



UNIVERSIDAD
INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

"TRASTORNOS EMOCIONALES
PRESENTES EN LA MUJER DURANTE EL
PERÍODO DE MENOPAUSIA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.
P R E S E N T A:

C. ROLDÁN INCLÁN FLORA ISABEL.

ASESOR: MTRO. HUMBERTO GARCÍA HERNÁNDEZ.

MÉXICO , D. F.

2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Gracias

A Dios, por permitirme llegar hasta aquí.

A mi madre por ser un ejemplo de fortaleza y de constante superación.

A mi hijo por su comprensión y paciencia y por su gran amor que me demuestra en cada acto de su vida. Gracias hijo por cuidarme.

A Sofi, mi adorada nieta ejemplo de fortaleza y manantial inagotable de amor, gracias muchas gracias por quererme y cuidarme tanto.

A mis hermanos Oscar, Martha y Norma, por formar en mi una esperanza de crecimiento diario.

A mi coordinadora de carrera Lic. Ana María Eusebio, por haberme brindado su orientación y apoyo para iniciar este camino de la titulación.

Al médico ginecólogo Juan Manuel Aceves Navarrete, por haberme brindado su confianza y apoyo para la realización de esta investigación.

A mi asesor Humberto, por su paciencia y excelente dirección, por sus sabios consejos, y por compartir tanto y tanto conocimiento para la elaboración de esta investigación.

ÍNDICE

Resumen.-----i

Introducción.-----ii

CAPÍTULO 1 . DESARROLLO DE LA MUJER MADURA.

1.1. Concepto de edad madura.....	1
1.2. Estado físico de la mujer madura.....	1
1.3. Fisiología endocrina normal y sistema vegetativo normal de la mujer.	2
1.4. ¿Cómo modula el hipotálamo estas diferentes funciones?....	8
1.5. Cambios internos.....	11
1.6. Los sentidos y la percepción.....	13
1.7. La fuerza y la coordinación motriz.	16
1.8. Habilidades motoras y tiempos de reacción.....	16
1.9. Sexualidad.	17
1.10. Salud y enfermedad.....	18
1.11. Concepto de personalidad.	18
1.12. Condición cognoscitiva de la mujer madura en la menopausia.	23

CAPÍTULO 2 . EL PERÍODO DEL CLIMATERIO.

2.1. Etimología del climaterio.....	26
2.2. Concepto de climaterio.	26
2.3. Características del climaterio.....	26
2.4. Períodos del climaterio.....	26
2.5. Etimología de la menopausia.....	28
2.6. Concepto de menopausia.	28
2.7. Características de la menopausia.....	29

2.8. Diferencias entre climaterio y menopausia.	30
2.9. Diferencias y semejanzas entre climaterio y menopausia.....	30
2.10. Tipos de menopausia.....	31
2.11. Factores de riesgo de la menopausia.	32
2.12. La alteración del proceso endocrino durante la menopausia...	33
2.13. El síndrome de la menopausia.....	34
2.14. Signos de la menopausia.....	40
2.15. Diagnóstico clínico.	41
2.16. Tratamiento clínico.....	41

CAPÍTULO 3 . TRASTORNOS EMOCIONALES DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA.

3.1. Definición de trastorno mental.	44
3.1.2 Definición de trastornos del afecto (humor).	45
3.1.3 Definición de trastornos emocionales.	46
3.1.4 Etiología del trastorno psíquico de la mujer en la menopausia	46
3.1.5 Etiología de los trastornos afectivos o del estado de ánimo...	47
3.1.6 Etiología de los trastornos emocionales.....	47
3.2. Trastornos emocionales en la menopausia.....	48
3.2.1 Concepto de depresión.	50
3.2.2 Etiología de la depresión.....	51
3.2.3 Tipos de depresión.....	52
3.2.4 Síntomas de la depresión.	53
3.2.5 Trastornos depresivos.....	56
3.2.6 Concepto de ansiedad.	58
3.2.7 Etiología de la ansiedad.	58
3.2.8 Tipos de ansiedad.....	59
3.2.9 Síntomas de la ansiedad.....	61

3.2.10 Trastornos de la ansiedad.....	61
3.3. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo.	63
3.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad.	65

CAPÍTULO 4 . MÉTODO.

4.1. Planteamiento del problema.	69
4.2. Objetivo.....	69
4.3. Tipo de investigación.	69
4.4. Hipótesis.	69
4.5. Variables	69
4.6. Muestra.....	73
4.7. Muestreo.....	74
4.8. Escenario.	74
4.9. Instrumentos.	75
4.10. Validación.	75
4.11. Diseño de investigación.....	75
4.12. Procedimiento	75
4.13. Análisis estadístico.....	77
4.14. Resultados.....	78
Conclusiones.	86
Anexos.....	91
Referencias.....	93

Resumen.

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental, con un diseño de estudio de caso, en el cual se analizó al síndrome menopáusico y su relación con los trastornos emocionales en las mujeres diagnosticadas médicamente con el establecimiento de la menopausia, por lo que el objeto de esta investigación fue detectar la presencia de trastornos emocionales durante esta etapa crítica de la mujer.

Para lograr lo anterior, se utilizó una muestra de 20 mujeres, cuyas edades oscilan entre 45 y 55 años de edad, todas ellas diagnosticadas médicamente con el establecimiento de la menopausia, las cuales fueron divididas en tres grupos de acuerdo a su edad.

Para poder identificar la presencia de dichos trastornos, se analizaron los expedientes de la muestra y con base en la información contenida se procedió a requisitar la cédula cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia, así como a la historia clínica de cada paciente.

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilística e intencional, y estudio de caso en la modalidad de expediente,

En conclusión se obtuvo que las mujeres diagnosticadas médicamente con el establecimiento de la menopausia, presentan todas trastornos emocionales tanto de ansiedad como de depresión, por lo que la presente investigación demuestra que efectivamente el establecimiento de la menopausia está asociada a la manifestación de los trastornos emocionales en la mujer.

Introducción.

Esta investigación se realizó con el interés de conocer el fenómeno menopáusico, y su relación con la presencia de trastornos emocionales durante este período crítico de la mujer.

Se sabe que la mujer al llegar a la edad madura experimenta una profunda serie de cambios; no sólo desaparece la menstruación sino que pierde su capacidad reproductiva, por lo que este fenómeno biológico podría provocar un verdadero conflicto psíquico.

En la actualidad, la mujer se ve saturada de informaciones frívolas, efímeras o lejanas con un lenguaje cuasi científico, lo cual le impide allegarse de información que le permita saber cómo funciona, cómo evoluciona y lo que puede necesitar su mente y su cuerpo durante esta etapa.

En la práctica, la forma de abordar este periodo crítico de la mujer se ha limitado a lo puramente médico biológico, es decir “a la visita al médico ginecólogo” pues pareciera que las perturbaciones de esta etapa sólo son trastornos del cuerpo.

Sin embargo, la presencia de la menopausia desencadena fenómenos psicológicos que requieren de atención y cuidados.

Así como la medicina busca el bienestar físico, la psicología abre un universo de posibilidades para mejorar el bienestar psíquico emocional.

Esta investigación, pretende hacer una invitación a las ciencias médicas a trabajar en forma conjunta ante este acontecimiento biológico de la mujer.

Del mismo modo se enfatiza que lo valioso de esta obra es proporcionar a cualquier persona interesada, información integral escrita con un lenguaje sencillo sobre los trastornos emocionales que se manifiestan en este período, ya que cuanto más información se tenga, mayor será su capacidad de respuesta a las vicisitudes que tendrá que enfrentar.

Para lograr lo anterior, la presente investigación se estructura en cuatro capítulos los cuales quedan comprendidos sistemáticamente de la siguiente forma: el Capítulo 1 denominado “Desarrollo de la mujer madura”, en éste se describe el estado físico de la mujer madura, se detalla la fisiología endocrina normal y el sistema vegetativo, la función del hipotálamo, así como los cambios internos, los sentidos y la percepción, la fuerza y coordinación motriz, habilidades motoras y tiempos de reacción , la sexualidad, salud y enfermedad, la personalidad y la condición cognoscitiva de la mujer en la edad madura.

En el Capítulo 2 intitulado “El período del climaterio”, se expone la etimología de la palabra climaterio y la palabra menopausia, así como las características y periodos del climaterio y la menopausia.

Asimismo se describen las diferencias y semejanzas entre climaterio y menopausia, los tipos de menopausia, los factores de riesgo y la alteración del proceso endocrino , para terminar con una propuesta de diagnóstico y tratamiento clínico.

Mientras que en el Capítulo 3, designado “Trastornos emocionales de la mujer en la menopausia” se definen los trastornos emocionales de acuerdo al DSM IV, y se explican los trastornos depresivos y de ansiedad así como la clasificación de los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

Respecto al Capítulo 4, subtítulo “Método”, se desarrolla y explica el método de investigación que se aplicó para poder realizar el presente trabajo de tesis.

Finalmente, cabe resaltar la importancia del estudio de los trastornos emocionales, ya que cada día el tema de la menopausia se hace más vigente e importante dadas las características de la población mexicana actual, donde la mayoría de las mujeres se ubica en este periodo de vida y por la repercusión que ésta etapa puede tener en la calidad de vida emocional de la mujer.

Si la mujer cuenta con información integral y accesible sobre este período sabrá que todo tratamiento necesita un balance esto es tratamiento y vigilancia médica así como tratamiento psicoterapéutico.

CAPÍTULO 1. DESARROLLO DE LA MUJER MADURA.

1.1. Concepto de edad madura.

El término “edad madura” comenzó a usarse en Europa y Estados Unidos a comienzos del siglo XX a medida que empezó a aumentar la esperanza de vida. En la actualidad, en las sociedades industrializadas se considera que la edad adulta es un estadio distinto de la vida con sus propias normas sociales, roles, oportunidades y desafíos; en consecuencia la psicóloga Diane E. Papalia (2005) define la edad madura como un concepto construido socialmente y con un significado atribuido por la cultura.

Al respecto el médico psiquiatra Británico Guy R. Lefrancois (2001), señala que este período de la edad madura se entiende mejor en términos de los cambios físicos, intelectuales y sociales que ocurren, más que por el simple hecho de haber alcanzado determinada edad.

1.2. Estado físico de la mujer madura.

A lo largo de sus estudios del desarrollo humano la profesora Grace Craig (2001) ha logrado probar que durante el ciclo vital del ser humano se producen cambios, y éstos señala Craig (2001), comienzan a manifestarse poco después de los 30 años, cuando la fortaleza física alcanza el punto máximo; dando inicio a un estancamiento de las capacidades hasta que comienzan a aparecer las primeras señales de deterioro físico tanto en la agudeza visual, como en la capacidad auditiva, en el gusto y el olfato, en la sensibilidad al dolor, tacto y temperatura así como en el volúmen de la masa ósea. En cuanto al peso en la mujeres de edad madura, el porcentaje de grasa aumenta más o menos un 40 por ciento en

relación a la masa corporal que se tenía a los 20 años (Craig, 2001).

En relación a esta etapa Papalia (2005), menciona que dado que los cambios sensoriales y motores son pequeños, graduales y casi imperceptibles es necesario poner un gran interés en ellos y evaluar su evolución en el desarrollo de la mujer adulta, ya que provocan modificaciones de la conducta y del comportamiento de la mujer madura.

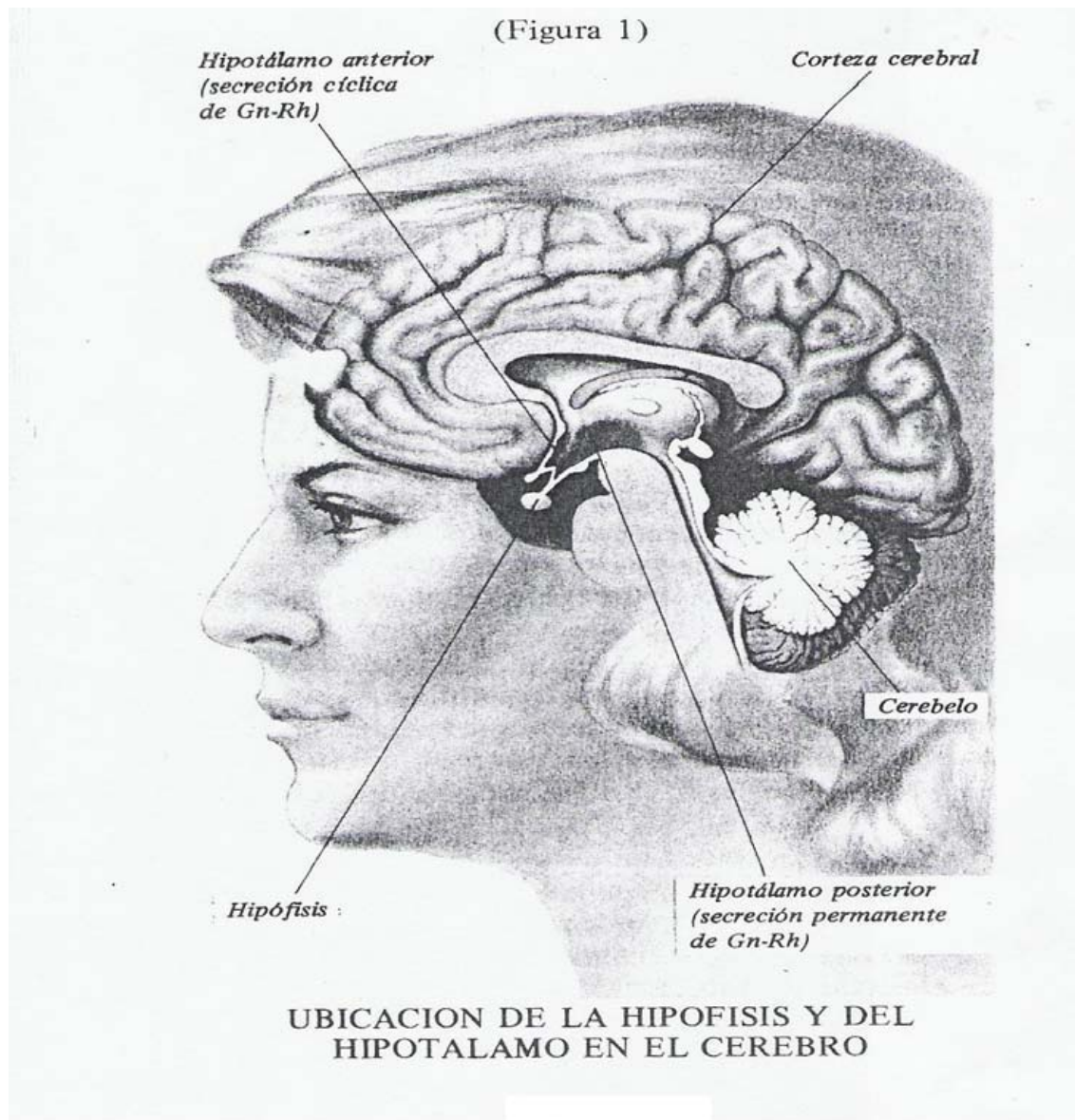
1.3. Fisiología endocrina normal y sistema vegetativo de la mujer.

“Para comprender qué va a modificarse en la mujer con la menopausia es necesario volver atrás y comenzar la historia desde el principio. La mujer al nacer posee su máximo número de óvulos, unos 800 000 óvulos inmaduros, alojados en los ovarios, de los cuales en la pubertad la mitad se han destruido por motivos hasta ahora inexplicables y continuaran destruyéndose, hasta quedar unos cuatrocientos que probablemente llegarán a madurar en el curso de la vida y serán usados con el correr de los meses después de la pubertad, listos entonces para una eventual fecundación. Si ésta no se produce, el organismo elimina el óvulo no empleado y, al mes siguiente, vuelve a buscar en las reservas.

No todo se desarrolla en el nivel de los ovarios y del útero. Por cierto es allí donde se fabrican, se entregan y se reciben, pero los pedidos pasan por el cerebro, que, gracias a una glándula, la hipófisis, trasmite sus órdenes y desencadena una serie de procesos. El medio de comunicación serán las hormonas, sustancias elaboradas por diversas glándulas, vertidas en la circulación general y que desencadenan relevos, los cuales, a su vez secretarán otras hormonas hasta alcanzar, finalmente , el

órgano adecuado al que se trata de hacer entrar en acción” (Thiriet, 1987).

“El ciclo ovárico está entonces bajo la dependencia de la hipófisis; pequeña glándula situada en la base del cerebro. Tiene el tamaño de una avellana (figura 1), pero es de una importancia capital, ya que comanda numerosas funciones endocrinas” (Thiriet, 1987).



Fuente: (Thiriet, 1987).

“En el caso de la función ovárica, la hipófisis regula la secreción de

hormonas del ovario:

1.- “Los estrógenos, la más importante hormona femenina y responsable de la aparición de la mucosa uterina; son secretados por el folículo, especie de envoltura que rodea al óvulo y que tiene como tarea hacer que en cada ocasión prolifere la mucosa uterina; el endometrio. Los estrógenos más importantes son el estradiol, la estrona y el estriol, y cada uno de ellos actúa sobre el organismo de distinta manera.

El efecto estrógeno biológico más importante lo ejerce el estradiol (que es la hormona femenina por excelencia), la estrona (antes foliculina) actúa con un tercio de esa fuerza, y el estriol, con un décimo.” (Thiriet, 1987).

2.- “La progesterona, secretada por el cuerpo amarillo (corpus luteus) después de la ovulación, y cuya función es regular el efecto de los estrógenos, retardando el crecimiento del endometrio y volviéndolo apto para anidar el huevo. Para ordenar que el ovario secrete estrógenos y progesterona, la hipófisis (glándula del cerebro) pone en movimiento otras dos hormonas, que se llaman gonadotrofinas o gonadostimulinas (figura 2)”. (Thiriet, 1987).

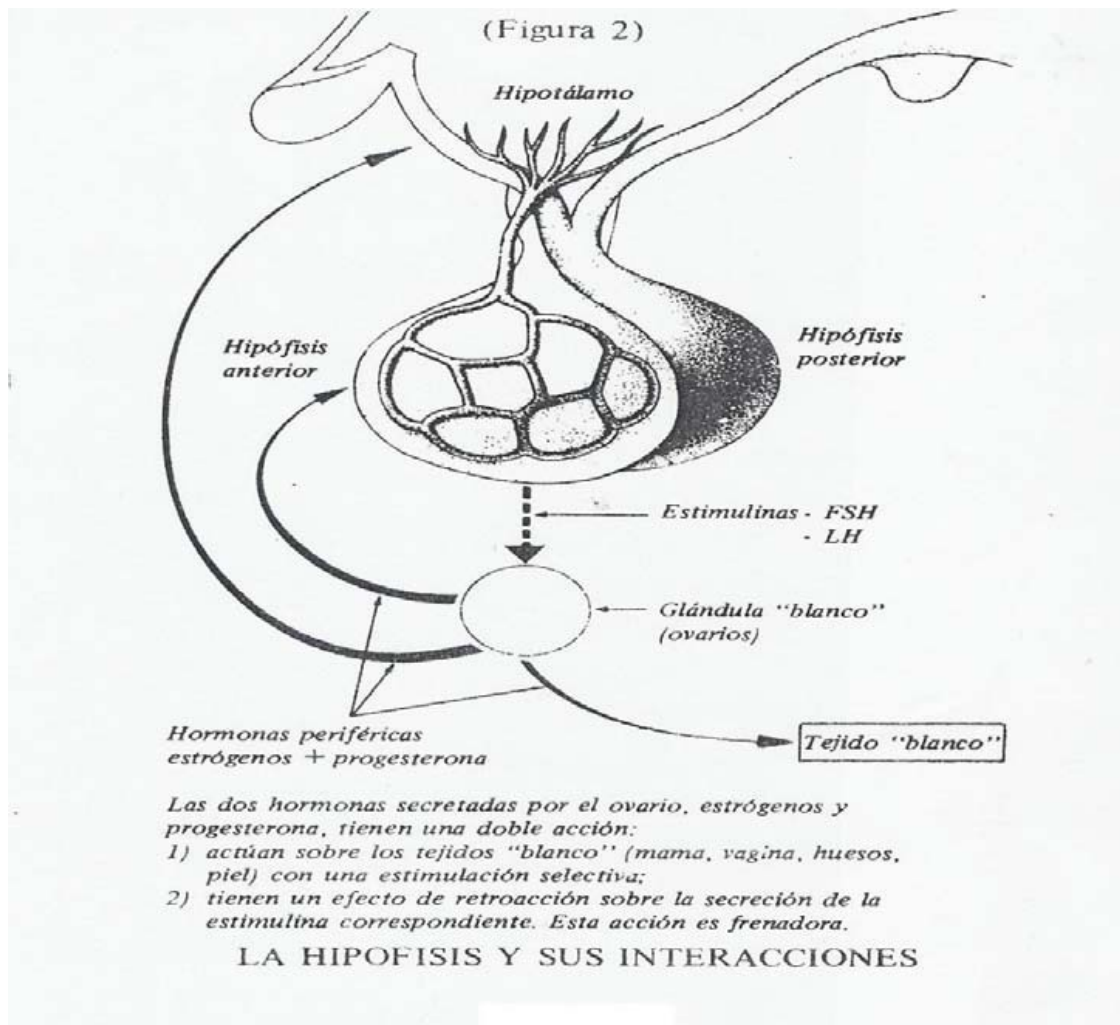
Estas dos hormonas hipofisarias son :

- 1) -“Hormona Foliculoestimulante (FSH)
- 2) - Hormona Luteinizante (LH)” (Thiriet, 1987).

-“Hormona foliculoestimulante: estimula la producción de óvulos

y de una hormona llamada estradiol durante la primera mitad del ciclo menstrual.

- Hormona luteinizante: igual que la hormona foliculoestimulante es producida por el lóbulo anterior de la hipófisis o pituitaria, y su función es estimular la ovulación femenina” (Thiriet, 1987).



Fuente: (Thiriet, 1987).

“El papel esencial de la hormona foliculoestimulante (FSH) es estimular el crecimiento del folículo hasta el momento en que éste se

rompe, alrededor del decimocuarto día del ciclo, expulsando el óvulo que contenía” (Thiriet, 1987).

“La hormona luteinizante (LH) estimula la secreción de hormonas por parte del folículo; y parece ser la brusca elevación del nivel de hormona luteinizante (LH) la responsable de la ruptura del folículo y de la ovulación.

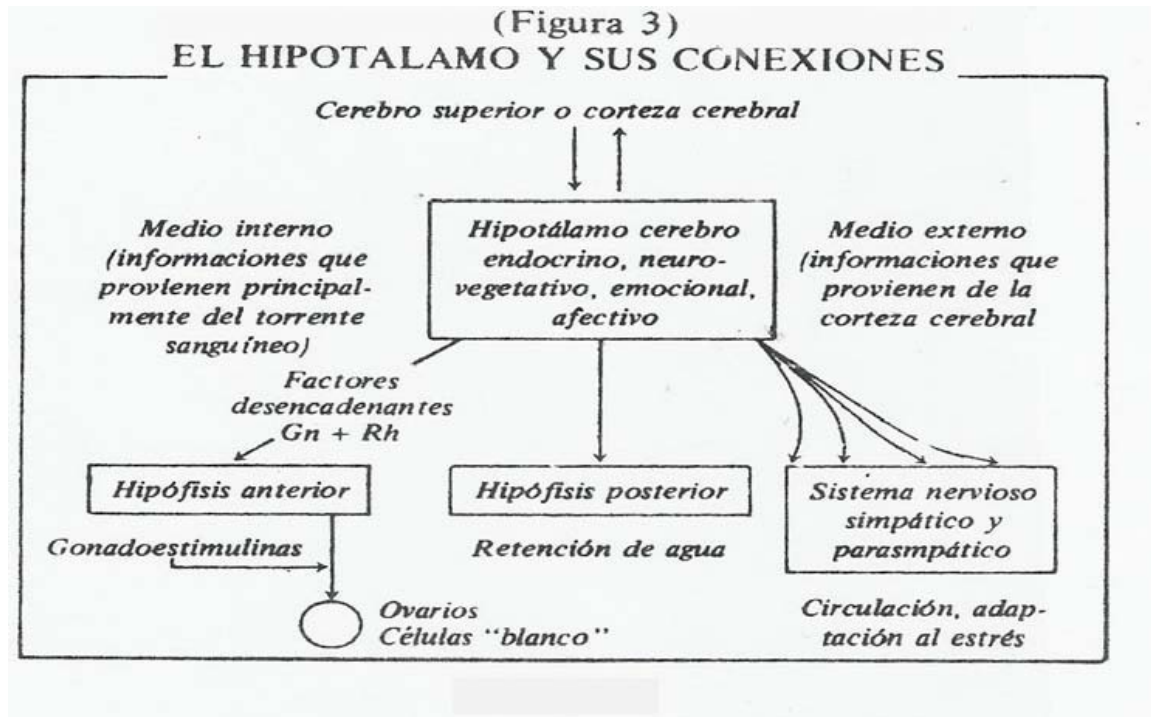
Pero, en realidad, las cosas son mucho más complejas, ya que el ovario depende de la hipófisis y ésta, a su vez, recibe órdenes de un pequeño centro nervioso, situado por encima de ella, el hipotálamo (cf. figura 1).

Se conoce aún muy poco del hipotálamo, pero se sabe, sin embargo, que se halla compuesto por diferentes núcleos (o áreas o zonas), cada uno de los cuales está encargado de la regulación de una gran función de la vida.

El hipotálamo, es en efecto, un verdadero cerebro neurovegetativo, constituido por células nerviosas interconectadas que se transmiten mensajes ultrarrápidos. La transmisión de las órdenes se hace también por una elaboración de sustancias activas, que se propagan en forma de gránulos a lo largo de las fibras nerviosas y envían, de tal modo, mensajes menos rápidos pero más duraderos.

El hipotálamo centraliza (figura 3), tanto las informaciones que provienen del mundo exterior por sus conexiones nerviosas (el dolor, por ejemplo) como las que provienen del mundo interior (bienestar , apetito, sueño.....) vehiculizadas por el conjunto del

tráfico químico y circulatorio. Es él quien integra todas las informaciones, las compara y las sintetiza, para llegar a una decisión que se traducirá en una orden de ejecución” (Thiriet, 1987).



Fuente: (Thiriet, 1987).

“Este órgano es considerado como un cerebro neurovegetativo ya que las informaciones que recibe y las órdenes que emite son inconscientes y dirigen el sistema neurovegetativo, es decir, todo lo que funciona fuera de nuestro control voluntario, y tiene por finalidad asegurar el mantenimiento de la vida y del crecimiento.

Entre los elementos que controla el hipotálamo están “la secreción hormonal, el nivel de azúcar en sangre, la glucemia, que le informa sobre el hambre o la saciedad, la concentración de dióxido de carbono en sangre, que le permite regular la respiración, la presión sanguínea, el tono muscular, y otros numerosos elementos conocidos o desconocidos” (Thiriet, 1987).

Sobre la base de estas informaciones, el hipotálamo controla el estado de sueño o de vigilia, las pulsiones de hambre y de sueño, la secreción de las glándulas (jugo gástrico, bilis, saliva) y muchas otras funciones locales” (Thiriet, 1987).

1.4. ¿Cómo modula el hipotálamo estas diferentes funciones?

“Actuando sobre la circulación sanguínea; las arterias, las venas, y los vasos más pequeños (los capilares) tienen una regulación nerviosa que depende del hipotálamo: se trata del sistema nervioso vegetativo.

Éste regula la constricción o la dilatación y, en consecuencia, el caudal sanguíneo a nivel de un territorio.

Actuando sobre toda una serie de relevos nerviosos que comandan el sueño, el hambre, la sed, el dolor, la combustión de las grasas, la distribución de los líquidos en el organismo, etc.

Poniendo en acción algunos de esos núcleos llamados “neuroendocrinos” porque estimulan la secreción de diversas sustancias hipofisarias, las cuales, a su vez, estimularán la secreción de glándulas endocrinas tales como las suprarrenales, la tiroides y los ovarios.

El hipotálamo no es sólo un cerebro neurovegetativo, es también una encrucijada emocional y afectiva; encrucijada entre los mensajes de nuestro cerebro consciente y los de nuestro sistema neurovegetativo, sitio de acciones y de reacciones, como lo muestra la figura 3.

Una emoción exterior, por ejemplo, el miedo ante un hecho imprevisto, nos hará palidecer, enrojecer, transpirar, a causa de esa estrecha interconexión a nivel del hipotálamo. A él llegarán las emociones agradables y desagradables resultantes de los acontecimientos de nuestra vida, de las relaciones con nuestro entorno, de nuestro contexto sociocultural” (Thiriet, 1987).

“Regresemos ahora al caso preciso que nos preocupa, el del ciclo ovárico. Una de las zonas del hipotálamo actúa sobre la hipófisis y ordena la secreción de hormona foliculoestimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH), por intermedio de un factor desencadenante específico, llamado LH-RH (o Gn-RH), que estimula unas veces a la hormona luteinizante (LH) y otras a la hormona foliculoestimulante (FSH), o a ambas a la vez.

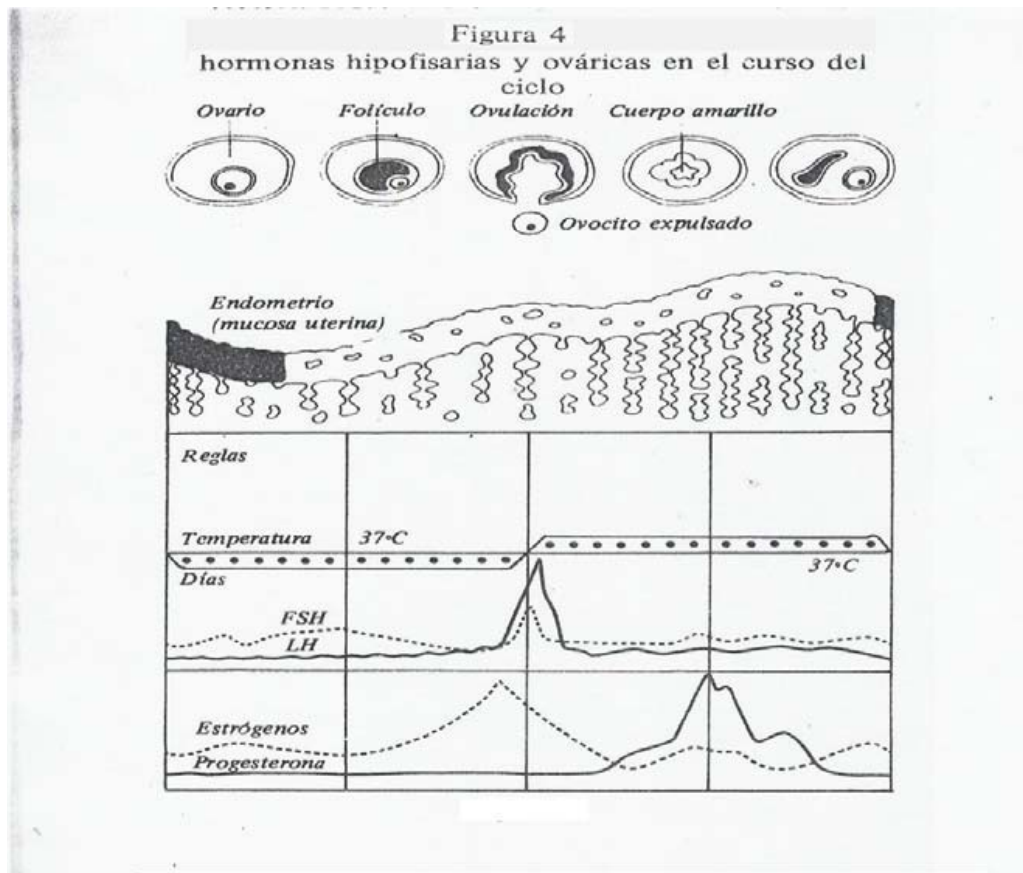
Se cree que existen en el ser humano dos centros hipotalámicos secretores del factor desencadenante LH-RH (cf. figura 1): un centro posterior fundamental, situado en la zona llamada eminencia mediana, que asegura la secreción de base de la hormona foliculoestimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH), y un centro anterior situado en otra zona, el área preóptica, de funcionamiento intermitente y responsable de la descarga de las mismas estimulinas FSH y LH antes de la ovulación.

Entre el hipotálamo, la hipófisis y el ovario hay un circuito de regulación complejo y muy organizado:

El hipotálamo ordena a la hipófisis por intermedio del factor desencadenante LH-RH. La hipófisis aumenta la secreción de hormona foliculoestimulante (FSH) y de hormona luteinizante

(LH), cuyos efectos ya hemos mencionado (aceleración del crecimiento del folículo y aumento de la producción de hormonas ováricas por cada célula de ese folículo). Pero esas secreciones del ovario, aparte de su acción sobre los órganos “blanco” como el útero, van a su vez, por un efecto de retroacción, a actuar sobre el hipotálamo y la hipófisis, a frenar sus propias secreciones, por lo cual rápidamente se produce la disminución de las secreciones del ovario. Este ciclo volverá a comenzar, por lo menos hasta la menopausia. La figura 2 muestra estas interacciones.

Acción sobre el ovario y el endometrio de las hormonas hipofisarias y ováricas en el curso del ciclo (figura 4)” (Thiriet, 1987).



Fuente: (Thiriet, 1987).

“Todas estas acciones y retroacciones son ordenadas a través del torrente sanguíneo, la circulación general transporta las gonadotrofinas y las hormonas ováricas, mientras que los factores desencadenantes se propagan del hipotálamo hacia la hipófisis por pequeños circuitos locales.

Las células destinatarias poseen, para cada clase de mensaje; un receptor específico, de una extrema sensibilidad, que capta el mensaje en el torrente circulatorio y va a permitirles obedecer la orden recibida.

La figura 4, muestra las variaciones de la concentración en sangre de hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), por una parte, y de la progesterona y los estrógenos por la otra, según el momento del ciclo ovárico” (Thiriet, 1987).

1.5. Cambios internos.

Las importantes investigaciones realizadas por la psicóloga norteamericana Grace J. Craig (2001), sobre el desarrollo del adulto revelaron que en la madurez también se producen cambios profundos y que éstos empiezan a darse internamente de manera casi imperceptible pero inexorablemente presentes.

A continuación se presenta un cuadro conteniendo los factores para describir los cambios que se presentan en la edad madura.

Cambios Internos.

- “Reducción de la actividad del sistema nervioso.
- Rigidez del esqueleto.
- Pérdida de elasticidad en piel y músculos.
- Acumulación de grasa.
- El calibre de las arterias coronarias se reduce “ (Craig, 2001).
- “Flexibilidad” (Lefrancois, 2001).
- “Cambios en las paredes arteriales.
- Disminución de la capacidad pulmonar,
- Regulación de la temperatura,
- El corazón empieza a bombear de manera más lenta” (Papalia, 2005).

- “Reducción de la actividad del sistema nervioso: se reduce la actividad del sistema nervioso, sobre todo después de los 50 años de edad.
- Rigidez del esqueleto: el esqueleto se vuelve rígido se encoge un poco en el curso de la adultez; poco a poco la gravedad se hace sentir. La estatura corporal se ve disminuida después de los 45 años (a veces antes, a veces después) y con frecuencia se reduce unos 4.9 centímetros.
- Pérdida de elasticidad en piel y músculos: la piel y los músculos comienzan a perder su elasticidad y aparecen las arrugas.
- Acumulación de grasa: se tiende a acumular más grasa subcutánea, especialmente en zonas como el torso y caderas.
- El calibre de las arterias coronarias se reduce: llegando a ser esta reducción hasta casi un tercio del tamaño que se tenía entre los 20 y 30 años de edad” (Craig, 2001).

- “Flexibilidad: su disminución es en buena parte resultado del hecho de que ciertos movimientos no se necesitan en la vida cotidiana. Por lo tanto, la mujer no suele darse cuenta de que la extensión del movimiento articular se reduce paulatinamente” (Lefrancois, 2001).
- “Cambios en las paredes arteriales: las paredes arteriales se vuelven más gruesas y rígidas.
- Disminución de la capacidad pulmonar: decrece la capacidad pulmonar, es decir; el volumen máximo de aire que los pulmones pueden inhalar y exhalar, empieza a disminuir aproximadamente a los 40 años y desciende 49 por ciento para los 70 años. Debido a que la resistencia depende de la cantidad de oxígeno que reciben los tejidos del cuerpo, es común en esta etapa no poder realizar tanto trabajo duro como en la juventud.
- Regulación de la temperatura: la regulación de la temperatura y la respuesta inmunológica también empiezan a debilitarse, incluso el sueño se torna menos profundo.
- El corazón empieza a bombear de manera más lenta: el corazón bombea hacia el cuerpo un promedio de ocho por ciento menos de sangre por cada década una vez iniciada la adultez (aproximadamente a los 50 años). Y para los 65 años puede perder 40 por ciento de su poder aeróbico; esto es, la eficiencia de pulmones y corazón” (Papalia, 2005).

1.6. Los sentidos y la percepción.

1.6.1. Visión.

El norteamericano Philip F. Rice (1997), profesor emérito de la

Universidad de Maine en Estados Unidos de Norteamérica, ya había demostrado mediante sus investigaciones que la visión periférica, o capacidad para ver hacia los lados cuando se está mirando hacia el frente, también comienza a mostrar decrecimientos significativos cuando la gente llega a los 50 o 60 años.

Por su parte Craig (2001), tras un laborioso estudio del desarrollo humano logró establecer que “Las capacidades visuales del ser humano son muy estables desde la adolescencia hasta los cuarenta años y en ocasiones hasta el inicio de los cincuenta; después la agudeza visual empieza a disminuir”.

En este mismo sentido adicionalmente, la psicóloga Diane E. Papalia (2005), señala que este proceso en la disminución de la agudeza visual ocurre principalmente en cinco áreas.

- Áreas. {
- 1) Visión cercana (ser corto de vista, miope).
 - 2) Visión dinámica (leer señales en movimiento).
 - 3) Sensibilidad a la luz (sensibilidad al resplandor).
 - 4) Búsqueda visual (por ejemplo, localización de una señal).
 - 5) Velocidad de procesamiento de la información visual.

Por otra parte el profesor en psicología Robert V. Kail (2006), realizó un estudio sobre los efectos del envejecimiento en el cristalino del ojo, comprobando que efectivamente el cristalino del ojo está sujeto a los efectos del envejecimiento casi desde el nacimiento del ser humano, y en consecuencia ocurren dos importantes cambios estructurales en el ojo.

- Cambios.
- 1) Disminución de la luz que entra por el ojo; por lo tanto la luz que alcanza la retina es menor.
 - 2) Pérdida de la capacidad de ajustarse del cristalino. Se torna amarillo disminuyendo la capacidad para discriminar los colores verde-azul-violeta y aumentando el tiempo para cambiar el foco cercano al lejano (o a la inversa).

1.6.2. Audición.

En cuanto a la audición, la psicóloga Grace J. Craig (2001) refiere que se va perdiendo agudeza después de los 20 años y va disminuyendo de modo gradual, sobre todo lo relacionado con los sonidos de alta frecuencia, también hace notar que la pérdida auditiva es más común en los hombres que en las mujeres.

Años más tarde Papalia (2005), presenta un estudio donde señala que “Una pérdida gradual de la audición, rara vez advertida antes, se acelera en los 50 años. Esta condición, la presbiacuasia, normalmente se limita a los sonidos de tonos más altos que a los usados en el habla. Para el final de la edad madura una de cada cuatro personas tiene una pérdida importante de audición”.

1.6.3. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor.

Dentro de los numerosos cambios que se producen en la madurez, Craig (2001), señala que “el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor se deterioran en distintos momentos de este período; aunque son cambios más graduables y menos perceptibles que los visuales o auditivos, así mismo agrega que la sensibilidad a la temperatura sigue siendo grande”.

Por su parte Papalia (2005), en su estudio sobre la adultez demuestra que las papilas gustativas se vuelven menos sensibles en esta etapa y que a la par se presenta una disminución del número de células olfatorias provocando que las comidas parezcan insulsas; incluso encontró que las mujeres tienden a retener esos sentidos más tiempo que los hombres. Así mismo durante el desarrollo de su estudio tuvo la oportunidad de observar que: “Los adultos empiezan a perder la sensibilidad al tacto después de los 45 años y al dolor después de los 50 años. Sin embargo, se conserva la función protectora del dolor: aunque la gente siente menos dolor, se torna menos capaz de tolerarlo” (Papalia, 2005).

1.7. La fuerza y la coordinación motriz.

En base a sus observaciones y estudios sobre el desarrollo del ser humano la psicóloga Grace J. Craig (2001), comenta que con la edad se va dando cierta pérdida de fuerza muscular lo cual se puede percibir hacia los 45 años; y que de un 10 a un 15% por ciento de la fuerza máxima ha desaparecido para los 60 años, asimismo señala que la mayoría de la gente advierte primero un debilitamiento en la espalda y los músculos de las piernas y luego en los brazos y los hombros, esto último sólo se descubre al llegar a los 60.

1.8. Habilidades motoras y tiempos de reacción.

El interés mostrado por Craig (2001) en su estudio y análisis de la edad adulta, le reveló que parte del declinar físico en la madurez es la disminución de las habilidades motoras y el tiempo de reacción (reflejos), así mismo señala que observó que el desempeño de las habilidades se mantiene constante, debido a la

experiencia y a la práctica constante; en cambio, conforme pasan los años, cada día resulta más difícil aprender habilidades nuevas.

En este mismo sentido Papalia (2005), comenta que cuando se requiere de una respuesta vocal en lugar de una manual, las diferencias de edad en el tiempo de reacción son considerablemente menores.

1.9. Sexualidad.

Las investigaciones de la médico ginecóloga francesa Michèle Thiriet (1987), sobre las mujeres en la etapa de la menopausia, señalan que en esta fase hay mujeres que han experimentado el orgasmo por primera vez, en particular, aquellas que han estado aterrorizadas por el miedo a los embarazos y que se sienten liberadas con la desaparición de la fecundidad.

La doctora Thiriet (1987), continua señalando, que este acontecimiento puede deberse a que la mujer asume el control de su vida, su proyecto de autonomía, la institución de un nuevo modo de relación con su pareja, o aún la decisión de hallar otros compañeros que la lleven por fin al placer. (En el fondo de todo ser humano, hay un deseo de volver a hallar los colores de la vida, el calor del cuerpo y el ascenso del deseo).

Por último la doctora Thiriet (1987), al referirse a la sexualidad de ésta etapa comenta que es una nueva e interesante etapa de la vida de la pareja, en la que la sexualidad será diferente e incluso no menos satisfactoria y feliz.

Por su parte la psicóloga Grace J. Craig (2001), sobre este tema comenta: "los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan a la madurez influyen de sobremanera en el funcionamiento sexual de las mujeres, por lo que es probable que la respuesta sexual de la mujer menopáusica se vea desminuida" (Craig, 2001).

Como se puede observar los autores antes citados refieren investigaciones antagónicas, sin embargo convergen con lo citado por el médico psiquiatra Josep Rebordosa (2001): "no todas las mujeres sufren toda la variedad sintomática ni en la misma forma ni en la misma intensidad".

1.10. Salud y enfermedad.

Con los cambios físicos normales que ocurren durante la madurez se relacionan los cambios en la salud, algunos de los cuales están vinculados a enfermedades propias de esta etapa de la vida; conforme el cuerpo empieza a envejecer, se hace cada vez más vulnerable a la enfermedad. En base a este interesante enfoque la psicóloga Grace J. Craig, (2001), comenta que las principales enfermedades de esta etapa pueden ser:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias.
- Enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana.
- Problemas de espalda y columna.

1.11. Concepto de personalidad.

Son los aspectos únicos, externos e internos del individuo y que perduran en el tiempo y que influyen en su reacción a situaciones determinadas. (Heredia, 2006).

1.11.1 La personalidad de la mujer durante la menopausia.

Los distintos autores dedicados al estudio de la mujer madura, y que enseguida se mencionan coinciden en afirmar que en esta fase de la vida de la mujer también se producen cambios significativos, ya que: “en la madurez la mujer revalora sus objetivos y reflexiona sobre si ha alcanzado o no sus metas originales” (Craig, 2001).

Por su parte la doctora Beatriz M. Rodríguez (2000), propone adoptar una imagen positiva de la menopausia, en donde la crisis es una oportunidad de crecimiento. De hecho, cuando la mujer consigue conciliar su edad cronológica, con su edad biológica, se afianza como persona, despierta al conocimiento y la aceptación a sí misma, pues advierte que su corazón y su cerebro pueden ser tan importantes como lo ha sido su matriz; recupera el protagonismo y el goce por la vida, sintiéndose plena nuevamente.

Es posible afirmar que a cada mujer le es propio un modo de plenitud, cuando deja de comportarse como mera espectadora de su vida.

Con frecuencia, la religión resulta una de las vías más sencillas (y al alcance de la mujer madura) para acceder a su vida interior, o profundizar en el sentido trascendente de una fe que, hasta ahora, ha practicado de modo rutinario.

Pero también en ocasiones reaparecen intereses y actividades, que confirman la incorporación a la identidad, dos rasgos casi siempre postergados: la independencia económica y la ambición personal.

Cuando se llega a la menopausia, los años de la reproducción han concluido; más de ninguna manera los años productivos llegan a su fin. Aún así, no se trata necesariamente de trabajar fuera del hogar o de ganar dinero; sino de hacer propias las satisfacciones, los logros y realizaciones que por medio de una actividad pueden obtenerse: las apreciables ventajas de gozar de estabilidad, cosechar los frutos del esfuerzo, y experimentar sin pudor la plenitud del talento o la embriaguez del éxito.

Una vez superada la fatigosa incertidumbre de la juventud, cuando conoce el hermoso placer de ver orientados en su propio rumbo a los seres salidos de ella misma, la mujer menopáusica suele experimentar deseos de independencia y defiende con energía sus propios espacios; aunque acaso no siempre en esta etapa tenga la clara noción de las posibilidades de que dispone, y de cómo aprovechar sus circunstancias, la libertad será una inestimable fuente de satisfacciones para ella.

1.11.2 Tipos de mujeres maduras según su personalidad.

El resultado de sus investigaciones llevó a la psicóloga norteamericana Terri Apter (1995), a identificar cuatro “tipos de mujeres maduras”.

- Tipos de mujer. {
1. Mujer Tradicional.
 2. Mujer Innovadora.
 3. Mujer Expansiva.
 4. Mujer Manifestante.

1. Las Mujeres Tradicionales; son aquellas que definieron su rol dentro de la familia; les es sencillo adoptar el rol de mujeres maduras responsables de su futuro.

2. Las Mujeres Innovadoras; realizaron una carrera. En la madurez comienzan a considerar muy difícil llegar a la cima, y empiezan a revalorar “el trabajo que han hecho en su persona” en su búsqueda y sus efectos.

3. Las Mujeres Expansivas; al llegar a la madurez, introducen cambios profundos en sus metas con el fin de ampliar sus horizontes. Probablemente regresen a la escuela.

4. Las Mujeres Manifestantes; fueron empujadas a una adultez prematura durante la adolescencia y tratan de posponer en lo posible la madurez.

1.11.3 Modelo de cinco factores de la personalidad.

El profesor de estudios psicológicos Robert W. Kail (2006), en su investigación del desarrollo de la personalidad, indica que los rasgos de la personalidad muestran estabilidad a largo plazo, y que el modelo de los cinco factores nos proporciona los pilares sobre lo que se construye la personalidad, siendo estos:

Modelo de cinco factores. {

1. Neurosis.
2. Extraversión.
3. Apertura a la experiencia.
4. Afabilidad.
5. Meticulosidad.

1. “Neurosis: son personas ansiosas, hostiles, cohibidas, deprimidas, impulsivas y vulnerables. A veces muestran emociones violentas o negativas que les impiden llevarse bien con la gente o manejar los problemas de la vida diaria.

2. Extraversión: son personas hábiles en la interacción social, les gusta hablar, fácilmente toman el mando, expresan sus opiniones y sentimientos sin cohibirse, siempre están ocupadas, tienen energía inagotable y prefieren los ambientes estimulantes y con retos. Disfrutan las ocupaciones orientadas a la gente, como por ejemplo el trabajo social, y las ventas, se fijan metas humanitarias.

3. Apertura a la experiencia: son personas que tienden a tener una imaginación vívida y de una vida de ensueño, de aprecio por el arte y de un fuerte deseo de intentar cualquier cosa una vez. Son personas curiosas y toman decisiones a partir de factores situacionales, no de reglas absolutas.

4. Afabilidad: son personas con deseos de colaborar con otras personas y se interesan por ellas.

5. Meticulosidad: son personas trabajadoras, ambiciosas, dinámicas, meticulosas y perseverantes. Desean intensamente hacer algo en la vida” (Kail,2006).

1.12. Condición cognoscitiva de la mujer madura en la menopausia.

El interés por los cambios que se dan en esta etapa del ciclo vital, llevó a distintos autores a realizar investigaciones sobre el desarrollo intelectual en la edad adulta; enseguida se presentan sus aportaciones:

1.12.1 Procesos de pensamiento.

Papalia (2005), basa su teoría del desarrollo intelectual en cuatro procesos distintos de pensamiento:

1.

Procesos de Pensamiento.	{	<ol style="list-style-type: none">1. Introspección.2. Pensamiento abstracto.3. Pensamiento lógico.4. Razonamiento hipotético.
-----------------------------	---	--

1. "Introspección: la capacidad de pensar en el pensamiento.
2. Pensamiento abstracto: la capacidad de trascender lo real para considerar conceptos y cualidades no concretos.
3. Pensamiento lógico: la capacidad para reunir hechos e ideas y a partir de ellos llegar a conclusiones correctas.
4. Razonamiento hipotético: la capacidad para formular hipótesis y probar su veracidad considerando numerosas variables. De acuerdo a lo citado en la teoría de Piaget (1972, cit. En Papalia, 2001) esta habilidad se desarrolla durante la adolescencia, aproximadamente entre las

edades de 11 y 15 años; aunque Piaget admitía que la aparición de las operaciones formales puede demorarse hasta los 15 ó 20 años". (Papalia, 2005).

1.12.2 Inteligencia fluida e inteligencia cristalizada.

El médico psiquiatra Británico Guy R. Lefrancois (2001), sustenta en sus investigaciones que efectivamente con la edad se presenta una disminución de algunas capacidades, pero que también algunas capacidades son estables y siguen creciendo en la etapa adulta media y a veces incluso en la vejez, para ilustrar este postulado lo explica de la siguiente manera:

Inteligencia fluida: depende del funcionamiento del sistema nervioso y es la capacidad del individuo para utilizar y procesar información nueva y abstracta.

Características:

Deterioro conforme aumenta la edad. La inteligencia fluida se manifiesta en el razonamiento general, la memoria, el lapso de atención, y el análisis de cifras, así como la percepción de nuevas relaciones entre los objetos y los hechos.

Inteligencia cristalizada: depende de la experiencia y es la capacidad de utilizar de manera práctica los conocimientos adquiridos gracias a la experiencia.

Características:

Se conserva estable con el paso de los años, incluso suele mejorar a lo largo de la vida.

La inteligencia cristalizada se puede apreciar en la medida de vocabulario (palabras), la información general y las destrezas aritméticas (números).

1.12.3 Pensamiento dialéctico.

Basseches (1984, cit. En Lefrancois, 2001), propone una forma avanzada de pensamiento adulto al que ha denominado pensamiento dialéctico, señalando que éste consiste en la capacidad para aceptar la existencia de contradicciones y de comprender que cada idea, verdad o tesis implica un pensamiento opuesto o antítesis.

“Los adultos que han alcanzado el pensamiento dialéctico no sólo son más sensibles a la contradicciones (y aprecian más las opiniones contrarias), sino que han aprendido a vivir con ellas. El razonamiento dialéctico es una forma de pensar exclusivamente adulta que entraña la aceptación de las ambigüedades y las contradicciones y la mayor tolerancia de éstas” (Lefrancois, 2001).

CAPÍTULO 2. EL PERÍODO DEL CLIMATERIO.

2.1. Etimología de climaterio.

El término climaterio deviene del griego “KLIMAKTER” que significa: “escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar”; representa un hito trascendente y a veces crítico (Lefrancois, 2001).

2.2. Concepto de climaterio.

En la actualidad, se utiliza el término climaterio de manera científica para referirse a la etapa de decreciente fertilidad en la mujer.

Durante el Primer Congreso Internacional de Menopausia celebrado en Francia en 1976, se definió al Climaterio, como el período de transición entre la etapa reproductiva y el cese de la misma (Ibarra, 2003).

2.3. Características del climaterio.

El médico francés Paul Guilly (1972), plantea que a diferencia de la menopausia el climaterio es un período más o menos largo; de por lo menos 10 años de la vida de la mujer; y que durante sus investigaciones pudo observar que este es un ciclo crítico en la vida de la mujer, constituido por una serie sucesiva y paulatina de cambios y procesos de adaptación del organismo, pues pasa de una vida reproductiva al cese total de la misma. Este momento ocurre en la mujer alrededor de los 50 años.

2.4. Períodos del climaterio.

El médico Paul Guilly (1972), realizó un estudio sobre la edad crítica de la mujer, basándose en los tratados clásicos de ginecología, encontrando que existen tres fases que caracterizan

a este ciclo natural de la vida de toda mujer, que son los siguientes:

2.4.1 Primer período premenopáusico. “Esta etapa surge desde el inicio de la disminución ovárica hasta la menopausia, refiriéndose a este tiempo, como los años anteriores a la última menstruación (2 a 4 años); es en este periodo cuando las menstruaciones pueden parecer irregulares y se alternan ciclos oligomenorréicos (disminución de sangrados o con retraso de hasta 40 días) con polimenorréicos (sangrados frecuentes o abundantes), a los que actualmente se les asigna el nombre de hiperestrogenismo. En esta etapa la mujer todavía menstrua y puede situarse entre los 45 y los 50 años.

Debido a las alteraciones antes mencionadas comienzan a aparecer algunos síntomas como sofocos o cambios de humor; en general este período es considerado como una etapa donde los cambios se van dando de un modo imperceptible pero inexorablemente presentes” (Guilly, 1972).

2.4.2 Segundo período menopáusico. Durante el desarrollo de sus investigaciones el médico neurólogo Paul Guilly (1972), llegó a la conclusión de que la menopausia es un momento específico, un único evento, es la última menstruación de la mujer debido al cese de la actividad ovárica; es decir la verdadera etiología de la menopausia es el fallo de la secreción hormonal del ovario. Este momento ocurre en la mujer alrededor de los 50 años.

2.4.3 Tercer período posmenopáusico. Según Guilly (1972), es el período que suele durar de 3 a 4 años, a partir del cese de las reglas hasta el momento que el organismo acaba de adaptarse y los trastornos generales desaparecen. Esta etapa se caracteriza porque se dan los primeros cambios corporales y psíquicos;

comienzan a aparecer nuevos síntomas como atrofia de la piel, falta de atención, irritabilidad, depresión, disminución del deseo sexual, atrofia urogenital y vascular, pudiendo llegar hasta la precipitación de una enfermedad grave como la de Alzheimer.

Por su parte la mexicana Beatriz M. Rodríguez (2000), doctora en psicología clínica califica a este lapso como extremadamente variable y que se manifiesta entre los 50 y los 55 años y culmina alrededor de los 65 años dando inicio al denominado climaterio tardío.

2.5. Etimología de menopausia.

Etimológicamente este término deriva del griego “mens” mensualmente y “pauis” cesación o fin. Gramaticalmente en castellano el vocablo menopausia alude a la fecha de la última menstruación (Guilly, 1972).

2.6. Concepto de menopausia.

El médico psiquiatra español Josep Rebordosa Serras (2001), define a la menopausia desde el punto de vista fisiológico como a la etapa en que ha desaparecido el sangrado uterino por más de seis meses así como la disminución de la producción de estrógenos a través del ovario.

Por su parte el médico gineco obstetra Arturo Ibarra (2003), define a la menopausia como el evento único que representa el momento biológico que señala el cese de la actividad ovárica en la mujer madura, es decir la desaparición de la menstruación. Este evento marca el inicio de una nueva correlación hormonal en el cuerpo de la mujer y se caracteriza por la presencia de cambios progresivos hormonales y funcionales, es decir es un cambio en la

vida de la mujer que se percibe como el inicio del envejecimiento (Ibarra, 2003).

2.7. Características de la menopausia.

En términos coloquiales se utilizan diferentes acepciones para referirse a la menopausia, tales como; climaterio, perimenopausia, postmenopausia; y efectivamente son vocablos que definen los diferentes estados por los que atraviesa una mujer a medida que se suscitan cambios hormonales, fisiológicos y psicológicos, pero esta práctica es errónea, pues la menopausia es un evento único en la vida de la mujer. Sin embargo, y a pesar de esta mala práctica el término menopausia se ha difundido como un denominador común que alude a este proceso natural y por tanto en esta investigación se utilizará el vocablo “menopausia” para referirnos a las etapas de cambios en la vida de una mujer.

En torno a la edad en que se establece la menopausia el médico Guilly (1972), encontró que los datos obtenidos en sus investigaciones realizadas indican que ésta se experimenta habitualmente entre los 45 y 55 años, y el término medio de la edad se sitúa hacia los 48 años y no sucede de un momento a otro, de hecho es un proceso lento que por lo general lleva de entre 3 a 5 años completarse. Esta etapa tiene como característica principal el cese de la producción de óvulos y por ende el fin de la capacidad reproductiva.

Como se ha venido mencionando el organismo de la mujer en este momento esta en un constante cambio, y al respecto la doctora en psicología clínica Beatriz Rodríguez (2000), comenta que en realidad esto se debe básicamente por la disminución de la

producción ovárica, es decir por la disminución en la producción de estrógenos.

2.8. Diferencias entre climaterio y menopausia.

Como ya se ha señalado la población femenina suele utilizar diferentes términos para referirse a este período de la mujer madura; sin embargo a pesar de esta confusión, la práctica médica deja claro que cada uno de estos vocablos expresa eventos distintos.

Según la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el climaterio se considera como una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos situada entre los 45 y 64 años de edad, en la cual comienzan los característicos cambios endocrinológicos, biológicos y clínicos y a la menopausia la define como el cese permanente de la menstruación producido por la detención de la actividad ovárica.

(En <http://www.encolombia.com>).

De lo expuesto en estas líneas se puede observar cómo dos términos diferentes convergen en un mismo punto: son etapas de múltiples cambios en la mujer adulta.

2.9. Diferencias y semejanzas entre climaterio y menopausia.

Con base en la información anterior se elaboró el presente cuadro comparativo entre las características del climaterio y la menopausia.

Climaterio.	Menopausia.
<p>A) Características. Es un período largo.</p> <p>B) Diferencia con la menopausia. Menstruaciones irregulares. Se constituye de tres fases. Inestabilidad endocrina.</p> <p>C) Semejanza con la menopausia. Etapa de múltiples cambios. Disminución de la producción ovárica.</p>	<p>A) Características. Es un momento en la vida de la mujer.</p> <p>B) Diferencia con el climaterio. Cese de la menstruación. Fin de la capacidad reproductiva. Estabilidad endocrina. Señala la transición entre la edad adulta y la vejez.</p> <p>C) Semejanza con el climaterio. Etapa de múltiples cambios. Disminución de la producción ovárica.</p>

2.10. Tipos de menopausia.

Desde el punto de vista médico, la menopausia se clasifica de la siguiente forma:

Tipos de Menopausia. {

- Menopausia Natural.
- Menopausia Precoz.
- Menopausia Tardía.
- Menopausia Artificial o Quirúrgica.

2.10.1 MENOPAUSIA NATURAL. Es la que sucede a la mayoría de las mujeres y se presenta por el simple paso del tiempo. Y tiene un período de presentación, que oscila entre unos 5 a 7 años las diferentes edades en las que la mujer tendrá la menopausia (entre los 48 y 55 años de edad) (Rebordosa, 2001).

2.10.2 MENOPAUSIA PRECOZ. Recibe el nombre de menopausia precoz aquella que se presenta antes de los 40 años (Rodríguez, 2000).

2.10.3 MENOPAUSIA TARDIA. La menopausia tardía es excepcional, y es aquella que se presenta en mujeres que continúan con sus reglas después de los cincuenta y cinco años.

Considerando que el flujo menstrual en esta etapa no es común, el médico francés Paul Guilly (1972), lo asocia a un riesgo de cáncer de endometrio.

2.10.4 MENOPAUSIA ARTIFICIAL O QUIRÚRGICA. Desde el punto de vista médico se habla de menopausia artificial cuando es inducida por procedimientos clínicos, ya sea por medios químicos (farmacológicos) o quirúrgicos (cuando se extirpan las glándulas hormonales), de tal forma que se puede suceder a cualquier edad (Rodríguez, 2000).

2.11. Factores de riesgo de la menopausia.

El médico endocrinólogo español Antonio Becerra Fernández (2003), planteó que la menopausia parece estar fuertemente relacionada con el estado nutricional de la mujer. Al respecto, observó que en Papua, país ubicado en el continente de Oceanía, que ocupa la mitad oriental de la isla de Nueva Guinea y una numerosa cantidad de islas alrededor. Está situado al norte de Australia, al oeste de las Islas Salomón y al sudoeste del Océano Pacífico. En este país, las mujeres mal nutridas, con menor peso y talla, presentan la menopausia unos 4 años antes que las mujeres

nutridas, así que el peso y la talla, al parecer podrían estar implicados en este trastorno.

Anteriormente, la médico ginecóloga francesa Michéle Thiriet (1987), observó que en las mujeres fumadoras, la menopausia también se presenta entre uno y dos años antes que en las mujeres no fumadoras.

2.12. La alteración del proceso endocrino durante la menopausia.

Para explicar los trastornos del sistema endocrino, los cuales son los causantes del desequilibrio hormonal; la doctora Thiriet (1987), expone de forma sencilla el proceso:

“Cuando el ovario deja de producir óvulos, hacia los cincuenta años, la secreción de estrógenos y de progesterona disminuye, por consiguiente sus niveles en sangre se reducen a cifras muy bajas, casi nulas.

El hipotálamo reacciona secretando dosis excesivas del factor desencadenante LH-RH, como si quisiera castigar a los deficientes ovarios. Las dosis de gonadotrofinas **Hormona Foliculoestimulante (FSH)** y **Hormona Luteinizante (LH)**, aumenta bajo la acción del factor desencadenante LH-RH, pero el ovario menopáusico ya no responde. Para la **Hormona Foliculoestimulante (FSH)**, la concentración en la menopausia es 10 a 15 veces más elevada que el nivel normal. En el caso de la **Hormona Luteinizante (LH)** es de 3 a 4 veces el nivel habitual” (Thiriet, 1987).

Complementando la información antes citada la doctora Thiriet (1987), elaboró el siguiente cuadro comparativo entre la cantidad de hormonas en un ciclo menstrual normal, y la cantidad de hormonas después de la menopausia.

CONCENTRACION DE HORMONAS EN LA SANGRE.		
(POR MILILITRO DE SANGRE).		
Hormona.	Ciclo menstrual normal.	Después de la menopausia.
Progesterona.	8 a 15 nanogramos.	rastros.
Estrógenos.		
-Estradiol.	100 a 200 (pg).	15 (pg).
-Estrona.	50 a 200 (pg).	20 (pg).
FSH.	2 a 5 mUI.	15 a 30 mUI.
LH.	2 a 5 mUI.	8 a 20 mUI.

Para su mejor comprensión la doctora Thiriet, explica las unidades de medida:

“1 miligramo es igual a 1.000 microgramos.

1.000 microgramos es igual a 1.000.000 nanogramos.

1.000.000 nanogramos es igual a 1.000.000.000 (pg) picogramos.

Y menciona que la cantidad extraordinariamente pequeña de hormonas que regulan el ciclo ovárico, es la causante del desequilibrio hormonal en el organismo de la mujer.” (Thiriet, 1987).

2.13. El síndrome de la menopausia.

La causa real del climaterio y la menopausia es la disminución de los oocitos y folículos primarios de los ovarios con el consecuente cese en la producción de estrógenos. Este no es un proceso rápido, sino que dura varios años; la mujer pasa lentamente del desarrollo folicular y la ovulación con ciclos regulares, a períodos irregulares, que van haciendo cada vez menos frecuentes los sangrados menstruales hasta que se presenta la última

menstruación espontánea. La producción de estrógenos ováricos sigue el mismo patrón, hasta que alcanza cifras permanentemente bajas durante la postmenopausia.

Esta disminución hormonal en el organismo de la mujer menopáusica, se comienza a manifestar a través de alteraciones en el sistema neurovegetativo y sistema nervioso (Ibarra, 2003).

2.13.1 Alteraciones neurovegetativas.

- **Síntomas vasomotores**

El médico psiquiatra Josep Rebordosa (2001), menciona que los síntomas vasomotores de la menopausia comienzan provocados por el pronunciado descenso de producción de estrógenos (la más importante hormona femenina) y que éste cambio en el funcionamiento de los vasos sanguíneos se manifiesta por el aumento de la temperatura cutánea, básicamente en lo que se conoce como “bochornos” y se experimentan especialmente en la parte superior del cuerpo, particularmente en el pecho, cara y cabeza.

En cuanto a su presentación el médico Rebordosa (2001), informa que estas alteraciones se aparecen en forma de: sofocos o calores, sudores repentinos, intermitentes, enrojecimiento de la piel y en ocasiones se presentan acompañados por una sensación de hormigueo en el cuerpo; y que éstos síntomas se padecerán durante aproximadamente de uno a cinco años o más, y es probable que desaparezcan a partir de los 60 años en adelante.

Síntomas Vasomotores.	{ Sofocos, calores. Sudores repentinos, intermitentes. Enrojecimiento de la piel acompañado por una sensación de hormigueo en el cuerpo.
-----------------------	--

- Sofocos, calores: síntoma característico de la menopausia. Bruscamente, sin motivo visible o por efecto de una causa mínima, la mujer experimenta una sensación de calor más o menos fuerte que se extiende como una ola por todo el cuerpo pero especialmente localizada en el pecho, el cuello y la cara, y le sube a la cabeza.

Su frecuencia es variable: algunas mujeres padecen dos o tres sofocos diarios, mientras que en otras se reproducen cada dos o tres horas a veces cada hora e incluso más a menudo; con probable duración de 30 segundos a 10 minutos.(Rebordosa ,2001).

- Sudores repentinos, intermitentes: los sudores frecuentemente se presentan después del sofoco, y se presentan en todo el cuerpo o localizados (cara, cabeza, axilas). Los sudores ponen fin a la crisis que, según su intensidad, habrá durado desde algunos segundos hasta algunos minutos. (Rebordosa ,2001).
- Enrojecimiento de la piel, acompañado por una sensación de hormigueo en el cuerpo: la sensación de calor se exterioriza inmediatamente por una rojez intensa del rostro, que a veces se generaliza a todo él, y otras queda localizado en una mejilla o, incluso, una oreja. Frecuentemente este síntoma va acompañado de otras molestias tales como la sensación de ahogo, hormigueo de las manos o los pies, incluso zumbido de oídos. Duración desde algunos segundos hasta algunos minutos. (Rebordosa ,2001).
- **Síntomas neurovegetativos.**
En el año 2003, el médico gineco obstetra Arturo Ibarra Ramos, describe las consecuencias del hipoestrogenismo en el sistema nervioso autónomo. Logrando comprobar que la etiología de las

alteraciones neurovegetativas que presentan las mujeres menopáusicas no son controlados por voluntad, en otras palabras, aparecen en forma espontánea, y se caracterizan por los siguientes síntomas.

- Síntomas Neurovegetativos.
- "Astenia" (Guilly, 1972).
 - "Efectos sobre las mucosas" (Figueroa, 1994).
 - "Estreñimiento y meteorismo; Molestias de tipo reumático" (Schneider, 1999).
 - "Mareos; Vértigos" (Rodríguez, 2000).
 - "Sensación de angustia; Insomnio; Mioclonia nocturnas" (Rebordosa, 2001).
 - "Dolores de cabeza; Síntomas cardíacos; Hipertensión, Molestias al orinar, Dispareunia; Disuria" (Ibarra, 2003).

- "Astenia: cansancio físico excesivo al caminar, es la sensación anormal de fatiga, y es un síntoma normal de esta etapa. Guilly (1972), recomienda hacer un diagnóstico diferencial ya que en ocasiones esta astenia puede ser física y moral al mismo tiempo, y se corre el riesgo de confundirla con señales de depresión nerviosa ya que se presenta acompañada de tristeza y desaliento. Sin embargo en mujeres que no están deprimidas, el único síntoma nervioso es un cansancio físico anormal" (Guilly, 1972).
- "Efectos sobre las mucosas: se denomina mucosa al tejido que tapiza por dentro a una serie de órganos del cuerpo. Ante el déficit de estrógenos las mucosas responden adelgazándose, perdiendo consistencia y humedad; por tanto en vagina, útero, cavidad nasal, ojos y tubo digestivo se manifiesta como sequedad" (Figueroa, 1994).

- Estreñimiento y meteorismo: estreñimiento evacuación intestinal infrecuente. La flatulencia o meteorismo es un exceso de gases en el intestino que causa espasmos intestinales y distensión abdominal. (En: <http://saludyalimentacion.consumer.es>)
- Molestias de tipo reumático: dolor en el aparato locomotor; huesos articulaciones, músculos, tendones y ligamentos.
(En: <http://www.veafotoaqui.com>)
- Mareos, vértigos: sensación de inestabilidad, la mujer siente que las cosas dan vueltas a su alrededor o que es ella quien gira alrededor de las cosas. Se puede acompañar de manifestaciones vegetativas tales como náuseas, vómitos, sudoración.
(En : <http://es.wikipedia.org/>)
- Sensación de angustia: sensación subjetiva y psicológica de temor y amenaza; miedo indefinido.
(En: <http://www.geocities.com/hotSpings/6333/2defini.html#difere>)
- “Insomnio: dificultades para conciliar el sueño” (Rebordosa, 2001).
- “Mioclonia nocturnas: síndrome de las piernas inquietas, se experimenta la contracción de músculos en las piernas” (Rebordosa, 2001).
- “Dolores de cabeza: dolor que resulta de la constricción y posterior dilatación de los vasos sanguíneo cerebrales” (Ibarra, 2003).
- Síntomas cardiacos. {
 - Arritmia.
 - Palpitaciones.
 - Taquicardias.

“Arritmia: anomalía en la conducción de los impulsos eléctricos generados a través del tejido nervioso especializado del corazón” (Ibarra, 2003).

“Palpitaciones: percepción subjetiva de los latidos cardiacos” (Ibarra, 2003).

“Taquicardias: aumento de la frecuencia cardiaca” (Ibarra, 2003).

- “Hipertensión: aumento de las cifras en la tensión arterial por encima de los valores considerados normales; que en adultos son 140 milímetros de mercurio de tensión sistólica y 85 miligramos de tensión diastólica” (Ibarra, 2003).

- Molestias al orinar.

{	Resequedad Vaginal.
	Incontinencia Urinaria.
	Disuria.
	Dispareunia.

“Resequedad vaginal: son problemas vinculados a la atrofia del tejido vaginal y uretral, que siendo estrógenodependientes, literalmente se resecan.

Incontinencia urinaria: micción involuntaria.

Disuria: dificultad para orinar. Puede producir ardor.

Dispareunia: coito doloroso” (Ibarra, 2003).

2.13.2 Alteraciones del sistema nervioso.

El médico neurólogo Paul Guilly (1972), opina que el desequilibrio hormonal repercute en todo el organismo; y debido a este desequilibrio se presentan las alteraciones en el sistema nervioso

que son habituales en esta etapa, dejando a las mujeres en un estado de indefensión ante enfermedades como el reumatismo climatérico que se manifiesta como:

Neuralgias cervicobraquiales; que es un dolor que se localiza en la región de brazos y cuello.

Algías lumbosacras; este dolor se localiza en las vértebras inferiores, que son las que nos permiten movimientos tales como la flexión y extensión.

2.14. Signos de la menopausia.

Como se ha señalado antes, el descenso en los niveles de estrógeno afecta a todo el organismo, y crea un desequilibrio hormonal dando como resultado cambios físicos que manifiestan claramente la presencia de la menopausia en el cuerpo de la mujer.

Signos. { Tendencia a la obesidad. (Guilly, 1972).
El vello se vuelve más fuerte. (Schneider, 1999).
Cambios en el patrón de menstruaciones.(Lefrancois, 2001).
La mujer se viriliza. (Becerra-Fernández, 2003).

- “Tendencia a la obesidad, los estrógenos determinan la distribución de la grasa del cuerpo, de este modo la mujer presenta acumulación de grasa en las caderas, la región glútea, el abdomen, los senos, la barbilla, y la nuca” (Guilly,1972).

- “El vello se vuelve más fuerte, el grosor del vello corporal se incrementa, y generalmente aparece en los lugares masculinos, por ejemplo en el labio superior “(Schneider, 1999).
- “Cambios en el patrón de menstruaciones, son las irregularidades; saltos de períodos o descarga notablemente reducida” (Lefrancois, 2001).
- La mujer se viriliza.
 - “Endurecimiento de las facciones.
 - Incremento de vello corporal, sobre todo en el pecho, en la areola de los pezones, en las piernas y antebrazos.
 - El cuerpo adquiere corpulencia. La voz toma un tono más grave” (Becerra Fernández, 2003).

2.15. Diagnóstico clínico.

El diagnóstico de la menopausia sólo puede hacerse de forma retrospectiva, cuando se ha cumplido ya un año sin menstruar (Becerra, 2003).

2.16. Tratamiento clínico.

En el campo de la salud, el tratamiento de los desórdenes hormonales en la edad de la menopausia busca esencialmente brindarle mejor calidad de vida a la mujer que se encuentra en esta etapa.

Seguidamente, se mencionan algunas alternativas de tratamiento:

A) Desde la perspectiva de la ginecología, la médico Michèle Thiriet (1987), propone el uso de estrógenos ya que los considera la esencia del tratamiento de la menopausia por su eficacia en el bienestar físico y moral de la mujer y el gran efecto protector

que tienen a largo plazo sobre la osteoporosis, el infarto de miocardio y la enfermedad de Alzheimer.

B) Tras varios años de investigación teórica y clínica la profesora y doctora en psicología clínica Beatriz M. Rodríguez (2000), señala la importancia y la necesidad de considerar la “calidad de vida” de las mujeres durante la menopausia, por lo que sugiere un tratamiento hormonal.

C) Por su parte el médico Josep Rebordosa Serras (2001), se enfoca en un tratamiento para controlar de manera progresiva la disminución de estrógenos, ya que así contribuye a una franca mejoría de muchos de los síntomas de este momento.

Como se podrá notar en las líneas anteriores, cada uno de los autores mencionados tiene su campo de acción en una rama diferente del cuidado de la salud, sin embargo existe un punto común entre ellos; el interés por el bienestar físico de la mujer.

2.16.1. Ventajas del tratamiento.

En su experiencia clínica la médico ginecóloga Michéle Thiriet (1987), ha observado que el tratamiento hormonal resulta ser beneficioso, pues uno de sus componentes es la foliculina y ésta actúa como un agente antidepresivo; volviendo a dar un tono nervioso y muscular, haciendo que la apatía y la fatiga desaparezcan poco a poco. Por otra parte la progesterona actúa como un tranquilizante.

2.16.2 Duración del tratamiento.

“El tratamiento por estrógenos, esencialmente con miras a remediar la carencia ovárica, debe prescribirse durante mucho tiempo. La dosis necesaria se fija generalmente por tanteo ; la más adecuada

es aquella que atenúa francamente los trastornos, en particular los sofocos. Habitualmente se administran los estrógenos de quince a veinte días por mes, durante varios meses, y a veces durante años, diez, veinte o más años ” (Guilly, 1972).

2.16.3 Riesgos del tratamiento por aplicación se estrógenos.

“Principalmente, puede mencionarse el riesgo de producirse un cáncer de mama” (Rebordosa 2001).

CAPÍTULO 3. TRASTORNOS EMOCIONALES DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA.

3.1. Definición de trastorno mental

El grupo de psicólogos que trabajó en la investigación del Comportamiento Anormal, define el trastorno mental como una gama de patrones reconocibles de conducta anormal (Sue, 1996).

Por su parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1997), admite que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto “trastorno mental” y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Sin embargo el mismo DSM-IV propone una definición basada en una gran variedad de conceptos , por ejemplo: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística, puntualizando que cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar por ejemplo: dolor, o una incapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento), en consecuencia la definición propuesta es “un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, o psicológica o biológica” (DSM-IV, 1997).

Al respecto la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10,1997), define al trastorno mental o psicológico, como la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos

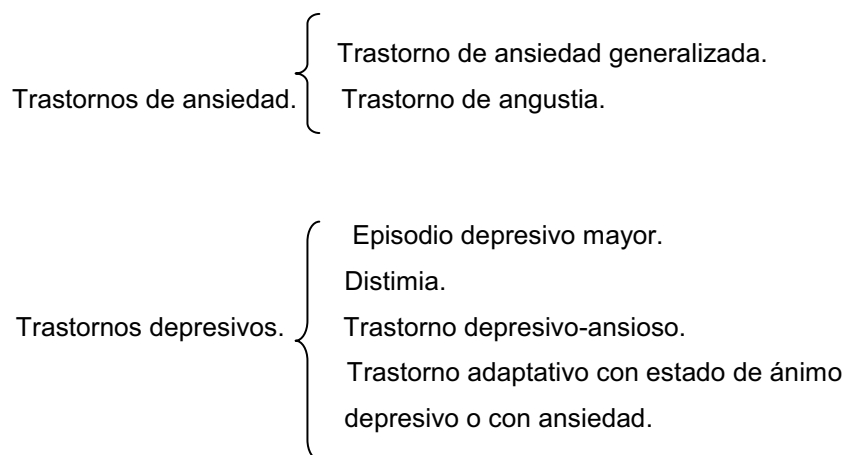
se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los dos signos más característicos de los trastornos psicológicos son:

- Presencia de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.
- Presencia de emociones dolorosas crónicas (ansiedad, depresión, ira, rencor, culpa, miedo, tristeza, dolor).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), muestra dos tipos de trastornos relacionados con las emociones dolorosas, que pueden presentarse en la menopausia.

Estos dos trastornos son:

Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos.



3.1.2 Definición de trastornos del afecto (humor).

“Trastornos graves del estado de ánimo o afecto, son perturbaciones en las emociones que causan incomodidad subjetiva, entorpecen la capacidad de la persona para funcionar, o

ambos; los trastornos del afecto incluyen depresión, manía o ambos” (Sue, 1996).

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), “los trastornos del humor o afectivos, son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés” (CIE-10, 1997).

Por su parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), considera a los trastornos del afecto (humor), como trastornos del estado de ánimo, y no lo define, únicamente menciona que estos trastornos tienen como característica principal una alteración del humor (DSM-IV, 1997).

3.1.3 Definición de trastornos emocionales.

Son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos. Los trastornos emocionales más comunes son la depresión y el trastorno bipolar. (En <http://trastornoemocional.blogspot.com/>)

3.1.4 Etiología del trastorno psíquico de la mujer en la menopausia.

El médico científico español Gerardo Marañón y Posadillo (1919, cit. En Carranza,1990) en su estudio biológico y clínico de La Edad Crítica, menciona que es muy difícil hablar de etiología de los trastornos psíquicos de las mujeres menopáusicas, porque en ellas se implican fenómenos sociales y antropológicos, con otros puramente fisiológicos y endocrinos, sin embargo encontró que existen algunos factores etiológicos y los menciona enumerándolos de la forma siguiente:

- 1) Falta de estrógenos.
- 2) Factores constitucionales y hereditarios.
- 3) La vida sexual anterior.
- 4) Las relaciones con el marido y los hijos.
- 5) Las relaciones con la sociedad.

3.1.5. Etiología de los trastornos afectivos o del estado de ánimo.

A pesar de la dificultad para determinar la causa de los cambios de estado de ánimo el grupo de psicólogos David Sue, Derald Sue y Stanley Sue (1996), en sus investigaciones del Comportamiento Anormal, logran establecer la posibilidad de que el mecanismo regulador para mantener la homeostasis o estabilidad del estado de ánimo, ya no funciona.

3.1.6 Etiología de los trastornos emocionales.

La etiología de estos trastornos emocionales, no se conoce con exactitud, aunque hay autores que proponen que éstos son hereditarios. También algunas teorías proponen que las causas pueden ser los cambios en los niveles de ciertas sustancias en el cerebro, pero aún en estos días la ciencia no ha logrado determinar las causas. (En <http://trastomosemocionales.blogspot.com/>)

3.2 Trastornos emocionales en la menopausia.

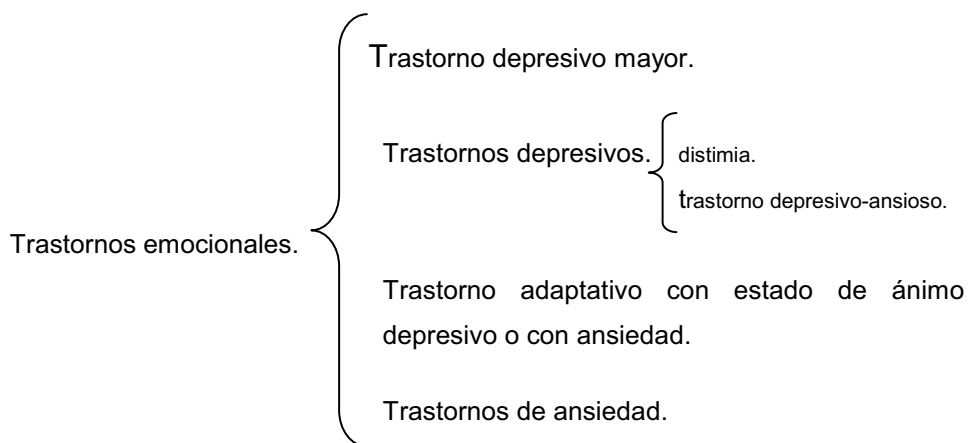
Comenta el gran médico Gerardo Marañón (1919, cit. En Carranza, 1990) que desde siempre, la menopausia, se ha asociado con trastornos emocionales; y el atribuir a la retirada de las reglas cambios en el carácter y en la afectividad, ha sido una práctica común.

En el mismo sentido continúa explicando que estos cambios son múltiples y muy difíciles de describir. Schindler (1919, cit. En Carranza, 1990), describe los cambios del carácter como la adaptación a una conducta opuesta a la que ha sido habitual durante toda la vida. Las mujeres tranquilas se vuelven excitables, las perezosas, activas; las alegres se hacen melancólicas, y muchas mujeres que han sido toda su vida calladas y silenciosas se vuelven ruidosas o locuaces. Pero el signo más común es la ansiedad. Se trata de mujeres que se sobresaltan con facilidad y que nos refieren que se despiertan a media noche sudando y presas de temor o angustia. Dennerstein y Burrows (1919, cit. En Carranza, 1990) dicen que lo más típico es el cambio de carácter; la alteración de la personalidad, creándose así una personalidad psicopática que la propia mujer no percibe, pero que sus familiares ven enseguida, a veces con temor y otras con curiosidad o irritación. A manera de conclusión Marañón agrega que ésta etapa de la mujer es un momento crítico porque se dan situaciones cúlmines como el abandono de los hijos del hogar, (conocido como el síndrome del nido vacío), la conciencia de la pérdida de la juventud y, el evento más importante “la llegada de la menopausia”, mencionando además que estos trastornos tienen sus manifestaciones concretas tales como : pérdida de autoestima, irritabilidad, falta de interés por cosas que antes causaban placer, y alteración de los vínculos sociales, entre otros.

Años más tarde el médico psiquiatra Josep Rebordosa Serras (2001), comenta que efectivamente en esta etapa de la vida de la mujer se puede apreciar un aumento significativo de cambios de humor, memoria y de comportamiento en general, y además señala que pareciera que muchas mujeres entran en la menopausia haciendo una especie de balance entre lo que ellas perciben como positivo y negativo, es decir entre el período fértil, con poder para tener más hijos y otro que significa el envejecimiento, la adquisición de toda una serie de nuevos hábitos que tendrán que asumir. Unas creen que va a ser un período donde termina su “juventud” y tendrán que adaptarse a nuevas situaciones y hábitos corporales hasta ahora desconocidos para ellas, además agrega el médico Rebordosa que no es posible hablar de forma generalizada de la sintomatología psicológica, ya que son muchos los factores que intervienen en ésta. Desde la propia biología individual, con su carga genética e inmunológica hasta los antecedentes familiares y biográficos, el entorno social, la personalidad, la información y educación recibida y hasta las expectativas y realidades encontradas así como la aparición de la menstruación, la maduración de su imagen corporal, sexualidad adolescente y adulta, hasta el período menopáusico, todo tiene influencia en la presentación y la repercusión de los diferentes síntomas de índole psicológico.

Con todo lo señalado en las líneas antes expuestas lo que Rebordosa indica es que no todas las mujeres sufren toda la variedad sintomática ni en la misma forma ni en el misma intensidad, a pesar de que hay una base biológica que acontece en la menopausia y que es el origen o el precipitante de ciertas anomalías en el cuerpo y en el psiquismo de toda mujer. (Rebordosa, 2001).

Dicho lo anterior, se puede observar la presencia de los trastornos emocionales que pueden encontrarse en la etapa de la menopausia. (Rebordosa, 2001).



3.2.1 Concepto de depresión.

En cuanto a la depresión Marañón (1919, cit. En Carranza, 1990), señala que en esta etapa más que una enfermedad es un estado de ánimo, un talante (mood), y siguiendo con esta tendencia menciona que la depresión es, al principio, solo eso, un estado de ánimo, un talante, y luego poco a poco va progresando hasta convertirse en un estado patológico caracterizado por cambios afectivos, sensación de auto menosprecio o indignidad, concepto de culpabilidad, desánimo, y falta de esperanza, asimismo continúa revelando que se presenta una pérdida de interés por las cosas externas y pérdida de afecto por los seres queridos, marido e hijos. A estos síntomas se asocia falta de interés por el trabajo, vagancia, ansiedad, miedo, pérdida de esperanza y tendencia al suicidio.

Años mas tarde el médico gineco obstetra Arturo Ibarra Ramos (2003), señala que en el campo de la medicina el término depresión tiene diferentes significados, y la define así :

La depresión es una emoción que todo el mundo ha experimentado alguna vez; los sentimientos de tristeza son normales, pero se vuelven patológicos en relación con su intensidad, duración e interferencia con el funcionamiento fisiológico y/o social de quien los padece, y que la sintomatología más frecuente de este estado de ánimo puede ser: cansancio, falta de energía, alteración del apetito, disminución de peso, molestias y dolores vagos, dolor de cabeza, dificultad para respirar, estreñimiento, trastornos del sueño, y sequedad de boca.

En su estudio sobre la depresión la psicóloga Morand de Jouffrey, (1996) la define así: “La depresión es una enfermedad del humor. La palabra tiene por sinónimo decaimiento e ilustra ese estado de abatimiento moral y físico relacionado con el deterioro del humor”.

“Estado de ánimo decaído o forma de tristeza que puede ser muy ligera y temporal” (MacLaren, 2004).

3.2.2 Etiología de la depresión.

El médico Guillermo Calderón Narváez (1999), expone en su obra Depresión, información completa sobre las causas de la depresión, concluyendo que es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros.

Por su parte el médico psiquiatra francés Christian Spadone (2003), menciona que la depresión tiene múltiples orígenes, en los que se integran factores innatos y adquiridos, acontecimientos antiguos y otros recientes.

3.2.3 Tipos de depresión.

La psicóloga norteamericana Liz MacLaren (2004) propone la existencia de distintos tipos de depresión y los clasifica así:

- Tipos de Depresión. {
1. Depresión.
 2. Desorden maníaco depresivo.
 3. Depresión reactiva.
 4. Depresión endógena.
 5. Desorden afectivo de estación.

1. **“Depresión:** comúnmente conocida como depresión unipolar.

2. **Desorden maníaco depresivo:** llamado también “depresión bipolar” o desorden afectivo bipolar. En esta fase, la maníaca, la persona experimenta un exceso de felicidad y alegría, al grado de estar eufórica, hiperactiva e inquieta; se trata de personas que muestran poca necesidad de dormir, no paran de hablar, tiene problemas para concentrarse y pasan de una cosa a la otra sin lograr enfocar su pensamiento, son muy agudos y ocurrentes, derrochan imprudentemente su dinero y tienen diversos comportamientos de escasa responsabilidad.

En otras palabras, en la fase depresiva del padecimiento la paciente tiene un decaimiento anormal, mientras que en la fase maníaca la paciente se llena de energía de una manera también anormal.

3. Depresión reactiva: llamada también depresión exógena, y puede ser detonada por varios eventos que causan dolor o angustia, o por una situación traumática.

Estos eventos pueden ser, la pérdida de un ser querido a causa de la muerte, un divorcio, accidentes automovilísticos, o pérdida de trabajo repentina; también puede aparecer como respuesta ante una enfermedad seria, como problemas cardíacos o alguna forma de cáncer.

Esta forma de depresión también ocurre cuando se da a luz un hijo, y es lo que se conoce comúnmente como depresión “posparto”.

4. Depresión endógena: esta forma de depresión puede ocurrir sin ninguna razón identificable, y por lo tanto no se encuentra el factor detonante.

5. Desorden afectivo de estación: tipo de depresión recientemente identificado y que aparece como consecuencia del invierno. Las personas que la sufren tienden a dormir más en vez de sufrir de un estado de privación de sueño; e incluso tienden a ingerir una mayor cantidad de alimentos, en vez de volverse inapetentes, además es posible que se presenten síntomas como agotamiento, y disminución del poder de concentración “ (MacLaren 2004).

3.2.4 Síntomas de la depresión.

El llanto, apariencia personal, desórdenes alimenticios, sudoración, desinterés y apatía, pérdida del deseo sexual, cambios en el personalidad, actitudes antisociales, pérdida de confianza en sí mismo, falta del sentido del humor, irritabilidad, inquietud y

agitación, pensamientos negativos y de incompetencia, pensamientos suicidas. (MacLaren 2004).

“El llanto; es con frecuencia uno de los primeros síntomas de la depresión, e incluso es el que puede ayudar a formalizar un diagnóstico.

Apariencia personal; es un buen indicador, ya que las personas que están bajo una depresión severa se niegan a cuidar su arreglo personal, el individuo prefiere utilizar ropa que no es apropiada para la ocasión, o simplemente usa ropa que no está del todo limpia; dejan de peinarse y rehúsan seguir con su rutina de higiene personal, al extremo de que su falta de baño se hace obvia para los demás.

Desórdenes alimenticios; los patrones alimenticios pueden ser afectados por la depresión. En algunos casos, las personas comen más de lo que normalmente acostumbran, pero por regla general, las personas que la padecen sufren una pérdida de interés por la comida.

Sudoración; algunas personas reportan que durante el proceso de depresión han padecido ataques de sudoración, obviamente detectables por sus allegados. Esta sudoración repentina comúnmente se asocia con ataques de pánico, lo cual supone un síntoma de ansiedad, otros síntomas que caracterizan los ataques de pánico son: respiración rápida y poco profunda, palpitaciones y sentimientos intensos de miedo y ansiedad.

Desinterés y apatía; de la misma forma en la que se pierde el gusto por la comida, algunas personas en estados

avanzados de depresión dejan de mostrar interés por muchas otras cosas.

Pérdida del deseo sexual; pérdida de la capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales, ya que existe una disminución en la libido.

Cambios en la personalidad; personas que eran animosas y extrovertidas, de pronto se vuelven lejanas, taciturnas, inactivas y pierden el interés por lo que les rodea.

Actitudes antisociales; evitación a reuniones, la persona se siente sin la fuerza necesaria para convivir con otras personas, podría decirse que es algo que prácticamente no puede manejar.

Pérdida de la confianza en sí mismo; la persona se vuelve temerosa e insegura respecto a su habilidad en el desempeño de sus tareas.

Falta del sentido del humor; el cambio de personalidad, va de la mano con un decremento en su sentido del humor.

Irritabilidad; la mujer que está sufriendo depresión frecuentemente se manifiesta más irritable de lo que es en su estado normal. Suelen contestar bruscamente a quienes le rodean principalmente a hijos y esposo.

Inquietud y agitación; se presentan períodos de agitación, y no dejar de moverse e ir de aquí para allá.

Pensamientos negativos y de incompetencia; períodos largos de abatimiento y sentimientos e incapacidad para realizar cualquier actividad.

Pensamientos suicidas; intensos pensamientos suicidas acompañados de profunda tristeza e infelicidad, así como de un enorme sufrimiento interno”. (MacLaren 2004).

3.2.5 Trastornos depresivos.

Las depresiones tienen unos síntomas que, en mayor o menor grado, aparecen en sus diferentes formas. Están presentes desde la tristeza profunda, donde todo se vuelve molesto, desagradable, indeseado, sin interés alguno hasta el sentimiento de un vacío interior que le es difícil de superar. (Rebordosa, 2001).

El médico psiquiatra Josep Rebordosa Serras (2001), comenta que muchas mujeres depresivas sienten y viven su estado de ánimo con una ansiedad desencadenada por la conciencia que tienen de su situación depresiva. Es una ansiedad, a veces llevadera, pero en muchos casos puede resultar insoportable. Sus pensamientos son negativos, inculpatorios y a veces obsesivos, su autoestima es muy precaria y sus relaciones con los demás se encuentran muy limitadas. Por otra parte suelen sentirse desplazadas de las demás personas, se sienten fatigadas y en ocasiones irritables. Los síntomas físicos más notorios empiezan por una astenia, una disminución del apetito, pérdida de peso, dolores musculares, alteraciones digestivas con aparición de estreñimiento, frío en las extremidades, pérdida de interés sexual, dolores de cabeza y dificultades con el sueño que les lleva a despertarse al cabo de poco tiempo de haberse dormido, tales síntomas se pueden observar como :

Episodio depresivo mayor: los síntomas que aparecen y que nos permiten diagnosticar una depresión severa se

pueden presentar como un episodio único o como un trastorno que será repetitivo. Se caracteriza por la presencia de algunos o de muchos de los síntomas depresivos y que antes de esta etapa no se habían presentado. Se considera como más sobresalientes el estado de ánimo depresivo, con una tristeza profunda vivida la mayor parte del día, así como la pérdida importante de interés y capacidad de obtener placer en las diferentes actividades que antes eran placenteras. Todo ello puede ir acompañado de alteraciones en el apetito, alteraciones del sueño, fatiga, astenia, dificultades para realizar sus tareas habituales, así como la sensación de inutilidad y culpabilidad.

En casos graves, los sentimientos de tristeza son muy intensos, el sufrimiento es excesivo, el malestar físico insoportable y puede incluso estar presente la idea del suicidio. Si este episodio persiste por más tiempo, se repite de forma continuada sin apenas mejoría, se instaura un trastorno depresivo que puede ser grave y asociado a otros síntomas de mal pronóstico como melancolía, signos psicóticos, etc. Pudiendo llegarse a un padecimiento crónico. (Rebordosa, 2001),

Distimia: responde a un estado en el que la mujer se encuentra deprimida, está así desde hace meses, no siempre en la misma gravedad, pudiendo tener días aparentemente normales, pero que cuando está depresiva padece en cierto grado alteraciones del sueño, apetito, astenia, baja autoestima, sentimientos de desesperación e inutilidad para aceptar obligaciones, tomar decisiones o concentrarse en actividades. El proceso se hace fácilmente

crónico y sin agudizaciones importantes permanece el estado de ánimo depresivo. (Rebordosa, 2001),

Trastorno depresivo-ansioso: los síntomas no son únicamente depresivos, sino que también la tristeza va acompañada de una fuerte ansiedad, no concreta pero que no se entiende por otro motivo. Son cuadros en los que los síntomas son una mezcla entre los anteriormente descritos y los que se describen en los trastornos de ansiedad. (Rebordosa, 2001).

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o con ansiedad.

Son aquellos en los que la paciente tras notar los diferentes efectos menopáusicos, sufre con un estrés tal que le desencadena la aparición de síntomas emocionales y de comportamiento, deterioro de sus actividades y depresión por alteración de su estado de ánimo en el que predomina la tristeza. A veces la inadaptación les provoca una ansiedad, nerviosismo, inquietud e irritabilidad manifiestos. (Rebordosa, 2001),

3.2.6 Concepto de ansiedad.

La ansiedad, que es un miedo sin objeto, es el temor a un eventual peligro y se traduce en un malestar físico y psíquico que puede llegar hasta el pánico (Morand de Jouffrey, 1996).

Los psicólogos norteamericanos Sue y Sue definen a la ansiedad como un sentimiento de temor y aprensión (Sue, 1995).

3.2.7 Etiología de la ansiedad.

Los trastornos de ansiedad pueden desencadenarse por una variedad de factores, incluidos las experiencias de vida y los rasgos

psicológicos. Específicamente, el aumento del estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento de situaciones adversas pueden contribuir a la ansiedad. Los antecedentes familiares y la genética también se han implicado en la etiología de los trastornos de ansiedad.(En: <http://es.brainexplorer.org/anxiety/>)

3.2.8 Tipos de ansiedad.

El grupo de psicólogos David Sue, Derald Sue, y Stanley Sue (1994), proponen la existencia de distintos tipos de ansiedad y los clasifican de la siguiente manera:

- Tipos de ansiedad. {
1. Crisis de angustia.
 2. Agorafobia.
 3. Fobia específica.
 4. Trastorno obsesivo compulsivo.
 5. Estrés postraumático.
 6. Estrés agudo.
 7. Ansiedad generalizada.
 8. Por enfermedades médica.
 9. Inducida por sustancias.

1. “Crisis de angustia: conocida como ataques de pánico, la persona experimenta de forma súbita aprehensión, terror y sensación de muerte inminente. Puede sentir falta de aliento, opresión en el tórax, sensación de atragantamiento y miedo a perder el control. Puede haber llanto.
2. Agorafobia: sensación enfermiza de angustia ante los espacios despejados y extensos, tales como plazas, calles anchas, etc.

3. Fobia específica: ansiedad importante por exponerse a situaciones u objetos específicos temidos.
4. Trastornos obsesivo compulsivo: es una idea intrusa que molesta a la persona (obsesión), que al no poder evitarla genera un acto repetitivo (compulsión), se considera un padecimiento desgastante, porque obliga a la persona a realizar rituales para contrarrestar la idea obsesiva.
5. Estrés postraumático: reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, como accidentes o pérdidas graves. Se presenta una o dos semanas después del hecho. Genera mucha ansiedad porque la persona trata de evitar que le vuelva a ocurrir.
6. Estrés agudo: ansiedad intensa que aparece inmediatamente después de un evento traumático.
7. Ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesivas que persisten por más de 6 meses. Es la ansiedad más común. La persona se vuelve aprensiva, constantemente preocupada por todo, no disfruta nada y se afecta a sí misma y a su entorno.
8. Por enfermedad médica: ansiedad secundaria generada por alteraciones del organismo debido a enfermedades crónicas, hormonales, etc.
9. Inducida por sustancias: tipo de ansiedad derivada de los efectos de una droga o fármaco, incluso por tomar café o fumar tabaco”, (Sue ,1994).

3.2.9 Síntomas de la ansiedad.

Existen varios tipos de trastornos de ansiedad y cada uno con sus síntomas particulares. Los psicólogos Sue y Sue, (1994), clasifican de la siguiente forma las reacciones emocionales:

“Sensación súbita de miedo y pavor intenso; aunque no exista ningún peligro real.

Preocupación extrema todos los días; que imposibilita la realización de algunas o todas las actividades cotidianas.

Evitación; la persona evita situaciones que le provocan ansiedad”, (Sue ,1994).

3.2.10 Trastornos de ansiedad.

“La ansiedad patológica se manifiesta como una sensación de angustia, preocupación, miedo, tensión o excitación, y se acompaña de diferentes síntomas según el trastorno de ansiedad que se presente, pero es frecuente la aparición de una serie de alteraciones físicas derivadas de la tensión motora que se produce. Así, la agitación, la inquietud, el temblor, la incapacidad de relajarse, etc. son producto de esta ansiedad, como también la aparición de síntomas vegetativos, las palpitaciones, la taquicardia, el aumento de la sudoración, la respiración rápida, diarreas, sequedad de boca, vértigo, etc. Y debido a la hipervigilancia del cerebro en los estados de ansiedad, la persona se vuelve irritable, inquieta con dificultades en la concentración, con problemas de sueño, sobre todo de conciliación, problemas en sus relaciones sexuales y alteraciones en la digestión de alimentos (come en exceso o deja de comer), (Sue ,1994).

Trastornos de ansiedad .
(Sue ,1994).

Trastornos de ansiedad generalizada.
Trastorno de angustia.

Trastorno de ansiedad generalizada: es en el que aparece una excesiva preocupación acerca de numerosas situaciones y acontecimientos de la vida. Esta ansiedad no es fácilmente controlable para ella así como los síntomas ansiosos, como la inquietud e impaciencia, la irritabilidad, la tensión física, la fatiga, la dificultad de concentrarse en una cosa, las alteraciones del sueño, etc. Ello no responde a una situación o sensación concreta ni por temores más o menos concretos y por ello le comporta una limitación importante en su vida habitual.

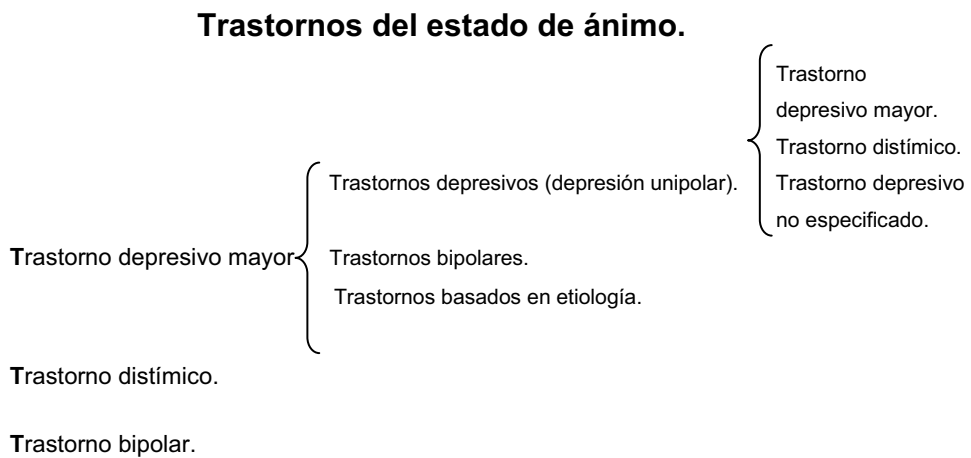
Trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de crisis de angustia o ataques de pánico: súbitamente aparecen palpitaciones o taquicardia que van seguidas de temblores, sensación de ahogo o nudo en la garganta, opresión en el pecho, molestias o náuseas, mareo, escalofríos, hormigueos en el cuerpo, miedo a volverse loco o morir. Estas crisis tienen una duración limitada de unos diez minutos y en ocasiones suelen acompañarse de agorafobia, que responde al temor, terror incluso, a encontrarse en lugares donde cree que le será difícil escapar, pedir ayuda o situaciones que le pueden causar una sensación embarazosa. Por ello, la persona agorafóbica intentará por todos los medios evitar todas las situaciones en las que pueda pensar que sea posible que concurren estas circunstancias”, (Sue ,1994).

3.3. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1997), designa una sección para los trastornos del estado de ánimo, y ésta se divide en tres partes:

- Episodios afectivos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Episodios recidivantes.

Para el estudio que interesa se expondrán a exploración los trastornos del estado de ánimo. Seguidamente se muestra la forma en que se dividen y se subdividen de acuerdo al DSM-IV:



Sin embargo, para efectos de esta investigación únicamente se analizará el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad.

Trastornos depresivos: Se caracterizan por uno o más períodos de depresión sin antecedentes de episodios maníacos o hipomaníaco; existen dos tipos: depresión mayor y distimia. La distimia se presenta como uno o más estadíos de depresión, pérdida del interés por las cosas y actividades; por lo general ocurre durante la mayor parte

del día, diariamente y con una duración de dos semanas como máximo.

Entre los síntomas concomitantes se observan alteraciones del apetito, del peso, del sueño, disminución de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos excesivos, pensamientos de culpa e inutilidad, dificultad para la concentración, ideas recurrentes de muerte e intentos de suicidio.

Por su parte, la distimia también llamada neurosis depresiva, se caracteriza porque el paciente presenta historia de estado de ánimo deprimido por un periodo mayor de dos años, sin que durante este lapso los síntomas depresivos hayan durado más de dos meses; en este casos la sintomatología asociada puede ser : falta de apetito o voracidad, insomnio o hipersomnía, fatiga, baja autoestima, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos negativos como pesimismo y desesperanza.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos de Norteamérica, contiene una clasificación de los trastornos del estado de ánimo que incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco), la segunda parte, describe los trastornos de ánimo (p. ej. trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar). Los criterios de la

mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos afectivos o del estado de ánimo se dividen de manera amplia en dos categorías en el DSM-IV: trastorno depresivo (a menudo llamado depresión unipolar porque no se ha exhibido manía), trastorno bipolar y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno depresivo mayor.

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej. Al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión) (DSM-IV, 1997).

3.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-IV 1997), considera a la ansiedad como un trastorno independiente de la depresión por lo que ha asignado una sección específica para estos trastornos de ansiedad, y los describe de la siguiente forma:

Trastornos de Ansiedad.	}	Trastornos de angustia sin agorafobia.
		Trastorno de angustia con agorafobia.
		Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
		Fobia específica.
		Fobia social.
		Trastorno obsesivo compulsivo.
		Trastorno por estrés postraumático.
		Trastorno por estrés agudo.
		Trastorno de ansiedad generalizada.
		Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
		Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
		Trastorno de ansiedad no especificado.

A continuación, se expone una explicación breve de cada uno de estos trastornos:

“Trastornos de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

Trastorno de angustia con agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperada.

Fobia específica: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Trastorno obsesivo compulsivo: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones, (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

Trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

Trastorno de ansiedad no especificado: se incluye en esta sección con el objeto de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados”. (DSM-IV 1997).

CAPÍTULO 4.- MÉTODO.

4.1. Planteamiento del problema.

¿El síndrome de la menopausia ocasiona trastornos emocionales en la mujer madura?

4.2. Objetivo.

Conocer si la menopausia causa trastornos emocionales en la mujer madura.

Identificar los tipos de trastornos emocionales que se presentan por la presencia de la menopausia.

4.3. Tipo investigación.

No experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables.

4.4. Hipótesis.

H₁ : El síndrome de la menopausia influye en la manifestación de trastornos emocionales en la mujer madura

H₀ : El síndrome de la menopausia no influye en la manifestación de trastornos emocionales en la mujer madura.

4.5. Variables.

Variable Independiente (VI): Menopausia.

Variable Dependiente (VD): Trastornos emocionales.

“Recibe el nombre de Variable Independiente a la que se considera como supuesta causa de un fenómeno (fenómeno antecedente), y al efecto provocado por dicha causa se le denomina Variable Dependiente (consecuencia), (Sampieri, 2004).

4.5.1 Definición conceptual.

Variable Independiente.

Menopausia: Es el evento único que representa el momento biológico que señala el cese de la actividad ovárica en la mujer, es decir la desaparición de la menstruación, (Ibarra, 2003).

Variable Dependiente.

“Trastornos emocionales: trastorno o condición mental en la cual las reacciones emocionales son crónicamente inapropiadas o desproporcionadas de acuerdo con la situación de la realidad, tales como: estado ansioso, miedos, síntomas vegetativos, insomnio, cambios súbitos de humor, sentimientos de tristeza, dificultad para concentrarse, pérdida de la confianza, disminución de la libido, inquietud, dolor de cabeza y musculares”. (Flores, 2005).

4.5.2 Definición operacional.

Variable Independiente (VI): Menopausia.

Para el establecimiento de la menopausia se va a valorar conforme a los signos y síntomas manifestados por la paciente al médico y se va a medir mediante el formato de historia clínica para pacientes con síndrome de la menopausia (Anexo 1) , mediante el análisis del expediente de cada paciente.

Ficha técnica del protocolo historia clínica.

1. Nombre del instrumento.

“Historia clínica para el diagnóstico clínico de menopausia”.
(Anexo 1).

2. Autor del instrumento.

Roldán Inclán Flora Isabel.

3. Procedencia del instrumento.
Universidad Insurgentes (Plantel Xola).
4. Objetivo del instrumento.
Corroborar el establecimiento de la menopausia.
5. Límites de aplicación para el sujeto.
Las mujeres deben tener entre 45 y 55 años de edad, y ser pacientes del consultorio particular médico ginecológico ubicado en Boulevard Ávila Camacho No. 1994-201, Tlalnepantla Edo. de México, C. P. 53100.
6. Descripción del instrumento.
El protocolo consta de:
Clave; para identificar y mantener el anonimato de la paciente, así como de 11 reactivos, que se dividen:
 - a) datos personales.
 - b) información sobre el síndrome de la menopausia.
 - c) tratamiento.
7. Prevenciones en cuanto al formato, material, tiempo de respuesta.
Formato: Tres frases de datos generales.
Ocho frases de respuesta por verificación.
Material: Cédula para el diagnóstico clínico de menopausia, lápiz.
Tiempo : No aplica.
Respuestas: Variadas.
8. Indicaciones para el sujeto : No aplica.
9. Procedimiento para su aplicación.
Con base en la información contenida en el expediente se requisitó este formato.

Variable Dependiente (VD): Trastornos emocionales.

Estos padecimientos serán evaluados mediante la aplicación del cuestionario (Anexo 2) diseñado para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia, a una muestra de 20 mujeres entre las edades de 45 a 55 años.

La presencia de los trastornos emocionales se medirá considerando cualquier modificación en el humor de la mujer con diagnóstico médico de menopausia y se evaluará mediante un cuestionario diseñado y elaborado por Flora Isabel Roldán Inclán, en el mes de Octubre del año 2009. Dicho instrumento consta de 20 ítems, y fue esbozado para detectar la presencia de los trastornos emocionales ansiedad y depresión, de acuerdo a la clasificación del DSM-IV en su apartado de Trastornos Afectivos. Del instrumento antes citado se obtendrá como resultado el total de síntomas psicológicos que presenta una mujer en esta etapa, según del análisis del expediente clínico de cada paciente.

Ficha técnica del cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia.

1. Nombre del instrumento.
“Cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia” (Anexo 2).
2. Autor del instrumento.
Roldán Inclán Flora Isabel.
3. Procedencia del instrumento.
Universidad Insurgentes (Plantel Xola).
4. Objetivo del instrumento.
Determinar la presencia de trastornos emocionales.

5. Límites de aplicación para el sujeto.
Las mujeres deben tener entre 45 y 55 años de edad, y ser pacientes del consultorio particular médico ginecológico ubicado en Boulevard Ávila Camacho No. 1994-201, Tlalnepantla Edo. de México, C. P. 53100.
6. Descripción del instrumento.
El instrumento consiste de una hoja con un apartado de 20 oraciones y un apartado de respuestas.
7. Previsiones en cuanto al formato, material, tiempo de respuesta.
Formato: hoja con 20 reactivos y un apartado de respuestas.
Material: Cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia, lápiz.
Tiempo: No aplica.
Respuestas: Tipo dicotómicas. (Sí , No).
8. Indicaciones para el sujeto. No aplica.
9. Procedimiento para su aplicación: análisis del expediente.
10. Procedimiento para su calificación e interpretación.
Se realiza la sumatoria de respuestas sí.

4.6. Muestra.

La muestra quedó conformada por 20 mujeres, cuyas edades oscilan entre 45 y 55 años, residentes del área de Ciudad Satélite, de distinta condición social y de situaciones personales diferentes, todas ellas pacientes de un consultorio particular médico ginecológico, ubicado en Tlalnepantla Estado de México, diagnosticadas médicamente con el establecimiento de la menopausia.

Para efectos de evaluación la muestra quedó conformada en tres grupos que enseguida se mencionan:

AMARILLO	Grupo 1	Edad 45 años.	4 sujetos.
ROJO	Grupo 2	Edad de 46 a 49 años.	6 sujetos.
FUCSIA	Grupo 3	Edad de 50 a 55 años.	10 sujetos.

4.7. Muestreo.

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico (dirigido) e intencional, porque trata de un proceso de selección informal, y porque la muestra se eligió en forma intencional, basándose en los expedientes clínicos de mujeres diagnosticadas con el establecimiento de la menopausia.

Muestra inclusiva: Las mujeres incluidas en el estudio proceden de un consultorio particular médico ginecológico y se seleccionaron las diagnosticadas médicamente en ese momento con el establecimiento de la menopausia.

4.8. Escenario.

Esta investigación se realizó en un consultorio particular médico ginecológico, donde asisten las mujeres a consulta o valoración médica, entre ellas las mujeres con síndrome de la menopausia. El grupo de estudio son pacientes del médico especializado en ginecología, cuyo consultorio está ubicado en Boulevard Ávila Camacho No. 1994–201, Tlalnepantla, Estado de México. C. P. 53100.

4.9. Instrumentos.

Historia clínica para el diagnóstico clínico de menopausia (ANEXO 1), y Cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia (ANEXO 2) .

4.10. Validación.

La validación de los instrumento se realizó mediante criterio de expertos.

4.11. Diseño de investigación.

Transeccional, descriptivo, de enfoque cualitativo, documental (de caso), ya que se elaboró un plan de acción para recolectar información y se concibió una estrategia de acercamiento al fenómeno de estudio, y se elaborará un reporte del resultado de los datos recolectados.

Se eligió un diseño de investigación transeccional , porque se recolectaron datos en un grupo y en un tiempo único, y porque el propósito de este tipo de diseño es describir variables y analizar su incidencia.

Es de tipo descriptivo porque su objetivo es indagar la incidencia y la frecuencia en que se manifiestan las variables.

Se clasifica como enfoque cualitativo porque proporciona una descripción de un fenómeno dentro de un grupo.

4.12. Procedimiento.

Esta etapa clasifica como trabajo de desarrollo, en tanto que trata de identificar y demostrar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia en mujeres mexicanas

residentes del Municipio de Tlalnepantla y de entre 45 y 55 años. Esta edad se estableció tras conocer que la media de edad de la menopausia en este grupo de mujeres fue de 49 años.

1. Inicialmente se realizó una visita al médico ginecólogo J. M. Aceves, con quien se sostuvo una plática en donde se expuso el objetivo de la visita.

2. Una vez aprobada la solicitud de investigación de historial clínico de pacientes de sexo femenino de edades entre 45 y 55 años, se procedió a establecer los aspectos éticos y normas de conducta para la investigadora de acuerdo con los cánones establecidos por la Asociación Psicológica Americana (APA) , los cuales se enuncian en forma sucinta:
 - Compromiso de conducir la investigación de manera competente y con el respeto debido a la dignidad de las participantes.

 - Compromiso para mantener la integridad y seguridad de los instrumentos de evaluación (historia clínica y cuestionario).

 - Compromiso de mantener la confidencialidad de la identidad de las pacientes.

 - Compromiso de utilizar claves, para evitar identificadores personales.

3. Se acordó que la investigación se llevaría a cabo en el cubículo anexo al consultorio y en el horario de consulta normal del médico Aceves, y que los expedientes a analizar serían proporcionados por el galeno, y que el trabajo de investigación sería de Lunes a Jueves.

4. El médico determinó a qué expedientes se podía tener acceso para su análisis; para lo cual realizó en forma conjunta una revisión exhaustiva de los expedientes existentes para seleccionar aquellas pacientes con síndrome menopáusico.
5. Los datos personales de las pacientes fueron reservados por el médico para el propósito de asegurar el anonimato de las pacientes.
6. Los expedientes fueron proporcionados para su análisis, lo cual se llevó a cabo cumpliendo el horario y los días establecidos inicialmente.
7. Se requisitaron los formatos historia clínica y el cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia, utilizando los criterios de la Asociación Psicológica Americana (APA).

4.13. Análisis estadístico.

Se utilizó la técnica estadística descriptiva ya que es uno de los principales análisis estadísticos que permite describir los valores, así como los datos obtenidos por la variable y porque su objetivo es indagar la incidencia y la frecuencia en que se manifiestan las variables.

4.14. Resultados .

Tabla 1. Trastornos emocionales en la etapa de la menopausia.

		Trastornos de ansiedad.										Trastornos depresivos.										
Clave		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Grupo 1	S3E45			x	x																	
	S4E45				x	x		x	x		X	x	x			x			X	x	x	
	S6E45	X	x		x	x	x		x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	
	S16E45						x	x	x		X											
Grupo 2	S7E46	X	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x		x	x	x	X	x	x	
	S12E46	X					x	x	x		X											
	S13E47	X	x				x	x	x		X										x	
	S19E48																				x	
	S11E49						x			x		X									x	
	S14E49						x			x		X		x	x		x				x	
Grupo 3	S5E50	X	x		x	x	x	x	x	x	X	x	x	x		x	x	x	X		x	
	S8E50		x	x	x	x		x	x			x		x		x					x	
	S10E50	X	x		x									x			x	x	X	x	x	
	S15E50		x	x		x	x	x	x		X	x		x		x					x	
	S18E50						x					x	x	x				x	X		x	
	S1E53						x				x	X				x	x	x			x	
	S9E54						x				x	X	x	x	x						x	
	S2E55	X						x	x		X		x	x	x	x	x	x	X		x	
	S20E55	X	x		x	x	x	x			X	x		x		x			x	X	x	x
	S17E55	X	x				x			x			x							X	x	x
TOTAL	9	9	4	8	7	14	10	13	5	14	10	8	11	2	10	6	8	9	6	17	180	

En la presente Tabla 1. se muestra cómo se clasificó por grupos de edad a las pacientes quedando de la siguiente manera:

AMARILLO	Grupo 1	Edad 45 años.	4 sujetos.
ROJO	Grupo 2	Edad de 46 a 49 años.	6 sujetos.
FUCSIA	Grupo 3	Edad de 50 a 55 años.	10 sujetos.

De la misma manera en la tabla 1. se dividieron los trastornos emocionales en dos categorías: los de ansiedad y los depresivos.

Los trastornos de ansiedad corresponden a los numerales del 1 al 9, mientras que los trastornos depresivos corresponden a los numerales 10 al 20. Esta división es sólo para facilitar la interpretación de los mismos.

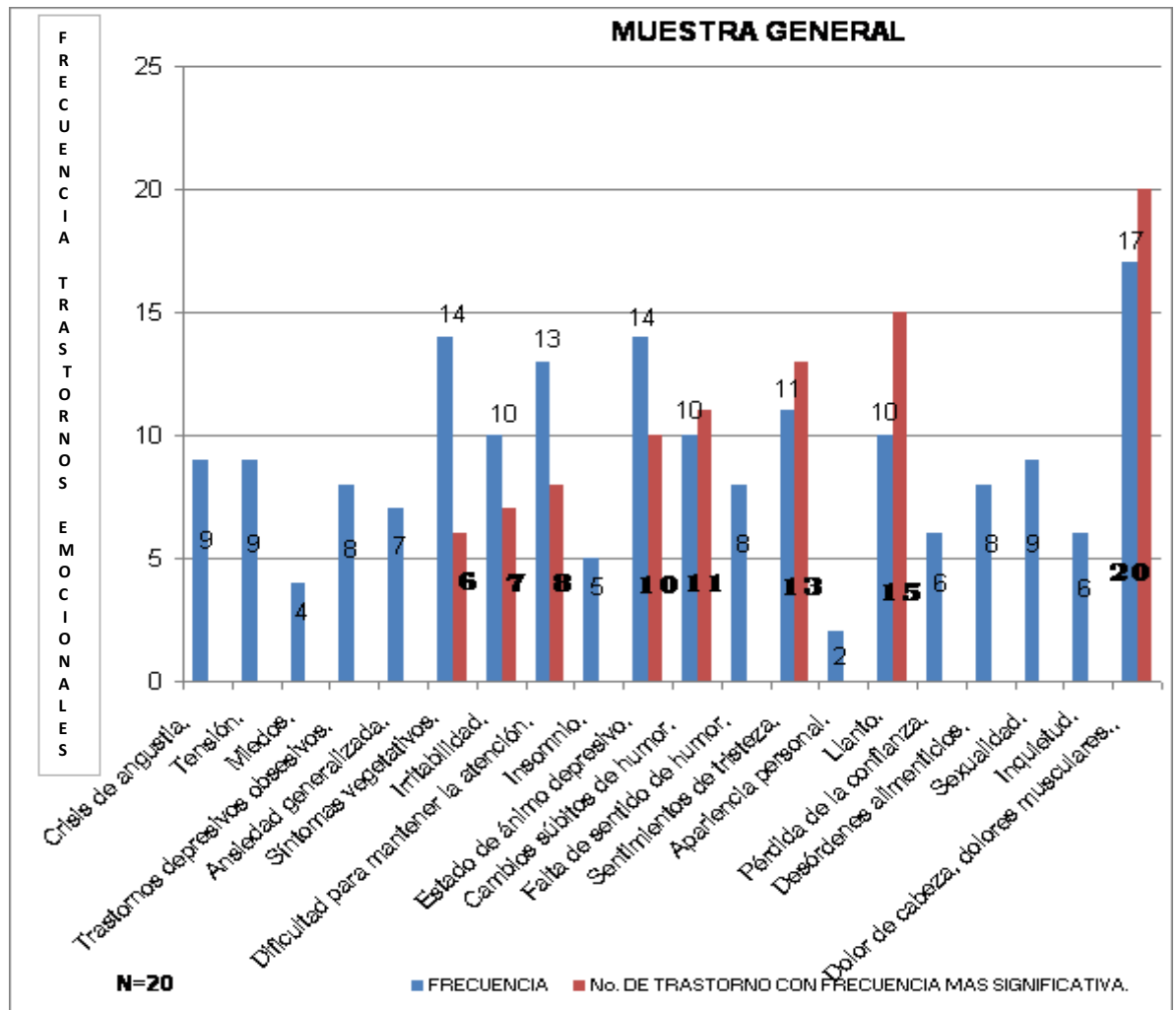
Además, en la tabla 1. aparecen registrados en la parte superior los trastornos emocionales con los numerales del 1 al 20; los cuales se detallan de acuerdo la clave asignada en la tabla 1.

1. Crisis de angustia: inquietud, expectativas de catástrofe, aprensión.
2. Tensión: inquietud, impaciencia, incapacidad para relajarse.
3. Miedos: sensación súbita de miedo y pavor intenso.
4. Trastornos depresivo obsesivo compulsivo: pensamientos perturbadores repetitivos que molestan y no los puede evitar.
5. Ansiedad generalizada: sensación diaria de mucha preocupación, incapacidad para disfrutar.
6. Síntomas vegetativos: palpitaciones, taquicardia, sudoración, vértigo.
7. Irritabilidad: suele contestar bruscamente a quienes le rodean.
8. Dificultad para mantener la atención y concentrarse.
9. Insomnio: dificultades de conciliación de sueño.
10. Estado de ánimo depresivo: pérdida de interés.
11. Cambios súbitos de humor.
12. Falta de sentido de humor.
13. Sentimientos de tristeza: melancolía o depresión.
14. Apariencia personal: ha descuidado su arreglo personal, rehúsa seguir una rutina de higiene.

15. Llanto: llora con facilidad.
16. Pérdida de la confianza: se ha vuelto temerosa, insegura.
17. Desórdenes alimenticios. Ha dejado de comer, come más.
18. Sexualidad: disminución del deseo sexual.
19. Inquietud y agitación: se presentan períodos de agitación, y no deja de moverse e ir de aquí para allá.
20. Dolor de cabeza, dolores musculares.

Como parte final de la descripción de la tabla 1. en la parte baja se encuentra el renglón que muestra la cuantificación de cada uno de los trastornos identificados.

GRÁFICO 1.



En este gráfico se muestra los trastornos emocionales identificados en los expedientes de las pacientes (total 20).

Se observa que son ocho los trastornos emocionales que destacan por su mayor frecuencia siendo los más significativos: los síntomas vegetativos (6) que aparece en 14 sujetos (7.77%); la irritabilidad (7) que aparece en 10 sujetos (5.55%); dificultad para mantener la atención y concentrarse (8) con una aparición en 13 sujetos (7.22%); estado de ánimo depresivo (10) que aparece en 14 sujetos (7.77%);

cambios súbitos humor (11) que aparece en 10 sujetos (5.55%); sentimientos de tristeza (13) hallada en 11 sujetos (6.11%); llanto (15) que aparece en 10 sujetos (5.55%); y en mayor proporción el dolor de cabeza, dolores musculares (20) que se encuentra en 17 sujetos (9.44%).

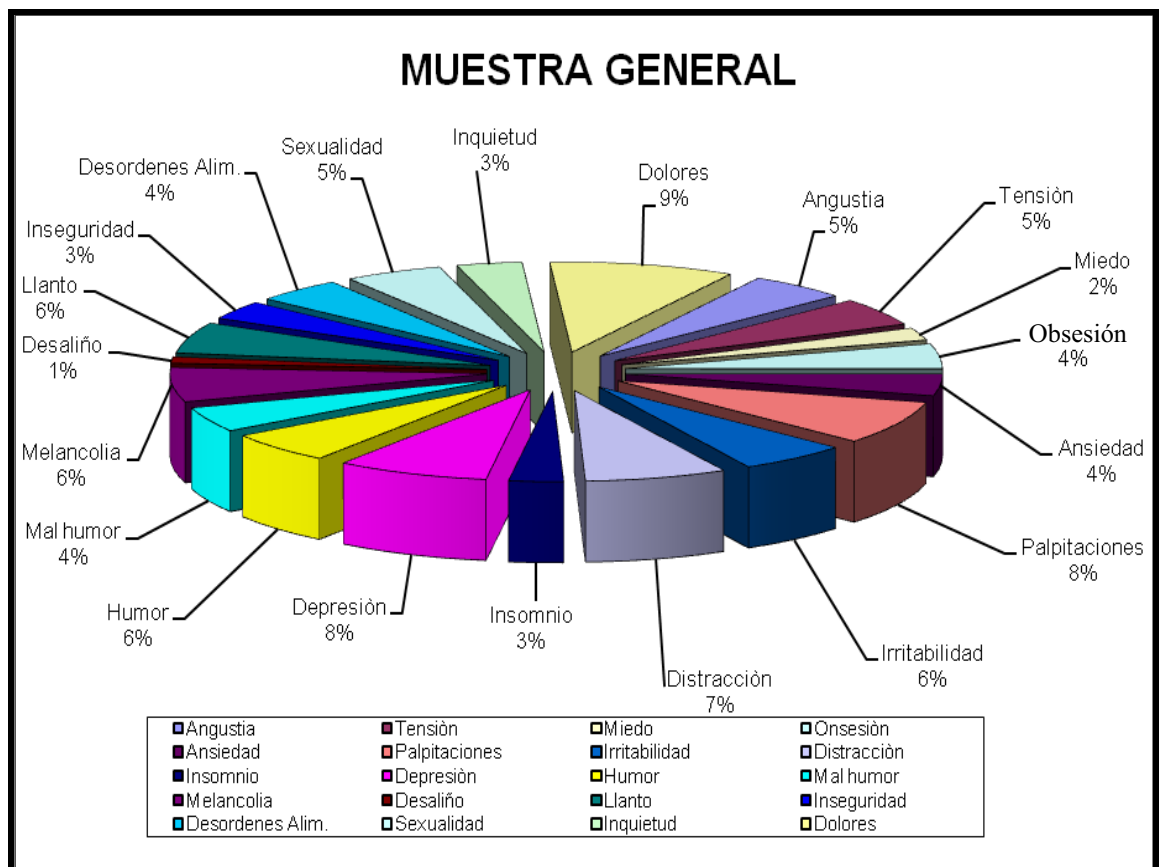
Tabla 2.

Relación de los trastornos emocionales presentes en el período de la menopausia.

CLAVE	TRASTORNO EMOCIONAL	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (PORCENTAJE)
1	Angustia	9	5.00%
2	Tensión	9	5.00%
3	Miedo	4	2.22%
4	Obsesión	8	4.44%
5	Ansiedad	7	3.88%
6	Palpitaciones	14	7.77%
7	Irritabilidad	10	5.55%
8	Distracción, falta de conc.	13	7.22%
9	Insomnio	5	2.77%
10	Depresión	14	7.77%
11	Humor	10	5.55%
12	Mal humor	8	4.44%
13	Melancolía	11	6.11%
14	Desaliño	2	1.11%
15	Llanto	10	5.55%
16	Inseguridad	6	3.33%
17	Desórdenes alimenticios	8	4.44%
18	Sexualidad	9	5.00%
19	Inquietud	6	3.33%
20	Dolores	<u>17</u>	<u>9.44%</u>
TOTAL		180	100.0%

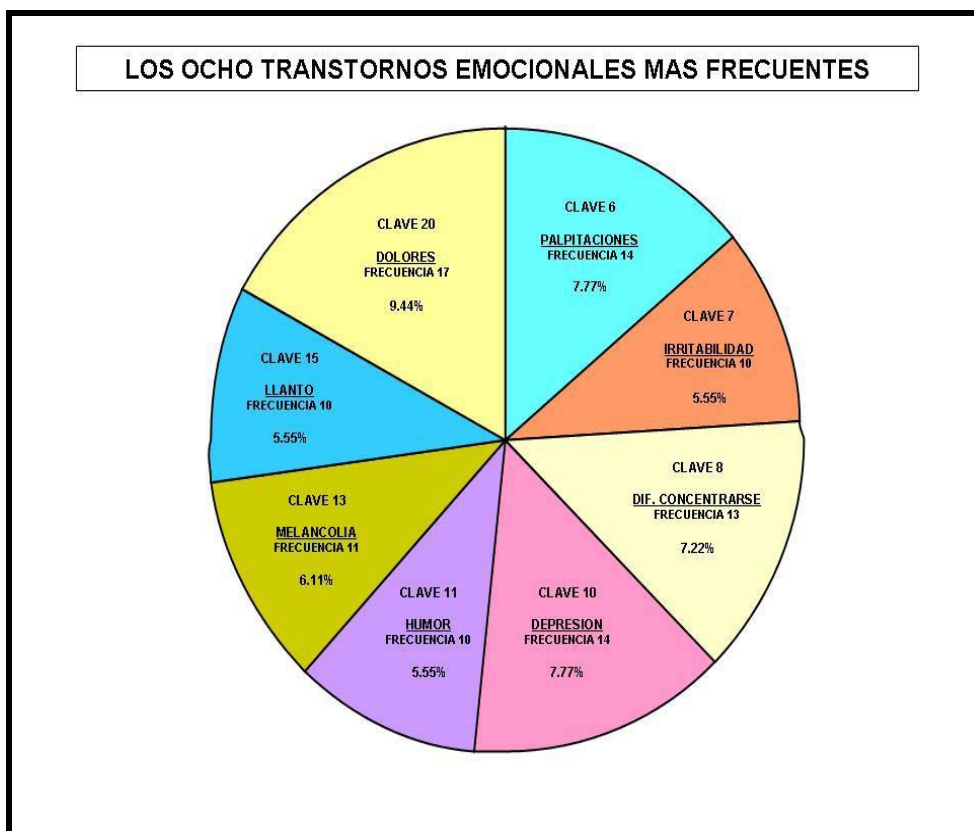
En la Tabla 2. se muestra una relación de los trastornos emocionales obtenidos del análisis de los expedientes clínicos de los sujetos de investigación, asimismo su frecuencia y porcentaje de presencia de cada uno.

GRÁFICO 2.



En el presente gráfico de secciones, se presenta en forma icónica los porcentajes que le corresponden a cada trastorno emocional que se detectó del análisis de expediente de las 20 pacientes con diagnóstico de menopausia.

GRÁFICO 3.



En este gráfico se puede observar la representación de los ocho trastornos emocionales encontrados con más frecuencia en los expedientes de las pacientes.

Siendo los trastornos de ansiedad (tres): palpitaciones, irritabilidad, dificultad para concentrarse; con una presencia del 20.54% en la totalidad de la muestra.

Los trastornos depresivos (cinco): depresión, humor, melancolía, llanto, dolores; con una presencia del 34.42% en la totalidad de la muestra.

Conclusiones.

En esta investigación se alcanzó el objetivo inicialmente planteado; que fue conocer los trastornos emocionales que causa la menopausia en la mujer madura.

Del análisis de la información se encontró que el síndrome menopáusico se caracteriza por presentar trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.

Que los trastornos de ansiedad se caracterizan por presentar cuadros de angustia, irritabilidad, palpitaciones y dificultad para concentrarse, mientras que los trastornos depresivos se caracterizan por presentar síntomas de depresión, mal humor, llanto, melancolía y dolor puerperal según el DSM-IV.

En la presente investigación los resultados obtenidos evidencian la presencia de trastornos emocionales en los tres grupos de edad de mujeres diagnosticadas médicamente con síndrome menopáusico sujetos de esta investigación.

Se encontró que de los trastornos emocionales estudiados, los más frecuentes en los tres grupos fueron:

De trastornos de ansiedad: angustia, tensión, palpitaciones, irritabilidad y dificultad para concentrarse; de trastornos depresivos: depresión, humor, melancolía, llanto, dolores.

El trastorno manifestado con mayor frecuencia en la totalidad de la muestra es el trastorno depresivo relacionado con los dolores de cabeza y musculares.

Asimismo por los resultados obtenidos se muestra que no todas las mujeres sufren disminución del deseo sexual.

Cabe indicar que de los 20 trastornos emocionales identificados en la muestra, se detectó que no todos los síntomas se encuentran presentes en el mismo sujeto.

Este resultado coincide con lo señalado por el médico psiquiatra Josep Rebordosa Serras (2001), quien postula “no todas las mujeres sufren toda la variedad sintomática ni en la misma forma ni en la misma intensidad”.

En cuanto a la conformación de los grupos, se encontró que el trastorno depresivo tiene mayor presencia en los Grupos 1 (conformado por mujeres de 45 años) y 3 (conformado por mujeres de 50-55 años), siendo el (54.28%) y el (59.80%) respectivamente sobre la totalidad del grupo, en cuanto al Grupo 2, se observa que los trastornos de ansiedad tienen una presencia del 51% sobre la totalidad del grupo.

Además se encontró que en el Grupo 3 conformado por mujeres de entre 50 y 55 años de edad, éstas registraron una mayor cantidad de trastornos emocionales, es decir que de los 20 trastornos emocionales analizados en este estudio casi todos se encuentran presentes en este grupo de mujeres, por lo que se puede considerar que la edad es un factor para la manifestación de mayor frecuencia y diversidad de trastornos emocionales.

Cabe indicar que se encontró que uno de los factores de mayor preocupación común es el arreglo personal.

Aparte de lo mencionado en líneas anteriores, el resultado en el Grupo 3 muestra la existencia de un síntoma común en todas las mujeres, siendo éste el trastorno depresivo que se manifiesta con el dolor puerperal.

Cabe mencionar que del análisis de la información se encontró que: 14 mujeres cumplen con el criterio diagnóstico del DSM IV, para el trastorno depresivo mayor, y que 13 mujeres cumplen con el criterio diagnóstico del DSM IV para el trastorno de ansiedad generalizada.

Con base en los resultados anteriores se está en la posibilidad de aceptar la hipótesis de trabajo, la cual se formuló de la siguiente forma “el síndrome de la menopausia influye en la manifestación de trastornos emocionales en la mujer madura”.

En este estudio, se confirma la presencia de trastornos emocionales en mujeres de entre 45 y 55 años de edad diagnosticadas médicamente con el establecimiento de la menopausia, ya que efectivamente padecen sintomatología de trastornos emocionales tanto de ansiedad como de depresión.

Por los resultado obtenidos, esta investigación pretende la creación de un modelo de atención a la mujer menopáusica basado en el manejo interdisciplinario de la menopausia para lograr su abordaje de una forma integral; de tal forma que el enfoque médico consiste en el diagnóstico clínico del establecimiento de la menopausia así como informar a la paciente sobre los cambios fisiológicos que le esperan y cómo podrá manejarlos mejor; el endocrinólogo reside en el control del desequilibrio hormonal; y el enfoque psicológico consiste en trabajar los duelos de la menopausia así como reconstruir la autoestima de la mujer en esta etapa.

Para llevar a cabo el trabajo psicológico se propone la elaboración de un programa de talleres denominado “identidad renovada” dirigido a las mujeres maduras que se encuentran transitando por la etapa de la menopausia.

Se pretende mostrar a la mujer que éste período es el inicio de una nueva etapa de la vida, que la vida continúa después de la menopausia; que ésta es una oportunidad que la vida brinda a todas las mujeres de realizar aquellos sueños postergados, que tienen capacidad de realizar grandes proyectos; que ya hicieron lo que pudieron hacer con lo que tenían, y que ahora están liberadas de las responsabilidades familiares; que son mujeres con experiencia y que son menos fáciles de engañar dentro del ámbito profesional; y que con frecuencia son más libres y fuertes y más inteligentes en las cosas de la vida, que la intuición y la empatía en esta etapa se ha fortalecido y que en consecuencia hay más capacidad para interpretar el lenguaje corporal de los demás.

Que la madurez es una bendición, porque muestra el valor de saber escuchar, de percibir los matices y el respeto por el interés de lo que es diferente e inesperado.

Que la necesidad de renovación lleva a la mujer de esta etapa a una mayor exigencia consigo misma, a una mayor curiosidad y mayor inventiva.

Que la mujer en esta etapa no está amortiguada, que sabe hacer el amor, trabajar, reír, cocinar, soñar, amén de otros dones, y con frecuencia mejor que antes.

Finalmente; es pertinente mencionar que los resultados obtenidos mostraron coincidencias con la investigación realizada en la ciudad de La Habana, Cuba, por la Dra. Julia Silva Pérez Piñero (2007), en el que se obtuvo una presencia de los siguientes trastornos emocionales: dificultad para concentrarse, dolores musculares, insomnio, irritabilidad, sofocos, disminución del placer sexual.

ANEXO 1.

Este modelo de historia clínica de las pacientes con síndrome de la menopausia está dirigido específicamente a la investigación de los síntomas y signos de la menopausia. Gracias a este instrumento es más fácil enfocarse al problema más relevante que interese a la paciente. Enseguida se reproduce dicho modelo de historia clínica.

Historia clínica para el diagnóstico clínico de la menopausia.

Clave _____ Edad _____

Casada _____ Soltera _____ Divorciada _____ Viuda _____

Historia ginecológica:

Menarquia (edad a la que regló por primera vez) _____

Fecha de última menstruación _____

Duración de última menstruación _____

La paciente ha tenido:

Bochornos. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

Resequedad vaginal. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

Insomnio. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

Sueño interrumpido. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

Sangrado vaginal irregular. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

La paciente utiliza:

Hormonas. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

Calmante. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

Cigarros. Sí__ ¿Desde cuándo? _____ No__

ANEXO 2.

Cuestionario para determinar la presencia de trastornos emocionales en la etapa de la menopausia.

El síndrome menopáusico es una etapa en la vida de la mujer en la que su característica principal es la disminución de la producción de hormonas (estrógenos). Este hecho no se debe menospreciar pues es responsable de que la mujer madura vea afectado su bienestar emocional y sexual. Este cuestionario mostrará algunos de los trastornos emocionales que experimentan unas mujeres.

Clave _____

1.	Crisis de angustia: inquietud, expectativas de catástrofe, aprensión.	SI	NO
2.	Tensión: inquietud e impaciencia, incapacidad de relajarse.	SI	NO
3.	Miedos: sensación súbita de miedo y pavor intenso.	SI	NO
4.	Trastorno obsesivo compulsivo: pensamientos perturbadores repetitivos que molestan y no los puede evitar.	SI	NO
5.	Ansiedad generalizada: sensación diaria de mucha preocupación, incapacidad para disfrutar.	SI	NO
6.	Síntomas vegetativos : palpitaciones, taquicardia, sudoración, vértigo.	SI	NO
7.	Irritabilidad: suele contestar bruscamente a quienes le rodean.	SI	NO
8.	Dificultad para mantener la atención y concentrarse.	SI	NO
9.	Insomnio: dificultades de conciliación de sueño.	SI	NO
10.	Estado de ánimo depresivo: pérdida de interés.	SI	NO
11.	Cambios súbitos de humor.	SI	NO
12.	Falta de sentido de humor.	SI	NO
13.	Sentimientos de tristeza: melancolía ó depresión.	SI	NO
14.	Apariencia personal : a descuidado su arreglo personal, rehúsa seguir una rutina de higiene personal.	SI	NO
15.	Llanto : llora con facilidad.	SI	NO
16.	Pérdida de la confianza: se ha vuelto temerosa, insegura.	SI	NO
17.	Desórdenes alimenticios : ha dejado de comer, come más.	SI	NO
18.	Sexualidad : disminución del deseo sexual.	SI	NO
19.	Inquietud y agitación : se presentan períodos de agitación, y no deja de moverse e ir de aquí para allá.	SI	NO
20.	Dolor de cabeza, dolores musculares.	SI	NO

REFERENCIAS

1. Becerra- Fernández, Antonio. (2003). **La Edad de la Menopausia**. Madrid: Ediciones Días Santos.
2. Bleichmar, Emilce Dio. (1991). **La depresión en la mujer**. España: Ediciones temas de hoy S. A. (T. H.).
3. Bleichmar, Hugo B. (2002). **La depresión: un estudio psicoanalítico**. Buenos Aires: Nueva Visión.
4. Calderón, Guillermo. (1999). **Depresión**. México: Trillas.
5. **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**. (1997). Publicación Científica No. 554.
6. Carranza, Sebastián. (1990). **La edad crítica**. Barcelona: Salvat Editores.
7. Colín, Edgar y Bacca, Roberto (2008). **Menopausia y climaterio**. México : Visto Bueno Editores.
8. Cornachione, Larrinaga M. Adelaida. (2006). **Psicología del Desarrollo**. Argentina: Ed. Brujas.
9. Craig, Grace y Baucum Don (2001). **Desarrollo Psicológico**. México Prentice-Hall.
10. Eyssautier de la Mora, M. (2006). **Metodología de la Investigación. Desarrollo de la inteligencia**. México: Thomson.

11. Figueroa, Casas Pedro Ramón (1994). **Vivir mejor la menopausia**. Buenos Aires: El Ateneo.
12. Flores, Guillermo (2005). **Diccionario breve de psicología. Psicología activa**. México: 2005.
13. García, Celso y Cuttler, Winnifred (2000). **Tratamiento médico de la menopausia y la premenopausia**. Barcelona: Medici.
14. Guilly, Paul. (1972). **La Edad Crítica**. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
15. Heredia, Mario Luis, (2006) **Apuntes de clase de Teorías de la Personalidad II**.
16. Horney, Karen. (1989). **Psicología Femenina**. México: Alianza Editorial.
17. Ibarra, Arturo. (2003). **Menopausia; de los Bochornos a la Osteoporosis y la Depresión**. México: Trillas.
18. Kail, Robert y Cavanaugh, John (2006). **Desarrollo Humano**. México: Cengage Learning Editores, S. A.
19. Lefrancois, Guy R. (2001). **El Ciclo de la Vida**. México: Thomson.
20. MacLaren, Liz. (2004). **Cómo entender y aliviar la Depresión**. México: Grupo Editorial Tomo, S. A. de C. V.
21. Muñiz, José. (1996). **Psicometría: construcción de Ítems**. Barcelona: Universitat.

22. Ortiz, F. (2006). **Metodología de la Investigación: El proceso y su Técnica**. México: Limusa.
23. Psychiatric Association de Washington. (1997). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson, S. A.
24. Morand de Jouffrey, Pauline (1996). **La Depresión**. Madrid: Acento Editorial.
25. Papalia, Diane, Wendkos, Sally y Duskin, Ruth (2005). **Desarrollo Humano**. México: Mcgraw-Hill.
26. Rebordosa, Josep y Pere Refecas, Bernada. (2001). **Menopausia**. España: Editorial Jrs. Colección Salud 21.
27. Revé, Johnmarshall. (1994). **Motivación y Emoción**. México: Mcgraw – Hill,
28. Rice, F. (1997). **Desarrollo Humano**. México: Pearson Educación.
29. Rodríguez, Beatriz (2000). **Climaterio Femenino, Del Mito a la identidad posible**. Buenos Aires: Lugar Editorial, S. A.
30. Sampieri, R., Fernández C. y Baptista, Pilar (2004). **Metodología de la Investigación**. México: MC Graw Hill.
31. Schneider, Sylvia. (1999). **Menopausia. La otra fertilidad**. España: Editorial Urano.
32. Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002. **Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y post-**

menopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

33. Spadone, Christian (2006). **¿Puede curarse la depresión?** Madrid: Ediciones Akal, S. A.
34. Studd, John y Malcolm (1999). **Menopausia.** Inglaterra: Carlos Alexandre.
35. Thiriet, Michéle y Képés Suzane. (1987). **Mujeres de 50 años.** Argentina: Javier Vergara, Editor.
36. Tortora, Gerard y Reynolds, Sandra (2000). **Principios de anatomía y fisiología.** México: Oxford.
37. Winnifred Berg Cutler – Celso-Ramón García, (2000). **Tratamiento médico de la menopausia y la premenopausia.** Barcelona : Medici.
38. **Menopausia.** Recuperado el 16 de Junio de 2009, de (http://www.ginecologomx.com/climaterio_y_menopausia/index.html)
39. **Menopausia.** Recuperado el 16 de Junio de 2009, de (<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abc6...>)
40. **La menopausia, un estado más.** Recuperado el 16 de Julio de 2009, de (<http://www.todamujer.com.mx/articulosimprimir/1084.html>)
41. **Más allá del climaterio...nuestra erótica sexualidad.** Recuperado el 20 de Julio de 2009, de (<http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7301con-mas-alla.htm>)

42. **Depresión, asociada muchas veces con la menopausia** : Petra Micu. Recuperado el 29 de Julio de 2009, de
(<http://www.cimacnoticias.com/site/08022801-Depresion-asociada.32255.0.html>)
43. **¿Influye la menopausia en la evolución del trastorno bipolar?** Recuperado el 4 de Agosto de 2009, de
(http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_3.htm)
44. **Salud y Alimentación.** Recuperado el 31 de Agosto de 2009. de
(<http://saludyalimentacion.consumer.es/meteorismo-al-completo>)
45. **Trastornos Emocionales.** Recuperado el 23 de Septiembre de 2009, de
(<http://trastornoemocional.blogspot.com/>)