

11226
2 of 95



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ No. 11 XALAPA, VER. UMF No. 10

PRESENCIA DE SINDROME
DEPRESIVO EN PACIENTES
MENOPAUSICAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

Carlos Thomassiny Azcona



XALAPA, VER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

OBJETIVO.....	1
INTRODUCCION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	7
HIPOTESIS GENERAL.....	9
HIPOTESIS ESTADISTICAS.....	10
MATERIAL Y METODO.....	11
SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION.....	13
RESULTADOS.....	17
CONCLUSIONES. f.....	23
COMENTARIOS.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25

OBJETIVO

**DEMOSTRAR LA ASOCIACION ESTADISTICA ENTRE LA
MENOPAUSIA Y LA PRESENCIA DE SINDROME DEPRESIVO.**

INTRODUCCION

La disminución de estrógenos circulantes es responsable de los síntomas vasomotores y la depresión. La reducción de estrógenos, reduce en plasma el triptófano, este es el precursor de la serotonina, lo que a su vez causa depresión.

Existen tres factores:

- 1.- Factor Psicológico: La sensación de pérdida puede ser determinante en la aparición de depresión.
- 2.- Factores sociales: Los cambios sociales que ocurren entre los 40 y 50 años son varios, como por ejemplo; los padres necesitan cuidados o están muertos. Los hijos se encuentran en educación y trabajan o están casados. Los eventos de la vida adversos puede contribuir al desarrollo de patologías psiquiátricas.
- 3.- Factores culturales: En subculturas asocian los síntomas mentales con eventos biológicos como el nacimiento, la menstruación, la menopausia. Por razones similares los síntomas psiquiátricos pueden ser atribuidos cronológicamente a eventos biológicos sin que exista entre ellos una relación casual. (1)

La relación entre los niveles hormonales y los cambios psicossociales durante la menopausia no están claros.

Climaterio es el periodo entre las edades de 40 y 55 años, cuando una mujer pasa de la etapa reproductiva, este periodo se-

subdivide en:

- Premenopausia, en el cual el ciclo menstrual se hace irregular.
- La menopausia, es el tiempo del final de la menstruación.
- La postmenopausia, que se caracteriza por la involución de los ovarios.

La mayoría de los cambios hormonales (disminución de los niveles de estrógenos) no están claramente relacionados con problemas emocionales. Se sabe que las catecolaminas y los estrógenos interactúan, pero el mecanismo exacto y sus efectos sobre los síntomas psicológicos son también inciertos. (2)

La reacción depresiva del climaterio incluye trastornos como, preocupación, ansiedad, agitación e insomnio. Hay datos que indican valores disminuidos de serotonina en el cerebro y el líquido cefalorraquídeo de estas pacientes deprimidas. La fracción libre de triptófano puede también estar baja en estas pacientes. Existe una correlación positiva entre el triptófano libre del plasma y las concentraciones de estrógeno, y una correlación negativa comprobada entre grados de depresión y concentración plasmática de triptófano libre. Esto sugiere que la deficiencia de estrógenos puede desempeñar cierto papel en la producción de la depresión que acompaña al climaterio. (4)

Muchas mujeres llegan a la menopausia con problemas emocionales contraídos mucho tiempo atrás y con un largo historial de episodios depresivos. Un veinticinco o treinta por ciento de estas mujeres padecen cambios fisiológicos lo suficientemente notorios como para solicitar ayuda médica. Sus síntomas vasomotores generalmente responden a una terapia endocrina.

Hay pocas pruebas de que exista un síndrome específico, -- "Depresión Menopausica", que ocurra puramente como resultado de climaterio. (5)

Desde la menarquia hasta la menopausia el ovario provee -- continuamente de estrógenos al organismo de la mujer. Después de la menopausia siguen produciéndose estrógenos, que en gran número de mujeres bastan para mantener el equilibrio metabólico. Se discute el origen de estos estrógenos, pero parece probable que una parte proceda del ovario, otra de la corteza suprarrenal y, quizás, cierta porción de otros tejidos.

El climaterio es un proceso que se desarrolla en dos fases: Premenopáusica y posmenopáusica. Muchas mujeres pasan el climaterio sin experimentar trastornos clínicos, otras los sufren con menor intensidad, mientras que un buen número de ellas padecen seriamente diversas molestias y alteraciones. El síndrome climatérico típico se caracteriza fundamentalmente por perturbaciones neurovegetativas que se traducen en síntomas como los típicos "bochornos", escalofríos, diaforesis, parestesias, palpitaciones, cefaleas, fluctuaciones de la tensión arterial, etc. A estos síntomas acompañan casi siempre perturbaciones en la esfera afectiva, como labilidad emocional, irritabilidad, - tendencia a la depresión y a la tristeza y, en muchas ocasiones, anomalías psíquicas, tales como, disminución de la memoria y - de la capacidad de concentración. (6)

Al aumentar la longevidad calculada, también se ha incrementado el número de problemas clínicos que acompañan al envejecimiento. Unos de los problemas más comunes son los cambios-

endocrinos de la menopausia. Estos problemas incluyen síntomas y signos de: 1.- Disminución en la producción de estrógeno, como inestabilidad vasomotora y atrofia de los órganos reproductores.

2.- Desfeminización, hirsutismo e incluso virilismo.

3.- Aparición paradójica de síntomas y signos, que sugieren producción persistente de estrógenos, como metrorragia, hiperplasia endometrial y tal vez carcinoma endometrial. (8)

Se ha señalado diversos síntomas psicológicos que se presentan al tiempo de la menopausia; los más frecuentemente citados incluyen nerviosidad, ansiedad, irritabilidad, depresión, insomnio y fatiga. Los signos de depresión mental incluyen incapacidad de tomar decisiones, apatía e inquietud, retraso psicomotor pérdida de libido y disminución de reacciones emocionales.

El climaterio se presenta en una etapa de la vida en que intervienen otros diversos factores emocionales, que pueden dar origen a un tipo reactivo de depresión. Estos factores incluyen pérdida de la femineidad, dificultades en el trabajo del marido los hijos que abandonan el hogar y la noción de que "la vida — casi se ha acabado". (9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe asociación estadística entre la menopausia y la presencia de síndrome depresivo ?

En la unidad de medicina familiar No. 10 de Xalapa, Ver. -- se han detectado, en la consulta externa, síntomas y signos relacionados con el síndrome depresivo en pacientes de edad climática, que comprenden de los 40 a los 55 años de edad, cuya relación aun no se establece formalmente. Enmarcando a la depresión otras causas desencadenantes.

El trabajo en estudio tiene como finalidad aportar datos estadísticos que nos permita establecer la relación existente entre la menopausia y el síndrome depresivo. Y con ello establecer bases para su manejo oportuno y adecuado.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

SINDROME MENOPAUSICO: La menopausia, cesación de la menstruación, se debe indudablemente a la falta de función del ovario, y aunque no se sabe cuales factores especificos inician los bochornos, se ha comprobado que la suspensión de estrógenos es uno de los principales.

El periodo de la vida menstrual es de 38 años aproximadamente. En algunas mujeres la función cesa en forma brusca pero con mayor frecuencia lo hace gradualmente. Primero falta uno o dos periodos, luego reaparece la menstruación con caracteres normales una o varias veces, seguida de un nuevo periodo de amenorrea que puede prolongarse varios meses, hasta que la función cesa por completo. Este estadio de duda de la menopausia puede durar uno o varios años. La cantidad y duración de las reglas puede permanecer normal hasta el momento mismo de su desaparición, pero por lo general una y otra decrecen en forma gradual.

SINDROME DEPRESIVO: La depresión es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de 3 psicosis: maniaco depresiva, melancolia involutiva y reacción psicopata de depresión.

Se caracteriza por un sentimiento de soledad, desolación y melancolia, asociada a una sensación de apatía e irresponsabilidad hacia el mundo que les rodea, falta de interes en las relaciones humanas que cean, en él, un aislamiento emocional con las personas que le rodean. Hay un cambio de humor con dirección a la tristeza, la soledad y desesperación que es el rasgo central de la depresión clínica.

Se encuentra asociada a síntomas corporales como dolor en -
epigastrio, dolor precordial, laxitud, anorexia, fatiga, cefa--
lea, insomnio, dolor de espalda, síntomas gastrointestinales.

En casos más severos con ideas suicidas.

HIPOTESIS GENERAL

La menopausia se asocia estadísticamente con el síndrome depresivo.

HIPOTESIS ESTADISTICAS

La menopausia no se asocia estadísticamente con la presencia de síndrome depresivo.

La menopausia se asocia estadísticamente con el síndrome depresivo.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un estudio prospectivo, transversal, comparativo, y observacional; durante un lapso de seis meses, comprendiendo del mes de abril al mes de septiembre de mil novecientos ochenta y siete. Durante los cuales se aplicó la escala de valoración de Hamilton para depresión, a la cual se le agregaron otros datos que se investigaron en este estudio, para detectar la presencia de síndrome depresivo. (vease anexo 1)

La muestra de estudio fue seleccionada por asignación aleatoria, estuvo constituida por trecientos cuarenta y una pacientes, estos debieron reunir los criterios de inclusión, y de no inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

Facientes que acepten ingresar al estudio.

Que acudan a la consulta externa de la unidad de medicina familiar número diez.

En edades de 40 a 50 años.

De cualquier estado civil.

De cualquier religión.

Sin enfermedades crónico degenerativas.

De cualquier nivel socioeconómico.

Sin antecedentes psiquiátricos.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Facientes que no acepten ingresar al estudio.

Menores de cuarenta años y mayores de cincuenta años de edad.

Con trastornos psiquiátricos previos

Con enfermedades crónico degenerativas.

Se realizó una prueba de campo de dos días antes de iniciar la recolección de la información, con la finalidad de verificar la especificidad y confiabilidad de nuestro cuestionario (vease anexo 1). Así mismo para cotejar si el personal colaborador había comprendido los objetivos de nuestro estudio.

Los recursos humanos fueron:

Un investigador que realizó la planificación del estudio y la -- recolección de datos.

Dos médicos internos de pregrado que recolectaron la información.

Ocho residentes de medicina familiar.

Una asistente médica.

**SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION
ESCALA DE VALORACION DE HAMILTON
PARA LA DEPRESION.**

NOMBRE _____ EDAD _____
 SEXO _____ AFILIACION _____
 OCUPACION _____ EDO. CIVIL _____
 DOMICILIO _____
 FECHA DE LA ENCUESTA _____

1.- Trastorno Depresivo.

(sentimiento de tristeza, desesperanza, sentimiento de falta de ayuda, desvalorización).

- 0 = No existe.
 1 = Sólo exteriorizado al preguntar.
 2 = Exteriorizado espontáneamente
 3 = Reconocible por el comportamiento (expresión facial, voz, -
 postura corporal, lágrimas)
 4 = Se saca la conclusión por algunas exteriorizaciones y manera de comportarse del paciente.

2.- Sentimientos de Culpa

- 0 = No existentes.
 1 = Autorrecriminaciones, creencias de haber defraudado a algunas personas
 2 = Sentimiento de culpa o civilaciones sobre faltas anteriores.
 3 = La enfermedad se percibe como castigo (delirio de culpabilidad)
 4 = Alucinaciones acústicas u ópticas que se perciben como acusación o amenaza.

3.- Suicidio

- 0 = Ningún dato para pensar en él
 1 = Hastio
 2 = Deseos de morir, pensamientos sobre la propia muerte
 3 = Ideas suicidas, o comportamiento correspondiente
 4 = Intentos de suicidio

4.- Trastornos en el sueño (para conciliar el sueño)

0 = Ninguno

1 = Trastornos ocasionales (de más de media hora)

2 = Trastornos constantes

5.- Trastornos del sueño (trastornos en relación a mantener el sueño tranquilo sin despertar)

0 = Ninguno

1 = El paciente se queja de sueño interrumpido e inquieto

2 = Despertar nocturno. vgr: levantarse por la noche (en el caso de que no sea para micción)

6.- Trastornos del sueño por la mañana

0 = Ninguno

1 = Despertar muy temprano pero con capacidad para volver a dormir

2 = Despertar muy prematuro sin poder volver a conciliar el sueño.

7.- Trabajo y ocupación

0 = Sin ninguna influencia

1 = Se siente incapaz, cansado o decaído en el trabajo, en el hobby o en otra actividad

2 = Deficiente interés en actividades (trabajo o hobby) requiere esfuerzo grande para concentrarse, lo exterioriza el mismo paciente o permite reconocerlo de esta manera

3.- Emplea poco tiempo para el trabajo o la actividad o ejecuta un trabajo improductivo. En el tratamiento estacionario cuando sólo desarrolla menos de tres horas de ocupación por propia iniciativa.

4 = No ha trabajado más a causa de la enfermedad. En tratamiento hospitalario: cuando no hay ocupación espontánea.

8.- Inhibición lenguaje y pensamiento lento, dificultad para concentrarse, actividad motora reducida

0 = Lenguaje y pensamiento normales

1 = Lentitud moderada durante la exploración

2 = Lentitud notoria durante la exploración

3 = Exploración difícil

4 = Estupor

9.- Excitabilidad

0 = Ninguno

1 = Inquietud de las manos o extremidades

2 = Movimiento circular de las manos y acción de mesarse los

los caballos, de morderse las uñas y los labios, etc, etc.

10.- Ansiedad (síntomas psíquicos)

0 = Ninguno

1 = Tensión interna, irritabilidad

2 = Se preocupa por pequeños

3 = Expresión temerosa con tensión de la cara o al hablar se exterioriza espontáneamente el temor o la angustia

4 = Estupor

11.- Ansiedad (síntomas orgánicos) manifestaciones somáticas - de la angustia. Gastrointestinales: sequedad de boca, meteo - rismo, trastornos de la digestión, diarrea, cólicos, erup - tosa. Cardiovasculares (palpitaciones, cefaleas)

0 = Ninguno

1 = Escasos

2 = Regulares

3 = Marcados

4 = Extremos

12.- Síntomas somáticos (gastrointestinales)

0 = Ninguno

1 = Falta de apetito, come pero sin atractivo por la comida. Sensaciones gástricas

2 = Tiene que ser estimulado para comer. Requiere laxantes y - otros medicamentos gastrointestinales

13.- Síntomas somáticos en general

0 = Ninguno

1 = Sensación de pesadez corporal o dolores, pérdida de vitalidad, fácil cansancio, etc.

2 = Estos mismos síntomas mucho más marcados

14.- Síntomas genitales. Pérdida de la libido, trastornos de - - menstruación.

0 = Ninguno

1 = Escasos

2 = Marcados

15.- Hipocondría

0 = No existe

1 = Aumento de la autoobservación relacionado con el cuerpo

2 = El paciente está lleno de temor por su salud

3 = Numerosas quejas, exigencia de ayuda, etc.

4 = Delirio hipocondríaco

16.- Pérdida de peso (llenar ya sea A o B. En el caso de que existan datos exactos de B deben anotarse)

A.- De la anamnesis

0 = No pérdida de peso

1 = Probable pérdida de peso relacionado con la enfermedad actual

2 = Pérdida de peso evidente (según datos del paciente)

3 = No valorado

B.- Después de pasaje semanal en la clínica

0 = No pérdida de peso o muy escasa (menos de 0.5 kg/semana)

1 = Más de 0.5 Kg/semana

2 = Más de 1.0 Kg/semana

3 = No valorado

17.- Impresión propia sobre la enfermedad

0 = El paciente se da cuenta de que está deprimido y enfermo

1 = Admite estar enfermo pero lo atribuye a la alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a virus, a agotamiento, etc.

2 = La niega

18.- Variaciones diurnas

A.- Mencione si los síntomas aparecen más marcados por la mañana o por la noche. Si no existen variaciones anotar entonces de número 0.

0 = Ninguna

1 = Más marcadas por la mañana

2 = Más marcadas por la tarde

B.- Si existen variaciones diurnas de la enfermedad mencione el grado con que se presentan. Si no existen anotar el número 0

0 = Ninguna

1 = Moderadas

2 = Marcadas

19.- Despersonalización y desrealización (enajenación, sensación de irrealidad).

0 = No existe

1 = Leve

2 = Mediana

3 = Severa

4 = Extrema (el paciente es incapaz de manejarse a si mismo)

RESULTADOS

SINDROME DEPRESIVO: De un total de 195 pacientes menopausicas se encontró que 141 presentan síndrome depresivo. En comparación de 146 pacientes no menopausicas de las cuales se observó que 72 de ellas presentan síndrome depresivo. (cuadro No. 1).

ESTADO CIVIL: En este apartado se encontró que el grupo más afectado tanto en pacientes menopausicas y no menopausicas fueron el de casadas. En las menopausicas se estudiaron un total de 153 pacientes de las cuales 112 presentan síndrome depresivo. En el grupo de las no menopausicas se estudiaron un total de -- 117 pacientes de las cuales 53 presentan síndrome depresivo.

OCUPACION: Se observó que el síndrome depresivo es más frecuente en pacientes que se dedican a labores del hogar. Se estudiaron 115 pacientes menopausicas, presentando 96 de ellas síndrome depresivo. Y 98 pacientes no menopausicas de las cuales 56 presentan síndrome depresivo.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Se encontró que el nivel socioeconómico bajo presentan mayor número de pacientes con síndrome depresivo. De 78 pacientes menopausicas estudiadas, 62 presentan síndrome depresivo, y en 89 no menopausicas, 49 presentan síndrome depresivo.

CICLOS DE VIDA FAMILIAR: Se observó que en la fase de independencia se presenta con más frecuencia el síndrome depresivo. En pacientes menopausicas se encontraron 65 con síndrome depresivo de un total de 84 pacientes estudiadas. Mientras que en el grupo de las no menopausicas encontramos 25 con síndrome depresivo de un total de 42 pacientes.

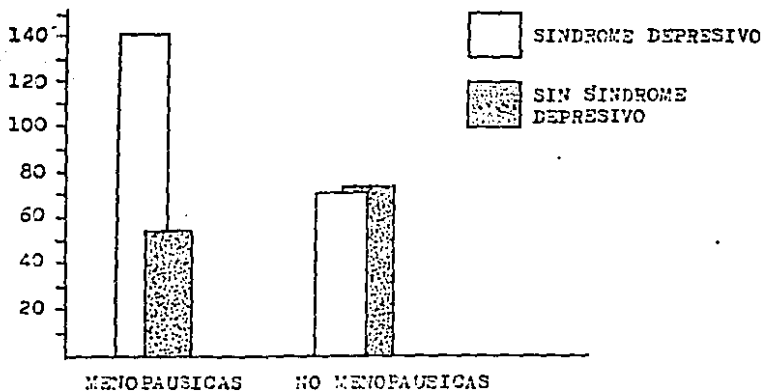
CUADRO No 1

SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES MENOPAUSICAS Y NO MENOPAUSICAS. U.M.F. No 10 I.M.S.S. XALAPA, VER.
PERIODO: MARZO/1987 FEBRERO/1988

	SINDROME DEPRESIVO	SIN SINDROME DEPRESIVO	TOTAL
MENO-PAUSICAS	141	54	195
NO MENO-PAUSICAS	72	74	146
TOTAL	213	128	341

FUENTE: ARCHIVO DE LA UNIDAD

GRAFICA No 1



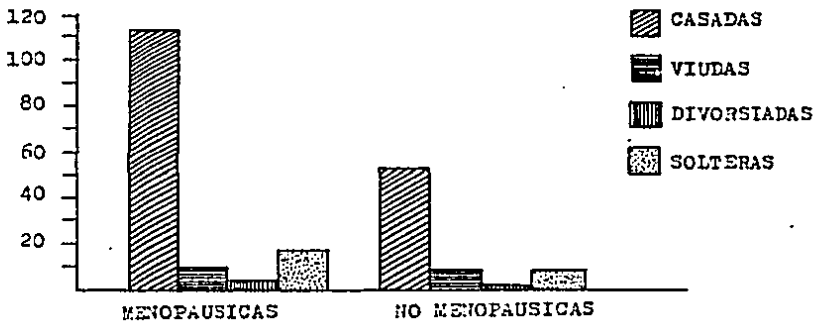
FUENTE: CUADRO No 1

SINDROME DEPRESIVO DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN
 PACIENTES MENOPAUSICAS Y NO MENOPAUSICAS.
 U.M.P. No 10 I.M.S.S. XALAPA, VER.
 PERIODO: MARZO/1987 FEBRERO/1988

	ESTADO CIVIL				
	SINDROME DEPRESIVO				
	CASADAS	VIUDAS	DIV.	SOL.	
MENO- PAUSICAS	112	9	4	16	141
NO MENO- PAUSICAS	53	9	2	8	72
TOTAL	165	18	6	24	213

FUENTE: ARCHIVO DE LA UNIDAD.

GRAFICA No 2



FUENTE: CUADRO No 2

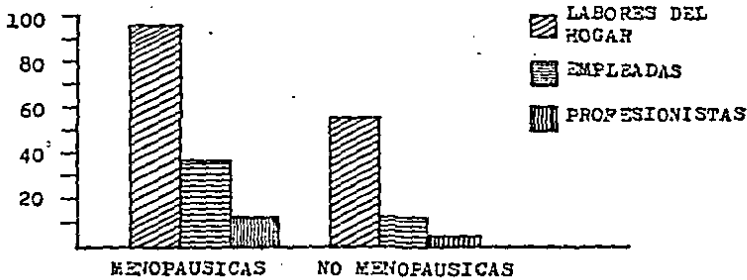
CUADRO No 3

SINDROME DEPRESIVO DE ACUERDO A OCUPACION EN
 PACIENTES MENOPAUSICAS Y NO MENOPAUSICAS.
 U.M.F. No 10 I.M.S.S. XALAPA, VER.
 PERIODO: MARZO/1987 FEBRERO/1988

	OCUPACION			
	SINDROME		DEPRESIVO	
	LAB. HOGAR	EMPLEA- DAS	PROFE- SION.	TOTAL
MENO- PAUSICAS	96	32	13	141
NO MENO- PAUSICAS	56	12	4	72
TOTAL	152	44	17	213

FUENTE: ARCHIVO DE LA UNIDAD

GRAFICA No 3



FUENTE: CUADRO No 3

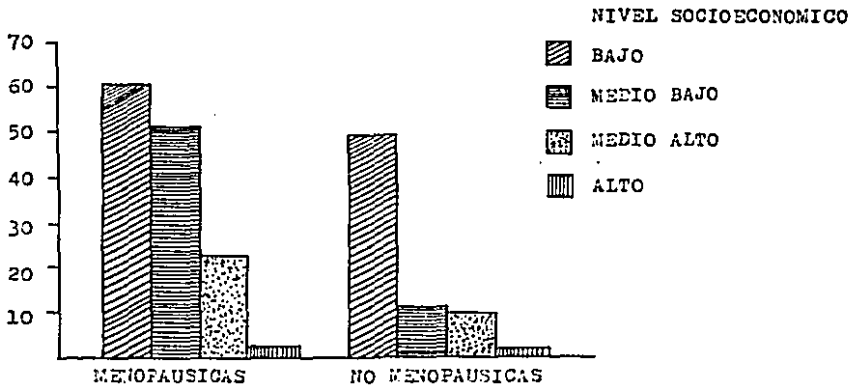
CUADRO No 4

SINDROME DEPRESIVO DE ACUERDO A NIVEL SOCIOECONOMICO
 EN PACIENTES MENOPAUSICAS Y NO MENOPAUSICAS.
 U.M.F. No 10 I.M.S.S. XALAPA, VER.
 PERIODO: MARZO/1987 FEBRERO/1988

	NIVEL SOCIOECONOMICO				
	SINDROME DEPRESIVO				
	BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
MENO-PAUSICAS	62	52	24	3	141
NO MENO-PAUSICAS	49	12	9	2	72
TOTAL	111	64	33	5	213

FUENTE: ARCHIVO DE LA UNIDAD.

GRAFICA No 4



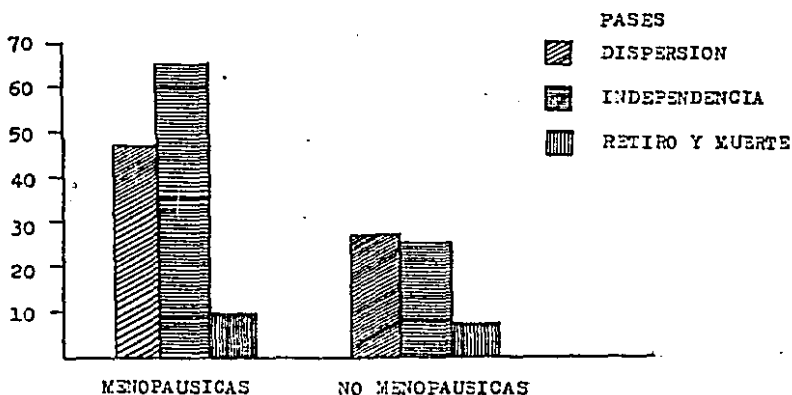
FUENTE: CUADRO No 4

SINDROME DEPRESIVO DE ACUERDO AL CICLO DE VIDA FAMILIAR
 EN PACIENTES MENOPAUSICAS Y NO MENOPAUSICAS.
 U.M.F. No 10 I.M.S.S. XALAPA, VER.
 PERIODO: MARZO/1987 FEBRERO/1988

	CICLO DE VIDA FAMILIAR					
	SINDROME DEPRESIVO					
	RETRI- MONIO	EXPAÑ- SION	DISPER- SION	INDEPEN-	RETIRO MUERTE	TOTAL
MENO- PAUSICAS	0	0	47	65	9	121
NO MENO- PAUSICAS	0	0	27	25	7	59
TOTAL	0	0	74	90	16	180

FUENTE: ARCHIVO DE LA UNIDAD

GRAFICA No 5



FUENTE: CUADRO No 5

CONCLUSIONES

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION OBTENIDA

Se utilizó el estadístico χ^2 con un coeficiente de confianza del 95 por ciento y un nivel de significancia del 5 -- por ciento, en un estudio unilateral con $gl = 1$. Donde la -- $\chi^2_c = 2.71$ y se obtuvo una $\chi^2_e = 18.82$, con lo cual se rechaza H_0 (la menopausia no se asocia estadísticamente con la presen cia de síndrome depresivo) y se acepta H_1 (la menopausia se asocia estadísticamente con el síndrome depresivo). Por lo -- que se concluye que la menopausia si se asocia con el síndro me depresivo.

COMENTARIOS

En este estudio se encontró más frecuentemente el síndrome depresivo en pacientes menopausicas. Sería conveniente seguir profundizando en esta línea de investigación y con un tamaño muestral mayor, con la finalidad de establecer conclusiones de mayor consistencia y esto en beneficio de las pacientes menopausicas, ya que actualmente se les da un manejo con enfoque exclusivamente biologico, descuidando la verdadera atención — integral.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Madeline CL. Depression at the menopause. Brit J Hosp Med 1984; Sep:126-9.
- 2.- Nady EG, Atchison, Willian. The menopause: Stressores and facilitators. Can Med Assoc J 1984; 131: 865-8.
- 3.- Hector ML. Tension and stress in gynecology. Am J Obst Gynecol 1966; 15: 477-82.
- 4.- Shawky ZA. Cambios de la menopausia. Mun Med 1986; Agosto: 101-4.
- 5.- Seymour G. La depresión en la edad madura. Mun Med 1977; Nov: 12-5.
- 6.- Pérez L. Climaterio y estrógenos no uterotrópicos. Sem Med Mex 1972; Sep: 9-13.
- 7.- Loris G. Fisiología del envejecimiento: Cambios metabólicos durante el climaterio y la menopausia. Clin Obst Ginecol 1977; Marzo: 85-92.
- 8.- Howard L. Dinamica hormonal en la menopausia. Clin Obst Ginecol 1977; Dic: 775-85.
- 9.- Carolyn BC. Edad, estrógenos y psique. Clin Obst Ginecol 1981; I: 225-33.
- 10.- Caso GM. Reacciones emocionales en psiquiatría. México: Limusa 1981. 85-117.