7CSP; “Las mujeres que tienen compañeros durante esa época, no los desean, los rechazan porque ellos no las comprenden, y las que no tienen compañero, necesitan de uno para ayudarlas a calmarse”, caso 8CSP.

En el caso 1CSP, si bien la entrevistada dijo que no se deben dar cambios en la pareja, la misma manifestó lo siguiente: “El cambio lo noté fue en él, daba la espalda”.

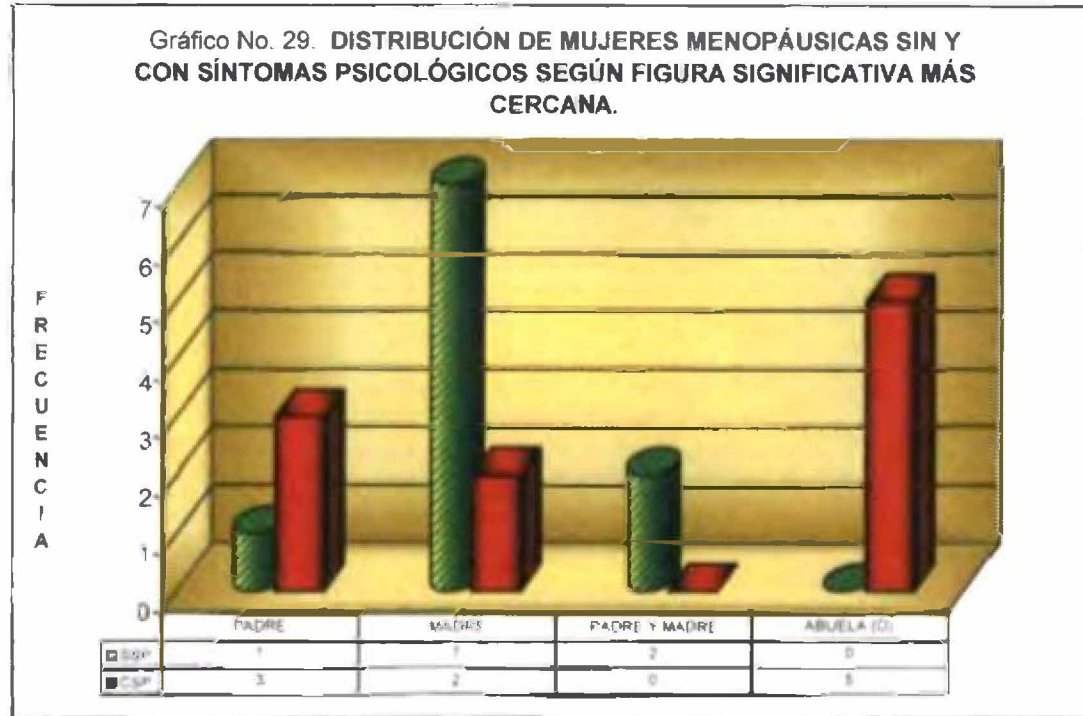
Cuadro No. 14. OPINIÓN DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CON RELACIÓN A SI DAN CAMBIOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA DURANTE LA MENOPAUSIA

OPINIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• No se dan cambios	12	9	3
• Se dan cambios	8	1	7

Alpha = 0.05
 Chi-cuadrado = 7.5
 p = 0.0062*

Se confirma estadísticamente una diferencia significativa entre las opiniones de los grupos de mujeres sin síntomas y con síntomas con relación a este tema.

1.2.3. Relaciones Objetales



alpha = 0.05
 chi cuadrado = 10.777777778
 p = 0.0130*

Al preguntársele a las entrevistadas cuál de los padres estuvo más cerca de ellas, se encontraron las siguientes respuestas:

Para las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos durante la menopausia, la madre fue la figura parental que estuvo más cerca de ellas, siete (7) de las diez. Casos 1SSP, 2SSP, 3SSP, 6SSP, 7SSP, 9SSP, 10SSP. Dos (2) de las mujeres dijeron que ambos padres estuvieron cerca de ellas. Casos 4SSP y 8SSP. Sólo una dijo como respuesta al padre. Caso 5SSP.

Cinco (5) de las mujeres que presentaron síntomas psicológicos dijeron considerar que la figura que estuvo más cerca de ellas no fue ni el padre ni la madre, dando este lugar

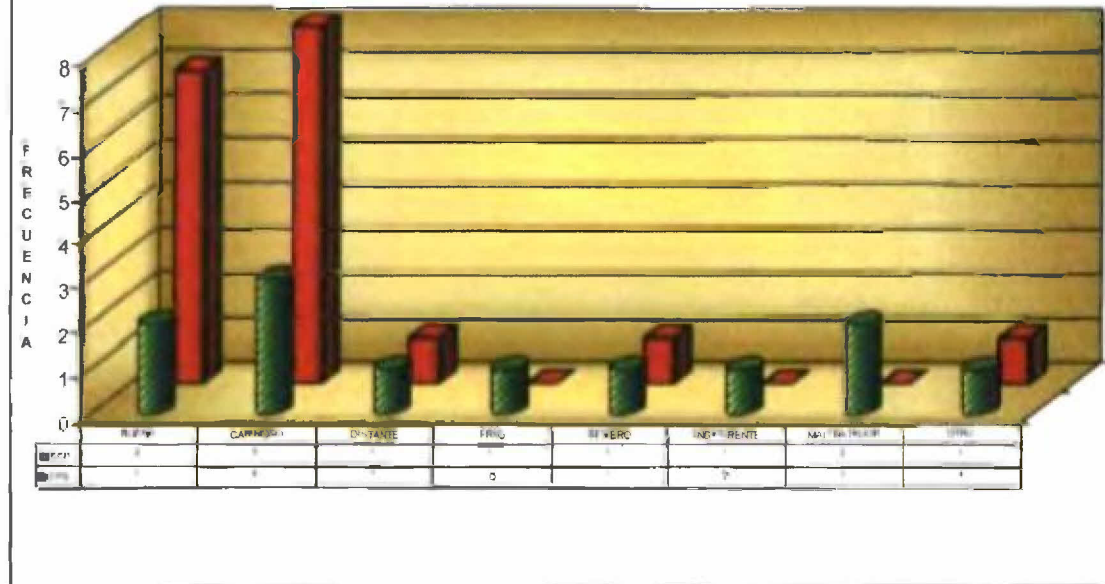
a otra figura no parental (abuelos, tíos). Tres (3) mencionaron al padre. Casos 4CSP, 7CSP, 10CSP y sólo dos (2), a la madre. Casos 1CSP y 9CSP.

Las abuelas fueron las únicas figuras no parentales mencionadas. Así tenemos que para los casos 2CSP, 3CSP, 5CSP las abuelas paternas fueron la figura más cercana, mientras que para los casos 6CSP y 8CSP, fueron las abuelas maternas.

Al escoger a la figura más cercana, se dieron expresiones como: “...me sentía más identificada...”, “estaba más apegada...”, “...me llevaba mejor...”, “...siempre estuve más unida...”.

La diferencia entre los grupos sin y con síntomas psicológicos con relación a cuál fue la figura más cercana, fue estadísticamente significativa.

Gráfico No. 30. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPAUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA PATERNA DURANTE SU INFANCIA.



Con el propósito de conocer cómo habían sido internalizados los objetos más tempranos, se examinaron las percepciones de las imágenes parentales y no parentales que jugaron un papel significativo en el desarrollo de las relaciones objetales de las entrevistadas. Esta información, igualmente, permite conocer el grado y tipo de relación con las figuras significativas y el primitivismo-madurez de estas relaciones.

La gráfica No. 30 muestra las respuestas brindadas por las mujeres de ambas submuestras con relación a la percepción de la figura paterna durante la infancia.

Las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos tendieron a percibir a esta figura de la forma siguiente: tres (3) de ellas, lo percibían como cariñoso; dos (2), como bueno; dos (2), como maltratador; el resto, brindó respuestas como distante, frío, severo,

indiferente, con un sujeto por cada una de estas categorías. Una de las entrevistadas no conoció al padre.

Las mujeres con síntomas psicológicos se manifestaron de la siguiente forma: siete (7) de ellas percibieron la figura del padre como “bueno y cariñoso”; una (1), como severo, pero cariñoso; y una (1), distante.

Cuadro No. 15. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE PERCEPCIÓN DE LA FIGURA PATERNA

TIPO DE PERCEPCIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPAUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positiva	11	4	7
• Negativa	6	5	1
• Ambas	1	0	1
• Otros	2	1	1

Las respuestas brindadas fueron reagrupadas tomando en cuenta si la percepción manifestada por la entrevistada, tenía un matiz afectivo positivo o negativo o se manifestaban ambos a la vez. Ver cuadro No. 15.

Los resultados de este cuadro muestran que en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos no se observan casi diferencias entre las mujeres que tenían percepciones positivas y las que tenían percepciones negativas, en cuanto a la figura paterna, aunque las últimas superaban a las anteriores por una unidad: cinco (5) contra cuatro (4).

Sin embargo, en el grupo con síntomas psicológicos, el número de mujeres con percepciones positivas mostró una frecuencia más alta en comparación con aquellas que mostraron percepciones negativas: siete (7) positivas y una (1), negativa. Una de ellas manifestó que su padre era “severo y cariñoso”, por lo que se ubicó en ambos, y la otra, no conoció al padre.

Las diferencias entre los grupos de mujeres sin y con síntomas psicológicos con relación al matiz afectivo de las percepciones hacia la figura paterna, no fueron estadísticamente significativas.

El cuadro No. 16 nos muestra las respuestas de cada una de las entrevistadas en cuanto a este aspecto.

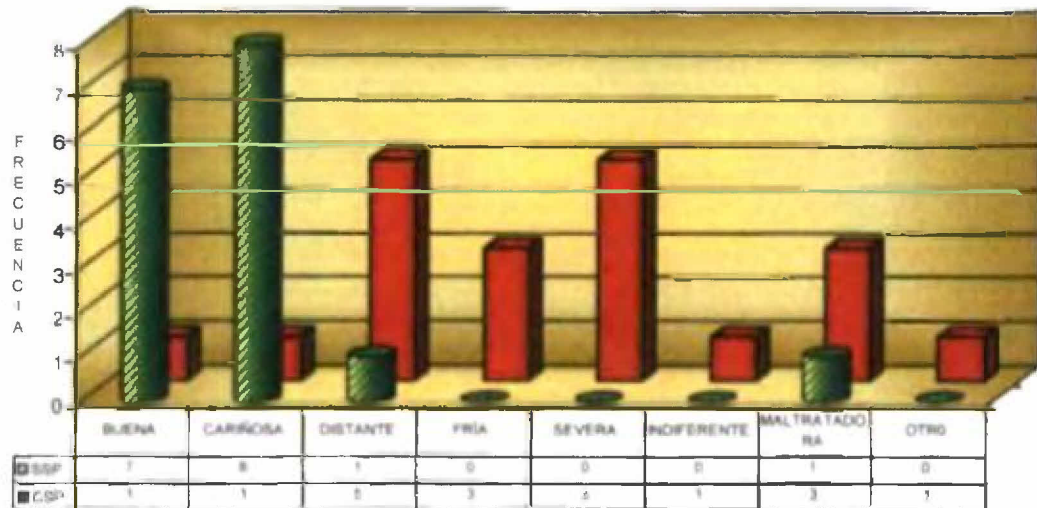
Cuadro No. 16. DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN CUANTO A SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA PATERNA.

MUJERES SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS		
Caso	Percepción	Observaciones
1	• Maltratador	“Le gustaba tomar y cuando regresaba a la casa, quería pegarle a mi mamá, por lo que todos salíamos huyendo”.
2	• No lo conoció	El padre sale del país cuando la entrevistada tenía ocho meses de edad, muriendo en el exterior. A pesar de esto, guarda buenos sentimientos hacia éste, ya que de acuerdo a las historias de su madre y de su abuela, éste era un buen hombre.
3	• Indiferente	No guarda buenos recuerdos de él porque “además de que nunca le importé, decía que yo no era hija de él.
4	• Bueno y cariñoso	“Yo era los ojos de la cara de mi papá.
5	• Bueno y protector	“Me quería mucho y me protegía”.
6	• Severo, protector.	“Era un hombre muy trabajador; no era cariñoso, pero sabíamos que todo el esfuerzo que realizaba era por mantener a la familia. No dudábamos que nos quería; así lo sentíamos”.
7	• Frío, distante	“Era un hombre reseco. Yo no sé si es que yo era una tonta, pero como que uno quiere que su padre lo acaricie, sentir ese amor de padre”.
8	• Cariñoso	“Me enseñó, a través del cariño, un cúmulo de cosas...”.
9	• Cariñoso	“Era muy cariñoso conmigo, a pesar de su carácter volao”.
10	• Maltratador	“Cuando ingería licor, llegaba a la casa agresivo tratando de golpear a mi mamá, por lo que tenían que esconderse”.

Continúa...

MUJERES CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS		
Caso	Percepción	Observaciones
1	• Distante	El padre vivió un tiempo con la familia de la entrevistada, luego abandonó la casa para formar otro hogar, regresando después de muchos años.
2	• Bueno, cariñoso	“Lo recuerdo como una persona cariñosa, preocupado por mí”.
3	• Bueno, cariñoso	Se sentía muy querida por su papá, quien era muy cariñoso con ella.
4	• Bueno, cariñoso	Describe a su padre como cariñoso, trabajador; “Nunca me pegó”.
5	• Bueno, cariñoso	Percibe al padre como un hombre cariñoso y trabajador, preocupado por su bienestar. Se casa nuevamente, para que alguien cuidara de su hija en caso de que muriera su madre (abuela paterna de la entrevistada.) La madre de esta última muere cuando la misma tenía tres meses de edad.
6	• Bueno, cariñoso	Lo recuerda como una persona cariñosa, preocupado porque sus hijas fueran educadas correctamente.
7	• Severo, cariñoso	“Era severo en cuanto al cumplimiento de las normas por él impuestas... Era comprensivo, muy justo y cariñoso”.
8	• No lo conoció	“Mi mamá nunca me ha dicho quién era”.
9	• Cariñoso, bueno	“...hombre bueno, trabajador, muy cariñoso y complaciente conmigo”.
10	• Cariñoso, bueno	“Era muy cariñoso conmigo”.

Gráfico No. 31. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA MATERNA DURANTE SU INFANCIA.



La percepción de la figura materna es diferente a la del padre, observándose resultados contrarios, en cuanto a las respuestas de los grupos.

Así tenemos, que las mujeres sin síntomas psicológicos percibían a sus madres, como “buenas y cariñosas”, ocho (8) y siete (7) sujetos, respectivamente. Sólo una (1) de las entrevistadas describió a su madre como “distante y maltratadora”.

En contraste, se observa que en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, la mitad de ellas, cinco (5), describen a sus madres como “distantes” y “severas”; tres (3) la perciben como maltratadoras; otras tres (3), como frías o resacas; una (1), como buena; otra (1), como cariñosa y también una (1), como indiferente. Una de las entrevistadas no conoció a la madre, ya que murió cuando ésta tenía tres meses de edad.

Cuadro No. 17. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE PERCEPCIÓN DE LA FIGURA MATERNA

TIPO DE PERCEPCIÓN	TOTAL	MENOPAUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPAUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positiva	10	9	1
• Negativa	8	1	7
• Ambas	1	0	1
• Otros	1	0	1

Alpha = 0.05

Chi cuadrado = 12.9

p = 0.0049*

Al reagruparse las respuestas brindadas en percepciones positivas, negativas o negativas y positivas, observamos que las mujeres sin síntomas psicológicos manifestaron tener percepciones positivas de sus madres durante la infancia: nueve (9) de diez. Sólo una, describió a la madre como “severa, maltratadora”.

Las mujeres con síntomas psicológicos, en su mayoría, siete (7) de diez, percibieron a la figura materna con un matiz afectivo negativo. Sólo una (1) de ellas, lo hizo de forma positiva; mientras que otra dijo percibirla como “cariñosa y reseca”. Una de las mujeres de este grupo no conoció a la madre.

De acuerdo a la prueba estadística utilizada, existe diferencia significativa entre ambos grupos: con y sin síntomas psicológicos en cuanto a la forma en que las mismas perciben la figura materna.

En el cuadro siguiente se muestran las respuestas de cada una de las entrevistadas con relación a este aspecto.

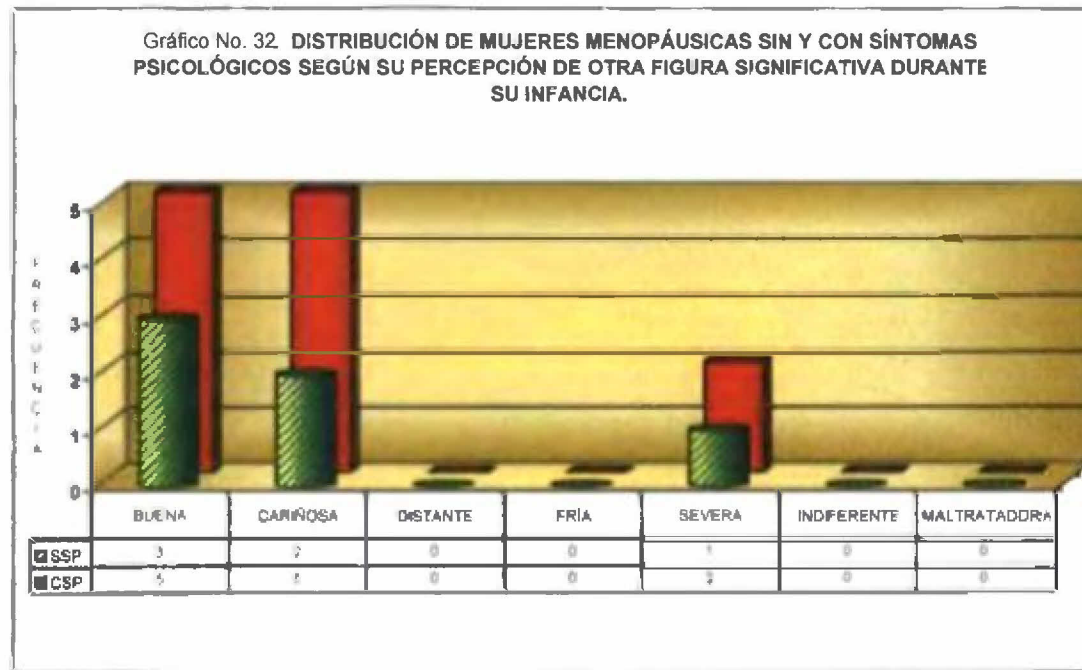
Cuadro No. 18. DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN CUANTO A SU PERCEPCIÓN DE LA FIGURA MATERNA.

MUJERES SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS		
Caso	Percepción	Observaciones
1	• Buena, cariñosa	Recuerda a su madre como una mujer cariñosa, preocupada por ella. “Reseca con los demás, pero a mí, me protegía”. La entrevistada sufría de asma.
2	• Buena, cariñosa	La percibe como una mujer cariñosa, luchadora, “que tuvo que trabajar duro para mantenernos”. El padre había muerto.
3	• Buena, cariñosa	La describe como buena, cariñosa, preocupada por sus hijos, trabajadora...”. No vivían con el padre.
4	• Buena	“Sabía que me quería mucho, al igual que mi papá”. Familia completa.
5	• Distante, maltratadora	“Mi mamá nunca me quizo, sólo me hacía daño, me pegaba”. Vivían separadas. Se la llevó al padre a la edad de dos años para que éste se ocupara de su crianza.
6	• Buena, cariñosa	“Mujer de gran temple, pero era cariñosa, hacendosa, cuidaba de nosotros, ...había como una dulzura en su mirada”. Familia completa.
7	• Buena, cariñosa	“Yo sabía y crecí con eso, de que mi mamá me quería mucho; era buena y cariñosa”. Separadas por el padre cuando la entrevistada tenía 5 años.
8	• Cariñosa	“...brindaba un clima cálido en el hogar”. Familia completa.
9	• Cariñosa	“Era cariñosa, siempre me brindaba consejos”. Familia completa.
10	• Cariñosa y buena	“...además, luchadora, pensativa, siempre preocupada por el bienestar de sus hijos. Era como la gallina que cuida de sus pollitos y les da calor y protección. Padre maltratador.

Continúa...

MUJERES CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Caso	Percepción	Observaciones
1	• Buena	“Mi mamá era una mujer fina, tranquila”.
2	• Severa, fría, distante	La recuerda como la persona que le pegaba por todo, la que siempre la estaba regañando, no era cariñosa conmigo”. Familia completa.
3	• Maltratadora, distante	“No me sentía querida por mi mamá, fue mi peor enemiga. Si me veía en la calle, me correteaba, insultándome para pegarme”. Vivían separadas. Fue criada por el padre y la abuela materna.
4	• Maltratadora, distante	“Siempre me pegaba, no era cariñosa, no me sentía querida por ella... prefería a mi hermano, a él todo se lo creía”. Familia completa.
5	• No la conoció	Murió cuando tenía 3 meses de edad. Fue criada por el padre y la abuela paterna. A esta última, la considera su madre. No se observa tono afectivo al hablar de la madre, “No la extraño porque para mí, mi abuela fue mi madre”.
6	• Severa, maltratadora	“No nos permitía ni hablar con los vecinos, nos tenía vigiladas, vivíamos atemorizadas porque cuando se disgustaba nos pegaba con cables de electricidad, con alambres de ganchos de ropa, con palos o nos estrellaba contra la pared”. La madre se trasladó a trabajar a la ciudad, dejándola, junto a sus hermanas, bajo el cuidado de la abuela materna.
7	• Severa, distanciada	“...no era cariñosa, más bien algo reseca, ...nos pegaba por cualquier cosa, aún sin tener claro lo que había sucedido”. Familia completa. La madre se quejaba de que la entrevistada quería más al padre que a ella.
8	• Distanciada, indiferente	“Sabía que mi madre existía, pero no tenía relación con ella; no la extrañaba tampoco porque tenía a mi abuela”. La entrevistada fue criada por la abuela materna. Esta última no deseaba saber nada de su hija, la rechazaba porque “hizo lo que quiso sin el consentimiento de mi mamá”.
9	• Cariñosa, reseca	“Era una mujer cariñosa, que debía compartir su amor de madre entre sus hijos, por lo que a veces, era reseca”. Familia completa.
10	• Severa, reseca	“Tenía mal carácter, siempre nos cargaba levantadas, nos ponía oficios a cada una sin dejarnos jugar; no era cariñosa, nos apreciaba y se preocupaba por nosotros, yo la sobrellevaba”.



Como se mencionó en la gráfica No. 29, para algunas de las entrevistadas, la figura más cercana no fueron las parentales. En estos casos, las abuelas, maternas o paternas, suplieron sus necesidades afectivas. Casos 2CSP, 3CSP, 5CSP, 6CSP y 8CSP.

Se observa, en estas entrevistadas una percepción positiva de las figuras, expresándose de la siguiente forma: “Era muy buena y cariñosa, era como mi madre”. Caso 2CSP; “Era buena y cariñosa, cuidaba de mí, me ofrecía amor de madre”, caso 3CSP; “Era una mujer muy cariñosa, se preocupaba por mis cosas, era mi confidente”, caso 5CSP; la describe como severa pero buena, “...no había maltrato, nos daban nuestros correazos, pero nos explicaban por qué, sentíamos que éramos queridas, era el estilo de crianza de esa época”, caso 6CSP; y “cariñosa, pero muy recta”, caso 8CSP.

Para algunas de las mujeres de la muestra, a pesar de haber mencionado a alguna figura parental como la más cercana, y haberlas escogido en primera instancia, mencionan

dentro de su historia, otra figura significativa, que jugó un papel importante en su vida afectiva. Casos 2SSP, 5SSP, 7SSP y 4CSP. En todos ellos, la figura significativa fue la abuela, con excepción del 4CSP, en donde fue la tía.

Estas entrevistadas manifestaron percibir a dichas figuras como “buenas y cariñosas”. En el caso 7SSP, la entrevistada, además de describir a esta figura como “buena”, agrega que “...me sentía querida por ella, pero quería más a mi hermana, y yo me sentía sola”.

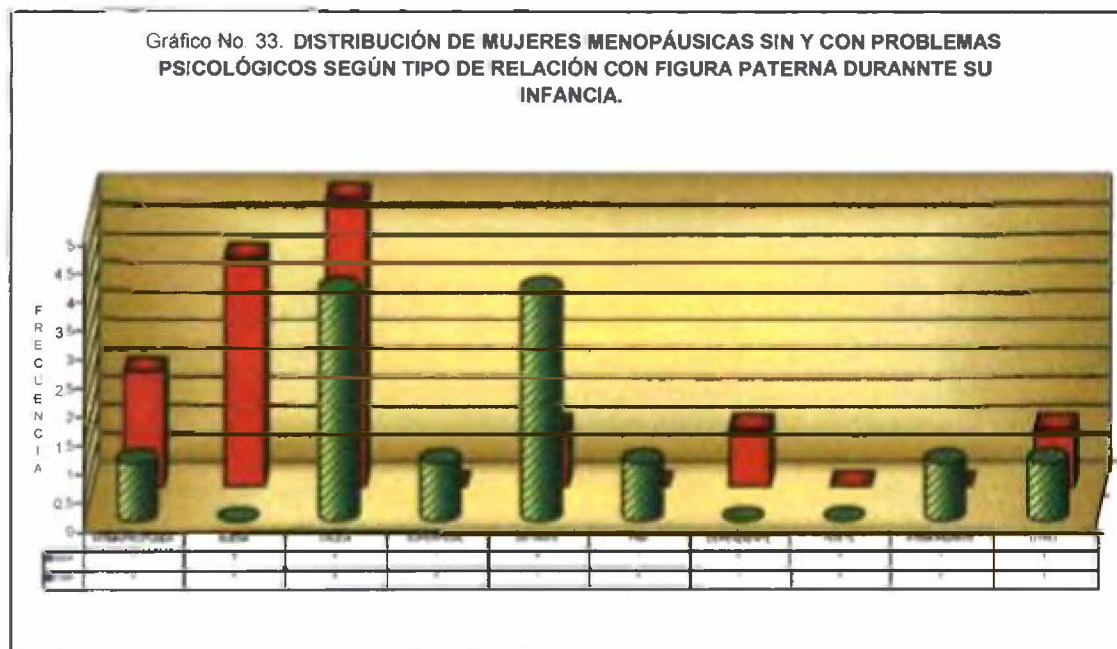
No se realizaron pruebas de significatividad para esta variable, ya que en todos los casos mencionados, a excepción del 7SSP, las respuestas eran muy similares, observándose un matiz afectivo positivo con estas figuras.

Con el propósito de conocer el tipo y grado de las relaciones objetales de las entrevistadas con las figuras más significativas, se examinaron las percepciones que éstas tienen de las relaciones paternas, maternas, con otras figuras significativas (no parentales) y hermanos, durante la niñez. Ver gráficas No. 33, 34, 35 y 36.

De igual forma, se revisaron cómo se dieron estas relaciones o cómo fueron percibidas, durante la etapa adulta, agregando, para este periodo, las relaciones con el esposo o compañero y con los hijos. Ver gráficas No. 38, 39, 40, 41, 42 y 43.

Se revisó, junto con las percepciones de las relaciones más significativas, la percepción del clima en el hogar tanto en la infancia como en la edad adulta. Ver cuadros No. 37 y 44.

Gráfico No. 33. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA PATERNA DURANTE SU INFANCIA.



Con relación a la figura paterna, las entrevistadas manifestaron diferencias en cuanto al tipo de relación que mantuvieron con éste durante su infancia. Se observa en la gráfica No. 33, que en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, cuatro (4) describieron esta relación como cálida, mientras que otras cuatro (4), la describen como distante. El resto de las descripciones brindadas fueron íntimas/profundas, superficiales, frías y aterradoras, con una (1) mención por categoría.

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, cinco (5) de ellas, la mitad de la submuestra, expresó que las relaciones con sus padres fueron cálidas; cuatro (4), que éstas fueron buenas y dos (2), que fueron íntimas/profundas. Otras describieron estas relaciones como distantes y dependientes, con una mención por categoría.

Dos de las entrevistadas no conocieron a sus padres, casos 2SSP y 8CSP.

Cuadro No. 19. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LA FIGURA PATERNA DURANTE LA INFANCIA

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPAUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	13	5	8
• Negativas	5	4	1
• Otros	2	1	1

Las respuestas brindadas fueron reagrupadas de acuerdo al tipo de relación manifestada por cada una de las mujeres, dividiéndose las mismas en relaciones positivas o negativas. Como relaciones positivas se consideraron las relaciones íntimas/profundas, las buenas, las cálidas; y como relaciones negativas se consideraron respuestas como superficial, distante, fría, dependiente, hostil, atemorizante. En la categoría de otros, se ubicaron aquellas entrevistadas que no conocieron a sus padres.

Los resultados obtenidos permiten observar que una gran cantidad de mujeres de ambos grupos expresaron tipos de relaciones positivas, 13 de 20, de las cuales cinco (5) eran del grupo de las sin síntomas psicológicos y ocho (8) de las con síntomas psicológicos. Los tipos de relaciones negativas agrupan a cinco de los sujetos de estudio, cuatro (4) del grupo sin síntomas psicológicos y una (1) del grupo con síntomas psicológicos. Como dijimos anteriormente, dos de las mujeres, una por cada grupo de la muestra, no conocieron a sus padres.

Bajo otra perspectiva, se observa que la mayoría de las mujeres con síntomas psicológicos, 80%, describieron sus relaciones con la figura paterna de forma positiva,

mientras que las mujeres con síntomas psicológicas tendieron a dividirse: cinco (5) positivos y cuatro (4), negativos.

A pesar de lo antes descrito, la diferencia entre ambos grupos, sin y con síntomas psicológicos, con relación al tipo de relación con la figura del padre, no fue estadísticamente, significativa.

Es evidente, que el tipo de relación con el padre está relacionada con la percepción que las entrevistadas tienen del mismo, al igual que con la presencia de éste en el seno familiar y su relación con la madre.

Se observa, por ejemplo, que las cinco (5) mujeres del grupo sin síntomas psicológicos que manifestaron relaciones positivas con el padre, expresan percepciones positivas de esta figura. Ver cuadro No. 16. De igual forma, estas entrevistadas vivían junto a sus padres, compartiendo las vivencias diarias con él. En cuatro (4) de estos casos, además de que el padre vivía en el hogar, éste mantenía buenas relaciones con sus compañeras (4SSP, 6SSP, 8SSP y 9SSP), formando ambos, un hogar estable. Sólo en el caso 5CSP, se observa que la entrevistada vivía con el padre y la madre de éste.

Las cuatro (4) mujeres que describieron relaciones negativas con el padre, también manifestaron percepciones negativas de los mismos; dos de ellas (3SSP y 7SSP) no vivían con éste: uno nunca lo hizo (3SSP) y el otro, separa a la entrevistada de la madre, abandonándola para casarse nuevamente y dejándola bajo el cuidado de su madre (abuela paterna de la entrevistada). En los casos 1SSP y 10SSP, si bien el padre vivía con las entrevistadas y las madres de éstas, la relación entre los progenitores no era estable, ya que la madre era maltratada por el padre, provocando el temor de ésta y de sus hijos hacia él.

El grupo de las mujeres con síntomas psicológicos muestra el mismo patrón. Las ocho (8) entrevistadas que manifestaron haber tenido relaciones de tipo positivas con el padre, también describieron esta figura con un matiz afectivo positivo. Todas ellas vivieron con el padre durante su infancia (2CSP, 3CSP, 4CSP, 5CSP, 7CSP, 9CSP y 10CSP a excepción del caso 6CSP, en el cual a pesar de que éste no vivía con ella, residía muy cerca de su casa, lo que le proporcionaba a la entrevistada la oportunidad de visitarlo y conversar con él, sintiéndose aceptada por el mismo. Se debe recordar que en este caso, la madre de la entrevistada se había trasladado a la ciudad de Panamá y sus visitas eran muy esporádicas, por lo que buscaba llenar de alguna forma sus necesidades afectivas parentales.

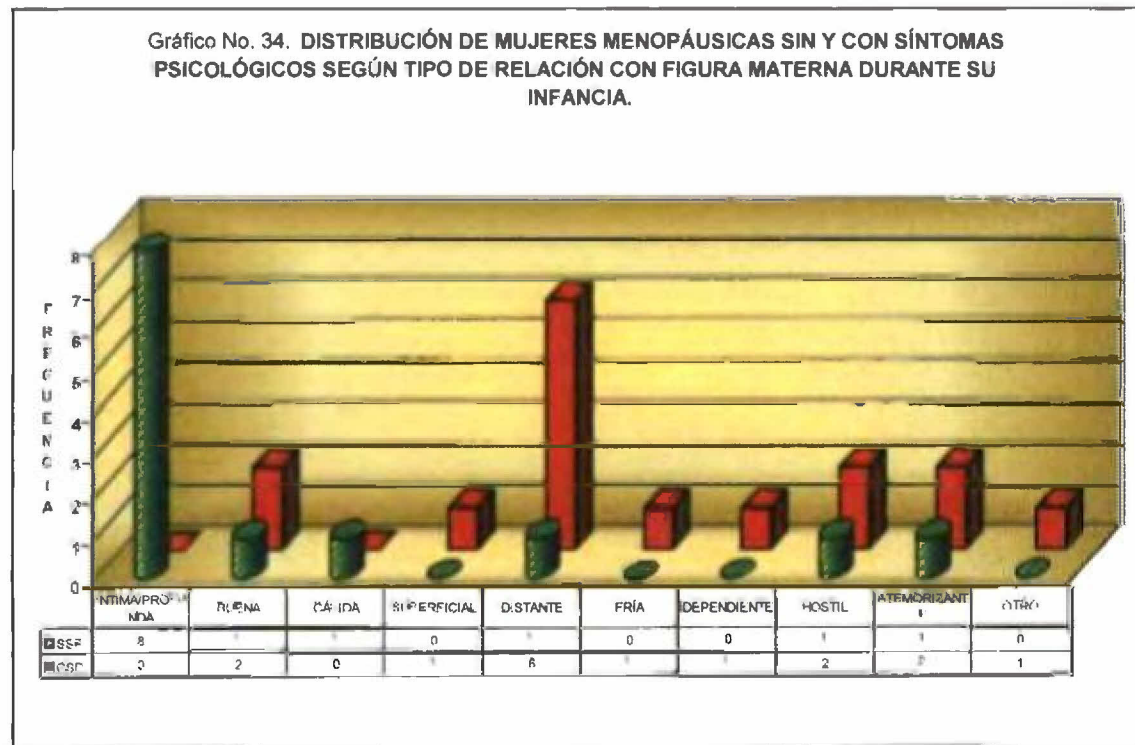
La entrevistada 1CSP describe a su padre como distante, manifestando este mismo tipo de relación con él. El padre vivió algunos años con la madre, abandonándola para formar otra familia.

El sentirse queridas y protegidas, también es una variable que parece jugar un papel importante en la percepción y en el tipo de relación de las entrevistadas con la figura paterna. En todos los casos en donde se manifestaron percepciones y relaciones positivas, las entrevistadas dijeron sentir que sus padres las querían, utilizando calificativos como bueno, cariñoso para las percepciones y cálidas, para las relaciones. Ver historias personales.

Se observa una situación contraria en los casos donde la percepción y el tipo de relación tuvieron un matiz afectivo negativo. Las entrevistadas no logran establecer vínculos afectivos positivos con estas figuras, tal y como se observa en los casos 3SSP “además de que nunca le importé...” (se sentía rechazada); 7SSP “Era un hombre

reseo...uno quiere que su padre lo acaricie, sentir ese amor de padre”: 1CSP “abandonó a mi mamá (también a ella)..., cumplía con el dinero”.

En los casos 1SSP y 10SSP la situación de maltrato a la que estaban expuestas superaba cualquier intención de acercamiento del padre “Se podría decir que la relación con mi papá era distante porque a pesar de que él trataba de acercarse cuando estaba sano, yo no podía olvidar los malos momentos que nos hacía pasar a todos”.



Al revisar las respuestas brindadas en la gráfica No. 34, se observa que la mayoría de las mujeres sin síntomas psicológicos percibieron las relaciones con sus madres como íntimas/profundas, ocho (8) de diez (10). Se dieron otras respuestas como buenas, cálidas, distantes, hostiles y atemorizante con una (1) mención, cada una.

Las mujeres con síntomas psicológicos, por el contrario, dijeron haber mantenido relaciones distantes con la figura materna, seis (6) de diez (10); hostil, atemorizante, dos (2) de diez (10), mencionando además otros tipos de relaciones como: superficiales, frías, dependientes, con una mención cada una.

Cuadro No. 20. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LA FIGURA MATERNA DURANTE LA INFANCIA

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	11	9	2
• Negativas	8	1	7
• Otros	1	0	1

Alpha = 0.05

Chi-cuadrado = 9.954545455

p = 0.0069*

Al reagrupar las respuestas brindadas en relaciones positivas y negativas, cuadro No. 20, se aprecia que las mujeres sin síntomas psicológicos, en su mayoría, nueve (9) de diez, expresaron haber mantenido relaciones positivas con sus madres; solamente una (1) de ellas, caso 5SSP, manifestó que las mismas fueron distantes y atemorizantes, considerándose las mismas como negativas.

Contrariamente, en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, se observan sólo dos mujeres con relaciones positivas, mientras que siete (7) de las diez, describieron sus relaciones con la figura materna dentro de lo denominado como negativo. Una de las entrevistadas no conoció a la madre; murió cuando ésta tenía tres meses de edad.

La prueba estadística utilizada muestra que existe diferencia significativa entre la forma en que las mujeres sin síntomas psicológicos y con síntomas psicológicos, percibieron su relación con la figura materna durante su infancia.

Similar, a lo descrito en cuanto a las relaciones con la figura paterna, en el caso de las relaciones con la figura materna se observa una correspondencia entre el tipo de percepción y el tipo de relación. Las mujeres que manifestaron una percepción positiva de esta figura, describieron una relación con un matiz afectivo positivo (1SSP, 2SSP, 3SSP, 4SSP, 6SSP, 7SSP, 8SSP, 9SSP, 10SSP, 1CSP y 9CSP), y viceversa (5SSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP, 6CSP, 7CSP, 8CSP y 10CSP).

En cuanto a si la figura vivía en el mismo techo, compartiendo las vivencias de los miembros del núcleo familiar, se observa que de las once (11) mujeres que manifestaron relaciones positivas, nueve (9), presentan esta situación. Sólo en los casos 2SSP y 7SSP se observa que las madres están separadas de las hijas; sin embargo, se aprecia que a pesar de la distancia entre ambas, se mantiene un fuerte lazo de comunicación, lo que transmitía sentimientos de protección y sobre todo, el sentimiento de sentirse queridas. Esto se verifica en las siguientes expresiones: “Me sentía querida por mi mamá porque a pesar de haberse venido a Panamá, ella mantenía una constante comunicación con la familia: nos mandaba cartas, dinero y regalos; además, siempre que podía, nos iba a ver”, caso 2SSP; “Yo sabía y crecí con eso de que mi mamá me quería mucho ...ella me escribía cartas muy bonitas, y además me mandaba cosas con las cartas con las que me demostraba allí su amor, y por eso yo la quize tanto”, caso 7SSP.

Con relación a esta misma variable, observamos que de las ocho (8) mujeres que manifestaron relaciones de tipo negativas con la madre, la mitad de ellas (4), compartían

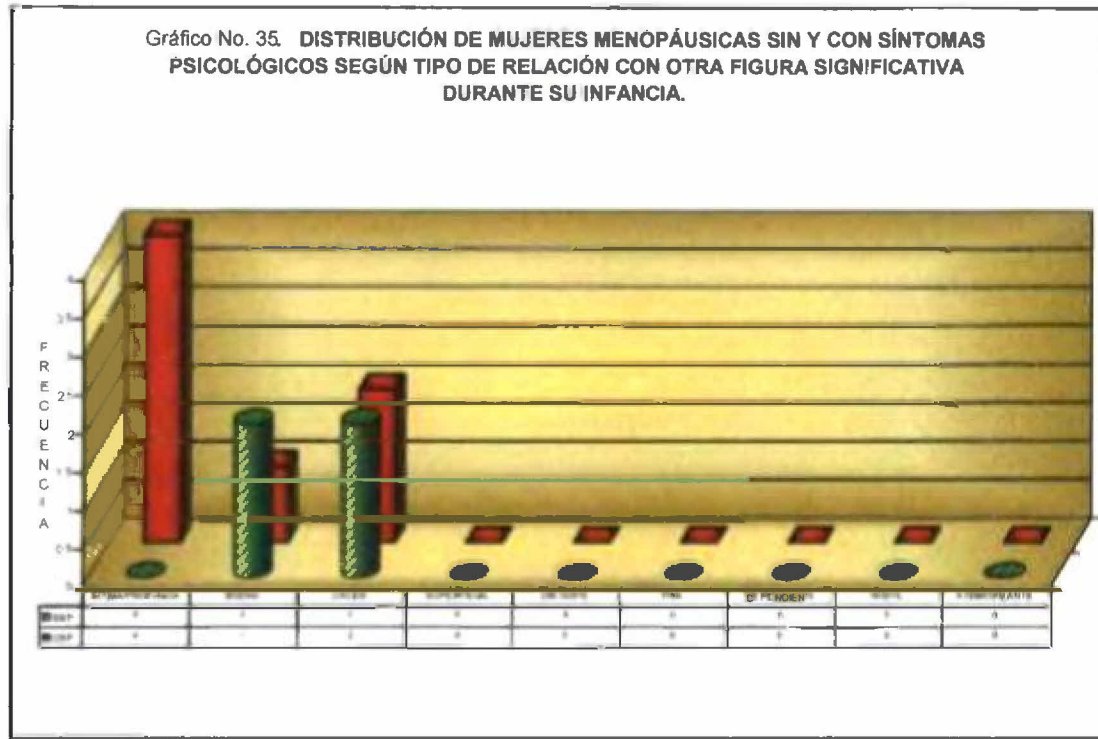
el mismo hogar con las progenitoras (2CSP, 4CSP, 7CSP y 10CSP; la otra mitad, vivían separadas de ella (5SSP, 3CSP, 6CSP y 8CSP). En los casos de las mujeres que manifestaron relaciones negativas con la madre y que vivían con ellas se observa que las mismas percibían a la madre como distantes y resacas, describiendo igualmente este tipo de relación, aún cuando las figura estaban cerca de ella. Es decir, al igual que las mujeres con relaciones de tipo negativo que estuvieron separadas de las madres, éstas, si bien no estaban físicamente separadas, si lo estaban a nivel afectivo.

El sentirse protegidas y queridas por sus madres, se examinó igualmente. Las mujeres que expresaron relaciones positivas con la figura materna, se sentían queridas por ellas, estableciendo, la mayoría de ellas, relaciones íntimas y profundas, en las que la madre, además era amiga y confidente.

Sin embargo, en el grupo de las mujeres que reportaron relaciones negativas se observa que la madre parece eliminar cualquier posibilidad de acercamiento de sus hijas, ejerciendo maltrato físico y psicológico, aún en aquellos casos en donde las hijas no vivían con ellas (5SSP, 3CSP y 7CSP). Seis (6) de las ocho (8) mujeres reportaron que sus madres “le pegaban” (5SSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP, 6CSP y 7CSP); sin embargo, lo que parece molestar a las mismas son las circunstancias en la que se daba la conducta, considerándola, muchas de ellas como injusta. Algunas expresiones que reflejan lo antes dicho son las siguientes: “No era cariñosa, mas bien, algo reseca, ...nos pegaba por cualquier cosa, aún sin tener claro lo que había sucedido”, 7CSP; “ La forma en que mi mamá nos pegaba y el por qué nos pegaba, no era justa. El castigo que recibíamos (ella y sus hermanas), estaba muy por encima de lo que según mi madre, habíamos hecho”, 6CSP.

Este grupo de mujeres también manifiesta claramente el no sentirse queridas y los deseos de sentirse aceptadas por las madres. “No sé por qué mi mamá aceptó que mi papá me llevara con él y su familia, ...simplemente, no me quería”, 3CSP; “Nunca me dio cariño, prefería a mi hermano”, 4CSP. En el caso 6CSP, la madre viaja a Panamá cuando la entrevistada y sus dos hermanas eran muy pequeñas, visitándolas sólo por periodos cortos; en una ocasión demoró entre tres y cuatro años para ver a sus hijas. Cuando se realizaban estas visitas, la madre escogía a la entrevistada para dormir con ella “me escogía porque me parecía a mi papá”; y cuando ésta regresaba a Panamá, la entrevistada “...guardaba su camión, lo olía y lo pegaba junto a mí para sentirla, ...añoraba el calor de mi madre”.

Gráfico No. 35. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON OTRA FIGURA SIGNIFICATIVA DURANTE SU INFANCIA.

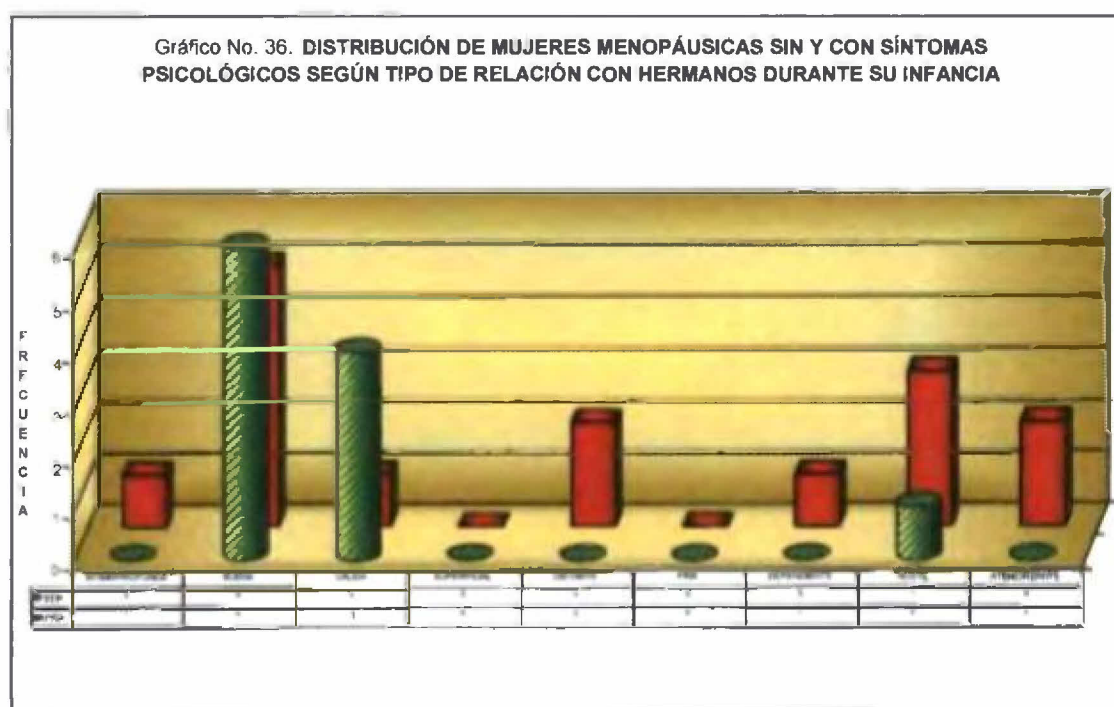


Para las entrevistadas que dijeron tener como figura más cercana a una figura no parental, observamos que las relaciones que mantuvieron con estas personas fueron percibidas por ellas de manera positiva. Cuatro (4), describieron estas relaciones como íntimas/profundas, casos 2CSP, 3CSP, 5CSP y 8CSP. La entrevistada del caso 6CSP, la describe como buena y cálida.

Las entrevistadas que mencionaron en sus historias personales una figura no parental, además de sus progenitores, como significativa en su vida afectiva, casos 2SSP, 5SSP, 7SSP y 4CSP, igualmente describen estas relaciones de manera positiva. Aunque ninguna de ellas percibe estas relaciones como íntimas/profundas, manifiestan que las mismas fueron buenas y cálidas.

Es importante señalar, que en estos últimos casos, las figuras no parentales jugaron el papel de la madre, ya fuera por la ausencia temporal de la misma (caso 2SSP) o

ayudaron al padre en la crianza de las entrevistadas debido a la ausencia de la figura materna (casos 5SSP y 7SSP). En el caso 4CSP, a pesar de que la entrevistada vivía con sus progenitores y se sentía más cerca del padre, la tía es percibida como la figura que suplía sus necesidades afectivas.



Los resultados de la gráfica anterior permiten observar que existen diferencias en la forma en que las mujeres de ambas submuestras perciben las relaciones con los hermanos durante la infancia.

Las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos, en su mayoría, manifestaron mantener relaciones buenas y cálidas con sus hermanos: cinco (5) las describen como buenas (casos 1SSP, 4SSP, 5SSP, 6SSP y 7SSP); tres (3), como cálidas (casos 3SSP, 9SSP y 10SSP); y una (1), como buena y cálida (caso 8SSP). Sólo una de las mujeres

describió este tipo de relación como hostil (caso 2SSP), expresándose de la siguiente forma: “Por ser el mayor, quería exigir y tenerme como empleada, por lo que era constantemente regañado por mi abuela y mi mamá”.

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos se observa una mayor variedad de respuestas. Por un lado, están las mujeres que percibieron estas relaciones como positivas: cuatro (4) de ellas las describen como buenas (casos 5CSP, 8CSP, 9CSP y 10CSP); una (1), como buena y cálida (caso 7CSP); y otra (1), como íntima/profunda, (caso 6CSP). En este último caso, el abandono de la madre, y posteriormente, el maltrato que recibían por parte de ella, propició la unión entre las hermanas: “Esta convivencia hizo que mi hermana y yo nos compenetráramos más”.

Por otro lado, están las mujeres que recuerdan estas relaciones con un matiz afectivo negativo: dos (2), las describen como hostiles y atemorizantes: “No vivíamos juntos, y cuando me veía, me correteaba para pegarme. Esto era aprobado por mi mamá. A ambos, les tenía terror” , “Me pegaba por cualquier cosa cuando no estaban mis papás, me maltrataba, y cuando ellos llegaban, mi mamá decía: “...¡más debió darle!”.” Caso 3CSP y 4CSP, respectivamente. Otra de las entrevistadas expresó que dichas relaciones eran hostiles, expresándolo de la siguiente forma: “...cuando a él le pegaban, yo lloraba; cuando a mi me pegaban, él buscaba un rejo para que me pegaran más”. Sólo la entrevistada del caso 1CSP describió la relación con sus hermanos como distantes: “...éramos muchos, cada uno andaba por su lado”.

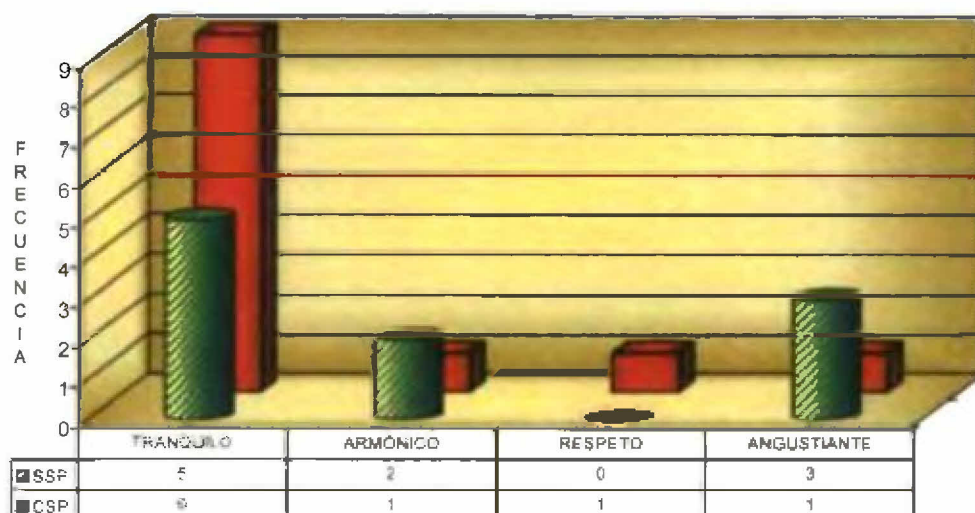
El cuadro No. 21 recoge las respuestas brindadas agrupando el tipo de relaciones en positivas y negativas. En el mismo se aprecia claramente que fueron más las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos las que manifestaron haber tenido relaciones positivas

con los hermanos que las del grupo con síntomas psicológicos: nueve (9) y seis (6), respectivamente. En este último grupo, existen cuatro sujetos, que perciben estas relaciones como negativas.

Cuadro No. 21. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON HERMANOS DURANTE LA INFANCIA

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPAUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	15	9	6
• Negativas	5	1	4

Gráfico No. 37. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU INFANCIA.



De acuerdo a los resultados mostrados en la gráfica, el clima o atmósfera que prevalecía en los hogares de las mujeres que componen la muestra de estudio era generalmente, buena.

Cinco (5) de las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos manifestaron que en sus hogares se sentía un ambiente de tranquilidad; tres (3), lo describieron como angustiantes; mientras que dos, expresaron que el mismo era armónico.

Las mujeres que calificaron el ambiente familiar durante la infancia como angustiante, relacionan el mismo con el temor que inspiraba el padre ante sus conductas de maltrato: “Habían muchas peleas entre mi papá y mi mamá; cuando él se fue, todo cambió”, ISSP; “Cambió cuando mi papá decide separarse de mi mamá para casarse nuevamente”, 10SSP. La otra entrevistada que manifestó vivir un clima angustiante,

relaciona el mismo con las necesidades económicas y el maltrato: "...por las necesidades que pasamos y porque mi madre, a pesar de la situación de pobreza que vivíamos, siempre quería ayudar a los demás; ...tampoco podía entender como mi mamá soportaba los malos tratos de su hermana y de la gente en donde trabajaba; esos malos tratos también los vivíamos nosotros", 3SSP.

Del grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, nueve (9) de las diez (10), manifestaron haber vivido, durante su infancia, en un ambiente tranquilo; solamente en el caso 4CSP, la entrevistada percibe dicho ambiente como angustiante: "...cuando estaban en la casa mi mamá o mi hermano, tenía miedo".

Para ambos grupos, la calidad satisfactoria del ambiente parece estar relacionada con el tipo de relación que llevaban los adultos entre sí: "Había armonía. A pesar de que mi padre era machista, mi mamá se adaptaba a la situación y había tranquilidad", 4SSP; "la relación entre ellos (padres) era profunda, estaban como conectados, se llevaban bien", 6SSP; "...tranquilo, armónico, mis papás se llevan bien, son uña y carne", 2CSP; "Había buenas relaciones entre mi abuela y sus hijos", 3CSP; "nunca se vieron peleas entre mis papás, ni alborotos, ni malas palabras", 10CSp

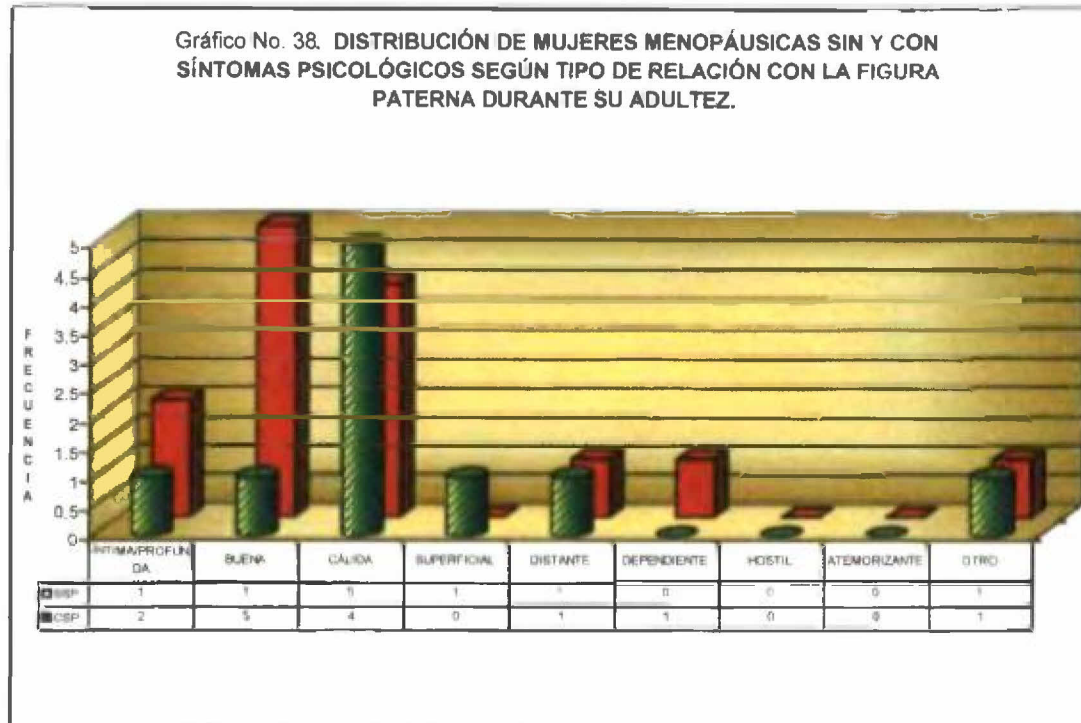
Al agrupar los tipos de clima en el hogar en positivos y negativos, se observa sólo cuatro de las entrevistadas lo señalan como negativos; el resto de la muestra, 16 sujetos, lo percibieron como positivos, aportando el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos nueve (9) sujetos y el de sin síntomas, siete (7) sujetos.

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sin síntomas y con síntomas psicológicos en referencia al tipo de clima percibido durante la infancia. Ver cuadro No. 22.

Cuadro No. 22. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU INFANCIA

TIPO DE CLIMA	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivo	16	7	9
• Negativo	4	3	1

Gráfico No. 38. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LA FIGURA PATERNA DURANTE SU ADULTEZ.



Al revisar el tipo de relaciones, que expresaron haber mantenido las mujeres que componen la muestra, con el padre, se observa que en el grupo de las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos, la mitad de ellas, cinco (5), manifestó que las mismas fueron cálidas (4SSP, 5SSP, 6SSP, 7SSP y 9SSP); una, la describe como buena (1SSP); otra, como profunda (8SSP); otra, como superficial (3SSP); y otra, como distante (10SSP). Una de las entrevistadas, no conoció al padre (2SSP).

Las mujeres del grupo con síntomas psicológicos, en su mayoría, percibieron estas relaciones como buenas y/o cálidas. Tres (3), manifestaron que las mismas fueron buenas (4CSP, 5CSP Y 9CSP); dos (2), las describen como buenas y cálidas (2CSP y 6CSP); una, como cálidas (10CSP); una (1), como profunda y cálida (7CSP); una (1) como íntima/profunda (3CSP) y una (1), como distante (1CSP). En el caso 8CSP, la entrevistada no conoció al padre.

Cuadro No. 23. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA PATERNA DURANTE SU ADULTEZ

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	15	7	8
• Negativas	3	2	1
• Otros	2	1	1

Al reagrupar el tipo de relaciones con el padre en positivas y negativas, se puede apreciar, a través de los resultados del cuadro No. 23, que fueron muchas más las mujeres, quince (15), que representan el 75% de la muestra total, las que percibieron estas relaciones con un matiz afectivo positivo. Sólo tres (3) mujeres, describen estas relaciones con un matiz afectivo negativo.

En el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, el 70% de las entrevistadas dijo haber mantenido relaciones de tipo positivas con su progenitor; sólo dos de ellas, manifestaron lo contrario.

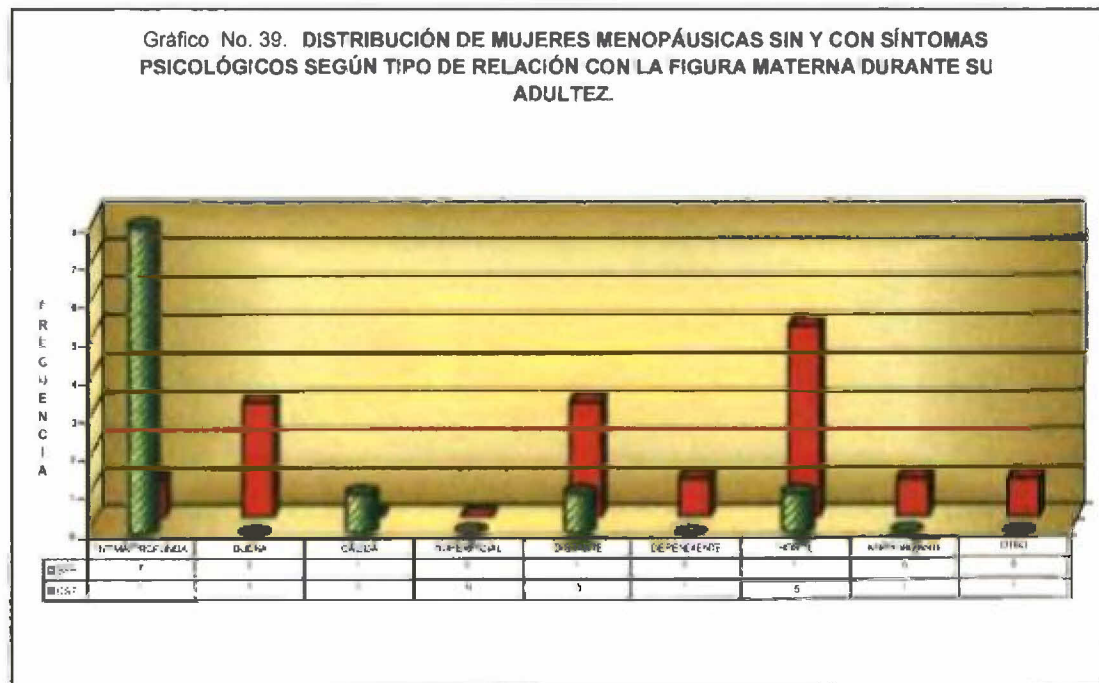
En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, se observa que para el 80% de ellas, las relaciones con la figura paterna durante su adultez, fueron positivas. Sólo una (1) de las entrevistadas describe esta relación con un matiz afectivo negativo.

En ambos grupos se aprecian sujetos que no conocieron a sus padres, una por grupo.

Si se comparan los tipos de relaciones con el padre durante la niñez y durante la adultez. (gráficas 33 y 37), se observará que únicamente en los casos 1SSP y 7SSP, hay un cambio en el tipo de relación con el padre. En ambos casos, las relaciones mejoraron. “Las cosas cambiaron y estuve más cerca de mi papá, le ayudé en cuanto pude y mantuve

buenas relaciones con él, pero nunca fue igual a la que tenía con mi mamá”, 1SSP; “Ha cambiado mucho. Cuando viene a la ciudad, lo primero que hace es llamarme para saber cómo estoy. Ha cambiado tanto, ...yo me siento contenta”, 7SSP.

En el resto de los casos, se mantiene el mismo tipo de relación que se tenía durante la niñez. “Las pocas veces que lo he visto, sólo lo saludo. No siento ningún deseo de acercarme a él, no siento que nos une nada”, 3SSP.



El tipo de relación que mantuvieron los sujetos de la muestra, con sus madres, durante su adultez, se describe, según la gráfica No. 39, de la siguiente forma: las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos, en su mayoría, ocho (8) de diez (10), dijeron haber tenido relaciones íntimas/profundas con sus progenitoras (1SSP, 2SSP, 3SSP, 6SSP, 7SSP, 8SSP, 9SSP y 10SSP); una (1), dijo que la misma fue cálida (4SSP); y la restante, la describe como distante y hostil (5SSP).

Las mujeres del grupo con síntomas psicológicos describen estas relaciones de forma diferente: para tres (3) de ellas, fueron hostiles y distantes (2CSP, 4CSP y 8CSP); para dos (2), hostiles (1CSP y 3CSP); para dos (2), buenas (7CSP y 10CSP); para una (1), buena y dependiente (9CSP) ; y para otra, atemorizante (6CSP). Una de las entrevistadas, no conoció a la madre (5CSP).

Cuadro No. 24. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON FIGURA MATERNA DURANTE SU ADULTEZ

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPAUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	13	9	4
• Negativas	6	1	5
• Otros	1	0	1

El cuadro No. 24, permite observar que la mayoría de las mujeres que componen la muestra, 13 de 20, percibieron las relaciones con la figura materna como positivas. El grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos aportaron nueve sujetos, el 90% del total de esta submuestra, mientras que el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, sólo aportaron el 40% de su total.

De las seis (6) mujeres que manifestaron relaciones de tipo negativas, cinco (5) de ellas pertenecen al grupo de las mujeres con síntomas psicológicos; sólo una (1), pertenece al grupo de mujeres sin síntomas psicológicos.

El sujeto de la categoría de otros pertenece al grupo de las mujeres con síntomas psicológicos. En este caso, la madre falleció a los meses de nacida, por lo que no se pudo examinar este tipo de relación.

A pesar de las diferencias arriba planteadas, la prueba estadística no demuestra diferencias significativas entre los grupos de estudio, sin y con síntomas psicológicos, con relación al tipo de relaciones con la figura materna durante su adultez.

Al revisar si existían diferencias entre las relaciones con la madre durante la infancia y la adultez, se encontró que en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, las relaciones se mantuvieron iguales, siendo el 90% de las mismas descritas como íntimas/profundas y cálidas, tanto en la infancia como en la adultez. Similarmente, la entrevistada que dijo haber tenido relaciones con la madre de tipo distante y hostil, durante su infancia, mantuvo el mismo criterio para la adultez, caso 5SSP.

En este caso, a pesar de que la madre y la hija llegan a vivir juntas, las relaciones eran distantes y frías; además cuando se disgustaba "...me gritaba que mi papá no me había reconocido. ...me dolía la acción de mi mamá".

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, las relaciones se mantienen iguales en el 70% de los casos; sin embargo, tres de las entrevistadas reportaron cambios en las mismas, mejorando las relaciones en dos de ellos (7CSP y 10CSP) y deteriorándose, en otra (1CSP).

La entrevistada 1CSP manifiesta que discute mucho con la madre a pesar de que trata de complacerla. "Yo llevo a mi mamá en taxi a ver a sus hijos que están buenos y sanos, uno hasta vive enfrente de nosotros, y sin embargo, mi mamá es a mí a quien me rogaña, me insulta porque dice que es que yo no quiero que ellos la vean". Durante la infancia, la relación entre ambas era buena, de acuerdo a lo manifestado por la entrevistada.

Por otro lado, al revisar las historias personales de las entrevistadas observamos que las nueve (9) mujeres del grupo sin síntomas psicológicos que reportaron relaciones íntimas/profundas y cálidas con las madres, tanto en la niñez como en la adultez, no volvieron a vivir junto a ésta, una vez que dejaron su hogar de origen. De este grupo, sólo la entrevistada que reportó relaciones distantes y hostiles con la figura materna, en ambos periodos de su desarrollo, vivió con ella durante su adultez; a pesar de ello, sus relaciones se mantuvieron iguales. Ver caso 5SSP.

En el caso de las mujeres con síntomas psicológicos, la situación varía. Las dos mujeres que manifestaron haber tenido buenas relaciones con la madre durante su niñez, vivieron con ésta durante su adultez (casos 1CSP y 9CSP). En el primero de los casos, se observa un deterioro en la relación: buena en la infancia, hostil en la adultez.

En el segundo, la misma describe mantener una relación buena con la madre durante la niñez, manteniendo este mismo tipo de relación durante la adultez: “Me la traje para Panamá, le hice un anexo al lado de mi casa para que ella viviera, yo la lidiaba y la cuidé hasta que murió. Mantengo ese cuarto igualito a como estaba cuando mi mamá vivía; siento que si lo cambio, perdería algo de mi mamá. Durante su infancia, expresa que “...cuando la veía (a la madre), me desesperaba, quería tenerla a mi lado y no despegarme de ella. Era como un amor que le tenía a esa mamá”.

De las siete mujeres que describieron relaciones negativas con la figura materna durante la infancia, tres (3), vivieron con ellas durante la adultez (2CSP, 3CSP y 6CSP). En estos casos, las relaciones con la figura materna no cambiaron, manteniendo su matiz afectivo negativo. En el caso 2CSP, la entrevistada vuelve a casa de los padres a cuidar de los mismos porque enfermaron, trasladándose con sus hijos. Esta época coincide con

la separación definitiva de su esposo y con el inicio del proceso climatérico, al igual que con su primera crisis depresiva.

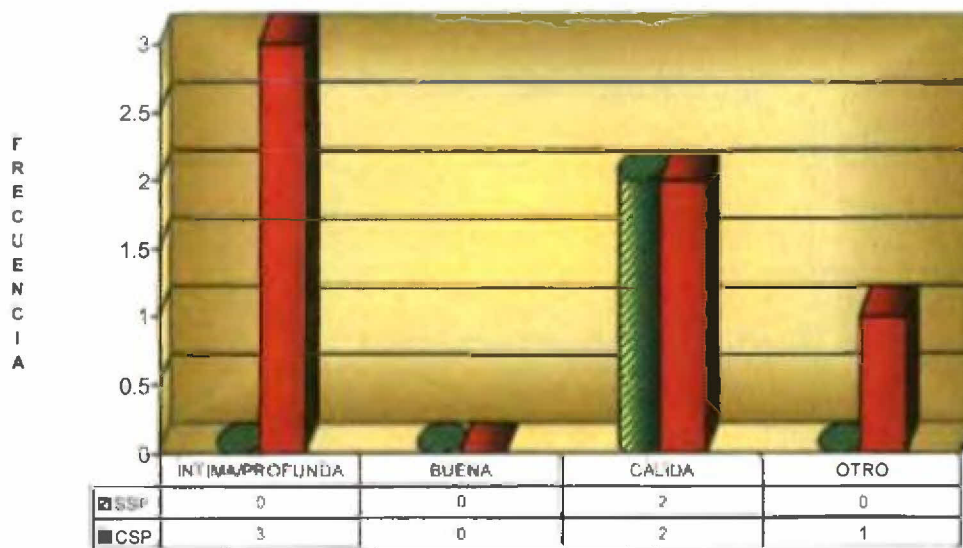
La entrevistada 3CSP, quien durante su infancia no había vivido con la madre, y a la cual describía como maltratadora, se la lleva a vivir con ella y la cuida hasta su muerte. Sin embargo, las relaciones entre ellas no mejoraron: peleaban mucho y la hija le recriminaba a la madre el rechazo del cual había sido objeto cuando estaba pequeña. “Tú nunca me quisiste a mí, al que adorabas, era a mi hermano”; sin embargo, dice que “era importante entrar a la casa y verla sentada en la sala”.

Por otro lado, la entrevistada del caso 6CSP, sólo se ha separado de la madre en una ocasión, por pocos años, ocupándose, junto a su hermana, del cuidado de la madre, quien aún mantiene un ambiente de maltrato psicológico dentro del hogar “nos grita, no aprueba el comportamiento de mis hijos, hace comentarios injustos en los que cuestiona la moral de mis hijos, grita y echa a los amigos de los hijos de su casa”.

El resto de las entrevistadas que reportaron relaciones negativas con las madres durante la niñez, no vivieron nuevamente con ella durante su adultez. (casos 4CSP, 7CSP, 8CSP y 10CSP).

Parece evidente, que las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos han internalizado la figura materna, manteniendo con las mismas relaciones positivas y altamente significativas a pesar de la ausencia física de las mismas.

Gráfico No. 40. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON OTRA FIGURA SIGNIFICATIVA DURANTE LA ADULTEZ.



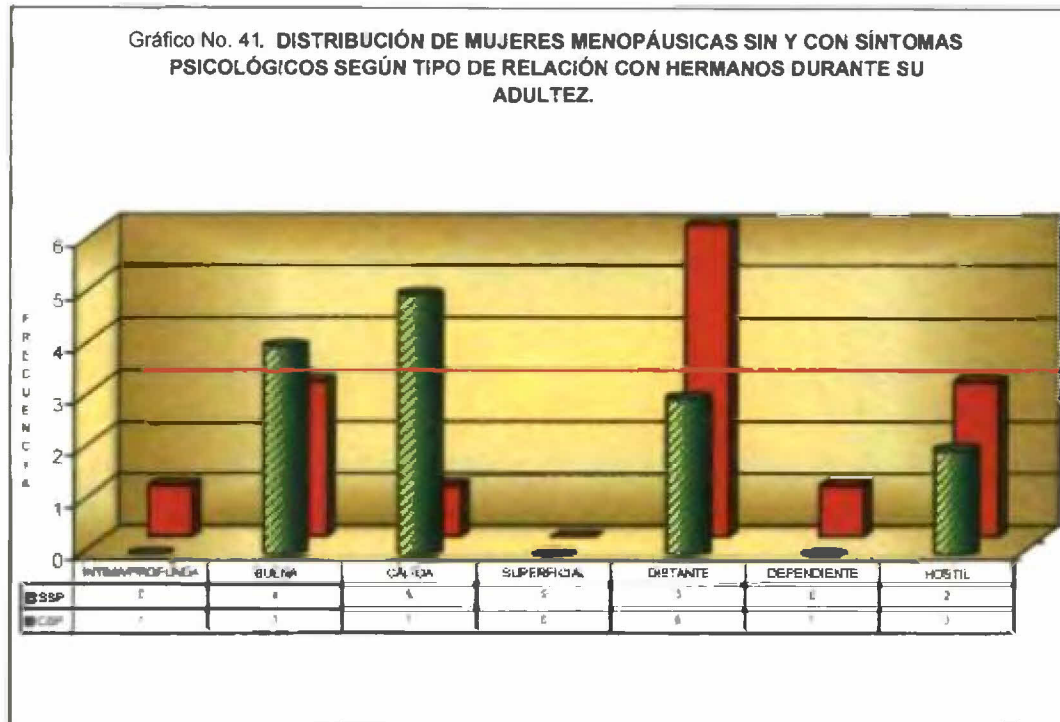
Las relaciones con la figura significativa (no parental) mantienen en la adultez su matiz afectivo positivo.

Las mujeres con síntomas psicológicos manifiestan que las relaciones con estas figuras fueron íntimas/ profundas, tres (3); y cálidas, dos (2). Una de estas personas murió.

Las mujeres sin síntomas psicológicos reportan haber mantenido relaciones cálidas con estas figuras.

No hay cambios en el tipo de relaciones entre la infancia y la niñez.

Gráfico No. 41. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON HERMANOS DURANTE SU ADULTEZ.



Las relaciones con los hermanos durante la adultez, son descritas, por la mayoría de las mujeres del grupo sin síntomas psicológico, como cálidas y buenas: tres (3), cálidas (3SSP, 7SSP y 10SSP); dos (2), buenas (1SSP y 4SSP) y dos (2), buenas y cálidas (8SSP y 9SSP). Dos de las mujeres de este grupo, expresaron que las mismas son distantes y hostiles (5SSP y 6SSP).

Las mujeres del grupo con síntomas psicológicos manifestaron otros tipos de relaciones: tres (3) la describen como distantes (1CSP, 9CSP y 10CSP); tres (3), como hostiles y distantes (2CSP, 3CSP y 4CSP); dos (2), como buenas (5CSP y 8CSP); una (1), como buena y cálida (7CSP); y otra (1), como íntima profunda (6CSP).

En este último caso, se podría catalogar el tipo de relación entre las hermanas como simbiótica: “Somos muy unidas, una es la madre de la otra, nos compenetramos

tanto...vivimos muy apegadas una de la otra, compartíamos nuestros temores, nuestros anhelos...”.

Al agrupar el tipo de relaciones en positivas y negativas observamos que son más las mujeres sin síntomas las que manifestaron relaciones de tipo positivas (siete de diez); mientras que son más las mujeres del grupo con síntomas psicológicos, las que describen relaciones de tipo negativa (seis de diez).

Cuadro No. 25. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON HERMANOS DURANTE SU ADULTEZ

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPAUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPAUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	11	7	4
• Negativas	9	3	6

A pesar de lo antes expuesto, las diferencias entre los grupos sin y con síntomas psicológicos, con relación al tipo de relaciones con los hermanos durante la adultez, no es estadísticamente significativo.

Cuando se comparan el tipo de relaciones con los hermanos en la infancia con los de la adultez observamos que en el grupo de las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos, dos (2) de las entrevistadas presentan cambios (5SSP y 6SSP). En ambos casos, las relaciones cambian de buenas, durante la infancia, a distantes y hostiles durante la adultez; es decir, hay deterioro en las relaciones. “Están disgustados conmigo porque mi mamá les dijo que yo los trataba mal”; “No se comunican conmigo, me han distanciado. Ellos decían que yo había cogido una plata de mi mamá..., me insultaron,

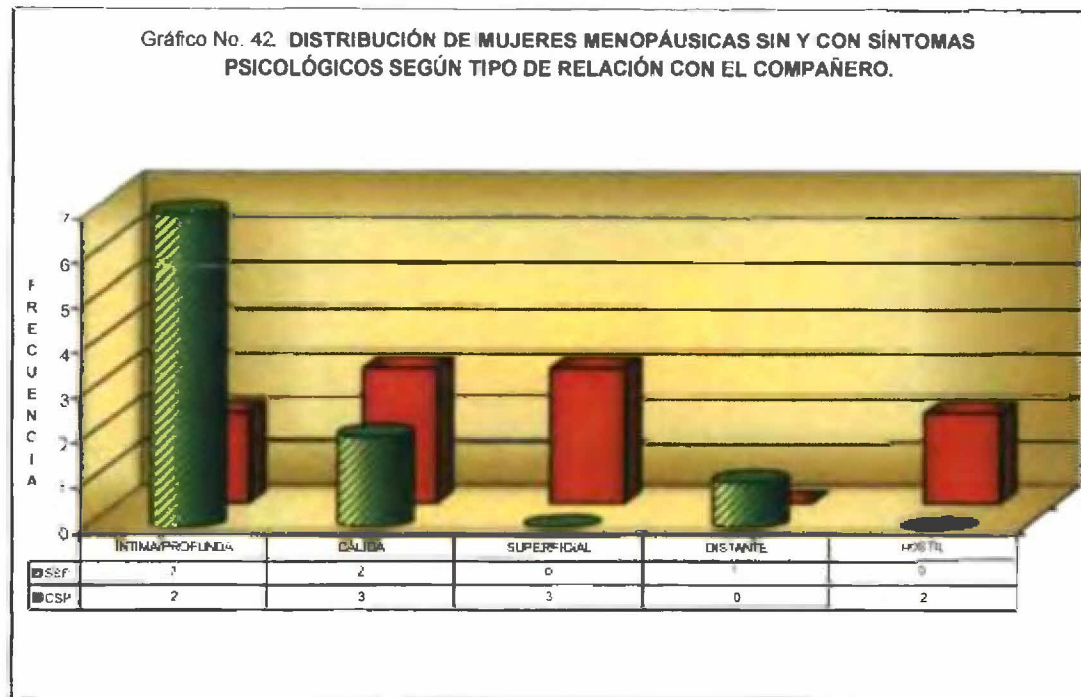
tratándome como una ladrona. ...uno me pidió perdón, el otro, no. También creo que ellos sintieron celos de lo unidas que éramos mi mamá y yo”.

En el grupo de mujeres con síntomas psicológicos se observan igualmente dos casos que cambian el tipo de relación. En ambos, se habían dado relaciones descritas como buenas en la infancia, cambiando a distanciados durante la adultez (9CSP y 10CSP). “Muy unidos hasta que murió mi mamá, ahora estamos un poco distanciados”, 9CSP; “estamos alejados uno de otros; sin embargo, cada uno sabe que cuenta con el otro, de darse un problema serio”.

Parece claro, que las relaciones entre hermanos, en ambos grupos de estudio, tendieron a deteriorarse con el paso del tiempo, ya que además de observarse cuatro (4) casos en los que las relaciones cambian de positivas a negativas, aquellas que tenían un matiz negativo durante la infancia, no mejoraron, se mantuvieron iguales.

Bajo otra perspectiva, se observa que la madre juega un papel importante en las relaciones entre los hermanos, ya sea para favorecerlas o para desmejorarlas: casos 2SSP, 5SSP, 6SSP, 7SSP, 1CSP, 3CSP, 6CSP, 8CSP y 9CSP. Algunas expresiones de estas entrevistadas así lo demuestran:

“No se comunican conmigo, sólo cuando necesitan algo de mí. Esto me molesta...mi mamá se disgusta porque cree que es que yo no quiero ayudarlos, ...no parece darse cuenta de que en la casa hay un presupuesto establecido, y que si yo lucho, ellos también lo pueden hacer”, 1CSP; “Me quieren mucho, siempre están pendientes de mí, aunque ahora están un poco disgustados conmigo porque no fui al entierro de uno de mis hermanos. No fui porque mi mamá le hizo un desaire a uno de mis hijos, y porque además, no me gusta ir a entierros”, 8CSP; “...desde que mi madre murió, no lo he vuelto a ver”, 2SSP.



Al revisar las relaciones de las entrevistadas con sus compañeros se observa que en las mismas se dan varias situaciones: viudas, separadas, divorciadas, con relaciones estables, etc. Igualmente, y tal y como se observó, en el cuadro No. 2, algunas de las entrevistadas mantuvieron, a lo largo de su vida, varias relaciones de pareja. Para efectos de los resultados mostrados en la gráfica No. 42, solamente se ha tomado en cuenta, independientemente de la situación particular de caso, el tipo de relación con el último compañero.

Así tenemos que para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, siete (7) de ellas, más de la mitad de la muestra, consideran que las relaciones con sus compañeros han sido íntimas/profundas (1SSP, 2SSP, 3SSP, 4SSP, 6SSP, 7SSP y 10SSP). Una (1) de las entrevistadas expresó que su relación es buena (5SSP); otra (1), que la misma es cálida; y otra (1), que es distante (9SSP).

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, se observa que tres (3) de las mismas manifestaron haber tenido relaciones cálidas y buenas con sus compañeros (6CSP, 8CSP y 10 CSP); mientras que otras tres (3) describieron las mismas como superficiales (1CSP, 2CSP y 4CSP). Para dos (2) de ellas, fueron íntimas/profundas (7CSP y 9CSP); para las dos (2) restantes, fueron hostiles (3CSP y 5CSP).

Cuadro No. 26. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON ESPOSO O COMPAÑERO

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	14	9	5
• Negativas	6	1	5

Cuando fueron reagrupados los tipos de relaciones en positivas y negativas se observó que en general, predominan las relaciones positivas (trece de las veinte), aportando el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos nueve (9) de éstas. En las relaciones de negativas, sólo se reflejan seis (6) sujetos, de los cuales cinco (5) pertenecen al grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos.

Al tomar en cuenta el comportamiento por submuestras se observa que de las diez mujeres que no reportaron síntomas psicológicos, sólo una (1), manifestó relaciones de tipo negativas; el resto, nueve (9), las describe como positivas. En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, cinco (5) tuvieron o tienen relaciones de tipo positivas, y cinco (5), negativas.

Se observa entonces, que las mujeres sin síntomas psicológicos, reflejan más relaciones de tipo positivas que las mujeres con síntomas psicológicos.

El cuadro No. 27, permite ver en detalle el tipo de relación con el compañero, tal y como lo manifiestan las entrevistadas. Para más información, ver las historias personales.

En primera instancia, y como se había observado en los cuadros No. 2 y 3, son más las mujeres del grupo con síntomas psicológicos las que reportan más de un compañero a lo largo de su vida, siete (7) de diez (10), en comparación con las mujeres sin síntomas psicológicos, quienes en su mayoría, siete (7) de diez, sólo tuvieron una relación.

Las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos que tuvieron más de una relación (2SSP, 4SSP, 5SSP) muestran un mejoramiento en las mismas hasta lograr relaciones positivas y estables (2SSP y 5SSP), manteniéndolas por largos periodos de tiempo hasta la actualidad.

Cuadro No. 27. DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES CON ESPOSO(S) O COMPAÑERO(S) EN LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

CASO	NO. DE COMPAÑEROS	TIPO DE RELACIÓN	OBSERVACIONES
1SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • "...peleamos, pero seguimos luchando juntos. Él es una persona pasiva, mientras que yo soy positiva, más activa,... Él llevaba a los hijos a la escuela, los llevaba al médico, les ayudaba con las tareas, etc., yo me encargaba del negocio... él estudió más que yo, podía hacerlo mejor, tenía más paciencia". 44 años juntos.
2SSP	3	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (última y actual relación) • Hostil (primera relación) • Hostil (segunda relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Nos llevamos muy bien. Tratamos de resolver los problemas en conjunto, respetando la opinión del otro; no nos gritamos, nos ayudamos". 14 años juntos. • "Me dejó encinta y se fue; no me ayudó hasta que la querida le impuso que lo hiciera". Fueron años de continuas peleas. • "Nos separamos por las continuas peleas". La relación se mantuvo por 3 años.
3SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (viuda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenían vidas y metas comunes. Ambos descaban superarse y no vivir como sus padres. 10 años juntos.
4SSP	2	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (última relación) (viuda) • Íntima/profunda (primera relación) (viuda) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Nos llevábamos muy bien, estábamos muy unidos; pero él traía un problema de alcoholismo que luego se fue acentuando". Se suicidó. 14 años juntos. • "...muy profunda. Nos entendíamos bastante bien, a pesar de que a veces teníamos problemas por su machismo". Muere por causa natural. 14 años juntos.
5SSP	6	<ul style="list-style-type: none"> • Buenas (última y actual relación) • Hostil (primera relación) • Hostil (segunda relación) • Buenas (tercera relación) • Superfial (cuarta y quinta relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Nos llevamos muy bien; nos apoyamos uno al otro. Tenemos un hogar tranquilo". • La embarazó a los 21 años y la abandonó. "Yo le cogí como rabia, no lo quería ni ver". • Le fue infiel y tenían muchas discusiones. "...usaba mi cama para estar con la otra y eso no se lo perdono". Se casan y viven muchos años juntos llevando buenas relaciones hasta que él muere por causa natural. • "Eso no cuajó". No se brindan más detalles. La relación se mantuvo por pocos meses.
6SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (primera y única relación) (viuda) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Yo pienso que tuve un buen matrimonio. Mi esposo era trabajador, cariñoso conmigo y con mis hijos, teníamos buena comunicación, nos queríamos mucho... hacíamos mucha vida familiar".
7SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Es 18 años mayor que ella. No vive en la casa, pero piensa que, ella ha sido una mujer feliz, pues "él le ha dado mucho amor". Considera que la protección que él le ha brindado es lo que ha evitado que ella haya tenido que asistir a un psicólogo. "Quizás ese amor que no recibí de mi padre, mi madre, lo he recibido por medio de él y de mis hijos que me quieren mucho".

CASO	NO. DE COMPAÑEROS	TIPO DE RELACIÓN	OBSERVACIONES
8SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cálida (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona trabajadora, cuida del bienestar de su familia: tiene un carácter fuerte, pero "no puede llegar a la casa si no trae por lo menos unas mandarinas para nosotros". Existe buena comunicación entre ambos, "aunque él dice que yo siempre quiero imponer mis ideas, y yo no siempre tengo la razón".
9SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Distante (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Ahora es distante, pero antes fue buena, nos llevábamos bien. No sé qué pasó, pero se volvió mujeriego, y a pesar de que vive en casa, ya no nos tratamos igual".
10SSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima /profunda (única relación) (viuda) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Nos entendíamos muy bien; luchamos, y nos superamos. Esto me permitió ayudar a mi mamá. ...como si habláramos el mismo idioma, como almas gemelas".
1CSP	3	<ul style="list-style-type: none"> • Superficial (tercera y última relación) • Buena (primera relación) • Buena (segunda relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivían en casa de propiedad de la entrevistada. "No quería ocupar el puesto de jefe de la casa: no decía nada con relación a las cosas que sucedían en la casa, así que era yo la que tomaba las decisiones". Después de un tiempo de convivir con él, se entera que tiene dos hijas. En ocasiones se iba a trabajar y se quedaba toda la noche. "Yo acepto que los hombres tengan sus caldas, pero no me gustan los chivos, mejor nos separamos". 17 años juntos. • Conoció a un hombre del que quedó embarazada. Al enterarse de que estaba casado, se separó. Se sintió traicionada, tuvo deseos de vengarse, pensando después que esto no serviría de nada. • "Ese hombre andaba por todos lados conmigo, yo nunca lo ví con otras mujeres". El señor tenía a otra joven embarazada al mismo tiempo que a ella. No vivían en la misma casa, sólo llegaba a visitarla.
2CSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Superficial (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se casaron obligados porque la entrevistada estaba embarazada. Se trasladaron a Panamá poco después de haber nacido el primero de sus hijos, separándose al poco tiempo. Se separaron en tres ocasiones. "Él era tomador y mujeriego, tenía a otra compañera". Vivían juntos, sin llevar vida de pareja. La ruptura final de la relación coincide con el proceso menopáusico.
3CSP	2	<ul style="list-style-type: none"> • Hostil (última relación) • Hostil (primera relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutían constantemente. Éste tenía problemas de adicción hacia el alcohol. En las discusiones ella solía compararlo con el que había sido su esposo: "Tú no le llegas ni a las patas...". La relación termina cuando se entera que él llevaba una relación con una joven. Viven juntos por 10 años. • A pesar de que ella lo adoraba, nunca se llevaron bien, peleaban, dándose situaciones de maltrato físico cuando se embriagaba. Se separan cuando la entrevistada se entera de que éste tenía a una joven embarazada. 25 años juntos.

CASO	NO. DE COMPAÑEROS	TIPO DE RELACIÓN	OBSERVACIONES
4CSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Superficial (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • El compañero se ausentaba por temporadas de la casa, y luego regresaba para ser recibido "como si no hubiese sucedido nada". Decide no dejarlo entrar a la casa buscando un cambio en su comportamiento, pero éste se alejó definitivamente de ella y de los hijos.
5CSP	2	<ul style="list-style-type: none"> • Hostil (segunda y última relación) • Buena (primera relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fra una relación intensa, yo vivía para él. Su compañero está casado y además mantiene otras relaciones extramaritales que causaron grandes disgustos entre ambos, además solía dejarla vestida, prometiéndole antes que iban a cenar o a bailar. "Todo se lo perdonaba porque lo quería; le reclamaba y después, todo pasaba, hasta la próxima vez". Con la menopausia, las cosas han cambiado, "no quiero saber nada de él, no quiero verlo, que no me hable, no quiero estar con él. "Él sabe que es la menopausia lo que causa todo este distanciamiento, ya que a su esposo le pasó algo parecido". • "Nos llevábamos bien, nos entendíamos y éramos muy luchadores, pero yo no lo quería". Ella decide irse de la casa y dejarlo, después de enterarse de que "éste andaba con otra muchacha". "Más que como compañero, lo quería como amigo. Le dejé el camino libre".
6CSP	3	<ul style="list-style-type: none"> • Cálida (tercera y última relación) • Buena (primera relación) • Buena (segunda relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo tienen un año de vivir juntos. Ella es ocho años mayor que él. "Nos llevamos bien, nos respetamos, nos comunicamos, pero a veces se siento rechazada cuando prefiere irse con sus amigos...". • "Nos queríamos, él era un buen muchacho y teníamos una bonita relación, salí embarazada a los 18 años y mi mamá no me quería dar el permiso para que me casara (era menor de edad), por lo que se fue a vivir con él. Tuve dos hijos de él". La relación se rompió porque la madre insistió en la separación, lo que trajo graves problemas a la pareja por los sentimientos de culpa que esto provocaba en la entrevistada. • "Al principio, nos entendíamos muy bien; pusimos juntos un negocio, el cual yo administraba. El negocio estaba en la parte de atrás de la casa donde vivíamos, la casa de mi mamá. Todo estaba bien hasta que un día lo sorprendí bajándole el camisón a mi hija mayor. Nuestras relaciones son muy hostiles, no lo quiero ni ver, quería matarlo". Tenían 18 años de casados.
7CSP	1	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (única relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene muy buenas relaciones con su esposo. Participan en las actividades de la iglesia. "No tenemos problemas. Vivimos una vida tranquila".
8CSP	2	<ul style="list-style-type: none"> • Buena (tercera y última relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene 10 años de llevar esta relación. Se trata de un hombre casado, 16 años menor que ella. No viven juntos. "Ya no siento nada por él. Él quiere que me mantenga en casa, esperando sus llamadas y yo quiero salir a divertirme". Piensa que puede quedar sola como le pasó con anterioridad. "...quieres tanto, y cualquier día, me dejas en la soledad".

		<ul style="list-style-type: none"> • Hostil (primera relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutían constantemente por el poco tiempo que éste le dedicaba a ella y a sus hijos y porque éste no cubría las necesidades de la familia. Ella estaba enterada de que él llevaba una relación extramatrimonial, pero prefería esa situación, a verse sola, a pesar de que “yo no lo quería”.
9CSP	2	<ul style="list-style-type: none"> • Íntima/profunda (segunda y última relación) • Distante (primera relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me uní a él después de 10 años de separada de mi esposo. Llevamos una buena relación. La comprensión es lo principal; tratamos de resolver nuestros problemas a nivel del diálogo. Él me ayudó a criar a mis hijos y le dicen papá. Él no tiene hijos propios; siente que los míos son suyos también”. • “...se puso travieso; se iba y dormía en la calle. Después tuve otra hija y me operé, él siguió su mundo, se fue. La relación duró 10 años.
10CSP	3	<ul style="list-style-type: none"> • Buena (tercera y última relación) • Distante, superficial (primera relación) • Superficial (segunda relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • “Él es un hombre responsable, trabajador; pero tiene un carácter duro, es difícil de lidiar, todo le molesta y por todo grita. Yo trato de no hacerle caso porque antes discutíamos mucho”. Pero en general, nos llevamos bien”. • “Él era muy irresponsable, no cumplía con sus obligaciones como esposo, se perdía, se iba a la frontera y allá se quedaba por días gastándose el dinero de la casa”. • “Era igualito al otro: no cumplía con las responsabilidades de la casa. No me sentía unida a él. No compartíamos...”

En el caso 4SSP, las relaciones fueron interrumpidas por la muerte de los compañeros, mas no así por la entrevistada. En ambas relaciones, las mismas se mantienen por catorce años.

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos se observa que de aquellas que mantuvieron más de una relación de pareja, dos (2) pasan de relaciones positivas a negativas (1CSP y 5CSP); tres (3) cambiaron sus relaciones de negativas a positivas (8CSP, 9CSP y 10CSP); una (1), mantiene relaciones negativas en las relaciones de pareja que mantuvo (3CSP) y una (1), ha mantenido relaciones positivas con los compañeros con los que ha convivido (6CSP.)

Se observa además, que en algunos casos del grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, las relaciones con los compañeros se mantienen de forma favorable por un

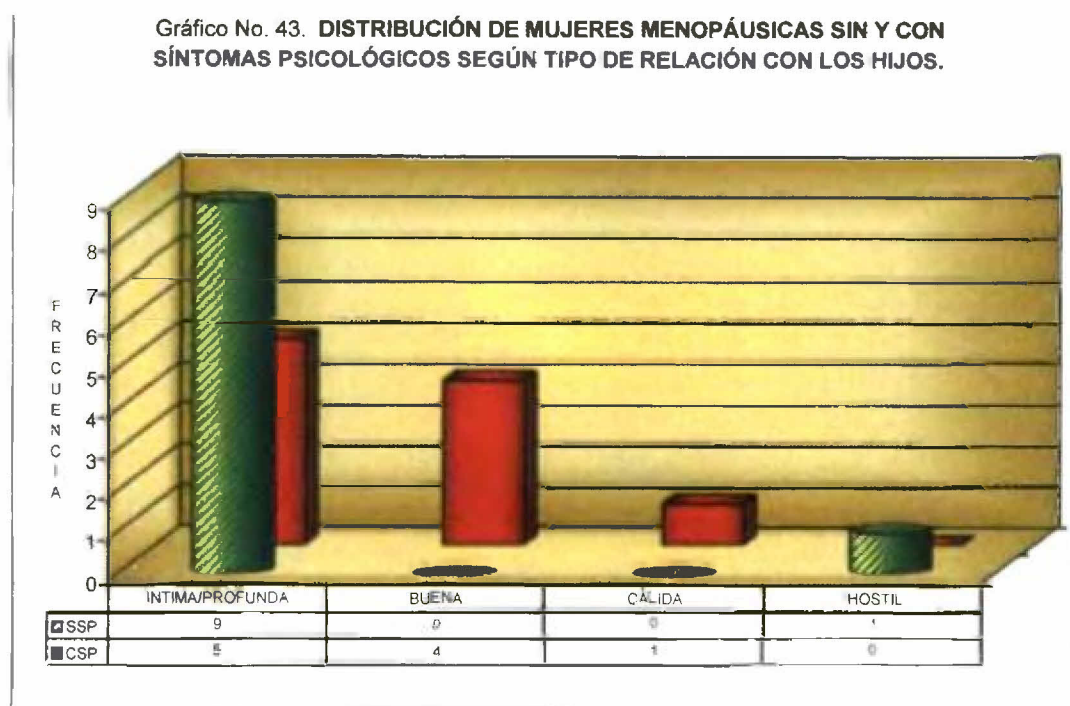
periodo de tiempo; sin embargo, sus rupturas tienden a ser abruptas y dolorosas (1CSP, 6CSP.)

Por otro lado, siete (7) de las diez mujeres del grupo con síntomas psicológicos, mantienen relaciones de tipo negativas por largos periodos de tiempo, inclusive, procreando hijos, hasta que éstas terminan (1CSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP, 8CSP y 9CSP). En cinco de estos casos (1CSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP y 10CSP) la decisión de romper la relación es, en alguna forma, tomada por las mujeres; en el resto, dos (2), la decisión la toma el compañero (8CSP y 9CSP.)

En los casos 6CSP, 8CSP y 10CSP, a pesar de que las entrevistadas describen sus relaciones de pareja actuales como “buenas”, las mismas tienen un matiz afectivo negativo, en donde predomina la falta de afectividad por parte de las entrevistadas, (no se describe la relación como íntima/profunda) y el temor a la soledad.

Es evidente que las mujeres sin síntomas psicológicos han logrado, en su mayoría establecer relaciones profundas y estables con sus compañeros, aún en aquellos casos en los que han tenido varias parejas: siete (7) de diez. En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, sólo dos (2) de ellas, logran este tipo de relación.

Gráfico No. 43. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LOS HIJOS.



Al examinar las respuestas brindadas por las mujeres de la muestra de estudio en el gráfico No. 43, se observa que las que no presentaron síntomas psicológicos manifestaron mantener relaciones íntimas y profundas con la mayoría de sus hijos; sólo una de ellas expresó que las mismas son hostiles (5SSP).

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, cinco (5) de éstas reportaron, que con la mayoría de sus hijos, mantienen relaciones íntimas y profundas (4CSP, 6CSP, 7CSP, 8CSP y 9CSP); cuatro (4) las describen como buenas (1CSP, 2CSP, 3CSP y 5CSP); y una como cálidas (10CSP).

Al reagrupar las relaciones en positivas y negativas, Cuadro No. 28, se observa que no hay diferencia entre los grupos, ya que la mayoría de las entrevistadas reportan tipos de relaciones positivas con sus hijos.

Cuadro No. 28. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LOS HIJOS

TIPO DE RELACIÓN	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivas	19	9	10
• Negativas	1	1	0

Por otro lado, al revisar las historias personales de las mujeres que componen la muestra, se observa que si bien las relaciones son íntimas y profundas, las mismas también tienden a ser muy apegadas a la madre, estableciéndose altos niveles de dependencia tanto de la madre con los hijos, como de los hijos con la madre.

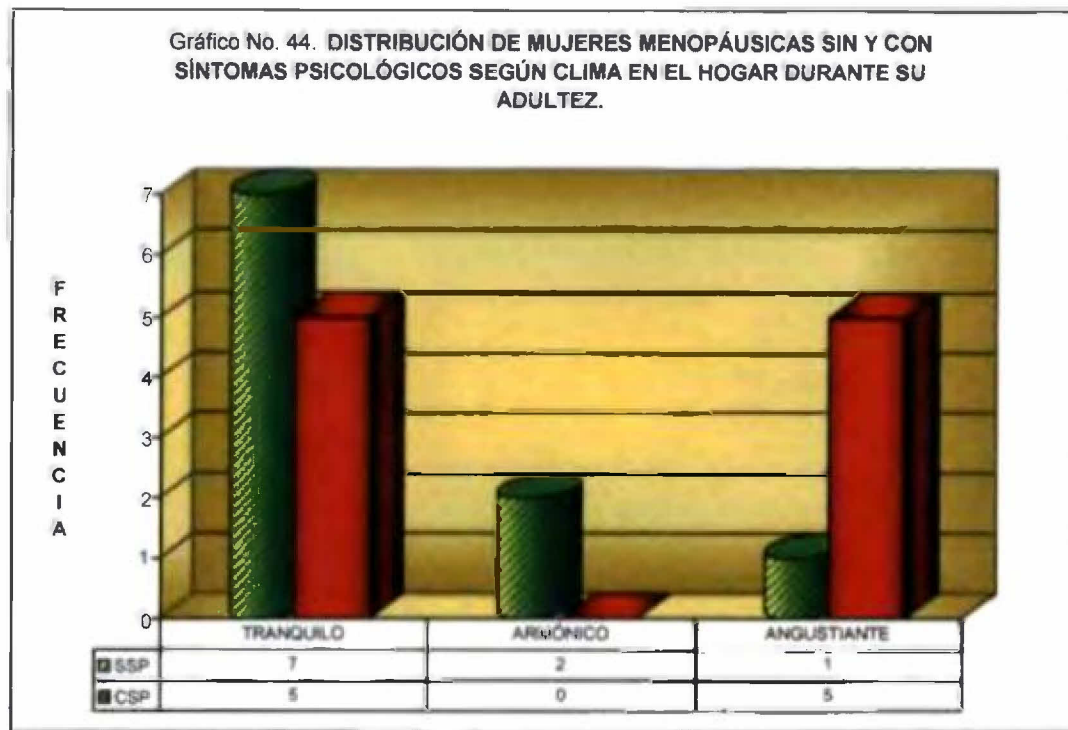
Así tenemos, que en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, en los casos 4SSP, 7SSP y 10SSP, se observan relaciones dependientes: de los hijos hacia la madre en los casos 4SSP y 10SSP, y de la madre hacia los hijos, caso 7SSP. En este último, la entrevistada se expresa de la siguiente forma: “Yo les he dado tanto amor, he llorado y sufrido mucho. Todavía están grandes, y yo no los olvido y les digo que llamen a su madre, porque a su madre hay que tenerla en el corazón”.

Seis (6) de las mujeres del grupo con síntomas psicológicos presentan esta situación de dependencia en las relaciones con los hijos (1CSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP, 5CSP y 10CSP). De éstas, cuatro (4) muestran relaciones dependientes de las madres hacia los hijos (1CSP, 2CSP, 3CSP y 4CSP); y seis (6), de los hijos hacia la madre (1CSP, 2CSP, 4CSP, 5CSP, 6CSP y 10CSP). Es decir, en tres (3) de estos casos, tanto la madre ha establecido relaciones de dependencia con los hijos, como ellos de la madre (1CSP, 2CSP y 4CSP).

Si se establecieran los niveles de dependencia por los hijos que, a pesar de su edad, viven aún en el hogar materno, se observaría que en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, en cinco (5) de los diez casos, se refleja esta situación (2SSP, 4SSP, 8SSP, 9SSP y 10SSP). En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos son siete (7) los casos que reflejan esta situación (1CSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP, 5CSP, 6CSP y 7CSP). En seis de estos casos, 2SSP, 4SSP, 1CSP, 2CSP, 4CSP y 5CSP, también conviven en el hogar, los hijos de los hijos.

En todas las relaciones analizadas, el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos aporta un mayor número de casos.

Gráfico No. 44. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU ADULTEZ.



Con relación al clima en el hogar durante su adultez, siete (7) de las entrevistadas del grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos manifestaron que el mismo era tranquilo (1SSP, 3SSP, 5SSP, 6SSP, 7SSP, 8SSP y 10SSP); dos (2), que era armónico (2SSP y 4SSP); y una (1), que era angustiante (9SSP).

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, cinco (5) de las entrevistadas manifestaron que éste era tranquilo (4CSP, 5CSP, 7CSP, 9CSP y 10CSP); mientras que las cinco (5) restantes (1CSP, 2CSP, 3CSP, 6CSP y 8CSP), lo describieron como angustiante.

Las mujeres sin síntomas psicológicos manifestaron, en su mayoría, vivir en un clima positivo (nueve de diez); las mujeres con síntomas psicológicos, están divididas en cuanto a este aspecto: cinco (5) viven en un ambiente afectivo positivo y cinco (5), en uno negativo. Ver Cuadro No. 29.

Cuadro No. 29. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN CLIMA EN EL HOGAR DURANTE SU ADULTEZ

TIPO DE CLIMA	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
• Positivo	14	9	5
• Negativo	6	1	5

Alpha = 0.05

Chi-cuadrado = 5

p = 0.0253*

Al comparar el clima familiar afectivo de la adultez con el de la niñez, Gráfico No. 37 y No. 44, se observan cambios en los mismos. Algunos de estos cambios fueron positivos, mientras que otros fueron negativos.

En el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, se dan cuatro cambios de clima afectivo: tres de ellos, de angustiante en la infancia a tranquilo en la adultez (1SSP, 3SSP, y 10SSP); y uno, en el caso 9SSP, de tranquilo a angustiante.

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, son más los casos en los que se observan cambios, seis (6) de diez. De los mismos, uno cambia de angustiante en la niñez a tranquilo en la adultez (4CSP); los cinco (5) restantes, cambian de tranquilo en la niñez a angustiante en la adultez (1CSP, 2CSP, 3CSP, 6CSP y 8CSP).

Es evidente que las mujeres sin síntomas psicológicos lograron modificar sus ambientes familiares en la adultez, logrando que el mismo fuera psicológicamente positivo; situación que no se cumple con el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, en donde éste tiende a deteriorarse.

Las relaciones con las madres, principalmente su convivencia con la misma, y las malas relaciones con los esposos, parecen jugar un papel importante en este aspecto.

La dinámica familiar hasta ahora presentada, las cuales incluyen las relaciones con las figuras más relevantes de la infancia y de la adultez (gráficas 29 – 41) y la forma de relacionarse con otras figuras fuera del ambiente familiar como amigos, compañeros de trabajo, etc., (Ver historias personales), hacen posible conocer los patrones de interacción utilizados por las entrevistadas tanto en el pasado como en el presente.

Esta información, al ser ubicada en los diferentes niveles de las descripciones de los componentes de las relaciones objetales, tal y como lo presentan Bellak y Goldsmith en su libro *Metas Amplias para la Evaluación de las Funciones del Yo*, 1993, refleja los siguientes resultados:

Cuadro No. 30. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO Y TIPO DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS.

NIVEL	DESCRIPCIÓN POR NIVEL (Bellak y Goldsmith, 1993).	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
1	❑ Carencia esencial de cualquier relación objetal. Aislamiento. Cuando existen rudimentos de relaciones, están llenas de confusión, lucha y otros elementos disruptivos. Reguladores de distancia deficientes.	0	0	0
2	❑ Considerable aislamiento y desapego esquizoide más que un aislamiento total. Relaciones severamente narcisistas, parásitas o simbióticas. Apego excesivo o muy deficiente de una naturaleza infantil.	0	0	0
3	❑ Relaciones caracterizadas por desapego o por alguna sobredependencia o aferramiento. Prefiere relaciones muy intensas o relaciones muy frías.	11	2	9
4	❑ Las relaciones con personas significativas se caracterizan por interacciones de tipo neurótico en forma de aislamiento, narcisismo o simbiosis pero a niveles más complejos que las primitivas. Incluye a la persona dependiente y con personalidad fronteriza. La mayoría de sus relaciones son superficiales.	0	0	0
5	❑ Interacciones desequilibradas sólo con ciertas personas, y en forma esporádica más que crónica. La elección de objetos y la conducta con las personas significativas muestra algún grado importante de flexibilidad, pero bajo tensión, se vuelve más compulsiva o menos libre.	4	4	0
6	❑ Flexibilidad en la elección y modo en la mayor parte de las relaciones, con mantenimiento consciente y automático de la distancia óptima.	5	4	1
7	❑ Relaciones caracterizadas por mutualidad, reciprocidad, profundidad y extensividad; Mantienen la tranquilidad y estabilidad a pesar de que existan tensiones amenazantes. Reguladores de distancia óptimos.	0	0	0

Alpha = 0.05

Chi-cuadrado = 10.25454545

p = 0.0059*

- De acuerdo al grado y tipo de relación con los demás, cuatro (4) de las mujeres sin síntomas psicológicos se ubican en el Nivel 5; otras cuatro (4) en el Nivel 6; y dos (2), en el Nivel 3. Las mujeres con síntomas psicológicas, casi en su totalidad, nueve (9) de diez, se ubican en el Nivel 3; la restante (1), en el Nivel 6.

Las mujeres sin síntomas psicológicos tienden a tener relaciones más maduras y mejores reguladores de distancia que las mujeres con síntomas psicológicos. Ver cuadro No. 30.

Las mujeres con síntomas psicológicos tienden a establecer relaciones de sobredependencia con los hijos y compañeros; mientras que con los compañeros de trabajo y otras personas no significativas, sus relaciones son de desapego. Se evidencia temor al contacto con los demás, sienten miedo al tener que realizar aproximaciones.

Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con relación a este componente de las relaciones objetales.

Cuadro No. 31. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO DE PRIMITIVISMO – MADUREZ DE LAS RELACIONES OBJETALES.

NIVEL	DESCRIPCIÓN POR NIVEL (Bellak y Goldsmith, 1993).	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS <i>f</i>	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS <i>f</i>
1	Debido al empobrecimiento y carencia esencial de relación, sólo los elementos más primitivos y tempranos caracterizan las "relaciones".	0	0	0
2	Relaciones presentes caracterizadas por una transferencia basada en fijaciones muy tempranas que pueden reflejar trastornos en las relaciones tempranas entre madre-hijo.	0	0	0
3	Relaciones presentes son bastante infantiles y tienen marcas de otras anteriores similares. Espera ser "alimentado" emocionalmente. Puede esperar que las cosas mejoren.	9	1	8
4	Contiene elementos de conflictos que caracterizan la infancia temprana, incluyendo relaciones con ambos padres. En este sentido son un paso más maduro que las relaciones que reflejan sólo los lazos más tempranos que se establecen con la madre.	3	2	1
5	La transferencia y las repeticiones de los patrones tempranos de relación son la excepción más que la regla en los encuentros cotidianos, pero pueden persistir bajo condiciones muy cargadas.	3	2	1
6	Tiende a establecer relaciones objetales maduras con objetivos que son mutuamente satisfactorios para sí y para otras personas significativas.	4	4	0
7	No hay evidencia sustancial de fijaciones o distorsiones de relaciones anteriores. La madurez reemplaza casi por completo al primitivismo.	0	0	0

Alpha = 0.05

chi-cuadrado = 10.08641075 p = 0.0178*

- Las relaciones de la adultez de las mujeres sin síntomas psicológicos tienden a adaptarse más a las necesidades presentes, dejando atrás patrones primitivos de la niñez, aunque bajo condiciones con mucha carga emotiva, pueden verse reflejados patrones de conductas que manifiestan conflictos de la infancia temprana. Cuatro (4) de ellas se ubican en el **Nivel 6**; dos (2), en el **Nivel 5**; tres (3), en el **Nivel 4**; y una (1), en el **Nivel 1**.

Las relaciones presentes de las mujeres con síntomas psicológicos tienden a ser más infantiles, observándose patrones de interacción similares a los de la infancia temprana. Hay necesidad de afecto. Ocho (8) de las diez mujeres se ubican en el **Nivel 3**; una (1), en el **Nivel 4**, y la restante (1), en el **Nivel 5**. Ver cuadro No. 31.

La prueba estadística utilizada evidencia que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación a este componente.

Cuadro No. 32. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO EN EL CUAL PERCIBEN Y RESPONDEN A LOS DEMÁS COMO ENTIDADES INDEPENDIENTES

NIVEL	DESCRIPCIÓN POR NIVEL. (Bellak y Goldsmith, 1993.)	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS <i>f</i>	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS <i>f</i>
1	❑ Capacidad mínima para percibir a las personas en su forma correcta. Parasitismo extremo o narcisismo.	0	0	0
2	❑ Los sentimientos, motivos y creencias de los demás rara vez las entienden desde el punto de vista del otro. Dificultad para ignorar sus necesidades, egocentrismo.	0	0	0
3	❑ Perciben a las demás personas sólo muy ocasionalmente. Presentan muchas autorreferencias al responder a los demás. Intentos desmesurados para cambiar a los demás.	7	1	6
4	❑ Puede responder a los demás de forma correcta en situaciones que no están demasiado cargadas emocionalmente o no produzcan tensión. Bajo circunstancias más difíciles, el énfasis puede estar en tratar de obtener cambios en los demás para promover un sentimiento propio estable.	7	4	3
5	❑ Los demás son percibidos como separados y bien diferenciados del yo, excepto bajo tensión; puede reconocer y responder apropiadamente, pero cuando se ve amenazado, puede tener una expectativa irracional de lo que los demás requieren y pueden hacer.	2	0	0
6	❑ Responde a los demás como individuos separados con sus propios derechos. Grado razonablemente bueno de empatía, pero no como para perderse en los sentimientos de las otras personas.	4	3	1
7	❑ Entiende a los demás por lo que son y no desde un marco de referencia egocéntrico; puede ignorar sus necesidades para responder a la otra persona.	0	0	0

Alpha = 0.05

Chi-cuadrado = 6.714285714

p = 0.0816

- Al revisar la capacidad de las entrevistadas para comprender los sentimientos y las necesidades de los demás, percibiéndolos como diferenciados de sí mismas, se observa que cuatro (4) de las mujeres sin síntomas psicológicos se ubican en el Nivel 4; tres (3) en el Nivel 6; dos (2), en el Nivel 5; y una (1), en el Nivel 3.

Seis (6) de las mujeres con síntomas psicológicos se ubican en el Nivel 3; tres (3), en el Nivel 4; y una (1), en el Nivel 1.

Al comparar los resultados de ambos grupos se observa que las mujeres sin síntomas psicológicos tienden, en la mayoría de los casos, a percibir a los demás como separados o diferenciados de su persona, respondiendo adecuadamente a las necesidades de los demás; en situaciones cargadas de tensión, algunas de ellas pueden no responder apropiadamente. Las mujeres con síntomas psicológicos presentan dificultad para percibir a los demás como individuos separados, desean cambiar a los demás para promover su propia estabilidad. Ver Cuadro No. 32.

El análisis estadístico no presenta diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres (sin y con síntomas psicológicos.)

Cuadro No. 33. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN EL GRADO EN QUE PUEDE MANTENER LA CONSTANCIA OBJETAL.

NIVEL	DESCRIPCIÓN POR NIVEL (Bellak y Goldsmith, 1993.)	TOTAL	MENOPÁUSICAS SIN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS <i>f</i>	MENOPÁUSICAS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS <i>f</i>
1	☐ Ansiedad de la separación aun no desarrollada. Aislamiento suave en respuesta a la pérdida de los objetos. Las personas no existen cuando no están presentes.	0	0	0
2	☐ La ansiedad de separación puede ser prominente y puede ser una reacción desadaptativa a la pérdida de un objeto, de un amor o daño narcisista.	0	0	0
3	☐ Luchas desmesuradas por la dependencia o la independencia de personas significativas; intentos exagerados para probar la suficiencia de sí misma. Puede sentirse herida o rechazada con facilidad. Reacciones excesivas ante la pérdida y las separaciones. Incapaz de vivir sola.	11	3	8
4	☐ Sensible a rechazos potenciales y abandonos cuando no está centrada claramente la atención de los demás en él. No tolera la soledad.	1	0	1
5	☐ La internalización de los objetos es evidente, pero bajo tensión severa o prolongada, reacciona en forma exagerada ante las ausencias y las pérdidas. Puede tener alguna dificultad para vivir solo, pero encuentra la manera de compensarla.	5	4	1
6	☐ Constancia de objeto bien desarrollada; las personas significativas están internalizadas. Las pérdidas, separaciones y otros traumas son superados sin esfuerzos excesivos. Los sentimientos, el respeto y reacciones por los demás continúan, estén presentes o no.	3	3	0
7	☐ Adaptaciones fáciles a las separaciones y a las pérdidas. Las personas significativas son altamente viables, aún cuando no estén presentes físicamente.	0	0	0

Alpha = 0.05

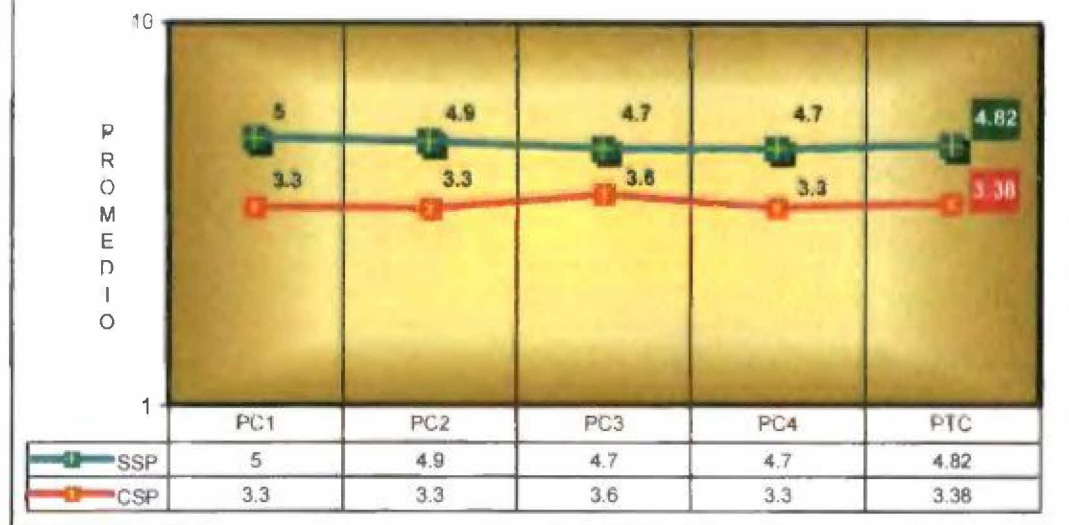
Chi cuadrado = 8.072723 p = 0.0445*

- Para el componente 4 de las relaciones objetales, en el que se analiza el grado de internalización y la constancia objetal, se refleja lo siguiente: cuatro (4) de las mujeres del grupo que no presentó síntomas psicológicos, se ubicaron en el Nivel 5; tres (3), en el Nivel 6; y las tres (3) restantes, en el Nivel 3. Las mujeres que presentaron síntomas psicológicos se agrupan en el Nivel 3, (ocho de diez); una (1), en el Nivel 4; y la otra, en el Nivel 5.

Comparando los niveles alcanzados en los dos grupos se infiere que el grupo de mujeres sin síntomas psicológicos ha internalizado los objetos más significativos, manteniendo, en gran medida, la constancia objetal de los mismos. Por el contrario, el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, las representaciones de las personas significativas no están bien internalizadas por lo que tienden a presentar reacciones excesivas ante las pérdidas y las separaciones. Ver Cuadro No. 33.

Al realizarse las pruebas de significatividad, se comprobó que existen diferencias entre los grupos sin y con síntomas psicológicos en los componentes 1, 2 y 4; es decir, que existe diferencia significativa en el tipo y grado de las relaciones objetales, en el grado de primitivismo-madurez de éstas y en el grado de internalización o capacidad para la constancia objetal. Solamente no fue significativa la diferencia entre los grupos con relación a la medida en que las entrevistadas perciben a los demás como separados de ellas. Ver pruebas de significatividad para los componentes.

Gráfico No. 45. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES MENOPÁUSICAS SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN PROMEDIO POR COMPONENTE DE LA FUNCIÓN "RELACIONES OBJETALES"



C1: $t_o = 3.5977 > t_c = 2.1009$ * C3: $t_o = 2.4262 > t_c = 2.1009$ *

C2: $t_o = 3.9192 > t_c = 2.1009$ * C4: $t_o = 3.1132 > t_c = 2.1009$ *

* Pruebas t de Student significativas, con alfa = 0.05, 18gl., dos colas.

Bajo una perspectiva global, los resultados presentados en la gráfica No. 45, nos muestran los promedios de los puntajes por nivel alcanzados por las entrevistadas de ambos grupos según los cuatro componentes evaluados.

Es claro, que el grupo sin síntomas psicológicos obtuvo o alcanzó niveles más altos en todos los componentes, indicando relaciones objetales más maduras que las mujeres del grupo con síntomas psicológicos (Pruebas estadísticas t de Student).

Para el componente 1 (tipo y grado de relación con los demás), las mujeres sin síntomas psicológicos obtuvieron un promedio de 5.0, y las del grupo con síntomas psicológicos, un promedio de 3.3, lo que implica una diferencia de 1.7.

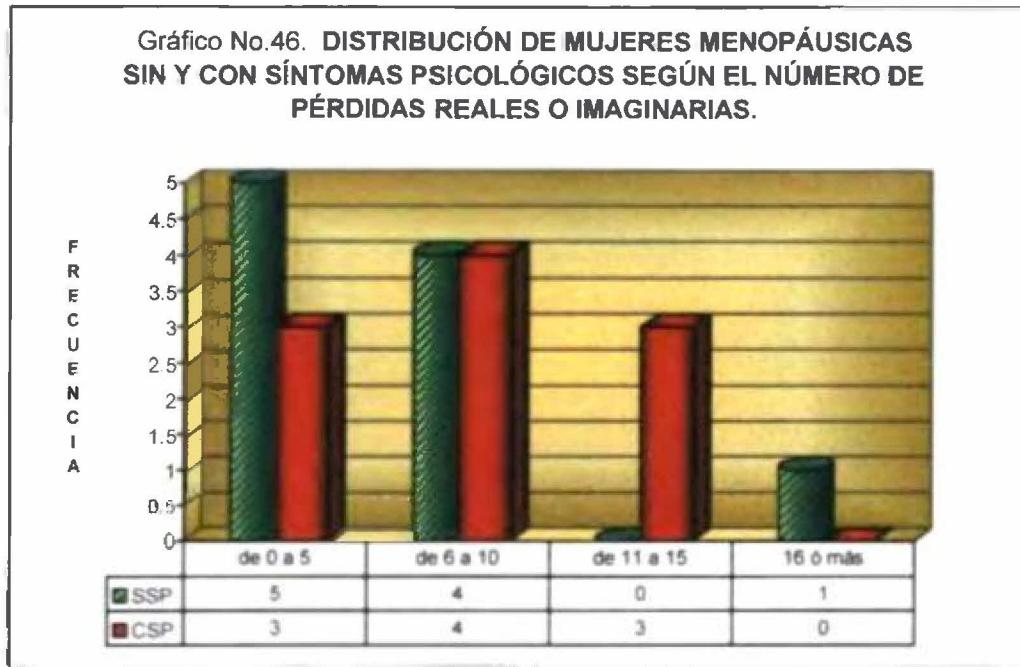
Para el componente 2 (primitivismo-madurez de las relaciones), los promedios por grupo fueron de 4.9 para las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos y de 3.3 para las con síntomas psicológicos, observándose una diferencia entre ambos promedios de 1.6.

Para el componente 3 (grado en que los demás son percibidos como independientes de uno mismo), las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos obtuvieron un promedio de 4.7 mientras que en el de las mujeres con síntomas psicológicos, fue de 3.6. Se observa una diferencia de 1.1.

Para el componente 4 (constancia objetal), los promedios por grupo fueron de 4.7 para el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos y de 3.3 para las mujeres del grupo con síntomas psicológicos.

El promedio global de la función fue superior en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, 4.82. El promedio para el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos fue de 3.38. La diferencia observada, entre ambos promedios es de 1.44.

1.2.4. Pérdidas



La gráfica No. 46 muestra las pérdidas reales o imaginarias experimentadas por los sujetos de la muestra. Al elaborar la misma, se tomaron en cuenta sólo aquellas situaciones en las que las entrevistadas manifestaron haber experimentado sentimientos de pérdida.

Así tenemos que en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos se observa que cinco (5) de ellas vivenciaron entre una y cinco de estas situaciones; cuatro (4), experimentaron entre seis (6) y diez (10) pérdidas; y una, 16 pérdidas.

En el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos, cuatro (4) manifestaron haber vivenciado entre seis (6) y diez (10); tres (3), entre una (1) y cinco (5); y otras tres (3), entre 11 y 15 .

Al analizar el número de pérdidas por grupo, se observa que el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos experimentó un total de 61 pérdidas, mientras que el grupo con síntomas psicológicos, 77. La diferencia entre ambos grupos es de 16 unidades, indicando de esta forma un mayor número de pérdidas en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos.

El caso 5SSP fue el que presentó el mayor número de pérdidas, 16; mientras que el caso 7CSP, sólo presentó dos (2), siendo éste el de más baja frecuencia presentada.

De acuerdo a lo descrito por León Grinberg en su libro *Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico*, 1994, p. 162, el ser humano, al pasar de una etapa a otra, experimenta una serie de cambios en los que se ven implicadas pérdidas; sin embargo, se observó, a través del análisis de las historias de las entrevistadas, que ante una misma situación, algunas manifestaron vivencias como pérdidas, mientras que para otras, este sentimiento estaba ausente. De igual forma, la intensidad del sentimiento y el tiempo para resolver el duelo por la pérdida, es diferente en cada uno de los grupos de estudio.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, se elaboró un cuadro en el que se presentan las diferentes situaciones de pérdidas a las que estuvieron expuestas las entrevistadas. En el mismo se ha querido diferenciar aquellas pérdidas en las que estaba ausente el sentimiento de pérdida (celdas celestes), de aquellas en las que el mismo estaba presente (celdas amarillas). Además, cada una de las pérdidas va acompañada de una observación en la cual se hace evidente la forma en que la situación fue experimentada por las entrevistadas. Ver cuadro No. 34.

Ante los resultados obtenidos en dicho cuadro, se analizarán algunas de las situaciones de pérdidas más importantes:

- Pérdida del entorno familiar: implica la primera situación de traslado de las entrevistadas; es decir, la experiencia en las que las mismas se separan de su entorno originario o contexto y/o de las figuras parentales de apoyo, tomando en cuenta principalmente, a las entrevistadas que nacieron en el interior de la república.. Ver cuadro No. 3.

Esta situación fue experimentada por quince (15) de las veinte entrevistadas. Nueve de ellas manifestaron adaptarse fácil y rápidamente al nuevo medio, percibiendo la situación sin sentimiento de pérdida (1SSP, 2SSP, 3SSP, 4SSP, 6SSP, 7SSP, 10SSP, 1CSP y 5CSP.) Entre las que manifestaron sentimientos de pérdidas (2CSP, 4CSP, 6CSP, 7CSP, 9CSP y 10CSP), dos (2) deciden regresar a su lugar de origen (7CSP y 10CSP), mientras que el resto, si bien se quedan, manifiestan sentimientos de dolor, añoranza, abandono y soledad.

Las condiciones que acompañan el traslado parecen influir en la forma en que éste se experimenta: la edad al momento del traslado, el objetivo o propósito que llevó al traslado, el deseo o convencimiento auténtico de realizarlo, el hacerlo sola o acompañada y los niveles de dependencia de las figuras parentales, entre otros. Ver cuadro No. 3.

Es evidente, que las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos pudieron elaborar mejor la situación de traslado y las pérdidas que están implicadas en las mismas, en comparación con las mujeres del grupo con síntomas psicológicos.

- Pérdida de la infancia: comprende los sentimientos experimentados ante el hecho de no haber realizado actividades propias de esta etapa: compartir con otros niños, realizar juegos, tener juguetes, etc.

De acuerdo a las historias personales de las entrevistadas, cinco (5) de ellas manifestaron haber vivenciado esta situación. (1SSP, 2SSP, 6CSP, 7CSP Y 10CSP.)

En los casos 1SSP y 2SSP, se dan sentimientos de frustración al no poder compartir con otros niños los juegos de la infancia, por temor de los padres a que los mismos provocaran crisis de asma.

Una situación diferente se da en los casos 6CSP, 7CSP y 10CSP, en donde a las entrevistadas no se les permitía jugar porque “el ocio no era bueno” (6CSP) o porque debían cumplir con tareas u oficios del hogar (10CSP) o de las labores de agricultura a la que se dedicaban los padres (7CSP).

En el último de estos casos, hay ausencia de sentimiento de pérdida.

Para el resto de los casos, se viven sentimientos de desolación, de frustración, que se ven reflejados o reavivados con la llegada de la menarquia.

- Pérdida de la infancia por la pubertad: comprende la forma en que fue vivenciada la menarquia. Ver gráfica No. 20.

Nueve (9) de las veinte entrevistadas experimentaron sentimientos de pérdida ante la llegada de su primer periodo menstrual. Para algunas de ellas, la misma trajo consigo frustración; significaba la pérdida de la niñez, y con ella, la pérdida de aquellas experiencias que ya no podrían realizar o experimentar. (1SSP, 2SSP, 2CSP y 6CSP.)

Para otras, traía implícito una pérdida corporal (3SSP y 7CSP), como también sentimientos de temor y vergüenza, reflejándose preocupación por el nuevo estado del *self* y por ende, de su sentimiento de identidad. (4CSP, 9CSP y 10CSP.)

De los casos antes señalados, tres (3) pertenecen al grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, y seis (6), al grupo con síntomas psicológicos.

Por otro lado, para algunas de las mujeres, la menarquia fue un acontecimiento que más que pérdidas, significó ganancias: se sentían “grandes”, “más mujer”, “más independientes”, percibiendo cambios en su esquema corporal y en su sentimiento de identidad. (7SSP, 8SSP, 9SSP, 10SSP, 3CSP y 5CSP.)

Para el resto de la muestra, la menarquia fue percibida o vivenciada como un proceso natural, no experimentándose un sentimiento especial ante el hecho.

- Continuación o culminación de estudios: analiza los sentimientos ante el hecho de no haber tenido la oportunidad para continuar o concluir sus estudios. Ver gráfica No. 9. La mayoría de las mujeres que no concluyeron sus estudios, siete (7) de doce, manifestaron sentimientos de frustración y tristeza ante este hecho. Las mismas sentían la necesidad de superarse, fijándose metas propias que no lograron alcanzar. Al hablar de esta situación se reflejan en las entrevistadas sentimientos de añoranza por lo que “pudieron haber sido”; hay un duelo por el Yo perdido. (1SSP, 2SSP, 6SSP, 8SSP, 4CSP, 5CSP, 7CSP.)

- Menopausia: comprende los sentimientos de pérdida ante el proceso del climaterio. Ver gráficas No. 26, 27 y 28.

Para algunas de las mujeres de la muestra de estudio, la menopausia implica pérdidas: pérdida de la salud (1CSP, 5CSP, 9CSP y 10CSP), pérdida de la capacidad reproductiva (6CSP), pérdida de juventud (2CSP, 4CSP, 5CSP, 7CSP), pérdida de la femineidad (5CSP, 8CSP), pérdida de su función como compañera, “su rendimiento sexual” (3CSP, 7CSP, 8CSP) y hasta pérdidas objetales (3SSP.)

Pareciera que en estas mujeres está implícita una amenaza al *self* corporal como a los sentimientos de identidad. Hay un duelo por las partes perdidas del *self* que no se

podrán recuperar, al igual que angustia ante el enfrentamiento del envejecimiento, y por ende, de la muerte.

- Separación del padre: implica la partida de esta figura del núcleo familiar, por cualquier razón que no contemple su muerte.

Sólo cinco (5) de las entrevistadas dijeron haber vivido esta experiencia. Ante la misma, se manifestaron sentimientos de pérdida en los casos 7SSP, 3CSP y 9CSP vivenciando sentimientos de dolor, tristeza y desolación. Se evidencia, para las entrevistadas, una situación de rechazo de la figura paterna hacia ellas, generando sentimientos de angustia, depresión y culpa por el abandono.

Las dos (2) mujeres restantes (1SSP y 10SSP) viven la partida del padre con “alivio”. Esta figura es percibida como “maltratadora”, amenazante, ya que puede causar la pérdida tanto de la madre como la de la propia entrevistada, tanto física como psicológica. Hay una amenaza al self y a la identidad del Yo, reviviendo las angustias persecutorias y sobre todo, el temor al aniquilamiento.

- Separación de la madre: comprende aquellas situaciones en las que por una u otra razón, exceptuando la muerte de la figura materna, las entrevistadas vivenciaron la separación de las madres por largos periodos de tiempo.

De las seis (6) entrevistadas que experimentaron esta situación (2SSP, 5SSP, 7SSP, 3CSP, 6CSP y 8CSP), dos (2) de ellas manifestaron ausencia de sentimientos de pérdidas: una (1), caso 2SSP, porque la madre mantuvo comunicación con ella, además de que siempre se sintió querida por la madre; y la otra (1), caso 8CSP, porque la figura materna fue sustituida por la abuela.

Sin embargo, en los casos 5SSP, 7SSP, 3CSP y 6CSP, se observan diferentes situaciones y sentimientos. Así tenemos que en el 5SSP y el 3CSP, había en las entrevistadas el sentimiento de rechazo de las madres hacia ellas, no se sentían queridas por sus madres, percibiendo su alejamiento como abandono. En el caso 7SSP, la entrevistada, si bien se sentía querida por su madre, el alejamiento físico de la figura, y ante todo, la forma en que se dio la separación, produjo un sentimiento de pérdida; y en el caso 6CSP, la madre se alejaba por largos periodos de tiempo, significando para la entrevistada, abandono por parte de esta figura.

Independientemente de la causa o forma de separación, en los últimos casos, se refleja el sentimiento de añoranza de esta figura, el deseo de tenerla cerca, de contar con una figura que las protegiera y que les sirviera de apoyo.

- Separación de los hijos: se refiere a los sentimientos experimentados por las entrevistadas ante la partida de los hijos del seno familiar.

Cinco (5) de las entrevistadas manifestaron sentimientos de pérdidas ante esta situación, experimentando dolor, soledad y abandono. La misma es vivenciada como si se hubiera dado realmente la muerte del objeto, expresando en algunos casos, las mismas conductas y sentimientos manifestados en los casos de muerte real: sentimientos de tristeza, dolor, y conductas de llanto continuo por largos periodos de tiempo después de la partida, lloran con el solo hecho de ver la foto o las pertenencias de los hijos, etc. Ver casos 7SSP, 1CSP, 2CSP, 4CSP, 6CSP.

Para otras mujeres, esta es una situación esperada, una etapa de la vida, que es vivida por algunas de las madres con orgullo. Ver casos 1SSP, 2SSP, 3SSP, 6SSP, 8SSP, 9SSP, 3CSP, 8CSP.

El resto de las entrevistadas, hasta el momento de la entrevista, no habían vivenciado este tipo de experiencia.

Es evidente, que son más las mujeres del grupo con síntomas psicológicos las que viven la partida de los hijos con sentimientos de pérdida, experimentando duelo por el objeto y duelo por el *self*.

- Madre como figura protectora y de apoyo: incluye, aquellos casos en los que las entrevistadas reflejaron sentimientos de pérdidas ante la necesidad de contar con una madre que las protegiera y les brindara su apoyo en el momento en que lo necesitaran. Esta situación se observa en nueve (9) de los casos estudiados. (5SSP, 7SSP, 2CSP, 3CSP, 4CSP, 6CSP, 8CSP, 9CSP y 10CSP.)

En estos casos, las entrevistadas percibían a las madres como figuras distanciadas, de las cuales recibían reprimendas, insultos o simplemente, no recibían nada. Había necesidad de una figura que proporcionara cariño, que pudiera brindar apoyo en los momentos difíciles. Se evidencian sentimientos de anhelo, de añoranza, ante la figura perdida.

- Separación de los esposos o compañeros: comprende aquellos casos en los que las entrevistadas se separan de sus esposos o compañeros, ya sea por decisión de éstas o de sus parejas.

De las once (11) entrevistadas que vivenciaron esta situación, nueve (9) pertenecen al grupo de las mujeres con síntomas psicológicos. De este grupo, dos (2) de las entrevistadas no perciben esta (s) separación (es) como pérdida (s) (5CSP y 8CSP.)

Independientemente del grupo, se evidencian sentimientos de frustración, rabia y decepción en aquellos casos en los que está presente el sentimiento de pérdida.

En algunos casos, los sentimientos de odio y resentimiento son las reacciones predominantes (5SSP, 3CSP y 9CSP); en otros, la frustración, la decepción, la desilusión y la soledad, embargan al *self* ante la pérdida. (2SSP, 1CSP, 2CSP, 4CSP, 6CSP y 10CSP.)

- Muerte del padre: se refiere a los sentimientos experimentados por las entrevistadas ante la pérdida real de la figura paterna.

Trece (13) de las veinte entrevistadas vivieron esta experiencia. De éstas, ocho (8) son del grupo de mujeres sin síntomas psicológicos y cinco (5) del grupo con síntomas psicológicos.

Ante esta pérdida, las mujeres, en su mayoría manifestaron haber experimentado pesar, dolor y tristeza; sin embargo, se observa que para las segundas, éste hecho fue vivenciado con un dolor más profundo, tal y como lo demuestran sus expresiones: “gran dolor”, “muchoa tristeza”, “sufrí mucho”. (3CSP, 4CSP, 6CSP, 9CSP y 10CSP). Para todas ellas, la figura paterna fue la figura con la que mejor se relacionaron durante su infancia y su adultez. Esta observación también es válida para el caso 5SSP.

Las mujeres sin síntomas psicológicos, a excepción del caso 5SSP, tienden a elaborar mejor el duelo, concentrándose en el cuidado de otras figuras (madres, hijos), o apoyándose en grupos de la iglesia o aceptando la pérdida con resignación después de largos periodos de enfermedad del padre (4SSP, 6SSP, 8SSP, 9SSP.)

En los casos 1SSP y 10SSP si bien se evidencia algo de pesar ante la pérdida, la misma se ve disminuida ante los recuerdos de una figura maltratadora que causó daño en la percepción de esta figura.

- Muerte de la madre: implica los sentimientos experimentados por las entrevistadas ante la pérdida real, por muerte de la misma, de la figura materna.

Igual que con la figura paterna, las doce (12) entrevistadas que experimentaron esta pérdida, manifestaron sentimientos de dolor, pesar y tristeza; sin embargo, la magnitud de estos sentimientos es contraria a lo observado con la figura paterna. En otras palabras, las mujeres sin síntomas psicológicos parecen haber experimentado esta vivencia con mayor profundidad que las mujeres con síntomas psicológicos.

En cuanto a la elaboración del duelo, la mayoría de las mujeres sin síntomas psicológicos, ante la pérdida, buscan concentrar su atención en otras figuras significativas y aceptarla. (2SSP, 3SSP, 4SSP, 5SSP, 6SSP, 10SSP). En los casos 1SSP y 7SSP, la pérdida aún causa gran tristeza, manifestándose llanto ante el recuerdo de la pérdida de la figura.

Para las mujeres con síntomas psicológicos, la muerte de la madre fue experimentada con dolor, pero también con algo de indiferencia. (3CSP, 4CSP y 10CSP.) La excepción de este grupo es el caso 9CSP, en donde se observa que la entrevistada no ha resuelto el duelo ante la pérdida de esta figura.

- Muerte de la abuela: se refiere a la pérdida real, por muerte, de la figura que, aunque no parental, fue significativa en el cuidado y crianza de las entrevistadas.

De las ocho (8) mujeres que en su entrevista mencionaron a las abuelas como figura importante en su vida, para cinco (5) de ellas, las abuelas sustituyeron a la madre como figura significativa más cercana durante su infancia. Para éstas, la muerte de las abuelas fue vivenciada con gran dolor, observándose conductas y sentimientos muy similares a las manifestadas por las mujeres sin síntomas psicológicos ante la muerte

de la figura materna. Para algunas de ellas, el duelo aún no ha sido elaborado. (2CSP, 3CSP, 5CSP y 8CSP.)

Para las mujeres sin síntomas psicológicos, la muerte de la abuela también causó gran pesar, ya que las mismas, aunque no fueron consideradas como las figuras más cercanas, jugaron un papel importante en su niñez, sustituyendo a la madre durante el tiempo en que éstas no estaban presentes. (2SSP, 5SSP y 7SSP.)

En los casos 5SSP y 3CSP, las entrevistadas sufren otra pérdida objetal: la muerte de las personas que quedaron encargadas de su cuidado ante el fallecimiento de la abuela, lo que trajo consigo sentimientos de desolación, de abandono y soledad.

- Muerte del esposo o compañero: implica los sentimientos ante la pérdida real, por muerte, del esposo o compañero.

Sólo cinco (5) de las entrevistadas experimentaron este tipo de pérdida, todas ellas pertenecientes al grupo de mujeres sin síntomas psicológicos. (3SSP, 4SSP, 5SSP, 6SSP y 10SSP.)

Los sentimientos expresados denotan gran pesar, y sobre todo, se evidencian sentimientos de pérdidas del *self* junto con la pérdida del objeto: “Se fue una parte de mí”, “algo murió dentro de mí”, “... soledad”.

La mayoría de ellas encuentra en los hijos el motivo para seguir adelante.

- Muerte de los hijos: se refiere a los sentimientos experimentados por las entrevistadas ante la muerte de alguno de sus hijos.

Este tipo de pérdida sólo fue vivenciada por tres (3) de las entrevistadas. Las mismas se dieron cuando los niños estaban recién nacidos o estaban aún en el vientre de las madres. Se observan sentimientos de dolor, tristeza y soledad.

Cuadro No. 34. DESCRIPCIÓN DE LAS SITUACIONES DE PÉRDIDAS REALES E IMAGINARIAS EXPERIMENTADAS POR LAS MUJERES SIN Y CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

CASO	NO. DE PÉRDIDAS	SITUACIÓN DE PÉRDIDA	OBSERVACIONES
ISSP	9	• Entorno Familiar.	• Se adaptó con facilidad. Debía trabajar para ayudar a su familia.
		• Infancia.	• Frustración, tristeza. No podía jugar como los demás por sufrir de asma.
		• Estudios.	• Frustración.
		• Infancia por pubertad.	• Se sintió "rara, con cierta tristeza, ya era otro rumbo, era otro camino".
		• Separación del padre de la familia.	• Alivio. Vivían atemorizados por las conductas de maltrato del padre hacia la madre. 9 años de fallecido.
		• Separación de los hijos.	• "Algo de tristeza, pero considero que es un proceso normal. Nos ayudamos y mantenemos una constante comunicación".
		• Muerte de la Madre.	• "Sufrí mucho". "La recuerdo con tristeza, no sé por qué; le di lo que pude en vida, y en sus últimos momentos estuve con ella" Lloró durante la entrevista. 10 años de fallecida.
		• Muerte del padre.	• Pesar, aunque "no la sentí igual que la de mi mamá. Al recordarlo lo hago con indiferencia".
		• Menopausia.	• "Me sentía contenta por haber terminado con eso".
SSS	13	• Infancia.	• Frustración. Por padecer de asma, no podía compartir los juegos con el resto de los niños.
		• Muerte del padre.	• Murió cuando la entrevistada tenía ocho meses de edad. No lo conoció, sin embargo, guarda buenos recuerdos de él.
		• Separación de la madre.	• Se sintió un poco triste pero logró superarlo rápidamente ya que contaba con su abuela y su tía que la querían mucho. "Siempre fuimos una familia muy unida". La madre, por otro lado, mantenía constante comunicación con ella a través de cartas, y trataba de ir a verlos en cuanto apareciera la oportunidad.
		• Infancia por pubertad	• "Sentí que me habían quitado parte de mi niñez, perdí mi infancia".
		• Entorno familiar.	• Alegría. Significaba vivir nuevamente con la madre.
		• Continuación de estudios.	• Frustración. "Deseaba graduarme de algo".
		• Muerte de la madre.	• No pudo asistir al entierro por estar hospitalizada con un ataque de asma. "Fue un dolor muy profundo; lloré como por 15 días, me sentía nerviosa, pero fue pasando. Hoy la recuerdo, pero no lloro".
		• Muerte de la abuela	• Reaccionó igual que con la muerte de la madre. Conserva buenos recuerdos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Compañeros (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración, decepción, desilusión.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “No me he sentido triste. Ellos tienen que hacer su vida como lo hice yo”. Mantiene constante comunicación.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintió alivio porque ya no tenía que preocuparse por esto.
3SSP	8	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación. Estaba acompañada por su madre y hermanos.
		<ul style="list-style-type: none"> • Padre como figura parental. 	<ul style="list-style-type: none"> • No le interesaba. Nunca vivió con él. Rechazo, rabia.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> • “Pensé que podía ser que un hombre me había violado y yo no me hubiera dado cuenta”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del esposo 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación, angustia, soledad. “Nunca pensé que él se fuera a morir. Nunca pensé que él no fuera a regresar a casa. Fue un golpe muy duro, ...debía echar para adelante por mis hijos”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el nivel socioeconómico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración. “¿Por qué se tuvo que morir?, tal vez las cosas hubieran sido diferentes para mí”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Lo sentí menos porque ya tenía la experiencia de la muerte de mi esposo”. La madre muere nueve meses después del esposo.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Es lo que se espera. Me sentí contenta porque están cumpliendo con las metas establecidas; ya soy abuela”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asustada y preocupada, “pensaba que era algo malo”. Relaciona el inicio de su proceso climatérico con la muerte de su esposo.
4SSP	10	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia. “No me preocupó. ...a esa edad, no se tiene trauma”. Los padres estaban pendientes de ella.
		<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación. Los padres enfermaron y debía apoyarlos económicamente.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso Normal.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. • Muerte del padre. • Muerte del hermano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ante todas estas pérdidas la entrevistada manifiesta haber experimentado “...un gran pesar, un gran vacío; pero es una etapa por la que todos vamos a pasar. Mientras eso no suceda, hay que vivir lo mejor que se pueda”. Los padres y el hermano estuvieron hospitalizados por largas temporadas.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la cuñada. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Eso sí me impactó porque ella estaba bien, y de repente, está muerta”. Fue atropellada por un bus, seis meses después de haber fallecido su esposo.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del primer esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar y aceptación. Muere por causa natural. “Tenía una hija por la cual vivir. Tenía que preocuparme de ella”.
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del segundo esposo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar. Éste se suicida. Era su segundo intento. “Yo lo esperaba. Siempre me deprimió que no quiso cambiar”. 		

		<ul style="list-style-type: none"> Menopausia 	<ul style="list-style-type: none"> “Proceso normal en las mujeres, como el desarrollo. Me sentía igual que siempre”.
SSSP	18	<ul style="list-style-type: none"> Madre como figura protectora y de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> Frustración. “Mi mamá nunca me quizo, sólo me hacía daño, me pegaba”.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte del abuelo materno 	<ul style="list-style-type: none"> “Lloraba, lloraba sin parar y le acariciaba los pies”. Tenía siete años de edad cuando éste fallece.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de la abuela paterna 	<ul style="list-style-type: none"> Sintió que “la perdía. Pero mire, que cuando mi abuela, yo también lloraba y lloraba; pero a diferencia de mi abuelo, esa vez yo paraba, como que descansaba, y era para comerme el hielo que ponían en un balde debajo del ataúd”. El hielo era usado para mantener el cuerpo, evitando su descomposición. Tenía 11 años.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de la tía madrina 	<ul style="list-style-type: none"> “La miraba, no lloraba. Sólo lloré a gritos cuando se la llevaron para la iglesia. En ese momento, me abracé a mis primos. Esa muerte me dolió mucho porque me daba mucha lástima con mis primos que se quedaban huérfanos”. Tenía 12 años de edad. Esta tía había quedado al cuidado de la entrevistada al morir la abuela paterna.
		<ul style="list-style-type: none"> Infancia por pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> No se sintió ni alegre ni triste. Dice haberlo tomado como algo natural.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de hijos (mellizos) 	<ul style="list-style-type: none"> Tenían sólo seis meses de gestación. Mucho dolor.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de hijo 	<ul style="list-style-type: none"> Tenía catorce días de nacido. Estaba acostado en una cama donde se mojó con la lluvia, mientras la entrevistada, su madre y unos amigos jugaban barajas. “Mucho dolor. De una vez, le hice una copla para él”. Ver historia personal.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de hija 	<ul style="list-style-type: none"> “Me sentí muy triste. Nadie me iba a visitar (hospital.) Lloraba mucho. Todas salían con sus hijos en los brazos; yo, con mis brazos vacíos. Y todavía me querían cobrar, ¿Qué me iban a cobrar, si no llevaba nada en los brazos?. La niña muere en un parto por placenta previa.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte del esposo 	<ul style="list-style-type: none"> Tristeza. Muere por causa natural.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte del padre 	<ul style="list-style-type: none"> “Sentí que todo se me había ido. Me volví un paño de lágrimas”. “Él siempre me apoyó”.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> Gran tristeza. “Por un largo periodo de tiempo, meses, no podía oír música porque lloraba”. La madre era cantalante.
		<ul style="list-style-type: none"> Primer compañero 	<ul style="list-style-type: none"> La embarazó a los 21 años y la abandonó. “Yo le cogí como rabia, no lo quería ni ver”.
<ul style="list-style-type: none"> Segundo compañero 	<ul style="list-style-type: none"> Le fue infiel en su propia casa. “No se lo perdono”. 		
<ul style="list-style-type: none"> Cuarto y quinto compañero 	<ul style="list-style-type: none"> “Eso no cuajó”. La relación con ambos sólo duró algunos meses. 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Hermanos (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración. Las relaciones con los hermanos que eran buenas en la infancia y durante gran parte de la adultez, se tornaron distantes y hostiles. La madre ocasionó disgusto entre ellos. Ver historia personal.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintió alivio. "No tenía que lidiar más con eso".
6SSP	9	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sintió triste porque deseaba estudiar. Los amigos de los padres con quienes estaba viviendo, eran muy cariñosos con ella; además veía constantemente a los padres y hermanos.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintió que era algo natural.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muere al nacer la primera hija de la entrevistada. Tenía la mitad del cuerpo paralizado a consecuencia de un derrame cerebral que había sufrido catorce años antes. "Dicen que en estos casos, la muerte ya uno la ve venir, y que duele menos, pero para mí fue una gran pérdida. Logré superarla adecuadamente, ya que quedaba mi mamá, a quien debía ayudar".
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Ha sido lo más difícil que he vivido. No lo esperaba. Fue como si con él, se fuera una parte de mí. De pronto me vi sola, con seis hijos. Ellos me dieron ánimo, debía seguir adelante, y así lo hice".
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Me sentí muy sola, no tenía padre, no tenía esposo, y tampoco madre. Me concentré en mi trabajo y en las cosas de mis hijos, ayudándome a recuperarme".
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de hermanos (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • "No se comunican conmigo. me han distanciado".
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Si sentía cierta nostalgia, pero también sentía alegría, tranquilidad, orgullo. Me hubiera gustado que mi esposo estuviera allí conmigo. Sé que donde esté, igual que yo, se siente orgulloso".
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concibe la menopausia como un proceso normal.
7SSP	12	<ul style="list-style-type: none"> • Separación de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • "Eso es algo que todavía me molesta; no me gusta hablar de eso porque me llega. Me fui llorando con lágrimas en mis ojos, todavía tengo ese trauma".
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de hermanas (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Al separarla de la madre, también la separan de sus hermanas. "Me sentía triste, sola".
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • El padre se casa y deja a la entrevistada bajo el cuidado de su madre (abuela paterna de la entrevistada). "Yo me sentía como rechazada".
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relata haber tomado la pubertad como algo positivo. "Yo me sentía como grande, como una señorita, más independiente; en realidad si fui cambiando porque ya no jugaba con los niños".
		<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la Ciudad de Panamá para completar su primer ciclo, y luego es internada en la Escuela Normal de Santiago. "Sentí mucha soledad al principio, luego poco a poco me fui adaptando". Los nuevos conocimientos, el conocer a otras personas y el deseo de ser maestra, ayudaron a una adaptación más rápida".

		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconsuelo. “Ahora sí me apartaron para siempre. Renegué de Dios por habérmela quitado, luego le pedí perdón porque por lo menos tuve la oportunidad de compartir con ella por un tiempo, y cuidarla durante su enfermedad”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Abuela paterna. 	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevistada cuidó de la abuela hasta que murió. “Sentí un gran dolor, porque a pesar de todo, ella cuidó de mí y compartimos muchos años juntas”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Con la partida de cada uno de ellos, me he sentido triste; a veces siento temor de que me olviden”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo cogí mi menopausia tranquila”. Sintió alivio cuando se interrumpieron los periodos menstruales. “Ya no voy a tener esos problemas cuando voy a salir”.
8SSP	5	<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sentí una gran alegría; me sentía más mujer, ya era como las demás”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Culminación de sus estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración. “No los terminé porque tuve problemas en el trabajo. No me daban permiso. Luego vinieron los hijos, mi señor se accidentó, y mis estudios quedaron ahí”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me dolió bastante, pero el estar allegada a la Iglesia, me ayudó; me sentía apoyada por el grupo”. El primer mes, lloraba todos los días e iba al cementerio todos los domingos. Guardó dos años de luto. “Ahora siento un sentimiento dulce de mi padre; recuerdo lo que hacía, lo que decía, pero no lloro”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de la hija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice habérselo adaptado rápidamente a la partida de su hija mayor del hogar. Ésta reside en los E.E.U.U. Al principio me costó algo, estaba acostumbrada a ella, pero tenía que buscar su camino. Fue a estudiar y se quedó trabajando una vez que terminó sus estudios.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Para mí, la menopausia no es una enfermedad sino otra etapa de la vida, de madurez en la persona... Es un periodo en el que se puede llevar una vida normal, pero más recatada”.
9SSP	5	<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • “...fue un alivio, me causó alegría”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta pérdida le causó mucho dolor. “Estaba desesperada, gritaba y lloraba, me dolió mucho”. Guardó luto por tres años, vistiendo sólo ropa negra durante el primer año.
		<ul style="list-style-type: none"> • Relación con el esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahora es distante, pero antes fue buena, nos llevábamos bien. No sé qué pasó, pero se volvió mujeriego, y a pesar de que vive en casa, ya no nos tratamos igual”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de la hija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptó la partida de la hija como algo normal.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • La menopausia fue vivida como un proceso normal que debía cumplir igual que su progenitora y sus hermanas. “Sentí alivio, iba a descansar”.

1085P	10	<ul style="list-style-type: none"> • Separación del padre. • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • El alejamiento del padre trajo tranquilidad en el hogar. • Dificiles los primeros meses, pero por estar cerca, podía viajar los fines de semana. Se sentía tranquila cuando veía a su familia y muy orgullosa de poder dar algo a la casa".
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Me sentía como grande, diferente; sentía que por ser ya una mujercita, podía ayudar más a mi mamá y a mis hermanos".
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Sentí que algo murió dentro de mí. Me vi sola, desamparada, sin el hombre con quien me había compenetrado tanto, además con dos hijos, y todo el peso de los negocios". El dolor de esta pérdida duró por mucho tiempo. Se concentró en los negocios y en sus hijos.
		<ul style="list-style-type: none"> • Negocios (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Decide vender sus propiedades, que para ese tiempo, no estaban dando las ganancias esperadas. Abre un nuevo negocio en la ciudad de Panamá.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintió un gran pesar por la pérdida de ésta, "pero sentí que lo viví con mayor entereza que cuando murió mi esposo".
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien había logrado mejores relaciones con éste, "nunca olvidé todo lo que tuvimos que pasar por su culpa, por lo que no lo sentí tanto".
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que es un proceso normal en la mujer con el cual no se pierde la femineidad ni la satisfacción por la vida.
		1CSP	12
<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La menarquia, no provoca en ella ningún sentimiento 		
<ul style="list-style-type: none"> • Compañeros (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza, decepción, temor a iniciar otra relación de pareja. Siente una gran soledad. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de hijos (mellizos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los perdió al cuarto mes de gestación. "Me dolió mucho. Lloré hasta no más". 		
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de hija. 	<ul style="list-style-type: none"> • La niña nació muerta. Sintió mucho dolor ante la pérdida. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Separación de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene una hija que vive en E:EE:U.U. Cuando ésta partió, "lloré mucho, tuvo que pasar un largo tiempo para acostumbrarme". 		
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de hermano. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Me causó gran tristeza. Sentí que perdía al único hermano con el que en realidad mantenía buenas relaciones y que no abusaba de mí. Me sentí desamparada". 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percibía la menopausia como un proceso normal. Sin embargo, al experimentar los síntomas y verse en la necesidad de acudir a los especialistas, comenzó a sentir miedo y preocupación. “No me gustan estos problemas”.
2CSP	8	<ul style="list-style-type: none"> • Madre como figura protectora y de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la infancia, le pegaba por todo, siempre la estaba regañando, prefería al hermano. En la adultez, estando embarazada, le pide a la madre que le dé alojamiento, ésta se lo niega.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La experiencia provocó en ella sentimientos ambivalentes: por un lado, se sentía triste por haber dejado atrás su niñez; por el otro, se “sentía más mujer”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se adapta fácilmente. Extraña su pueblo, sus padres y a su hijo.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la abuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente una gran pena, la cual ha mantenido todos estos años. Considera que en parte, ella tuvo la culpa de su muerte.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesta haber sentido tristeza y soledad. “Él ha sido el único hombre en mi vida”. Extraña no tener un compañero a su lado que le ayude a resolver sus problemas.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del hijo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al dejarlo con sus padres, siendo un niño pequeño, sintió “tristeza, desesperación, sentimientos de culpa. Anhelaba el momento en que pudiéramos estar juntos”. Ahora que ya es un adulto, se siente muy triste cuando éste debe partir, pero luego, este sentimiento desaparece.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del hermano. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo lo llamo, pero él a mí, muy pocas veces. Quisiera que lográramos una verdadera relación de hermanos”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ya estoy vieja, ya pasó lo mejor de mi, ya entré a la vejez, la piel se me está arrugando, ya me están saliendo canas”.
3CSP	13	<ul style="list-style-type: none"> • Madre como figura protectora y de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “No me sentía querida por mi mamá. Fue mi peor enemiga. Si me veía en la calle, me correteaba, insultándome”. “A mi mamá, nunca la vi en mi niñez, no puedo decir que ella me besó o me abrazó; si mi madre hubiera sido otra cosa conmigo, yo hubiera sido otra cosa”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la abuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • No puede describir los sentimientos que vivenció en ese momento; sólo recuerda mucha tristeza y haber corrido “detrás del cajón cuando lo sacaron de la casa”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • El padre se casa y la deja bajo el cuidado de la bisabuela. “En esos momentos, me sentí rechazada”. La separación le produjo tristeza y desolación”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la bisabuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentó mucha tristeza. “Ya me quedé sola de verdad, desamparada”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sintió asustada y lloró. Una vez que le explicaron lo que le sucedía, “sentía que rea una muchacha grande. Vi los cambios que se producían en mi cuerpo”.

		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesta haber sentido mucho dolor. Lo vió muerto en el hospital, pero no fue al entierro por la presencia de los familiares, por quienes se sentía rechazada.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación y muerte de hijo de crianza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos sucesos provocan en ella un profundo dolor, aumentando el resentimiento hacia la madre, quien separa al niño de la entrevistada.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Hasta la fecha, no le perdono lo que me hizo; me trató muy mal, no me lo merecía. ...lo adoraba”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del compañero 	<ul style="list-style-type: none"> • “Fue un golpe muy duro. Me sentí nuevamente rechazada, cambiada por otra”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No lo percibe como una pérdida. Estos han vivido los primeros años de matrimonio con la madre.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • “Cuando murió mi madre, sólo lloré por un momento; dolió, pero no más que cuando murió mi padre”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Origen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dudas de quién es su verdadero padre. La madre comentó a sus amigas que la entrevistada no era hija de quien ella creía y reconocía como padre. Al preguntarle a la madre, ésta no respondió. Piensa que es hija de un señor moreno, igual a ella, al cual vió en varias ocasiones. “Nunca sabré la verdad”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensó que ésta afectaría su rendimiento sexual: “Ya no voy a servir para nada”. Esto le preocupaba.
4CSP	11	<ul style="list-style-type: none"> • Madre como figura protectora y de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Siempre me pegaba. Todo lo que mi hermano decía, ella se lo creía. Nunca me dio cariño. Prefería a mi hermano”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ya no tengo el apoyo de mi mamá y de mi papá, ¿Qué hago aquí?. No se adapta fácilmente; se siente sola, abandonada, sin protección. Expresa mucho dolor ante este hecho.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sintió asustada. “Ya no soy una niña, ¿Qué irá a ser de mí sin papá ni mamá?”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de hijo 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentó problemas durante el embarazo, abortando el producto. “Me sentí muy triste. Lloré mucho”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de sus estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deseaba estudiar. No logró terminar sus estudios primarios. Esto le causó “gran pesar”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del compañero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este se ausentaba por largas temporadas de la casa, regresando para ser recibido “como si no hubiese sucedido nada”. Ella no lo deja entrar a la casa, como una estrategia para que cambiara su conducta, pero se va y no regresa más. La entrevistada no profundiza en los sentimientos experimentados.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Causó pesar, pero lo tomé con tranquilidad”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa haber experimentado un gran dolor. El mismo ha perdurado hasta la actualidad.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la tía. 	<ul style="list-style-type: none"> • “me quería mucho; sus hijas estaban celosas de mí. Cuando estaba muriendo, me mandó a llamar. Me dolió mucho su muerte”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de la hija. 	<ul style="list-style-type: none"> • La misma parte para el extranjero. Coincide con la muerte del padre, lo que provoca que vivencie esta separación con mayor desolación: “Me sentía sola, abandonada, me costó mucho”.

		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Todo va cambiando, ya no somos las mismas; no tengo ese ánimo de salir, de ir a una fiesta”.
5CSP	9	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • “No la conocí. No la extraño porque para mí, mi abuela fue mi madre”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Hermana 	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo tenía la necesidad de tener una hermanita para jugar”. Ésta no llegó hasta cuando la entrevistada fue una adolescente.
		<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestó sentirse frustrada al no poder continuar sus estudios secundarios. “Me dolió, pero lo acepté”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me sentía bien porque me consideraba una mujercita”. Recuerda que su papá decía: ¡Qué gran mujer!.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Se adapta fácilmente a la nueva situación. Significaba un mejor futuro para ella y sus hijos; la posibilidad de que éstos pudieran estudiar.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de hermano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque vivían alejados, llevaban buenas relaciones. Se querían como hermanos.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del compañero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesta no haber sentido esta separación porque “más que compañero, lo quería como amigo. Teníamos derecho a hacer nuestras vidas. Le dejé el camino libre”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la abuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo no podía hablar de ella, porque era llanto. Estuve así por aproximadamente dos o tres años. Aún lloro cuando la recuerdo, aunque menos. Ya puedo ver la foto de ella que tengo en la sala de mi casa, y no lloro”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Antes tenía ilusión para arreglarme, ahora me da igual. Todo ha cambiado, antes no era así, es el envejecimiento”. La menopausia ha traído consigo enfermedades (derrame cerebral, dolores en las articulaciones, vejigas en las manos.)
6CSP	12	<ul style="list-style-type: none"> • Madre como figura protectora y de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La madre se traslada a la ciudad, dejando a sus hijas bajo el cuidado de la abuela. Se ausentaba por largos periodos, hasta tres años. “Yo añoraba el calor de mi madre; guardaba su camisón, lo olía y lo pegaba junto a mí para sentirla”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Únicamente jugaban cuando la abuela tenía visitas. El resto del tiempo lo pasaban estudiando o realizando algún tipo de labor. La abuela no permitía el ocio. Sólo recuerda haber recibido una pelota como regalo de Navidad. Nunca tuvo una muñeca.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente vergüenza y nostalgia: “No iba a poder jugar con muñecas; ya tenía que pensar diferente, como señorita”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me quitaron algo”. Manifiesta que tuvieron que pasar varios meses para adaptarse al nuevo entorno, igual que a la convivencia con la madre”.

		<ul style="list-style-type: none"> Adolescencia. 	<ul style="list-style-type: none"> La madre no les permitía hablar con los vecinos, ni salir a otros lugares que no fuera la escuela. Las tenía vigiladas. Solía arañarle la cara a la entrevistada para quitarle el maquillaje que le gustaba ponerse. Le decía que esa sería su perdición.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación de su primer compañero. 	<ul style="list-style-type: none"> La madre no aprobaba la relación, lo que causaba sentimientos de culpa a la entrevistada. Se sentía angustiada, ya que cualquiera decisión significaba una pérdida, ya fuera el compañero o la madre.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación del esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> Lo sorprendió tratando de tocar a la hija mayor de la entrevistada mientras ésta dormía. Vivenció la situación con mucha rabia y frustración. "Él me traicionó y eso no lo olvido; lo quería matar".
		<ul style="list-style-type: none"> Iglesia. 	<ul style="list-style-type: none"> Sintió gran resentimiento hacia la Iglesia porque éstos querían perdón para quien no había mantenido una conducta de padre. En la actualidad, no asiste a ninguna iglesia.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> No asistió al entierro por temor a la madre, situación de la que hoy se lamenta, guardando una gran pena.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de la abuela. 	<ul style="list-style-type: none"> "Me dolió mucho, porque aunque estricta, nos trataba con justicia. Ella atendió nuestras necesidades cuando éramos unas niñas, estuvo con nosotras cuando nos enfermamos. Ella fue como una madre".
		<ul style="list-style-type: none"> Separación de la hija. 	<ul style="list-style-type: none"> La hija mayor estuvo durante cuatro años estudiando en el exterior. Esto provocó que la entrevistada llorara constantemente: sólo con ver su foto o su ropa, rompía en llanto. Esta conducta se mantuvo por varios meses.
		<ul style="list-style-type: none"> Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> Considera que si bien no se pierde la femineidad, "se pierde algo porque no podemos procrear; aún así, nuestra vida no ha terminado".
7CSP	3	<ul style="list-style-type: none"> Entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> No se pudo adaptar al nuevo medio. Sentía que estaba toda rodeada de agua; además, extrañaba mucho a mis padres".
		<ul style="list-style-type: none"> Infancia por pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> Pensó que era "un desarreglo de trabajo". La menstruación, significaba "problemas".
		<ul style="list-style-type: none"> Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> Piensa que la menopausia indica que "pasamos de una etapa a otra. Uno va a envejecer, es algo natural". Su vida de pareja cambió, tanto en ella como en el esposo disminuyó el deseo sexual.
8CSP	13	<ul style="list-style-type: none"> Infancia por pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> La llegada de la menarquia no le causa temor, experimentándolo como algo normal.
		<ul style="list-style-type: none"> Daño en los ojos. 	<ul style="list-style-type: none"> Un accidente en la niñez produce daños en los músculos y nervios del ojo, quedando éste desviado. Este suceso marca la dinámica personal de la entrevistada: era sujeto de burla por parte de sus compañeros, no se atrevía a salir de la casa por pena, no trabajó porque cualquier esfuerzo podría dejarla ciega.

		<ul style="list-style-type: none"> Padre 	<ul style="list-style-type: none"> “No lo conocí. Mi mamá nunca me dijo quién era”. No se percibe tono afectivo al hablar de esta figura.
		<ul style="list-style-type: none"> Madre como figura protectora y de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> “Sabía que mi madre existía, pero no tenía relación con ella”. “No nos llevamos bien, casi no nos tratamos”.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación del esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> Este mantenía relaciones extramatrimoniales. Le pidió que no los abandonara, que siguiera con ella y con sus hijos. Prefería esta situación que verse sola, a pesar de que “yo no lo quería”. Esta separación causó gran dolor. Relata que pasó alrededor de diez años hablando de él, de las cosas que compartieron, de lo que él hacía.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación de compañeros (3) 	<ul style="list-style-type: none"> Manifiesta no experimentar ningún sentimiento en especial. Fue ella la que terminó la relación. Había satisfecho sus necesidades económicas y afectivas.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de la abuela 	<ul style="list-style-type: none"> “Sentí un gran dolor en el corazón. Estuve llorando como por un año. Me vestí de negro cerrado por un año”. Durante este periodo, sufrió de alergias. Soñaba que la abuela la venía a buscar.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte del abuelastro 	<ul style="list-style-type: none"> “No me hizo falta”.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de hermano 	<ul style="list-style-type: none"> Me dolió mucho, pero no fui al entierro por un desaire que mi mamá le hizo a uno de mis hijos, y porque además, no me gusta ir a entierros”.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación de los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> Lo percibe como un proceso normal. Cada uno debe seguir su vida. No le molesta vivir sola.
		<ul style="list-style-type: none"> Menopausia 	<ul style="list-style-type: none"> “Se fue y no quiero que venga más”.
9CSP	11	<ul style="list-style-type: none"> Madre como figura protectora y de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> “Debía compartir su amor de madre entre todos sus hijos, por lo que a veces era reseca. Cuando la veía, me desesperaba, quería tenerla a mi lado y no despegarme de ella”.
		<ul style="list-style-type: none"> Muerte de hermano 	<ul style="list-style-type: none"> El hermano muere cuando la entrevistaba contaba con ocho años de edad. Era su hermano preferido. “Fue muy duro. Yo recuerdo que lloraba y lloraba, y me mantuve así hasta cerca de los 10 años”.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación del padre del núcleo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Causa gran dolor en la entrevista. “Ellos no peleaban; yo no sé qué pasó. No podía comprender por qué él se iba, por qué nos abandonaba”. Lloró esta pérdida por mucho tiempo.
		<ul style="list-style-type: none"> Infancia por pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> Vergüenza.
		<ul style="list-style-type: none"> Continuación de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> Llegó hasta sexto grado. “En nuestros tiempos y en nuestro pueblo, era una gran cosa; no todos lo lograban”.
		<ul style="list-style-type: none"> Entorno familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Le cuesta adaptarse a la ciudad: añora su entorno familiar, y sobre todo, a su mamá.
		<ul style="list-style-type: none"> Separación del esposo 	<ul style="list-style-type: none"> Si bien la separación causó dolor, éste se transformó en odio. “Sentí que el mundo se me iba a venir encima; no lo podía creer. Pero luego le cogí rabia. No quería que le diera nada a mis hijos. Él se sentía orgulloso, pero ahora, la está pasando mal, pagando lo que hizo conmigo”.

		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre 	<ul style="list-style-type: none"> • “Fue un golpe muy duro, sufrí mucho, porque a pesar de que él se mantuvo en Darién, de alguna forma, nos comunicábamos”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • “Fue más dura que la de mi papá, porque yo me la traje para Panamá... y la cuidé hasta que murió”. Hasta la fecha, no ha dejado de llorar la pérdida de su madre. “Cuando me hablan de ella, cuando estoy sola, cuando veo su cuarto y sus cosas, lloro”. Mantiene el cuarto de la madre en las mismas condiciones que cuando estaba viva. Siente que no puede cambiarlo porque perdería algo de su madre.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación de hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mientras la madre estuvo viva, se hacían grandes reuniones familiares en la casa de la entrevistada. “Ahora estamos un poco distanciados; yo los llamo por teléfono, para saber cómo están... no es igual, cada uno anda en lo suyo”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensaba que estaba embarazada, aunque “tenía años de haber sido operada”. La menopausia fue para ella sinónimo de enfermedad.
10CSP	10	<ul style="list-style-type: none"> • Madre como figura protectora y de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • “Tenía mal carácter. Siempre nos cargaba levantadas, nos ponía oficios, no nos dejaba jugar. No era cariñosa...” La madre decía que ella no iba a cuidar nietos porque ella no lo había hecho con la madre. El padre, según la entrevistada, la quería más que la mamá.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • La madre no las dejaba jugar. Les ponía oficios que realizar. “Casi no jugábamos, trabajábamos mucho”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Infancia por pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo. No tenía información. Su madre le explica que éste era un proceso normal.
		<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de estudios 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la Ciudad de Panamá para trabajar, regresando a los tres meses. “No logré acostumbrarme, me sentía rara”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del primer compañero 	<ul style="list-style-type: none"> • No produjo tristeza en la entrevistada, pero sí preocupación: “Tenía que ver qué hacía, ya era una mujer, tenía que buscar mi destino”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Separación del segundo compañero 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sintió decepcionada porque pensaba que su nuevo compañero iba a ser diferente; sin embargo, “era igualito al otro”. “Pensaba que no tenía suerte, había fracasado con dos”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del padre 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sentí un gran pesar, mucha tristeza, pero lo acepté”. Guardo su recuerdo como algo muy querido, recordando las cosas que compartimos, y lo que me enseñó. Su muerte fue más dolorosa para mí que la de mi mamá”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sentí tristeza, pero qué vamos a hacer”.
		<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia 	<ul style="list-style-type: none"> • Estaba asociada con enfermedad

3.3. Discusión de los Resultados.

A pesar de las restricciones que pueden derivarse del tamaño de la muestra utilizada ($n = 10$ para ambos grupos), el análisis cualitativo de los resultados obtenidos nos permite observar patrones de conductas y de emociones característicos de cada uno de ellos.

La forma en que la madre fue percibida por las entrevistadas y las relaciones que con ella se establecieron durante la infancia, parecen marcar la diferencia entre el grupo de las mujeres que no presentaron síntomas psicológicos durante la menopausia y el de las mujeres que presentaron estos síntomas durante este periodo.

Fundamentamos esta afirmación en el hecho de que al analizar las percepciones y relaciones con las figuras parentales, se observa que **la mayoría** de las mujeres del grupo con síntomas psicológicos tienden a establecer buenas relaciones con los padres, más no así con las madres; por el contrario, las mujeres sin síntomas psicológicos establecen buenas relaciones con las madres y la mitad de ellas, no la mayoría, también establecen buenas relaciones con el padre.

Además, siguiendo este mismo pensamiento, observamos que la madre es la figura significativa más cercana mencionada por la casi totalidad de las mujeres sin síntomas psicológicos, más no así para las mujeres del grupo con síntomas psicológicos, en el que **juegan un papel importante las figuras no parentales.**

Esta situación se ajusta a lo expuesto por los teóricos de las relaciones objetales, para quienes la relación temprana con la figura materna, conforma la base para las relaciones posteriores, y la fortaleza yoica para enfrentar las diferentes pérdidas a la que está expuesto el ser humano a lo largo de su vida.

Vale la pena aclarar, que para efectos de este estudio, al hablar de la figura materna, nos referimos a la persona u objeto que dio vida a la entrevistada; es decir, la madre biológica. No nos referimos a la figura que un momento dado, la sustituyó, ya fuera el padre o la abuela.

Es evidente, ante las respuestas de las entrevistadas, que las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos lograron establecer, o por lo menos, así lo perciben ellas, relaciones íntimas y profundas con sus madres. Esto nos lleva a pensar que estas últimas pudieron, según los términos de Winnicott en Scharff (1992), proveer relaciones de protección y de intimidad a sus hijas; es decir, brindaron a éstas la oportunidad de una madre ambiental que cuidó tanto de su ambiente físico como emocional, y de una madre objetal, que fue capaz de sobrevivir a los episodios de la pulsión instintiva de la bebé.

La capacidad de la madre ambiental para ofrecer un ambiente seguro, o lo que Winnicott denomina ambiente sostenedor, permitió a la entonces bebé, encontrar su propio *self*, y a su vez, establecer la relación con la madre objetal (objeto de amor y de agresión.) Al integrar en su mente a ambas madres, la bebé desarrolló su capacidad para preocuparse y relacionarse con los demás de forma segura y sin temor a sus propias tendencias agresivas, las cuales puede manejar libremente, sin temor a dañar a los demás.

La dinámica establecida y su producto final, un Yo seguro y maduro para las relaciones posteriores, se pudo observar claramente en este grupo de mujeres. Éstas establecen relaciones seguras y estables con sus esposos o compañeros, con sus hijos y con figuras no parentales; dicho en otras palabras, establecen relaciones maduras.

Por lo general, describen las mismas como íntimas y profundas, caracterizándose por los sentimientos de mutualidad y reciprocidad entre ambas partes, pero sobre todo, por

la capacidad de las entrevistadas de percibir a los demás como individuos separados con derechos propios. Los sujetos u objetos son aceptados como un todo; es decir, con características buenas y malas integradas.

Se pudo observar que en este grupo, los sentimientos y percepciones de las mujeres en cuanto a sus relaciones significativas, tienden a mantener su valencia afectiva positiva a través del tiempo. No se observan cambios en las mismas. Los pocos cambios manifestados, tienden a mejorar la relación, no a deteriorarla, como se reflejó en el caso de las relaciones con el padre, y de algunos compañeros o parejas.

La madurez en las relaciones, también se hace evidente en el hecho de que estas mujeres, en su gran mayoría, sólo han mantenido una relación de pareja a lo largo de su vida, manteniendo con los mismos una relación con un alto grado de estabilidad.

El Yo seguro y maduro, le permite a este grupo de mujeres vivir las experiencias de pérdidas en forma más satisfactoria. Es decir, son capaces de elaborarlas a través de mecanismos que le ayudan a mantener y/o recuperar su estabilidad psicológica.

En aquellos casos en los que se ve implicada una amenaza al self corporal, y por ende, a los sentimientos de la propia identidad, como en la menarquia y la menopausia, éstas tienden a percibir las como un proceso o situación normal.

Las separaciones de figuras significativas, ya sea porque éstas parten del hogar (separación de los hijos) o porque las entrevistadas salieron del núcleo familiar de origen (traslados), son igualmente experimentadas como sucesos normales, que conllevan una motivación positiva de crecimiento personal.

En el caso de la muerte de figuras significativas, las mujeres del grupo sin síntomas psicológicos tienden a elaborar mejor el duelo, trasladando o fijando la energía

libidinal, proyectada en el objeto perdido, en otras figuras significativas, las cuales en la mayoría de los casos, fueron los hijos.

Ante las separaciones de las madres, los casos 2SSP y 7SSP, a pesar de lo traumático de la situación, pudieron tolerarla debido a que las mismas establecieron, previamente a la partida de la madre, relaciones íntimas y profundas con ellas. En otras palabras, se había formado ya un Yo seguro, y la madre había sido debidamente internalizada, lo que permitió mantener la constancia objetal aunque el objeto no estuviera presente. La constante comunicación entre madres e hijas fue también un factor decisivo en el desarrollo positivo de esta situación.

Todas las mujeres de este grupo, a excepción del caso 5SSP, **se sentían queridas por sus madres.**

Las respuestas brindadas por las mujeres del grupo con síntomas psicológicos ofrecen una dinámica psicológica diferente.

A pesar de que las mismas tienen una percepción “positiva” de sus padres y que además establecen buenas relaciones con ellos, éstos no fueron señalados, en la mayoría de los casos, como la figura más cercana durante la infancia. Este lugar fue ocupado por las abuelas, ya fueran éstas maternas o paternas.

Igualmente se observa que al referirse al tipo de relación con el padre, las mismas son descritas como “buenas” y “cálidas”; sólo dos (2) de las mujeres de este grupo manifestaron relaciones “íntimas y profundas” con la figura paterna. Este tipo de relación se dio más frecuentemente al referirse a la relación establecida con las abuelas.

Las relaciones con las madres tienden a ser descritas, principalmente, como “distantes”, no se refleja en ninguna de las entrevistadas la descripción de relaciones “íntimas y profundas” con esta figura.

Tomando en cuenta este análisis previo observamos que en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos se dan dos tipos de relaciones con la figura materna: las entrevistadas que contaron con la presencia física de la madre durante su infancia, pero por una u otra razón, percibieron dichas relaciones como distantes; y las entrevistadas que no contaron con la presencia física de la madre, y que fueron criadas por las abuelas.

En ambos casos, las figuras maternas fueron percibidas como distantes, severas, maltratadoras y resacas, estableciéndose entre madres e hijas relaciones superficiales y hostiles.

A diferencia de las madres del grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, las madres del grupo con síntomas psicológicos no pudieron proporcionar a las entrevistadas un ambiente “sostenedor” como tampoco un ambiente “contenedor” (containment), que permitiera a la bebé encontrar su propio *self*, es decir, formar su ego a través de sus propios objetos internos, ya fuera porque no estuvieron presentes físicamente, o porque las mismas no tenían la capacidad afectiva para procesar sus ansiedades y por ende, tampoco las proyectadas por sus bebés.

Estas madres, al no poder brindar un ambiente físico y psicológico seguro y protector, madre ambiental y madre objetal, no brindaron a sus hijas la confianza para que éstas realizaran las reparaciones a la madre objetal que había sido dañada por la descarga de la pulsión instintiva. En otras palabras, la culpa por el daño hecho a la madre objetal es reprimida, manteniéndose dormida para aparecer luego como tristeza o ánimo decaído,

sentimientos que son evidentes en la vida emocional de las mujeres de este grupo, al referirse a la figura materna.

Bajo otra perspectiva, y siguiendo el patrón de los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva descrito por Yolanda de Varela en su artículo El Impacto de las Dificultades Emocionales de los Padres en el Desarrollo Temprano del Niño (1999), estas madres proyectaron en sus hijas sus sentimientos no deseados, que en estos casos son de agresión y frustración, identificando en éstas, esa parte de su *self*.

Una vez que la niña fue cargada con esta parte de la madre, ésta trató a su bebé con el mismo desprecio o miedo con que trató a esta parte de su *self*. La niña entonces introyectó la parte no deseada de la madre, identificándose con ella, pasando a formar parte de su *self*.

Estos sentimientos desagradables al ser devueltos a la madre en forma cruda y no metabolizada; son regresados a la niña con mayor intensidad, debido a la incapacidad de la madre de realizar el proceso de contención, confirmando a la bebé su maldad e inadecuación, y desarrollando en ella, sentimientos de impotencia y desilusión con respecto a su capacidad para cambiar sus experiencias. Esto obstruye su proceso de separación y de crecimiento emocional, al igual que la formación de un Yo seguro y maduro.

Al sentirse la niña excluída del mundo interno de la madre, incrementa el uso del mecanismo de identificación proyectiva, tratando de reemplazar el objeto real perdido por un objeto interno hecho de identificaciones con esta madre rechazante.

Las respuestas brindadas por estas mujeres denotan claramente a una madre maltratadora cuyas conductas no podían ser comprendidas por sus hijas, considerándolas,

en la mayoría de los casos, como injusta. Se percibe en estas madres el deseo de castigar a sus hijas.

Las mujeres de este grupo, a diferencia de las del grupo sin síntomas psicológicos, se sentían **rechazadas, no queridas** por sus madres. Sin embargo, tal y como lo explica la dinámica antes expuesta, se refleja en ellas la añoranza por la madre perdida. Expresiones como “guardaba su camisón, lo olía y lo pegaba junto a mí para sentirla, ...añoraba el calor de mi madre” y “...era importante entrar a la casa y verla sentada en la sala”, fundamentan esta apreciación.

Las relaciones con estas madres no tienden a cambiar con el tiempo. A pesar de ello, y tal vez, con el deseo de recobrar el amor de éstas, viven con ellas durante la adultez, reviviendo la experiencia de maltrato psicológico de la infancia, o en otras palabras, las identificaciones proyectivas de las madres. Se refleja el deseo de complacerlas, buscando su aceptación; sin embargo, no la encuentran.

Por otro lado, al revisar las relaciones con otras figuras significativas, como los hermanos, observamos que las mismas tienden a deteriorarse.

Las relaciones con los compañeros reflejan una dinámica similar a la relación con la madre. La mayoría de las mujeres de este grupo han tenido, a lo largo de su vida, más de un compañero o pareja, manteniendo con los mismos relaciones hostiles y distantes. Las separaciones de estas figuras reviven en ellas sentimientos de soledad, abandono y frustración. Y contrariamente a lo que sucede con el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, éstas no logran establecer una relación buena y estable con sus parejas, al igual que no lo lograron con la madre.

En cuanto a las relaciones con los hijos observamos altos niveles de dependencia de las madres con los hijos. Las madres parecieran absorber de alguna forma a sus hijos, haciendo referencias constantes del maltrato recibido por sus progenitoras; es decir, ejercen poder sobre los hijos, promoviendo en ellos sentimientos de lástima. Estas madres proyectan en sus hijos sus incapacidades afectivas, recreando en ellos sus vivencias infantiles. Se da el proceso de identificación proyectiva e introyectiva con los hijos; sin embargo, en lugar de introyectar sentimientos de ira y frustración, se introyectan sentimientos de lástima y miedo.

Las relaciones con las figuras significativas y con otras personas de su alrededor se ven marcadas por conductas de apego, tal y como lo acabamos de reflejar en las relaciones con los hijos, o distantes; es decir, tienden a establecer relaciones o muy intensas o muy frías. En estas últimas, que por lo general se da con los amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., se percibe el temor a ser maltratada y/o a ser rechazada. Pareciera que con cada relación, se experimenta el temor al aniquilamiento.

Ante las separaciones y las pérdidas, sus reacciones tienden a ser más intensas; y lo que para las mujeres sin síntomas psicológicos era un proceso normal, para ellas, es una pérdida real. Esto se ve claramente, cuando alguno de los hijos parte de su lado, cuando ellas se separan del hogar de origen, y cuando experimentan la menarquia y la menopausia.

Ante la muerte de las madres, las entrevistadas que experimentaron esta situación, tienden a vivenciarla con "cierta indiferencia". La muerte de las abuelas produjo en ellas los sentimientos de duelo propios de la pérdida de la figura materna, observándose dificultad para elaborar la pérdida. Para algunas de ellas, este duelo aún no se ha resuelto.

Luego de esta revisión, quedan algunas interrogantes que deberán ser investigadas en estudios posteriores, como por ejemplo: Si los teóricos de las relaciones objetales plantean que independientemente de la figura que se relacione con el niño (madre, padre, abuela, cuidador), lo importante es la identificación sana de esta figura ante las necesidades ambientales y emocionales del niño, ¿por qué las mujeres del grupo con síntomas psicológicos que fueron criadas por sus abuelas, a las cuales consideran sus madres, tienen dificultades en sus relaciones objetales? Nos gustaría presentar una hipótesis tentativa al respecto.

Si bien estas mujeres reciben de sus abuelas el cuidado ambiental y afectivo esperado, manifestando inclusive “ser felices” con estas figuras y estableciendo relaciones íntimas y profundas con ellas, al crecer y tener conocimiento de la existencia de una madre biológica rechazante, se sienten menospreciadas.

Esta situación debilita al Yo precoz que está en formación, sobreviniendo entonces sentimientos de inadecuación: ¿Por qué quien me trajo al mundo, no me quiere?, ¿Qué tengo yo de malo, que hasta mi madre me rechaza?. Se supone que la madre es un ser abnegado, limpio, que protege a sus hijos hasta con la vida si es posible. Recurrimos al dicho que dice: “Es tan feo, que sólo la madre lo puede querer”. Se revive en estas niñas el miedo al aniquilamiento, y más aún cuando en los encuentros con la madre, ésta le reitera estos sentimientos a través de golpes e insultos. En el fondo, la madre está proyectando en ellas sus propios sentimientos, los cuales son introyectados por la niña como propios.

Es decir, comienza el proceso de identificación proyectiva e introyectiva, pero ahora, con la madre biológica, la figura que compartió con ella sus primeras experiencias

de vida en el útero. Sin embargo, este intercambio de identificaciones, tremendamente patológico, pareciera tener más importancia en la estructuración de la personalidad de la niña, ya que es esta vivencia, y no la vivencia con la abuela, la que marca las relaciones posteriores.

Analizadas las posibles dinámicas psicológicas de ambos grupos de estudio y sus consecuencias en el tipo de relaciones objetales que éstas establecen y en la forma en que se enfrentan a las pérdidas, revisaremos ahora la relación entre esto y la experiencia de la menopausia.

El grupo de las mujeres menopáusicas con síntomas psicológicos presentó, además de los sofocos y los síntomas psicológicos esperados, síntomas que no guardan una relación directa con la disminución de estrógeno, tales como: cefaleas, cambios en el sueño, presión emotiva, artralgias, mialgias, temblores, vómitos, hinchazón en las piernas, moretones y hongos en los pies. Estos síntomas podrían ser considerados, de acuerdo al estudio presentado por Neugarten y Kraines (1965) como psicósomáticos; es decir, son una expresión simbólica de un conflicto emocional subyacente.

Entre los síntomas psicológicos más experimentados encontramos la irritabilidad, ánimo decaído, hipersensibilidad y la ansiedad o desesperación.

Otro aspecto que parece ser característico del grupo de las mujeres con síntomas psicológicos es el sentimiento y concepto negativo que éstas tienen de la menopausia. Está asociada principalmente, con enfermedades, y por consiguiente, con miedo a la pérdida de la integridad del *self*. Igualmente, relacionan la menopausia con cambios y pérdidas que afectan su sentimiento de identidad: “Todo va cambiando, ya no somos las

mismas”, “...perdemos algo, porque no podemos procrear”, “...ya se me quitó y no voy a servir para nada”.

Para las mujeres menopáusicas con síntomas psicológicos, este suceso enteramente fisiológico, parece ser un periodo de confusión y angustia. La pérdida de la capacidad reproductiva es para ellas la señal que les indica que se acercan a la vejez, y por ende, a la muerte. Los cambios físicos, psicológicos y sociales que se reflejan en su diario vivir, así se lo demuestran. Éstos exigen de su parte, una nueva redefinición de sí misma, de sus relaciones y de su capacidad funcional. Pero, ¿cómo puede una mujer con un Yo debilitado y por ende, con un problema básico de identidad, realizar esta función?, ¿Cuáles serán los resultados que obtendrá al reflexionar y elaborar lo vivido, si su historia está llena de frustraciones, resentimientos, sentimientos de abandono y de culpa? ¿Cómo puede comprenderse a sí misma si no tiene un objeto bueno internalizado?

Para las mujeres con síntomas psicológicos durante la menopausia, ésta significa pérdidas, y por tanto, temor. Se reactiva en ellas el miedo al aniquilamiento, a la pérdida de la propia identidad, las cuales surgen a través de **fantasías hipocondríacas** (Grinberg. 1994.). Estas parecieran funcionar como mecanismos defensivos ante la incapacidad de la reorganización psíquica.

Por otro lado, para estas mujeres que sienten que se acercan al final de su vida, la posibilidad de una reparación auténtica ante los daños realizados a la madre objetal y a las otras figuras significativas (compañeros e hijos), es percibida como imposible. Sienten que el tiempo se les acabó, que ya no hay marcha atrás. Resurge entonces la culpa, la que aparece como tristeza o ánimo decaído, ansiedad e irritabilidad, síntomas que resultaron característicos de este grupo de mujeres.

Sin embargo, para las mujeres sin síntomas psicológicos, la menopausia es una época donde se abren un cúmulo de oportunidades, donde podrá experimentar con nuevas funciones y nuevas emociones, sin temor a las mismas. Al reflexionar sobre lo vivido, estas mujeres sienten satisfacción y orgullo; no hay temor al cambio, porque sienten que han cumplido con ellas mismas y con los suyos, hay sensación de plenitud y de esperanza; hay una aceptación del cambio y por ende, de la proximidad de la muerte.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones que presentamos a continuación son el producto de la descripción, análisis y discusión de los resultados. En las mismas se han tomado en cuenta las variables de estudio. Además, y de acuerdo a los objetivos planteados, se presentan las conclusiones para cada uno de los grupos y luego, la comparación entre ambos.

1. Relaciones Objetales

Comprenden la percepción de las figuras parentales y no parentales significativas y las relaciones establecidas con ellas. Incluyendo, además, las relaciones con los hermanos, esposos o compañeros y los hijos.

Atendiendo al grupo al que pertenecen, se observa un patrón de conducta característico en cada uno de ellos.

1. 1. Mujeres sin síntomas psicológicos:

1.1.1. Para la mayoría de las mujeres de este grupo, la figura más cercana durante su niñez fue la madre, a quien tienden a percibir como buena y cariñosa. Las mismas establecieron relaciones íntimas y profundas con esta figura tanto en la infancia como en la adultez.

1.1.2. La forma en que este grupo de mujeres percibió al padre y se relacionaron con él, no muestra un patrón definido.

La mitad de ellas lo percibieron como bueno y/o cariñoso; mientras que la otra mitad lo percibió como distante, frío, severo, maltratador.

Las relaciones que se establecieron con esta figura durante la infancia también están divididas. Para algunas, la misma fue íntima, profunda y cálida; para otras: fría, distante y atemorizante.

Las relaciones con el padre tienden a mejorar durante la adultez, incluyendo, aquellos casos en los cuales dichas relaciones fueron negativas durante la infancia.

1.1.3. Las figuras no parentales, en este caso, las abuelas, jugaron un papel importante ante la ausencia de la madre; sin embargo, las mismas no fueron consideradas como las figuras más cercanas. Fueron percibidas como buenas y cariñosas, estableciéndose relaciones buenas y cálidas tanto en la infancia como en la adultez.

1.1.4. Se establecieron relaciones buenas y cálidas con los hermanos durante la niñez y la adultez. Sólo dos (2) de estas mujeres, manifestaron deterioro de estas relaciones durante este último periodo.

1.1.5. En las relaciones con los compañeros, las mismas tienden a ser íntimas y profundas, manteniendo éstas por largos periodos de tiempo; casi todas las mujeres de este grupo han mantenido una sola relación de pareja durante su vida. Las mujeres que han tenido más de una relación, llegan a estabilizar las mismas con compañeros con los cuales logran relacionarse satisfactoriamente.

1.1.6. La relación con los hijos guarda la misma valencia afectiva positiva que las relaciones antes descritas. Las mismas fueron íntimas y profundas. Hay una buena comunicación entre ambas partes. En la mayoría de los

casos, existen adecuados niveles de dependencia con las figuras parentales.

1.2. Mujeres con síntomas psicológicos:

- 1.2.1. Las mujeres de este grupo no mostraron un patrón definido en cuanto a la figura más cercana durante su niñez. Para la mitad de ellas, las abuelas, ocuparon este lugar; para el resto, fueron las madres (2) o los padres (3)
- 1.2.2. Las mujeres con síntomas psicológicos tienden a percibir a la figura materna como maltratadora, distante, severa. Establecieron con ellas relaciones con valencia afectiva negativa tanto en la infancia como en la adultez.
- 1.2.3. El padre, por el contrario, fue percibido como bueno y cariñoso. Las relaciones con esta figura fueron descritas como buenas y cálidas. No se observaron cambios en las relaciones durante la adultez.
- 1.2.4. Las abuelas, que para algunas de estas mujeres fueron sus madres, fueron percibidas como buenas, cariñosas, preocupadas por su cuidado y bienestar. Se establecieron con las mismas relaciones íntimas y profundas tanto en la infancia como en la adultez.
- 1.2.5. Las relaciones con los hermanos no mostraron un patrón definido en cuanto a la valencia afectiva: al respecto, los resultados se polarizaron. No se dan cambios positivos en la adultez; por el contrario, aumenta el número de mujeres con relaciones negativas, manteniéndose la distancia

tanto física como emocional entre las entrevistadas y estas figuras. Hay deterioro en estas relaciones.

1.2.6. En la dinámica de la relación con los compañeros, se hace evidente la tendencia a establecer varias relaciones a lo largo de la vida, no logran, en la mayoría de los casos, relaciones satisfactorias y estables.

1.2.6. Las relaciones con los hijos reflejan altos niveles de dependencia tanto de los hijos hacia la madre como de ésta hacia los hijos.

1.3. Mujeres sin y con síntomas psicológicos (comparación):

1.3.1. Para las mujeres sin síntomas psicológicos la figura más cercana es la madre mientras que para el grupo con síntomas psicológicos es la abuela. En ambos casos se establecen relaciones con valencia afectiva positiva con estas figuras, describiendo las mismas como íntimas y profundas. La relación que se da entre las mujeres con síntomas psicológicos y sus abuelas es similar a la que se establece entre las mujeres sin síntomas psicológicos y sus madres.

1.3.2. Las mujeres con síntomas psicológicos tuvieron una mejor percepción de la figura paterna que la que presentaron las mujeres sin síntomas psicológicos. De igual forma, las relaciones que las primeras tienden a establecer con sus padres estuvo cargada con una valencia positiva, mientras que esta situación no es así, en la mayoría de los casos de las mujeres sin síntomas psicológicos; aunque estas últimas tienden a mejorarlas durante su adultez.

- 1.3.3. Las relaciones con los hermanos tiende a deteriorarse a través del tiempo tanto en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos como en el de las mujeres con síntomas psicológicos. Sin embargo, en este último grupo son más las mujeres que manifiestan problemas en las relaciones con estas figuras tanto en la infancia como en la adultez. La madre parece jugar un papel importante en esta situación.
- 1.3.4. Las mujeres sin síntomas psicológicos desarrollan relaciones estables, seguras y duraderas con sus compañeros, mientras que las mujeres con síntomas psicológicos mantienen a lo largo de su vida, varias relaciones de pareja, no logran, en la mayoría de los casos, relaciones satisfactorias con estas figuras. Las relaciones de pareja del primer grupo son descritas como íntimas y profundas; las del segundo grupo, como hostiles, distantes y superficiales.
- 1.3.5. Las relaciones con los hijos son buenas para ambos grupos; sin embargo, las mujeres con síntomas psicológicos tienden a mantener relaciones de dependencia con sus hijos. La dependencia de la que hablamos se da de la madre hacia los hijos, más que de los hijos hacia la madre.
- 1.3.6. Las mujeres sin síntomas psicológicos establecen relaciones maduras con las figuras significativas; las mujeres con síntomas psicológicos tienden a establecer relaciones de apego o de sobredependencia con estas figuras.
- 1.3.7. Las mujeres sin síntomas psicológicos se adaptan más a las necesidades presentes, mientras que las mujeres con síntomas psicológicos muestran

patrones inadecuados de interacción similares a los de la infancia temprana.

1.3.8. Las mujeres con síntomas psicológicos presentan dificultades para percibir a los demás como individuos separados o diferenciados de sus personas, desean cambiar a los demás. Las mujeres sin síntomas psicológicos responden adecuadamente a las necesidades de los demás, respetando su individualidad como personas.

1.3.9. Las representaciones de las personas significativas están bien internalizadas en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, mas no así en el grupo de las mujeres con síntomas psicológicos para quienes las pérdidas y las separaciones son vivenciadas con reacciones excesivas de duelo.

1.3.10. Existe una relación entre la percepción que se tiene de la figura y las relaciones que con ella se establecen. Esto se observó en ambos grupos de estudio.

2. Pérdidas objetales

Se refiere a las situaciones de pérdidas experimentadas y a los sentimientos vivenciados en las mismas. Incluye las pérdidas del entorno originario, del *self* y de las figuras significativas, ya sea por separación o muerte.

2.1. Mujeres sin síntomas psicológicos

2.2.1. Las mujeres de este grupo experimentaron entre cinco (5) y dieciséis (16) pérdidas hasta el momento en que se realizó la entrevista. Entre éstas

encontramos separaciones de figuras significativas, pérdidas del entorno originario, de la infancia, de la infancia por la pubertad, de estudios, la menopausia, y muertes de figuras significativas.

- 2.2.2. Las separaciones de las figuras significativas son vivenciadas con altos niveles de adaptabilidad. En el caso de las separaciones de los hijos, sienten que esta es una etapa de la vida por la que deben pasar tanto ellas como sus hijos. Perciben esta situación más que como un duelo, como una oportunidad de cambio, de crecimiento personal.
- 2.2.3. Las separaciones de la figura paterna durante la infancia producen sentimientos de abandono en algunas de las entrevistadas que pasaron por esta experiencia; sin embargo, para las otras, la partida del padre del hogar significó un alivio. Se evidencia temor a la pérdida de la madre y daño al propio *self*.
- 2.2.4. Las separaciones de las madres experimentadas por tres (3) de las mujeres de este grupo fueron experimentadas de formas diferentes, de acuerdo a la forma y la edad en que las mismas se dieron. Sin embargo, el sentimiento de sentirse queridas por sus progenitoras facilitó la vivencia.
- 2.2.5. Los cambios fisiológicos propios del crecimiento humano, tales como la menarquia y la menopausia son experimentados como alternativas de crecimiento. Vivencian los mismos como cambios positivos.
- 2.2.6. Los traslados o migraciones fueron realizados con una actitud positiva, a pesar que los mismos se realizaron cuando éstas aún eran muy pequeñas.

No se evidencian sentimientos de pérdidas ante estas experiencias, adaptándose al nuevo medio con facilidad..

2.2.7. Las mujeres de este grupo que no pudieron concluir sus estudios experimentan esta experiencia como una pérdida. Hay añoranza por lo que pudieron ser.

2.2.8. La muerte de las figuras significativas provocaron sentimientos de tristeza y soledad en las entrevistadas. El tipo de relación con el objeto perdido marcó también el tipo de duelo y la magnitud de los sentimientos experimentados.

Las muertes de los esposos y de las madres son vividas con gran pesar; mientras que la muerte del padre, a pesar de provocar los mismos sentimientos, es vivenciada con mayor resignación.

Las mujeres de este grupo elaboraron sus duelos fijando su atención en otras figuras significativas que estaban bajo su cuidado.

2.2. Mujeres con síntomas psicológicos:

2.2.1. Las mujeres de este grupo vivenciaron entre dos (2) y trece (13) pérdidas hasta el momento en que se realizó la entrevista.

2.2.2. Se dieron sentimientos de pérdidas en la mayoría de las situaciones que implicaban separaciones, cambios fisiológicos, logros no alcanzados y muertes de figuras significativas.

- 2.2.3. Las separaciones de los hijos, compañeros y padres fueron vivenciadas con sentimientos de pérdidas reales, reflejándose sentimientos de abandono en cada una de estas experiencias.
- 2.2.4. Los cambios fisiológicos, menarquia y menopausia, son experimentados por la mayoría como pérdidas en los que se ve implicada una pérdida de la identidad personal a través del cambio corporal.
- 2.2.5. Se evidencian sentimientos de dolor, abandono, soledad y añoranza ante la separación del entorno originario y de las figuras parentales que quedaban en el hogar. Su adaptación al nuevo medio no fue fácil, regresando dos de ellas a su lugar de origen.
- 2.2.6. El no poder concluir sus estudios trajo consigo sentimientos de frustración en la mitad de las mujeres que no alcanzaron esta meta; la otra mitad dijo aceptarlo, ya que lo que se esperaba era llegar hasta sexto grado. No se evidencian sentimientos de pérdida en las últimas.
- 2.2.7. La muerte de las figuras significativas fue vivenciada de forma diferente de acuerdo con el tipo de identificación con el objeto. La muerte del padre trajo consigo sentimientos de desolación y pesar más profundos que los experimentados por el fallecimiento de la madre. El tiempo para la elaboración del duelo sobrepasa el tiempo esperado, manteniéndose las conductas de llanto ante el menor recuerdo del objeto (ropa, fotos, lugares, etc.)

2.3. Mujeres sin y con síntomas psicológicos (comparación).

- 2.3.1. Las mujeres con síntomas psicológicos tienden a experimentar sentimientos de pérdidas en situaciones que son percibidas por las mujeres sin síntomas psicológicos como de crecimiento personal.
- 2.3.2. Las mujeres con síntomas psicológicos presentan dificultad para adaptarse a los cambios que deben enfrentar, ya sean éstos fisiológicos, sociales o familiares.
- 2.3.3. Las separaciones de las figuras significativas son vivenciadas como pérdidas reales, evidenciando sentimientos de abandono, mientras que las mujeres sin síntomas psicológicos muestran una actitud positiva ante la nueva situación.
- 2.3.4. Las mujeres sin síntomas psicológicos se adaptan mejor a los nuevos entornos (ambientes) en comparación con las mujeres con síntomas psicológicos.
- 2.3.5. Las mujeres sin síntomas psicológicos elaboran los duelos por muertes más satisfactoriamente que las mujeres con síntomas psicológicos. Los mecanismos utilizados por las primeras les permiten elaborar el mismo dentro del tiempo esperado y de forma más saludable.

Resumiendo lo antes presentado, podemos decir que las mujeres sin síntomas psicológicos tienen una historia de relaciones objetales más saludables que las experimentadas por las mujeres del grupo con síntomas psicológicos. Las relaciones

saludables parecen tener como base las que se desarrollan con la madre biológica durante la infancia.

Éstas se reflejan en el grupo de las mujeres sin síntomas psicológicos, en los sentimientos de mutualidad, comprensión, respeto y afectividad que establecen las mismas con las figuras significativas (hijos, padres, compañeros.) Contrariamente, las relaciones de las mujeres con síntomas psicológicos reflejan hostilidad, rechazo y miedo al abandono, sentimientos que parecen recrear la relación hostil y poco afectiva de las madres.

Toda situación de cambio, significa para las mujeres con síntomas psicológicos, una situación de pérdida, reactivándose el miedo por el aniquilamiento experimentado en su infancia temprana. Para las mujeres sin síntomas psicológicos, cada cambio significa crecimiento, un reto para una nueva experiencia.

La menopausia es percibida por las mujeres que presentaron síntomas psicológicos durante el proceso climatérico, como un cambio, y por ende, como una pérdida. Es una pérdida que las acerca más a la enfermedad, a la vejez, y por tanto a la muerte. Es evidente el miedo por el sentimiento de identidad, por el daño que pueda sufrir el *self*.

Por último, concluimos, que para los efectos de la muestra utilizada, existe una relación entre la historia de las relaciones objetales y la forma en que se enfrentan las pérdidas, y la presencia de síntomas psicológicos durante la menopausia.

RECOMENDACIONES

Las conclusiones y experiencias extraídas de este estudio, permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- Concientizar a los médicos y ginecólogos sobre las implicaciones psicológicas que conlleva la menopausia para que éstos puedan ampliar sus marcos de referencias y trabajar el síndrome bajo una perspectiva multidisciplinaria.
- Diseñar programas o “clínicas menopáusicas” en los que se brinde información científica sobre los aspectos fisiológicos, psicológicos, familiares y sociales de la menopausia a mujeres climatéricas; y en donde se les permita a éstas reflexionar sobre sus temores y ansiedades. Los mismos pueden ser incorporados en los programas de salud comunitaria que llevan a cabo los Centros de Salud.
- Incorporar, dentro de los programas de atención a las madres embarazadas, intervenciones psicológicas, ya sean individuales o grupales, que permitan a éstas elaborar sus temores y sentimientos de inadecuación ante la futura tarea, de forma tal que puedan desenvolverse adecuadamente como madre ambiental y madre objeto.
- Concientizar al psicólogo organizacional e industrial sobre las implicaciones psicológicas de la menopausia y sus consecuencias en la productividad laboral de la mujer, de forma tal que pueda detectar la situación y tomar las medidas de intervención, según sea el caso.
- Diseñar programas de prevención en las universidades en los cuales se oriente a los estudiantes, personal docente y administrativo sobre esta importante etapa de la vida.

- Utilizar los medios de comunicación para desarrollar programas masivos de prevención que eduquen a la población en general sobre lo que es la menopausia y sus implicaciones y que además, ayuden a eliminar los conceptos errados que se tienen sobre ésta.
- Realizar un estudio similar al presente, aumentando el tamaño de la muestra, de manera que los resultados puedan tener mayor capacidad de generalización.
- Realizar un estudio de las relaciones objetales de las madres de mujeres que presenten síntomas psicológicos durante la menopausia, con el objetivo de completar y corroborar los hallazgos encontrados en la presente investigación.
- Realizar un estudio en el que se explore la relación entre la presencia de síntomas psicológicos en el proceso climatérico y la presencia de enfermedades psicosomáticas durante este periodo.
- Realizar un estudio en el que se investigue la relación entre la presencia de síntomas psicológicos en la menopausia y el concepto de ésta, según la dinámica cultural.
- Realizar estudios que permitan esclarecer la confusión que existe en cuanto a los síntomas y signos que componen el cuadro clínico de la menopausia.
- Realizar estudios que permitan conocer los conceptos y sentimientos que tiene la mujer panameña en cuanto a la menopausia.
- Realizar estudios que investiguen la relación entre el concepto y los sentimientos hacia la menopausia y sus efectos en las relaciones sexuales de las parejas.

GLOSARIO

- **Artralgias:** Dolor de las articulaciones.
- **Atrofia:** Disminución del tamaño y función de una célula.
- **Climaterio:** Síndrome de cambios endocrinos, somáticos y psíquicos, que se presentan al final del periodo reproductivo de la mujer. Incluye tres etapas que se dan en un periodo de años y que abarcan el cambio completo de la fase reproductiva a la no reproductiva. Estas etapas son: premenopausia, menopausia y posmenopausia.
- **Clave cognoscitiva:** Forma en la que un individuo percibe una crisis, lo que para él significa y cómo ésta ataca la existencia de la persona, tomando la situación crítica. Se deberán tomar en cuenta los conocimientos de las personas y sus expectativas, así como sus conflictos y contratiempos personales.
- **Crisis:** Punto decisivo en la vida del individuo durante el cual habrá un cambio para mejorar o para empeorar. Se caracterizan por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en el tiempo; siempre habrá un suceso que lo precipite y su resolución dependerá de la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales del individuo como la fuerza del yo y las experiencias con crisis anteriores, y los recursos sociales del individuo como el apoyo de otros significantes.
- **Crisis circunstanciales:** Se caracterizan por ser accidentales, inesperadas y se apoyan en un factor ambiental (pérdida de un ser querido o de toda una familia en un accidente automovilístico o en un desastre natural, las violaciones, los secuestros, cambios de residencia, de trabajo, divorcios, desempleos, etc.). El factor precipitante no está asociado con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se encuentra.
- **Crisis de desarrollo:** Son aquellas que están relacionadas con el traslado de una etapa de crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Su característica principal es que son predecibles, es decir, son procesos naturales que todos debemos afrontar (pubertad, adolescencia, adultez, menopausia, senectud, entre otras).
- **Duelo por el objeto:** Reacción de un individuo ante la pérdida real o imaginaria de una figura significativa. Se presentan sentimientos de dolor, depresión y culpa correspondientes a la pérdida de las partes del Yo colocadas en el objeto y a la privación y empobrecimiento que sufre el Yo ante la pérdida del objeto mismo.

- **Duelo por el *self*:** El individuo al pasar de una etapa a otra, ya sea ésta de crecimiento personal, profesional, laboral, familiar, biológica u otra, sufre pérdidas: pérdida de ciertas actitudes, modalidades, relaciones, status, que aunque van a ser reemplazadas por otras más evolucionadas, impactan al Yo como procesos de duelo. El duelo por el *self* trae consigo preocupación por el sentimiento de identidad.
- **Elección anaclítica:** Cuando el objeto es elegido porque provoca asociaciones con referencia a otro objeto primitivo del pasado que puede ser el progenitor del sexo opuesto o del mismo sexo, un hermano o hermana, u otra persona del contorno infantil. Esta puede ser positiva, negativa o ideal.
- **Elección narcisista:** Cuando un objeto es elegido porque representa ciertas características de personalidad del sujeto mismo. Se puede dar de forma positiva o negativa o ideal. Esta puede ser positiva, negativa o ideal.
- **Elección de forma negativa:** El objeto elegido representa lo contrario del objeto del pasado o del propio yo.
- **Elección de forma positiva:** El objeto elegido es similar al objeto del pasado o del propio yo.
- **Elección de forma ideal:** El objeto elegido representa lo que uno desearía que hubiese sido del objeto del pasado o el propio yo.
- **Estrógeno:** Hormona sexual femenina, produce los cambios físicos que convierten a la niña en mujer; es segregada por el folículo a medida que éste madura, causando la proliferación de los tejidos de revestimiento interno del útero. Cumple su función de tres maneras: acelera la mitosis, aumenta la afluencia de sangre a las células y aumenta la cantidad de fluido tisular.
- **Hambre de estímulo:** Necesidad del individuo de sentirse amado. Necesidad de suministros orales. Incluye no sólo las necesidades orales clásicas sino también la necesidad de amor en general y la necesidad de estimulación, sonido, luz y contacto humano.
- **Identidad del yo:** Representa el más alto nivel de organización de los procesos de internalización. Se refiere a la organización general de las identificaciones e introyecciones bajo el principio orientador de la función sintética del yo. La consolidación de las estructuras yoicas, relacionada con un sentido de continuidad del sí mismo (siendo el sí mismo la organización de las autoimágenes que formaban parte de las introyecciones e identificaciones), la percepción por parte del niño de su propio funcionamiento en todas las áreas de su vida y su creciente dominio de las tareas básicas de adaptación las cuales contribuyen decisivamente a esta consolidación.

- **Identificación:** Forma superior de introyección que puede tener lugar, recién cuando las capacidades perceptivas y cognoscitivas del niño, se han incrementado lo suficiente como para permitirle reconocer los roles en la interacción interpersonal.
- **Identificación proyectiva:** Descrito por primera vez por Melanie Klein (1952), consiste en la disociación de los aspectos del *self* y de los objetos internos que se proyectan en el objeto externo que, de esa manera, queda poseído y controlado por las partes proyectadas y se identifica con ellas. Este proceso está ligado a aquellos que tienen lugar durante los primeros tres o cuatro meses de vida (posición esquizo- paranoide), cuando la disociación alcanza su máxima intensidad, con predominio de las ansiedades persecutorias. En condiciones normales, este mecanismo constituye la base de la empatía con el objeto, ya que permite que el sujeto se coloque en el lugar del otro.
- **Introyección:** Nivel básico más temprano y primitivo de los procesos de internalización. Es la reproducción y fijación de una interacción con el medio, a través de una conjunción organizada de huellas mnésicas en las que participan por lo menos tres componentes: la imagen de un objeto, la imagen del sí mismo en interacción con ese objeto, y el matiz afectivo de la imagen objetal y de la imagen del sí mismo bajo la influencia del representante instintivo actuante en el momento de la interacción. En las primeras introyecciones no existe una diferenciación entre la imagen objetal y la imagen de sí mismo.
- **Menarquia:** El momento del primer período menstrual. Es la señal que da inicio a la pubertad o madurez sexual en las mujeres.
- **Menopausia:** Cese del ciclo menstrual. Interrupción permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Se adjudica esta atribución después de doce meses de amenorrea o pérdida de la regla, no debida a otros factores como embarazo o lactancia.
- **Menopausia artificial:** Se origina por intervenciones quirúrgicas como la ovariectomía, por la irradiación de la pelvis, incluyendo los ovarios, u otros problemas médicos que le pueden afectar.
- **Menopausia prematura:** Es la que se produce antes de los 40 años por una insuficiencia ovárica o por diversas causas entre las que se pueden mencionar una predisposición genética, los trastornos autoinmunes que producen anticuerpos que pueden afectar, entre otras glándulas, a los ovarios. También se asocia al hábito de fumar.
- **Mialgias:** Dolor de los músculos.

- **Objeto “bueno”, objeto “malo”:** Términos introducidos por Melanie Klein para designar los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de la fantasía del niño. Las cualidades de “bueno” y de “malo” se le atribuyen, no solamente por su carácter gratificador o frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones libidinales o destructivas del sujeto. El objeto parcial (pecho, pene) se halla escindido en un objeto “bueno” y un objeto “malo”, constituyendo esta escisión el primer modo de defensa contra la angustia. El objeto total será igualmente escindido (madre “buena” y madre “mala”.) Los objetos “buenos” y “malos” se hallan sometidos a los procesos de introyección y de proyección.
- **Objeto ideal:** La imagen introyectada de la madre buena. Para W. Fairbairn, el objeto ideal es el objeto del Yo Central. Es un objeto interno satisfactorio, el objeto suficientemente bueno o simplemente, el objeto bueno.
- **Objeto persecutorio:** La imagen introyectada de la madre mala.
- **Objeto parcial:** Las primeras relaciones de objeto se hacen con un objeto parcial. El primer objeto parcial percibido por el bebé es el pecho materno y en seguida, otras partes del cuerpo de la madre y del propio cuerpo. Según M. Klein, el objeto parcial se halla escindido en un objeto bueno y un objeto malo.
- **Objeto total:** Describe la percepción de otra persona como persona, es decir, que la madre es vista como objeto total, o sea distinta de sí mismo; es la madre real, objetiva.
- **Objetos cognoscitivos:** En principio, son objetos internos (la imagen interna de la madre), y a través de los intercambios con sus objetos externos (la madre real, objetiva), se desarrolla la mente del niño.
- **Objetos externos:** Son los objetos reales.
- **Objetos internos:** Son los objetos que forman parte del mundo interno del bebé, de su psiquismo.
- **Osteoporosis:** Principal problema para la salud que puede originar la menopausia. Como su etimología griega lo indica, significa hueso poroso; consiste en la pérdida del contenido mineral (calcio), por lo que los huesos se hacen menos densos y más frágiles, y hay peligro de fracturas. La mayor incidencia se da en las vértebras, lo que provoca encorvamiento y dolor de espalda, el fémur o cadera y la muñeca. Estas fracturas se pueden llegar a producir por traumatismos mínimos, y en las ancianas, sin traumatismo alguno. Las mujeres con mayor riesgo son las delgadas, de raza blanca, fumadoras, que toman corticoides o las que tienen poca actividad física.

- **Ovariectomía:** Excisión o extirpación de los ovarios por medios quirúrgicos.
- **Parasitismo:** Relación entre dos personas en la cual uno de ellas se beneficia directamente de la otra., que no obtiene ningún beneficio de esta asociación.
- **Parestesias:** Sensación o conjunto de sensaciones anormales, especialmente el hormigueo, adormecimiento o ardor que se experimentan en la piel de ciertos enfermos del sistema nervioso o del circulatorio.
- **Pérdida:** Privación de lo que se poseía. Daño o menoscabo que se recibe en una cosa. Todo cambio positivo o negativo que se da en el individuo o en su contexto ya sea éste familiar laboral, social, de pareja, de salud, implica una pérdida.
- **Premenopausia:** Periodo de transición gradual que incluye la disminución paulatina del ciclo menstrual. Algunos autores la denominan perimenopausia.
- **Progesterona:** Hormona que prepara los tejidos internos uterinos al estimular el desarrollo de las glándulas y de los vasos sanguíneos. Ello resulta en un engrosamiento del tejido uterino, formando una capa esponjosa, en la cual el óvulo fecundado se alojará. Estos cambios que tienen lugar en el útero permiten que el óvulo fecundado se adhiera a la pared uterina y se desarrolle normalmente.
- **Relaciones objetales:** Es, en su concepción más amplia, la relación del sujeto con su mundo, en especial la del niño con su madre y luego, con el ambiente familiar. La experiencia intrapsíquica de las primeras relaciones con los demás. Reconoce que a partir del nacimiento los individuos se relacionan con otras personas y forman vínculos. Los teóricos de las relaciones con los objetos buscan entender la interacción entre la dinámica intrapsíquica y las relaciones interpersonales.
- **Relación simbiótica:** Relación en la que una u otra persona pierde o no alcanza nunca su independencia.
- **Self:** Es la combinación del Ego y sus objetos internos en una relación única y dinámica que incluye el carácter y da un sentido de identidad personal que perdura y se mantiene relativamente constante a través del tiempo. A diferencia del Ego, el *self* puede relacionarse como una persona total.
- **Signo:** Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.
- **Síndrome:** Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

- **Síndrome climatérico:** Síntomas y signos que se presentan durante el periodo del climaterio. Estos pueden ser de orden fisiológico, psicológico y psiquiátrico.
- **Síntoma:** Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afectado más que por el examinador.
- **Síntomas fisiológicos:** Síntomas provocados por el descenso de hormonas de estrógeno en el organismo. Las alteraciones más comunes son los bochornos, sudores nocturnos, cansancio y trastornos del sueño. Pueden darse alteraciones urinarias o vaginales como también el debilitamiento de los huesos (osteoporosis), reducción del tamaño de los senos, adelgazamiento del cabello o algún crecimiento de pelo en el rostro.
- **Síntomas psicológicos:** Se refieren a ansiedad, quejas de irritabilidad, excitación, inquietud, tensión, aumento de la sensibilidad, temores infundados, respuestas psicofisiológicas al estrés como aumento de la frecuencia cardíaca, y tensión arterial, falta de deseos de realizar las tareas diarias, depresión.
- **Sofocaciones o bochornos:** Relacionados con los cambios cardiovasculares y la actividad electrodérmica que se producen por la disminución de estrógeno en el organismo, se definen como la sensación subjetiva de calor intenso en la parte alta del cuerpo con duración de unos cuatro minutos, precedida de palpitaciones o cefalea y seguida de debilidad, sensación de desmayo o vértigo. Este episodio, por lo general termina con sudoración profusa seguida de frío. La sensación de calor es ascendente, del torax a la cara, con enrojecimiento de la piel siendo primero un aumento en la circulación periférica, en particular en los dedos de las manos que la precede de un minuto a minuto y medio. Este aumento de la corriente sanguínea se limita a la vasculatura cutánea, sin involucrar al músculo, lo que explica que la presión arterial se mantenga estable durante la aparición de los bochornos.
- **Valencia negativa:** Introyecciones que se dan bajo los derivados de instintos agresivos. Tienden a fusionarse con introyecciones de similar valencia negativa y se organizan formando los "objetos internos malos".
- **Valencia positiva:** Introyecciones de gratificación del impulso libidinal como es el caso en el contacto amoroso entre madre y bebé. Estos tienden a fusionarse y a organizarse formando lo que de manera algo vaga pero sugestiva, se ha denominado como el "objeto interno bueno".

BIBLIOGRAFÍA

- ABADI, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Buenos Aires, Argentina: Editorial LUMEN.
- ALANIZ, A. (1999). *Menopausia prematura iatrogénica: Repercusiones*. Internet: <http://www.amec.com.mx/AMEC/Medicos/menopausia-prematura.html>
- ÁLVAREZ de S., R. (1999). *Interrelaciones Familiares durante la Menopausia de la Mujer*. Internet: http://www.encolombia.com/INTERRELACIONES_FAMI_MENO2-1.HTM pp. 1-3.
- (1999). *Vivencias de la Sexualidad en la Menopausia. Concepciones Histórico Sociales y Médicas sobre la Menopausia*. Internet: http://www.encolombia.com/INTERRELACIONES_FAMI1_MENO2-1.HTM pp. 1-3.
- ARAÚZ ROVIRA, J. (1994). *Metodología de la Investigación Científica*. Panamá: Imprenta Universitaria, pp. 238.
- ARIETI, S. y BEMPORAD, J. (1993). *Psicoterapia de la Depresión*. México: Editorial Paidós.
- BALLINGER, C. B. (1975). *Psychiatric morbidity and the menopause: screening of general population sample*. *British Medical Journal*, 3, 344-346.
- BELIAK, L. (1990). T.A.T., C.A.T. y S.A.T. *Uso clínico*. México: Editorial El Manual Moderno, pp. 236 - 246.
- BELIAK, L. y GOLDSMITH, L. (1994). *Manual para la evaluación de las funciones del Yo*. México: Editorial El Manual Moderno. pp. 57.
- (1993). *Metas Amplias para la Evaluación de las Funciones del Yo*. México: Editorial El Manual Moderno. pp. 533, 538-539, 566-570.
- BENEDEK, T. (1950). *Climaterium: a developmental phase*. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, pp. 1-27
- BERNSTEIN, D. y NIETZEL, M. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill. pp. 62-70.
- BOWLBY, John. (1986). *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. Madrid: Ediciones Morata. pp. 208.
- BRAVO SOLARTE, L. (1999). *Aspectos psicológicos de la menopausia*. Internet: http://www.encolombia.com/meno41_aspectos.htm

- BUNGAY, G. T., VESSEY, M. P. y McPHERSON, C. K. (1980). Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. *British Medical Journal*, 2, pp. 181- 183
- CAPLAN, G. (1976). Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publications.
- (1993) Aspectos preventivos en salud mental. Barcelona, España: Ediciones Piados.
- CARRANZA, L. S. (1988). Atención Integral del Climaterio. México, D. F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. pp. 1-3
- CÁZARES HERNÁNDEZ, Laura y COLABORADORES. (1980). Técnicas Actuales de Documentación Experimental. México: Editorial Trillas. pp. 162.
- ANÓNIMO. (1991). Censos Nacionales de Población y Vivienda. Resultados Finales Ampliados. Características Generales de la Población. 13 de mayo de 1990. Contraloría General de la República de Panamá. p. 34.
- ANÓNIMO. (1991). Censos Nacionales de Población y Vivienda. Resultados Finales Básicos. Distrito de Panamá. 13 de mayo de 1990. Contraloría General de la República de Panamá. p. 16.
- ANÓNIMO. (1991). Censos Nacionales de Población y Vivienda. Resultados Finales Básicos. Distrito de San Miguelito. 13 de mayo de 1990. Contraloría General de la República de Panamá. p. 11.
- CLAUSER, J. A. (1986). The life course: a sociological perspective. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- COSTAGUTA, E. B. (1999). La Mediana Edad en las Mujeres. Un Abordaje Posible. Internet:
- CRAIG, Grace. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana. pp. 542- 601.
- CHIRIBOGA, D. A. (1981). The developmental psychology of the middle age. En J. Howells (Ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of middle age*. New York: Brunner/ Mazel.
- DALY, L. W., Ed. (1974). *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, 25th edn. Philadelphia and London; W. B. Saunders.

- DANISH, S. J. y D'AUGELLI, A. R. (1980). Promoting competence and enhancing development through life development intervention. En L. A. Bond y J. C. Rosen (eds.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover, New Hampshire: University Press of England.
- DEYKIN, E. Y., JACOBSON, S., KLERMAN, G. y SOLOMON, M. (1966). The empty nest: psychosocial aspects of conflict between depressed women and their grown children. *American Journal of Psychiatry*, **122**, pp. 1422-1426.
- DONOVAN, J. C. (1951). The menopausal syndrome: a study of case histories. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **62**, pp. 1281-1291.
- DUNNELL, K. y CARTWRIGHT, A. (1972). *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*. London and Boston; Routledge and Kegan Paul.
- ENGLER, B. (1996). Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill. pp. 34 – 68, 156 - 195.
- ENGLISH, O. S. (1954). Climateric neuroses and their management. *Geriatrics*, **9**, pp.139-145.
- ERIKSON, E. H. (1963). *Childhood and Society*. Nueva York: Northon.
- (1968). *Identity, Youth and crisis*. New York: Norton.
- FENICHEL, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Editorial Piados. p.p.
- FELDMAN, J. M., POSTLETHWAITE, R. W. y GLEN, J. F. (1976). Hot Flashes and sweats in men with testicular insufficiency. *Archives of Internal Medicine*, **136**, pp. 606-608.
- FINK, S. L., BEAK, J. y TADDEO, K. (1971). Organizational crisis and change. *Journal of Applied Behavioral Science*, **7**, pp. 15-37.
- FLINT, M. P. (1975). The menopause: reward or punishment. *Psychosomatics*, **16**, 161-163.
- (1979). Transcultural influences in peri-menopause. In *Psychosomatics in Peri-menopause*. (Haspels, A. A. and Musaph, H., Eds.), pp.41-56. Lancaster, UK: MTP Press Ltd.
- FRENKEL-Brunswik, E. (1963). Adjustments and reorientation in the course of the life span. En R. G. Kuhlen y G. G. Thompson (Eds.), *Psychological studies of human development* (2nd. ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

- FRAMO, J. L. (1996). Familia de Origen y Psicoterapia. Barcelona: Editorial Paidós, Ibérica, S.A.
- FREUD, S. (1915). Sobre la Guerra y la Muerte. O. C., XVIII, Buenos Aires, Santiago: La Rueda.
- FUNDACIÓN CIENTÍFICA DE LA SALUD FEMENINA (1996). Aspectos Básicos sobre la Menopausia. *Gine-web: Newsletter*. pp. 2-3.
- GALLI, E. (1997). La Depresión: Hacia una Nueva Conceptualización Dimensional. Internet: http://www.vinet.com.mx/clínica_depresión/boll.htm
- GONZÁLEZ, C. (1997). Trastornos Afectivos en la Mujer, Depresión y Menopausia. Internet: http://www.vinet.com.mx/clínica_depresión/boll.htm. pp. 1-7.
- GOULD, R. L. (1978). Transformations, growth and change in adult life. New York: Simon & Schuster.
- GREENE, J. G. y COOKE, D. J. (1980). Life stress and symptoms at the climaterium. *British Journal of Psychiatry*, 136, 486-491.
- GRINBERG, L. (1994). Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- GUILLÉN, M., CABALLERO, L. y PADRÓN, R. (1998). Factores que influyen en la edad de la menopausia natural. <http://infonew.sld.cu/revistas/end/end07397.htm> pp. 1-8.
- HALLMSTROM, T. (1973). *Mental Disorder and Sexuality in Climateric*. Gothenburg; Scandinavian University Books.
- HALPERN, H. A. (1973). Crisis theory: A definitional study. *Community Mental Health Journal*, 9, pp. 342-439.
- HAMMOND, C. B. (1996). Menopause and hormone therapy: An overview. *Am.Obstet Gynecol*, 87, pp. 23-15.
- HERNÁNDEZ S., R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A.
- HUNT, B. y HUNT, M. (1975). Prime Time. New York: Ronald Press.
- INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD, DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (1998). La Menopausia. <http://www2.interplanet.es/dapsa/sa/page21.htm>. pag.1

- JACQUES, E. (1966). La Muerte y la Crisis de la Mitad de la Vida. *Revista de Psicoanálisis*, XXIII, pp. 4.
- JASZMAN, L., VAN LITH, N. D. and Zaat, J. C. A. (1969). The perimenopausal symptoms: the statistical analysis of a survey. *Medical Gynecology and Sociology*, 4, pp. 268-277.
- JEFFCOATE, T. N. A. (1960). Drugs for menopausal symptoms. *British Medical Journal*, 1, pp.340-342.
- KERCHMER, K. S. (1989). Temas Selectos en Reproducción Humana. México, D. F.: Editorial INPer. 58, pp.789-802.
- KERLINGER, F. (1994). Investigación del Comportamiento. México: McGraw Hill.
- KERNBERG, O. (1987). Trastornos Graves de la Personalidad. México: Manual Moderno. pp. 1 – 22, 168 – 176, 206 – 216.
- ____ (1996). La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. México: Editorial Piados.
- KOLB, L. (1977). Psiquiatría Clínica Moderna. Quinta edición. México: La Prensa Médica Mexicana. p.p. 53 – 74, 435 – 471.
- KROGER, W. S. and FREED, S. C. (1951). *Psychosomatic Gynecology*. Philadelphia and London: W. B. Saunders.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor.
- LAZARUS, R. S. (1980). **The stress and coping paradigm**. En L. A. Bond and R.C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. New Hampshire: University Press of New England.
- LIDELL, H. G. y SCOTT, R. (1968). *The Greek – English Lexicom*. Oxford: The Clarendon Press.
- LÓPEZ, J. F. (1999). Vigilancia en el Climaterio. Internet:
<http://www.amec.com.mx/AMEC/Publico/vigilancia-climaterio.html>
- MANUBENS, M. (1999). Menopausia y su tratamiento. Internet:
<http://www.iudcxes.uab.es/meno.html> pp. 1-3.
- MILLER, K. y ISCOE, I. (1963). The concept of crisis: Current status and mental health implications. *Human Organization*, 22, 195-201.

- NEUGARTEN, B. L. (1968). *Middle Age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- (1970). Dynamics of transition of middle age to old age. Adaptation and the life cycle. *Journal of Geriatric Psychiatry*, IV, 1.
- (1979). Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 136, pp. 887-893.
- NEWMAN, B. M. (1982). Mid-life development. En B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- ORTUÑO, M. (2000). Definición y Epidemiología. Climaterio y Menopausia. Internet: <http://www.amec.com.mx/AMEC/Publico/Definicion-epidemiologia.html> pp. 1-2.
- PAPALIA, D. y Wendkos, O. (1992). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw Hill Interamericana. pp. 479 – 524.
- PELCASTRE, B. (1999). Las diferentes dimensiones de la menopausia. Internet: <http://www.insp.mx/salvia/9823/sal98231.html> pp. 1-3.
- PETERSON, B. E. y CLONEN, E. C. (1995) Realization of generativity in two samples of women at midlife. *Psychology and Aging*, 10 (1), pp. 20-29.
- PRIEST, R. G. y CRISP, A. H. (1972). The menopause and the relationship with reported somatic experiences. En *Psychosomatic Medicine and Gynecology* (Morris, N., Ed.), pp. 605-607. Basel; Karger.
- RAPOPORT, L. (1965). The State of Crisis: Some theoretical considerations. En H.J. Parad (ed.), *Crisis Intervention: Selected readings*. New York: Family Service Association of America.
- RAPOPORT, R. y RAPOPORT, R. (1980). *Growing through life*. New York: Harper & Row.
- RIEGEL, K. (1975). Adult life crises: A dialectic interpretation of development. En N. Datan y L. H. Ginsberg (Eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. New York: Academic Press.
- ROGERS, J. (1956). The menopause. *New England Journal of Medicine*, 254, 697-703, 750-756.
- RUBIN, L. B. (1979). *Women of a Certain Age. The midlife Search for Self*. New York: Harper, Colophon Books/ Harper and Row.

- SAIZ, J., IBÁÑEZ, A., O'NEILL, A. (1999). ¿Influye la menopausia en la evolución del trastorno bipolar?. *Psiquiatría.COM* (revista electrónica). Internet: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art_3.htm pp. 1-11.
- SALVAREZZA, L. (1991). El concepto de narcisismo en la vejez y su conexión con las depresiones. Trabajo inédito presentado ante el Jurado para proveer el cargo de Profesor Titular de la Cátedra de "Tercera edad y vejez" en la Facultad de Psicología, UBA.
- (1991). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Editorial Paidós. pp.
- SARASON, I. y SARASON, B. (1996). *Psicología Anormal*. México: Prentice Hall Hispanoamericana. pp. 74, 619.
- SCHARFF, J. y SCHARFF, D. (1992). *Scharff Notes*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- SEVERNE, L. (1979). Psychosocial aspects of the menopause. En *Psychosomatics in Peri-menopause* (Haspels, A. A. and Musaph, H., Eds.) pp. 101-120. Lancaster, UK: MTP Press.
- SHEEHY, G. (1978). *Las Crisis de la Edad Adulta*. Barcelona, España: Editorial Pomaire.
- (1998). *Menopause. The Silent Passage*. New York: Pocket Books.
- SHERMAN, E. (1987). *Meaning in mid-life transitions*. Albany: State University of New York Press.
- SHERWIN, B. B. (1996). Hormones, mood, and cognitive function in postmenopause women. *Obstet Gynecol*, **87**, pp.20-26.
- SLAKEU, K. (1996). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno. pp. 16-31, 45-65.
- STERN, E. (1965). *La psicoterapia en la actualidad*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires. p.p. 12 – 25.
- STUDD, J. W. (1979). *The climateric syndrome*. Lancaster, UK: MTP Press, pp.23-33
- STURDES, D. W., WILSON, K. A., PIPILI, E. and CROCKER, A. D. (1978). Physiological aspects of menopausal hot flush. *British Medical Journal*, **2**, pp.79-80.
- TAPLIN, J. R. (1971). Crisis theory: Critique and reformulation. *Community Mental Health Journal*, pp.13-23.

- THOMPSON, B., HART, S.A. and DURNO, D. (1973). Menopausal age and symptomatology in a general practice. *Journal of Biosocial Science*, **5**, 71-82.
- UTIAN, W. H. (1972). The true clinical features of menopause and oophorectomized and their response to oestrogen therapy. *South African Medical Journey*, **46**, pp. 732-737.
- (1987). Overview on menopause. *Am J Obstet Gynecol*, pp. 156-1280.
- UTIAN, W. H. and SERR, D. (1976). The climateric syndrome. Lancaster, UK: MPT Press, pp.1-4.
- VARELA, Y. de. (1999). El Impacto de las Dificultades Emocionales de los Padres en el Desarrollo Temprano del Niño. Internet: <http://www.pananet.com/psicologia/impacto.htm> pp. 1-6
- VERA, K. (1999). Guía de actitudes frente a la menopausia. Internet: http://www.encolombia.com/cartilla_guiactitudes.htm pp.1-3.
- WEG, R. B. (1989). Sensuality/ sexuality of the middle years. En S. Hunter and M. Sundel. *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications*. Newbury Park, CA: Sage. pp. 31-47.
- WHILHELM, R. (1967). *The Book of Changes of the I Ching*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- WIKLUND, I. (1998). Métodos para evaluar la influencia de los síntomas climatéricos sobre la calidad de vida. Internet: <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/saludsexualcalidadvidamenopausia.htm> pp. 1-3.
- WILSON, R. A. and WILSON, T. A. (1963). The fate of the nontreated postmenopausal woman: a plea for a maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave. *Journal of the American Geriatrics Society*, **11**, 347-362.
- WINNICOTT, D. W. (1991). *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Editorial Piados.
- WOLMAN, B. (1970). *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*. Tercera edición. Barcelona: Ediciones Martínez-Roca. pp. 235 – 331.
- WOOD, C. (1979). Menopausal myths. *Medical Journal of Australia*, **1**, 496-499.
- ZAX, M. y COWEN, E. (1979). *Psicopatología*. Segunda edición. México: Nueva Editorial Interamericana. pp. 19, 38, 84 - 95, 160 - 165

ANEXO

5. ¿Y su educación? (si hay algún grado o escuela que no fue completado, pregunte por qué, y sentimientos al respecto en aquel momento y en la actualidad).

6. ¿Qué clase de trabajo realiza? ¿En cuántos lugares ha trabajado? ¿Cuáles fueron las razones para sus cambios de trabajo? ¿Cuánto tiempo estuvo laborando en cada uno de ellos? Si hay discrepancia entre el nivel de estudio y la naturaleza del trabajo, investigue acerca de ello.

8. ¿Practica alguna religión? ¿Cuál?

9. ¿Ha estado hospitalizada? Razones y tiempo.

10. ¿Qué enfermedades ha padecido? ¿su familia? ¿antecedentes psiquiátricos?

Entrevistada: _____

Familia: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

11. ¿Cuál de sus padres estuvo más cerca de usted?

Padre ___ madre ___ ambos ___ ninguno ___

12. ¿Cómo era su relación con cada uno de sus padres? (sentimientos, recuerdos, etc.)

13. ¿Sus padres están vivos? En caso de muerte de alguno de ellos, preguntar sobre edad de la entrevistada al morir el o los progenitores, forma de vivenciarlo.

14. ¿Cómo se llevaban sus padres en su matrimonio?

15. ¿Cómo era su relación con cada uno de sus hermanos(as)?

16. ¿Qué atmósfera prevelece en la familia? ¿Qué clase de familia tuvo usted?

17. ¿Hubo alguna muerte o pérdida en la familia? o ¿algún trauma o suceso fuera de lo común?

18. En la actualidad, ¿cómo es su relación con sus padres? ¿sus hermanos? (distante, fría, íntima, superficial, se ha interrumpido).

19. ¿Cómo ha sido la relación con sus hijos? ¿Cómo es en la actualidad?

20. ¿Cómo es la atmósfera de su hogar? ¿Qué clase de familia tiene usted?

21. ¿Hubo alguna muerte o pérdida en su familia actual o algún suceso o trauma fuera de lo común? ¿Qué significó para usted? ¿Cómo la vivenció?

MENARQUIA Y MENOPAUSIA

1. ¿Qué edad tenía cuando experimentó su primer periodo menstrual?

2. ¿Sabía lo que le estaba sucediendo? ¿Qué información tenía al respecto?

3. ¿Qué sentimientos o sensaciones le produjo su primer periodo menstrual?

4. ¿Tuvo la necesidad de visitar a algún médico por esta causa?

5. ¿Cómo sintió usted que reaccionó su familia ante su primer periodo menstrual?

6. ¿Fueron sus periodos menstruales regulares o irregulares? ¿Fueron dolorosos? (cólicos, etc.)

7. ¿Tuvo problemas para quedar embarazada? Explique.

8. ¿A qué edad se inició su proceso de menopausia?

9. ¿Tenía información sobre lo que esto implicaba? Explique

10. ¿Qué malestares experimentó usted durante este periodo? ¿Por cuánto tiempo?

11. ¿Asistió al médico por esta causa? Explique

12. ¿Qué sentimientos o sensaciones experimentó usted al llegar a la menopausia?

13. ¿Qué ideas o pensamientos tenía usted con relación a la menopausia?

14. ¿Coincidió esta época con la muerte de algún familiar o amigo? Explique.

15. ¿Coincidió esta época con la partida de la casa de alguno de sus hijos(as)?

16. ¿Coincidió esta época con algún trauma o suceso fuera de lo común?

17. ¿Considera que con la menopausia perdemos algo de nuestra femineidad? ¿nos indica que nuestra función como mujer ha terminado?

18. ¿Se sintió triste, melancólica, sin ánimos para realizar sus tareas diarias? ¿sintió irritabilidad? ¿Sintió que había perdido parte de su seguridad habitual? ¿se sentía nerviosa, angustiada? ¿se sentía enferma? ¿tenía problemas para dormir?

19. ¿Presentó dificultades en su vida de pareja durante y después de este periodo? ¿en sus relaciones sexuales? ¿en su vida familiar?

RELACIONES OBJETALES SEGÚN BELLAK

1. ¿Cómo era su padre? ¿su madre? ¿Cómo era su vida hogareña? ¿Su vida hogareña actual?

2. ¿Cómo se lleva con su esposo/ patrón/ padres?

3. ¿Ha descubierto que no importa cuánto trate de evitarlas, afloran las mismas dificultades en las relaciones importantes?

4. ¿Se involucra siempre con el mismo tipo de persona? ¿Incluso cuando pensaba que él o ella iba a ser diferente?

5. ¿Por lo general prefiere usted estar cerca de las personas o mantener su distancia? ¿Cómo se siente usted más cómodo, con relaciones intensas o frías? ¿Cuál clase para cuál tipo de cosas?

6. ¿Le es difícil aproximarse a las personas? ¿Permanece cerca? ¿Cuáles son las cosas que le hacen desear mantener la distancia? ¿En las relaciones íntimas con frecuencia alcanza el punto en el que las cosas se han vuelto demasiado íntimas como usted las ha deseado o de hecho las ha roto?

7. ¿Alguna vez ha huido de una relación o la ha roto por temor de ser lastimado si se vuelve demasiado íntima? ¿O encuentra difícil marcharse aún cuando las cosas van mal?

8. ¿Alguna vez ha sentido que alguien lo ha rechazado o que un amigo lo ha abandonado?

9. ¿Qué tan fácilmente son heridos sus sentimientos? ¿Es usted sensible a la crítica? ¿A ser dejado fuera de las cosas? ¿Con frecuencia siente usted que ha sido rechazado o abandonado?

10. ¿Alguna vez en su vida ha sido muy herido? ¿Ha sentido usted que es su destino estar siempre en la parte perdedora? Cuando es herido, ¿tiene usted manera de intentar o desear vengarse?

11. ¿Ha habido ocasiones en su vida en las que ha tenido que vivir solo? ¿O ha deseado mucho vivir solo? ¿Cómo se siente cuando "X" (quienquiera con quien viva el paciente) se ausenta por el fin de semana? ¿o más tiempo?

12. ¿Alguna vez ha ido usted a un restaurante o cine solo?

13. ¿Qué tan bien entiende usted a las demás personas? ¿Qué tan bien le entienden ellos a usted?

14. ¿Ha sentido usted que las cosas estarían bien si solamente él/ ella/ ellos cambiaran?

15. ¿Intenta cambiar la manera de ser de las personas y la forma en que actúan de modo que sean de la forma que le agrada a usted?

16. ¿Cómo obtiene usted lo que desea de las demás personas?

17. ¿Qué tipo de cosas hace usted para lograr que los demás le presten atención? (ser el alma de las fiestas, llorar, enojarse, vestirse bien, etc.).

18. ¿Disfruta usted ejerciendo poder sobre otras personas? ¿Es este un poder secreto?

19. ¿Quién maneja qué en su hogar? ¿Cómo toma las decisiones importantes? ¿Quién maneja las finanzas? ¿los asuntos de los hijos? ¿Quién dirige *realmente* las cosas?

20. ¿Por lo general, quién hace las aproximaciones iniciales para el sexo, usted o su compañero? Inmediatamente después del sexo, ¿qué le gusta hacer?

21. ¿Alguna vez se ha visto implicada en relaciones amorosas o involucrado sexualmente con más de una persona a la vez? ¿Es esto (o sería esto) para usted difícil de sostener emocionalmente, o lo prefiere (o piensa que lo preferiría) de esta manera?

22. ¿Juega usted juegos como el del “gato y el ratón” con personas cercanas a usted?
