



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA.

“RELACIÓN ENTRE MENOPAUSIA Y TRASTORNO MENTAL EN MUJERES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ” DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARIO GARRIDO TAMAYO.

DIRECTOR:

LIC. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO.

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

2012.



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.

AGRADECIMIENTOS.

A mi madre, María de Lourdes, quien con su ejemplo y cariño me enseñó a perseguir mis sueños con paciencia, esmero y dedicación. Te dedico por entero éste logro.

A mi padre, Mario, quien me enseñó en el debate a no rendirme y me dió los elementos para hacer siempre lo que me proponga.

A mis hermanos, Patty y Michel, ejemplo actual de trabajo, de amor, y de preparación.

A mi abuela Chelo por todo su apoyo desde mi infancia, pues siempre ha creído en mí.

A mi abuela María, siempre dulzura, siempre ironía, siempre música.

A mis tíos y primos, por la convivencia, el aprendizaje y la armonía en la cual siempre los veo.

A mis sobrinos, Alexander, Andrea, Danna, Avril y Patrick, por hacerme más liviano el camino. Los quiero.

A la Licenciada Karina Beatriz Torres Maldonado, quien me apoyó desde el principio en la realización de ésta obra, y nunca me permitió aflojar el paso. Con todo mi respeto y admiración.

A mis sinodales, Maestra Patricia Paz De Buen Rodríguez, Maestra Araceli Lámbarri rodríguez, Maestra Yolanda Bernal Álvarez y Maestra Guadalupe Inda Sáenz Romero, por su tiempo y acertados comentarios en la revisión de ésta tesis.

A la Facultad de Psicología de la UNAM, alma mater y sitio adecuado para la formación profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, último reducto de la libertad y de la opinión abierta, la cual siempre me ha representado aprendizaje, cultura, ciencias y artes.

A mis amigas y amigos, de antes y de ahora, compañeros, confidentes y colegas, por hacer más liviano el camino, por la convivencia y el cariño, por continuar a la par conmigo.

A las mujeres en general. Sin ustedes, hacedoras y artífices de la armonía y el caos, ésta obra no hubiera sido posible.

ÍNDICE.

AGRADECIMIENTOS – Pág. 2

INTRODUCCIÓN – Pag. 6

CAPÍTULO I – Pág. 8

CAPÍTULO II – Pág. 20

CAPÍTULO III – Pág. 35

MÉTODO – Pág. 57

RESULTADOS – Pág. 69

DISCUSIÓN – Pág. 89

CONCLUSIONES – Pág. 94

REFERENCIAS – Pág. 96

APÉNDICE 1 – Pág. 104

APÉNDICE 2 – Pág. 105

APÉNDICE 3 – Pág. 106

INTRODUCCIÓN.

Bajo el concepto de climaterio se reconocen e integran una serie de etapas en la vida de toda mujer que tienen lugar entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años; tales etapas -(perimenopausia, menopausia y postmenopausia)- implican cambios cuyas manifestaciones más notorias ocurren a nivel físico; estos cambios son a veces percibidos y esperados con desagrado, angustia y falta de ánimo, no solamente por acompañarse de molestias físicas como bochornos, insomnio o resequedad vaginal, sino también por representar posibles cambios en la interacción familiar y social. Estas creencias con frecuencia se deben a una visión popular prejuiciada que relaciona la pérdida de la juventud y la capacidad reproductiva con un declive en el estatus social y la jerarquía en la esfera familiar.

A nivel clínico y oficial, el climaterio ha sido tomado en cuenta desde hace diez años, elaborándose una Norma Oficial Mexicana enfocada hacia la atención y tratamiento de posibles complicaciones relacionadas con la salud física y psicológica femenina. Hasta la fecha en México son muy pocos los hospitales donde se llevan a cabo tales procedimientos, razón por la cual muchas veces las mujeres, al desconocer la forma más adecuada de tratarse en caso de presentar molestias relacionadas con éstas etapas, se ven afectadas en aspectos tales como su sexualidad, su autoconcepto y su vida en familia y en comunidad.

En la mujer mexicana la menopausia ocurre en promedio a los cuarenta y nueve años, un rango de edad considerado hoy día económica y socialmente activo así como decisivo a nivel familiar, entre otras cosas por los cambios en el status laboral, crecimiento y emancipación de los hijos, separaciones, adopción de nuevas responsabilidades y llegada de nuevos miembros al seno de la familia nuclear.

Tomando en cuenta el aspecto psicológico y sus manifestaciones, la presente

investigación trató de encontrar y determinar la relación entre el climaterio en cualquiera de sus etapas, perimenopausia, menopausia y postmenopausia, y algún trastorno mental, no sólo buscando rasgos depresivos y ansiosos como se ha hecho en algunos estudios citados en el presente trabajo, sino también características de otras patologías de eje I del DSM-IV-TR, tomando en cuenta además de las variables mencionadas otras que se relacionan directamente como la edad, la paridad, y la menopausia por causa médica, con el fin de comprender el fenómeno y dar respuesta a la pregunta de investigación. Participaron cincuenta mujeres entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años de edad que asisten con regularidad al servicio de ginecoobstetricia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud, a las cuales se les aplicó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional o M.I.N.I. Para su análisis se realizó un análisis descriptivo apoyado en tablas de frecuencia y gráficas de barras, otro correlacional apoyado en la correlación de Spearman por rangos y un análisis diferencial basado en la prueba t de Student para muestras independientes. Si bien se detectó sintomatología correspondiente a depresión, ansiedad y angustia, no hay datos suficientes que indiquen una relación entre alguna etapa del climaterio y algún trastorno del eje I del DSM-IV-TR, tal y como se explora en la M.I.N.I.

CAPÍTULO I.

MENOPAUSIA.

Antecedentes de la investigación en menopausia.

Los primeros escritos acerca de la menopausia, en ese entonces sin término clínico, son de Aristóteles (322a C.), quien escribe en *Historia Animalium* que la menstruación cesa alrededor de los 50 años (Montoya, 1997). Para la ciencia helénica, los asuntos de mujeres eran considerados “inapropiados” y no debían mostrarse, por lo cual no hay textos que describan a detalle el cómo éstas vivían el climaterio (Rodríguez, 2000).

Oribasio, en el siglo IV d.c., hace mención de las “molestias propias de la mujer”, ubicando la aparición de tales “molestias” a una edad similar a la de aparición de síntomas característicos de la menopausia (Carranza, 1999).

El pensamiento medieval se regía por las reglas de la finalidad, por lo que a la mujer se le definía en función de su capacidad reproductiva. Así, hijas, esposas o viudas eran clasificadas en dos tipos de mujeres: las viejas, incapaces ya de procrear, y las núbiles, fuente potencial de toda adversidad. A las primeras se les otorgaba la tarea de ocuparse de los asuntos de las más jóvenes, asistir en el parto y evitar los padecimientos puerperales, entre otras ocupaciones relacionadas con la labor de aliviar o curar generando una imagen ambivalente, por lo cual fueron objeto del temor supersticioso y de persecuciones por hechicería, prevaleciendo hasta nuestros días el arquetipo de la bruja como una mujer vieja (Rodríguez, 2000).

En el códice Badiano, en el siglo XVI, se menciona una infusión de *Acacapac quilitl*, una hierba acuática que se da en el estado de Morelos, como remedio para controlar el “calor excesivo” -quizá se refiere a un bochorno- (Baytelman y Albala, 1993).

Leake en el siglo XVIII, resalta que el síndrome (lo veía como un conjunto de

padecimientos), es exclusivamente humano (Carranza, 1999). Los cambios en el cuidado a la salud durante la revolución industrial aumentaron la esperanza de vida en las mujeres, quienes alcanzan en promedio los 52 años, llamando la atención de los médicos que comienzan a interesarse en las “secretas indisposiciones y pequeños males de las señoras” (Rodríguez, 2000).

El término *menopausia* proviene de Francia, alrededor del siglo XIX, época en la cual la idea dominante era que la naturaleza y psicología femeninas funcionaban bajo la influencia de su sistema reproductivo, en particular dependiente de los ovarios (Rodríguez, 2000). Es en este mismo siglo que Tilt publica un libro sobre el climaterio, pero hasta principios del siglo XX se comienza a estudiar esta etapa de manera formal, con los estudios de Fichera en 1905. Poco después, en 1906, Marshall y Jolly tratan con extractos ováricos a mujeres ooforectomizadas, logrando tener éxito con su tratamiento.

En 1922 Doisy y Butenandt determinan la estructura química del estradiol, estriol y estrona, hormonas producidas por el ovario (Carranza, 1999). En 1924, Helene Deutsch refiere la menopausia como “una incurable herida narcisística en perfecto paralelismo con el proceso físico, una fase regresiva en la historia libidinal a la vez que una desfeminización por efecto de la interrupción de la acción embellecedora de las secreciones glandulares internas, por la cual lentamente todo el aparato genital femenino se transforma en un conjunto de estructuras inactivas y superfluas” (en Rodríguez, 2000, pp. 49).

Bowman, en 1932, utiliza extracto de hormonas ováricas para tratar lo que el llama “melancolía involutiva”, término acuñado por Kraepelin en 1896 para referirse a una variedad de depresión que se ubica en mujeres de 50 años o más (Delanoë, 2002). Mas tarde Ripley, en 1940, utiliza estrógenos para tratar la depresión en mujeres en edad climatérica. Es en ese mismo año, que Albrigh da a conocer la relación entre deficiencia estrogénica y osteoporosis.

Christy, en 1945, utiliza la vitamina E para tratar el bochorno, y Greenblat y Suran aplican en implantes estradiol y testosterona. En 1950, Therese Benedeck menciona al climaterio como una fase más del desarrollo restando importancia al carácter regresivo de los cambios biológicos que le son inherentes. Sostiene que la mujer que ha logrado gratificaciones sexuales y maternas plenas no habrá de experimentar trastornos psicológicos o físicos durante ésta etapa (Rodríguez, 2000). Para Marie Langer y Margaret Mead la respuesta de las mujeres a la menopausia será un indicador del grado de felicidad y desdicha, por lo que las reacciones depresivas frecuentes en esta etapa se deben a la descentralización de sus valores y renuncias personales a que la mujer puede haberse visto sometida a lo largo de su vida, cuando una gran parte de su desarrollo ha sido destinado a incorporar valores y normas sociales consideradas legítimas, de cuyo cumplimiento supone que depende el logro de afecto y reconocimiento (*ídem*).

En 1967, De Moraes y Jones definen la insuficiencia ovárica prematura (Carranza, 1999). En éste mismo año, Karen Horney sugiere que las mujeres mejor ajustadas a las exigencias masculinas comparten con los hombres la visión pesimista de la menopausia, pues inconscientemente sugestionadas por el pensamiento masculino se ajustan a sus pretensiones y se ven a si mismas tal y como ellos lo requieren (Rodríguez, 2000).

El uso de estrógenos en los cincuentas y sus complicaciones, pone en alerta a los investigadores de los años setentas por los riesgos para el seno tales como la propensión a desarrollar tumores, con lo cual se sataniza su uso. Sherman y Wallace, en 1975 y 1979 respectivamente, notaron que la menopausia está relacionada con los períodos de amenorrea. En ese mismo año, Molinar realiza el primer estudio sobre la fisiopatología del bochorno (Carranza, 1999).

Ya en la década de los ochentas, habiendo disminuido el temor al uso de los estrógenos, la terapia de reemplazo hormonal es aplicada por vía transdérmica, y se

coloca a los estrógenos en una posición de riesgo-beneficio. Para Dickson, la menopausia es una transición fisiológica que experimentan todas las mujeres con una gran variación individual (1988).

Hasta fines de los ochentas y principios de los noventas es cuando se valoran riesgos y beneficios de los tratamientos hormonales y no hormonales, así como la relación causa – efecto de éstos con la aparición de cáncer (Carranza, 1999).

Según Worley (1981) la edad promedio en que se presenta la menopausia no ha variado al menos desde el siglo VI, época a partir de la cual comienza a haber registros más precisos de esta etapa. En contraste, el promedio de edad para la pubertad disminuyó considerablemente en los países desarrollados en el transcurso del siglo veinte.

¿Qué es la menopausia?

Se le llama menopausia al cese fisiológico de la menstruación que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario, diagnosticada en retrospectiva tras doce meses consecutivos de amenorrea, no habiendo otra causa patológica o fisiológica (NOM-035-SSA2-2002). En sentido estricto, el vocablo menopausia alude a la fecha de la última menstruación. Etimológicamente deriva del griego *men* “mes” y *pausis* “cesación” (Rodríguez, 2000). La menopausia ocurre entre los 40 y 50 años de edad en diversas partes del mundo; una revisión de fuentes medievales ha indicado que la edad en que se presentan los síntomas de la menopausia no ha variado en forma significativa durante siglos. En la mujer mexicana, la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad (Scasso, Machin y Carranza, 1999).

Variantes clínicas en el diagnóstico de la menopausia.

Existen algunas formas variantes de menopausia utilizadas en el diagnóstico médico. Se considera menopausia prematura o temprana cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia, esto es, a edades menores a los 40 años. Menopausia tardía se denomina cuando esta ocurre después de los 54 años de edad. También existe la menopausia inducida por extirpación quirúrgica de ambos ovarios o daño de la función ovárica por quimioterapia y radiación (NOM-035-SSA2-2002). Al parecer, esta última origina una mayor intensidad de los síntomas climatéricos generales, así como mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, lo que además ocurre en edades más tempranas (Sarduy y Lugones, 2006).

Dentro del modelo científico para el estudio de la menopausia propuesto por Dickson, el cual explica ésta como una transición fisiológica de gran variación individual se asume que:

- 1) Esta experiencia no es suficientemente conocida, por lo que la investigación clínica y epidemiológica deben profundizar en este proceso y corregir los sesgos de estudios previos,
- 2) Algunas mujeres pueden experimentar cambios fisiológicos problemáticos que pueden impedir el mantener el estilo de vida deseado y amenazar su salud, y
- 3) La respuesta de cada mujer a esta transición incluye no sólo dimensiones biológicas sino también sociales, históricas, culturales, políticas y económicas (Sánchez, 1996).

¿Menopausia o climaterio?

Así como menopausia se le llama al cese fisiológico de la menstruación, climaterio se le llama al período de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva y comprende tanto el lapso que antecede a la menopausia como el que la sucede. La palabra “climaterio” proviene de la raíz griega κλιματερ “escalón” (Rodríguez, 2000).

Síndrome climatérico.

Se le llama síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia, menopausia y postmenopausia como consecuencia de la declinación y cese de la función ovárica, lo que conlleva a un estado de hipoestrogenismo, esto es, bajo nivel de producción y absorción estrogénica.

Los principales síntomas del síndrome climatérico se agrupan de la siguiente manera:

1. Alteraciones menstruales.

Hipermenorrea: Menstruación profusa y prolongada.

Polimenorrea: Ciclo menstrual anormalmente corto.

Proiomenorrea: Menstruación anticipada o precoz.

Hipomenorrea: Menstruación deficiente.

Oligomenorrea: Menstruación que se presenta con intervalos prolongados.

Opsomenorrea: Retardo en la aparición de la menstruación.

2. Alteraciones a nivel vasomotor.

Bochornos.

Sudoración.

Palpitaciones.

Parestesias (sensación de adormecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo).

Cefalea.

Insomnio.

Vértigo.

3. Alteraciones urogenitales.

Resequedad vaginal.

Incontinencia urinaria.

Polaquiuria (alteración en la frecuencia mas no en el volumen de la necesidad de orinar).

Disuria (micción difícil, dolorosa y con sensación de no haber terminado).

Dispareunia (dolor durante la relación sexual).

4. Alteraciones a nivel psicológico.

Disminución de libido.- Aunque la razón física está relacionada con la disminución en las concentraciones de estrógenos circulantes en el organismo, hay factores como el desapego sexual de la pareja, la disminución en la calidad afectiva de la relación y las expectativas socioculturales que con respecto a la actividad sexual de la mujer en edad climatérica se tengan en cada comunidad, todo ello relacionado con la aceptación de la sexualidad no importando la edad que se tenga (Blum, 1999).

Angustia.- Relacionado de manera similar al anterior por la disminución estrogénica, puede tener también relación con la expectativa de llegada de los síntomas del climaterio causando aprensión y anticipación de manera ansiosa (Colín, Corlay, Ruíz y Vázquez, 2000).

Irritabilidad.- Se relaciona con la falta de sueño ocasionada por síntomas vasomotores tales como oleadas de calor y sudores fríos que pueden permanecer durante el climaterio (Colín, et al, 2000).

Ánimo bajo.- Se relaciona físicamente con la disminución de opioides endógenos (Montoya, 1997), y con la autopercepción respecto a cada etapa de la vida (Aldana, Gómez, Morales y Gaviño, 2007).

5. Alteraciones a nivel metabólico.

Desequilibrio en la relación entre lipoproteínas que lleva a la aterosclerosis.

Osteoporosis (desmineralización de los huesos).

Etapas del Síndrome climatérico.

La OMS define como perimenopausia al periodo mediato ocurrido 4 años antes de la menopausia, cuando se hacen presentes características clínicas, endocrinológicas y

biológicas que indican la proximidad de la menopausia hasta el primer año después de ésta. En términos médicos, cuando el número de folículos ováricos llegan a un punto crítico de 25,000, inicia la perimenopausia y a partir de esta edad los folículos se pierden en forma más rápida hasta llegar a una población de mil folículos que se considera como nivel de menopausia (Sánchez, 1996). La posmenopausia o postmenopausia es la etapa iniciada a partir del último período menstrual. Se clasifica en temprana con predominio del síndrome vasomotor, y tardía con predominio de atrofia genitourinaria y enfermedades crónico-degenerativas. Como se ha mencionado previamente, es a partir de que han transcurrido doce meses de amenorrea que se establece el período de menopausia, por lo que este término y el de postmenopausia suelen ir a la par (Secretaría de Salud, México; 2009).

Características hormonales de la menopausia.

El ciclo menstrual de la mujer, por definición, es la pérdida hemática transvaginal y periódica como resultado de la descamación endometrial posterior a una ovulación.

Hacia la semana 20 de gestación el ovario fetal contiene de 6 a 7 millones de folículos primordiales, al nacimiento han disminuido a dos millones y al iniciar la pubertad solo quedan 300-400 mil folículos primordiales. A partir de aquí y en los siguientes 30 años, 400 folículos terminarán en ovulación, y mil mensualmente proseguirán periodos de crecimiento y atrofia de duración variable. Después de tres décadas de función ovulatoria, disminuye la frecuencia de la ovulación y con ello una disminución de la función ovárica e inicia el climaterio, un período que puede durar hasta treinta años en algunos casos. Hormonalmente, esta etapa se caracteriza por hipogonadismo hipergonadotrópico (pérdida de estrógenos).

Esta pérdida de estrógenos se debe a la continua disminución del número de unidades foliculares residuales las cuales ya han permanecido en el ovario aproximadamente

cincuenta años sin ser estimuladas por las gonadotropinas (FSH: hormona foliculoestimulante) debido probablemente a su inherente refractariedad; y finalmente, cuando estas unidades foliculares se activan, es probable que su grado de diferenciación sea limitado y producirán menos estrógenos, así como péptidos ováricos como la inhibina. Al agotarse la reserva folicular gonádica, la esclerosis arterial obliterativa y fibrosis cortical convierten al ovario en una masa de tejido fibroso.

Los estrógenos no desaparecen en forma rectilínea, pero su disminución progresiva conduce al inicio de síntomas por la pérdida sucesiva de procesos y funciones dependientes de los estrógenos en diversos aparatos y sistemas, los cuales poseen receptores para las hormonas esteróides.

Hay que tomar en cuenta que la disminución de los estrógenos reduce la función de soporte de la pelvis femenina, se produce una pérdida de la capacidad de lubricar adecuadamente el tejido urogenital, hay una disminución del engrosamiento de los labios y erección del clítoris, y el orgasmo suele ser más corto. Las modificaciones en la respuesta sexual pueden resumirse en: disminución en la lubricación vaginal, menor duración de la fase orgásmica, menor expansión de la vagina durante la excitación sexual, disminución de tensión muscular sobre todo en el período de meseta, disminución de la secreción de estrógenos con el consiguiente decremento de la irrigación sanguínea, disminución de la fortaleza de la musculatura perineal y transformación en la configuración corporal. Todo esto podría favorecer la pérdida del deseo sexual sobre todo en aquellas con dispareunia secundaria o pérdida de la lubricación vaginal (Heredia y Lugones, 2007).

Las mujeres perimenopáusicas o posmenopáusicas podrían estar asintomáticas o solo presentar molestias mínimas, pudiendo su sintomatología pasar inadvertida mientras no se realice una meticulosa evaluación médica, a diferencia de otras mujeres quienes presentarán reacciones múltiples e incluso incapacitantes; 60% de las mujeres aproximadamente

solicitarán asistencia médica durante la menopausia.

En términos estadísticos, 85% de las mujeres en edad de menopausia padece sintomatología relacionada con ésta, 75% de éstas mujeres padece los síntomas durante 1 a 5 años aproximadamente, y sólo 25% por un tiempo mayor. Además, de éste 85% de mujeres con sintomatología de menopausia, 65% sufre los síntomas en forma leve, y 35% en forma intensa (Carranza, 1999).

Los síntomas climatéricos son la suma de la interacción de tres factores:

- Grado y velocidad de decremento en la producción de estrógeno.
- Factores hereditarios y adquiridos de respuesta al envejecimiento.
- Impacto psicológico del envejecimiento y reacción individual a las implicaciones de un “cambio de vida”.
- Impacto sobre la mujer climatérica de las creencias sociales y culturales.

Efectos del déficit de la función ovárica en el organismo.

Durante el climaterio, la pérdida de la función ovárica conduce a una reducción gradual de los niveles circulantes de estrógenos, inhibina y otras proteínas ováricas, lo que disminuye su efecto de retro-control negativo sobre la unidad hipotálamo-hipofisiaria originando variación en la liberación de gonadotropinas hipofisiarias por cambios en la secreción pulsátil de GnRH (Larriva y Huerta, 2003).

Aún no se conoce por completo como actúan los estrógenos en el cerebro. La distribución de diversos receptores de estrógenos en diferentes regiones del cerebro y su regulación ascendente o descendente por el estadio endógeno o exógeno, contribuyen a la complejidad de los efectos de los estrógenos sobre el sistema nervioso central.

Los estrógenos, actuando a través de receptores nucleares –via genómica- como factor

de transcripción, regulan la expresión de genes blanco, y con ello, la síntesis de neuropéptidos y enzimas vinculadas con la neurotransmisión. Sus efectos posibles incluyen cambios en dopamina, noradrenalina, ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la serotonina (5HT). Los neurotransmisores son inactivados por las enzimas monoaminoxidasas (MAO) y catecol-o-metiltransferasa (COMT) que a su vez, son reguladas por las hormonas gonadales, lo que finalmente altera la disponibilidad de sustratos en el sistema nervioso central, y puede inducir cambios en el estado mental.

Por otra parte, los efectos de los estrógenos sobre los receptores de membrana –vía no genómica- tal vez regulan la secreción, síntesis y el metabolismo de las monoaminas. Estos neurotransmisores monoamínicos cerebrales incluyen noradrenalina, dopamina y serotonina; las alteraciones en estos sustratos del sistema nervioso central son factores causales de trastornos en el talante, ansiedad y psicóticos.

Función hormonal y sintomatología psicológica durante la menopausia.

En opinión de algunos autores (Colín y Boya, 2000), los periodos de alteración del talante femenino suelen coincidir con periodos de alteración hormonal tales como menarquía, menstruación, menopausia, embarazo y postparto.

Los receptores de las hormonas ováricas se encuentran en diversos tejidos del cuerpo femenino: glándulas mamarias, órganos genitales, pero también en el sistema nervioso, sistema óseo, urinario, así como en el tejido conectivo. Por ello, las anomalías en los niveles de hormonas ováricas tienen efectos significativos en diversos órganos y sistemas, de acuerdo a su número y funcionamiento de receptores (Septién, 2000).

En el sistema nervioso central, específicamente en la corteza cerebral y el sistema límbico, se originan vías nerviosas hacia el hipotálamo. Estas conexiones integran el conducto de información neural, mediante el cual los eventos cerebrales de percepción,

asociación, memoria, aprendizaje y emociones, influyen sobre la actividad endocrina. Por otra parte, a través del sistema vascular (vía humoral), el hipotálamo recibe e integra información del medio interno. De esta manera, el hipotálamo es la vía final del sistema neuroendocrino; en él convergen, por una parte, las aferencias o “señales de entrada”, y se originan las eferencias o “señales de salida”, como respuestas del sistema.

En el hipotálamo, específicamente en las neuronas de los núcleos supraóptico y paraventricular, tienen origen los axones amielínicos que integran el tracto hipotálamo-hipofisiario, cuyos axones terminan en sitios adyacentes a los capilares del sistema de irrigación hipofisiario (sistema porta), en donde se vierten los péptidos sintetizados por las neuronas hipotalámicas, denominados hormonas liberadoras (GnRH), que vía sistema porta, interactúan con la adenohipófisis, donde regulan la liberación de hormonas hipofisarias y gonadotrópicas (LH y FSH). Estas hormonas a su vez entran a la circulación sistémica para unirse a los receptores u órganos-blanco (ovarios), modificando la secreción de éstos (estrógenos, progesterona, andrógenos, inhibina). A su vez, las hormonas liberadas por estos órganos blanco interactúan en diferentes niveles del eje que originó su liberación, lo cual se denomina sistema de retroalimentación. De esta manera, se integra la unidad funcional del eje hipotálamo-hipófisis-gónada. En consecuencia, en la vía neural que va desde la retina, la corteza cerebral y el sistema límbico, el medio externo interactúa a nivel hipotalámico con el medio interno a través del sistema circulatorio (vía humoral); ésta convergencia permite la integración de los procesos de emotividad, percepción sensorial y conducta, al sistema de actividad endocrina (Larriva y Huerta, 2003). Esto podría implicar que las fluctuaciones en el estado de ánimo tienen relación también con el estado físico y los niveles hormonales de cada individuo.

CAPÍTULO II.

TRASTORNO MENTAL.

Concepto de salud mental. Calidad de vida y bienestar.

Para la OMS, la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2009). Teniendo en cuenta que el curso de la vida lleva consigo ganancias y pérdidas para las personas, parece ser que éstas van adaptándose y asumiendo nuevos roles a lo largo de su vida; lo que es importante a los veinte años de edad puede dejar de serlo después y nuevos papeles sociales cobran importancia (Fernández, 2008). En cada momento evolutivo hay una crisis distinta, relacionada con las anteriores y las que les siguen, cuyas exigencias son también diferentes (Erikson, 1983). Por ello, al realizar un balance de la calidad de vida es importante considerar tanto los procesos internos como los externos, tomando en cuenta múltiples cualidades y condiciones vitales del ser humano así como factores sociales, culturales, históricos, económicos, políticos, biológicos y psicológicos constituyentes de la vida (Trujillo, Tovar y Lozano, 2004). Bajo este enfoque, la elección del estilo de vida juega un papel fundamental en el equilibrio de los procesos internos y externos. Cuando un estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro que progresivamente se generaliza y que habitualmente culmina en el desarrollo de problemas de salud mental que afectan, a su vez, todo el funcionamiento humano, cerrando así un círculo vicioso que tiende a automantenerse (Sánchez-Sosa, 1985).

El trastorno mental y el afecto.

Como afecto se considera al estado anímico que persiste relativamente constante en cualquier persona. Parece tener determinantes genéticos por lo que es controlado a través de mecanismos neurológicos en estructura y función, pero a la vez se modula por características de personalidad, de aprendizaje y de las condiciones ambientales del mundo externo. Es diferente de las emociones en cuanto a que éstas suelen ser reacciones anímicas pasajeras que se manifiestan acorde a determinados estímulos externos o generados en el interior de la psique. La patología afectiva surge cuando se alteran las constantes habituales modificando aspectos cualitativos y cuantitativos del proceso mental. Como parte del proceso afectivo habitual, tales fenómenos patológicos pueden ser breves, pasajeros y autolimitados siendo considerados parte de reacciones de ajuste, o bien pueden surgir en forma intensa, duradera y con sintomatología específica, conformando los llamados trastornos afectivos, los cuales requieren entonces de tratamiento psiquiátrico (Martín Del Campo y Berlanga, 1997). En el DSM-IV, el afecto forma parte de los criterios para la clasificación y categorización de cada trastorno mental.

Concepciones del trastorno mental.

Ciertas manifestaciones de conducta percibidas por un grupo como normales pueden no serlo en otro, influyendo en esto el contexto cultural social e histórico, esto implica que no se es enfermo mental sino en relación con una sociedad determinada. Algunas comunidades más que otras admiten diversas conductas en sus miembros al variar las formas de contacto y convivencia, y esto incide en la aparición de trastornos. La salud o el hecho de estar enfermo bajo éstos parámetros derivará de si se padecen o no las mismas enfermedades que los convecinos. Un ejemplo de esto podría ser el comparar el índice de alcoholismo entre individuos de distintas religiones, pues los musulmanes casi no aceptan el consumo de

alcohol mientras que los católicos lo integran incluso en sus ceremonias sagradas. Es por ello que no se pueden contextualizar de manera uniforme patologías particulares de cada cultura, pues influyen entre otros 1) la relatividad cultural de los síntomas, 2) sus características según cada cultura y 3) la variación en la expresividad de las emociones a nivel cultural y social (Martí, 1988).

Cuanto más competitiva sea la comunidad aparecerá mayor tendencia al fracaso y mayor nivel de psicopatología sobre todo de tipo neurótico ya que la pérdida de libertad individual que supone el adquirir y ajustarse a un marco social puede vivirse con angustia y ser fuente de frustración. Si la ansiedad es mantenida de forma prolongada se producirá la disgregación de la conducta socialmente aceptada, surgiendo mecanismos defensivos que al no poder contener adecuadamente el conflicto darán lugar a la expresión de la patología (Ídem).

Para la OMS, un trastorno mental se caracteriza por “una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales” (OMS, 2009). Aunque "trastorno" no es considerado un término preciso en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se usa para señalar 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. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la alta prevalencia de los trastornos mentales. Cuando se habla de trastornos mentales severos, la prevalencia anual es de 300 millones de personas en el mundo. Asimismo, la OMS ha reportado que entre el 11 y el 46% de las personas que asisten a consulta con el médico general, presenta como problema principal desórdenes de tipo psicológico. La gran mayoría de estos padecimientos, cuando son detectados en forma temprana y oportuna, tiene un buen pronóstico. Cuando no ocurre esto, se presentan

complicaciones y secuelas con alto costo social, familiar y/o individual, incluyendo el suicidio (Gaitán, 2007).

Según la definición que aparece en el DSM-IV-TR, trastorno mental es “todo síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido); cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (Pichon, 1995). Con base en la definición anterior, se elabora un sistema de clasificación estructurado alrededor de la aplicación y uso de criterios de diagnóstico, es decir, señalando la presencia indispensable de un número de síntomas, de forma suficiente en intensidad y duración (Martín Del Campo y Berlanga, 1997). Este término «trastorno mental» implica, como lo especifica el mismo manual, una distinción reduccionista entre los trastornos «mentales» y «físicos» con base en la concepción dual mente-cuerpo (Pichon, 1995). Los conocimientos actuales -señala el DSM-IV-TR- indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». Es más, a pesar de que el manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». Este término al igual que muchos otros en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que incluya todas las posibilidades. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno

mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Pichon, 1995).

La clasificación de trastornos mentales del DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR es una clasificación por categorías que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico (Pichon, 1995). Esto no significa que se asuma cada categoría de trastorno mental como una entidad separada. Una de las razones por las cuales se realiza la clasificación categorial es para estandarizar conceptos y criterios para fines de consulta, investigación y educación (Ídem). Ésta se apoya en cinco campos o ejes principales de investigación. El objetivo de éste sistema multiaxial es facilitar una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales y del nivel de actividad, los que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en un solo problema o motivo principal (Ídem). La división por ejes en éstos términos queda de la manera siguiente:

Eje I:

Trastornos clínicos / Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Incluye todos los trastornos de la clasificación del DSM-IV exceptuando los trastornos de personalidad y el retraso mental. Se dividen en:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia.

- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II:

Trastornos de la personalidad / Retraso mental.

Incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental; de igual modo se puede utilizar para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Se clasifica en:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

- Trastorno antisocial de la personalidad.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad por evitación.
- Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad no especificado.
- Retraso mental.

Eje III:

Enfermedades médicas.

Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del individuo. Se clasifica como:

- Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Neoplasias.
- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- Enfermedades del sistema nervioso.
- Enfermedades del ojo y sus anejos.
- Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides.
- Enfermedades del sistema circulatorio.
- Enfermedades del sistema respiratorio.

- Enfermedades del aparato digestivo.
- Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo.
- Enfermedades del sistema genitourinario.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Patología perinatal.
- Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas.
- Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados.
- Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa.
- Morbilidad y mortalidad de causa externa.
- Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios.

Eje IV:

Problemas psicosociales y ambientales.

Incluye los problemas relacionados con el aspecto psicosocial y ambiental que pueden alterar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de algún trastorno mental. Se divide para su clasificación en:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Problemas relativos al ambiente social.
- Problemas relativos a la enseñanza.
- Problemas laborales.
- Problemas de vivienda.
- Problemas económicos.

- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen.
- Otros problemas psicosociales y ambientales.

Eje V:

Evaluación de la actividad global.

Incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Puntúa de 1 a 100 siendo el máximo una actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, resiliencia, valoración por los demás y ausencia de sintomatología, y 1 el peligro persistente de autolesionarse o lesionar a otros, incapacidad de mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte (APA, 1995). En caso de no haber información al respecto se utiliza el 0.

Como se llega al diagnóstico con el apoyo del DSM-IV-TR.

Como se menciona anteriormente, el contar con un sistema multiaxial en el DSM-IV-TR facilita la evaluación del estado mental general del individuo, pues abarca en la medida de lo posible cada aspecto de su vida. La utilización de códigos diagnósticos permite recopilar y compilar información estadística, esto es, ir acomodando en grupos y subgrupos específicos los síntomas que refiere el individuo entrevistado, a modo de hallar características comunes entre éste y otras personas afectadas por un trastorno. La elaboración del diagnóstico entonces consiste en incluir uno o más apartados de cada eje de manera que se cuente con una impresión diagnóstica en cinco partes, abarcando de éste modo aspectos clínicos, trastornos de la personalidad y/o de la capacidad mental, enfermedades orgánicas generales, aspectos ambientales y psicosociales y actividad general cotidiana del individuo. Si bien este sistema no está exento de inexactitudes debido a la amplitud de rasgos y

detalles que conforman cada individuo, permite una visión rápida y de conjunto a los aspectos esenciales de su vida, tanto a nivel biológico como mental. Otro de los objetivos de la clasificación multiaxial es facilitar la comunicación de datos diagnósticos a terceras partes interesadas, tal y como sucede con los diferentes servicios de un hospital general (Pichon, 1995). En el caso del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” la clasificación y codificación por medio del DSM-IV-TR permite el intercambio de datos entre los servicios de Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología y Psicoterapia, así como servicios relacionados, como es el caso del servicio de Ginecología, Clínica del dolor, Urgencias, entre otros.

La Mini Entrevista Neuropsicológica Internacional (M.I.N.I.). Criterios utilizados para la exploración psicopatológica.

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, desarrollada en 1990, y que tiene como fin explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV, DSM-IV-TR y del CIE-10. Está dividida en 16 módulos identificados por letras de la A a la P; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica del eje I del DSM-IV-TR. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (Lecrubier, Hergueta, Sheehany Weiller, 1998). Las categorías diagnósticas que explora la M.I.N.I. Son:

A. Episodio depresivo mayor. Su característica esencial es un período de por lo menos dos semanas persistiendo la mayor parte del día un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La persona debe experimentar además otros cuatro síntomas tales como cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, anergia, sentimientos de infravaloración y culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o

intentos suicidas

B. Trastorno Distímico. Su característica principal es un estado de ánimo crónicamente depresivo que persiste la mayor parte del día durante al menos dos años con intervalos libres de síntomas no mayores a dos meses, acompañado de al menos otros dos síntomas tales como pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, anergia o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza; los individuos pueden además mencionar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica.

C. Riesgo de suicidio. Dentro de este rubro se puede considerar tanto la ideación suicida como la elaboración de un plan específico o tentativa de quitarse la vida.

D. Episodio maníaco. Se caracteriza por un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos una semana o menos si requiere hospitalización, y que suele ir acompañado de tres o más síntomas como autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o impresión de pensamiento acelerado, distractibilidad, hiperactividad o agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades placenteras que puedan producir consecuencias graves.

E. Trastorno de angustia. La característica principal es la presencia de crisis de angustia (apariciones aisladas y temporales de miedo o malestar de carácter intenso acompañadas de síntomas somáticos o cognoscitivos) recidivantes e inesperadas seguidas de la aparición durante un período mínimo de un mes de preocupaciones por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con tales crisis.

F. Agorafobia. Su característica esencial es la aparición de ansiedad o crisis de angustia al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil; suele conducir a

comportamientos de evitación de múltiples situaciones tales como estar solo dentro y fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en automovil, autobús o avión, o encontrarse en un puente o elevador.

G. Fobia Social. El criterio principal de éste trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas; la exposición a tales estímulos producen casi de inmediato una respuesta de ansiedad por lo que se convierten en motivos de evitación si bien a veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando terror.

H. Trastorno obsesivo-compulsivo. Un criterio necesario para diagnosticar este trastorno es la presencia de obsesiones (ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes consideradas intrusas e inapropiadas) o compulsiones (conductas o actos mentales recurrentes realizadas con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar sin proporcionar placer o gratificación) de carácter recurrente y lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o deterioro marcado de la actividad general o malestar clínicamente significativo.

I. Estado por estrés postraumático. Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos vividos o presenciados que representen un riesgo para la vida, síntomas debidos al aumento de la activación del estado de alerta y conducta evitativa de los estímulos relacionados con el trauma, todo lo cual persiste por más de un mes o a partir de la cuarta semana aproximadamente.

J. Dependencia de alcohol. Se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia unas doce horas despues de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Una vez presentado el patrón de consumo compulsivo las personas con dependencia pueden continuar con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la manifestación de las consecuencias físicas o psicológicas adversas (depresión, pérdidas de

memoria, enfermedades hepáticas, etc.).

K. Dependencia de sustancias. Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican la continuidad del consumo a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con éste. Aunque no está incluida de manera específica en los criterios diagnósticos, la necesidad irresistible y continua de consumo se observa en la mayoría de los individuos con dependencia de sustancias.

L. Trastornos psicóticos. El término “psicótico” se refiere a las ideas delirantes, cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico, donde no siempre hay conciencia de patología o ideas delirantes.

M. Anorexia Nerviosa. Los criterios necesarios para definir éste trastorno consisten en el rechazo a mantener un peso mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Además, las mujeres que presentan éste trastorno aún cuando hayan pasado a la menarquía sufren amenorrea.

N. Bulimia nerviosa. Su característica esencial consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de las personas con esta enfermedad se halla influida en exceso por la silueta y el peso corporales, presentándose los atracones y conductas compensatorias un promedio de dos veces a la semana por al menos tres meses.

O. Trastorno de ansiedad generalizada. El criterio central consiste en la presencia de ansiedad y preocupación en exceso (expectación aprensiva) por un período superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones, siendo difícil controlar tales preocupaciones por la persona. Estos síntomas se acompañan de al menos tres síntomas como: inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, no siempre habiendo conciencia por parte del individuo de lo excesivo de sus preocupaciones.

P. Trastorno antisocial de la personalidad. La característica principal de este trastorno es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o a principios de la adolescencia y continúa en la edad adulta, y que también se denomina psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Las conductas características de éste trastorno forman parte de una de cuatro categorías: agresión a la gente o a los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas.

Como se obtienen datos por medio de la M.I.N.I.

Hay que hacer notar que la M.I.N.I. apoya el proceso de elaboración del diagnóstico del estado mental general del individuo desde la entrevista de primera vez, reforzando la obtención de datos en el primer eje de investigación del DSM-IV-TR, lo que significa que influye en el desarrollo del diagnóstico general, pero no representa al diagnóstico en su totalidad. Se realiza como una entrevista estructurada, con base en reactivos previamente elaborados que aluden a los síntomas de cada categoría diagnóstica del eje I. La respuesta afirmativa de cada reactivo es anotada en una hoja de captura acondicionada para tal fin (ver Apéndice 2, pp. 102). Esto facilita la recolección de datos y permite no rayar el cuadernillo de reactivos que conforma la M.I.N.I.. Al final de la entrevista se realiza una inspección de cada categoría y se determinan la o las impresiones diagnósticas resultantes y se colocan de manera visible en la hoja de captura. Si el paciente respondió de manera afirmativa a un conjunto de reactivos, se determina la categoría relacionada como positiva y se continúa con el análisis del siguiente grupo. El proceso en su totalidad, incluyendo formulación de reactivos y clasificación no demora mas allá de treinta minutos, lo cual representa una ventaja respecto al tiempo limitado con que se cuenta en los hospitales de la Secretaría de Salud, en los cuales resulta importante el vaciado de información útil en los

expedientes clínicos, para facilitar el seguimiento de cada caso.

CAPÍTULO III.

MENOPAUSIA Y TRASTORNO MENTAL.

La búsqueda de una relación entre los cambios orgánicos femeninos y los trastornos mentales. Antecedentes históricos.

En el siglo XVI, Reginald Scott (1538-1599), un escritor inglés interesado en los temas de la brujería en relación con la vida femenina, rebatía la atribución de trastornos a la posesión demoníaca, afirmando que las mujeres eran proclives a la melancolía especialmente después de la menopausia, pues "...la sangre no expulsada al exterior produce vapores que afectan al cerebro privando a las mujeres de su sentido y juicio y haciéndoles tener alucinaciones y creerse capaces de ejercer la brujería" (en Iglesias, 2003).

Específicamente desde el siglo XVIII las observaciones de tipo médico han tratado de establecer la existencia de una asociación entre los trastornos del afecto, la conducta y los cambios en el sistema endocrino y reproductivo. Fothergill es uno de los primeros investigadores clínicos en incluir dentro del estudio acerca del climaterio manifestaciones en el estado anímico (Rodríguez, 2000). El mayor riesgo para la salud de la mujer residía, según los observadores del siglo XIX, en la inhibición de la hemorragia menstrual tanto en la pubertad como durante sus años fértiles y la etapa pre-menopáusica (Iglesias, 2003). Es así que la psiquiatría del siglo XIX y tres cuartas partes del siglo XX incluyó "tradicionalmente" entre las psicosis a la "melancolía involutiva", término de la clasificación de Krapelin que describe un trastorno supuestamente propio de las mujeres en menopausia y fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales hasta 1979, año en que tal término fue suprimido al comprobarse que la depresión no parece tener un aumento significativo durante el climaterio y puede presentarse en mujeres de cualquier edad (Rodríguez, 2000).

En las últimas dos décadas y desde el punto de vista psiquiátrico persiste una falta de consenso y confusión sobre ésta relación al manejarse como consecuencia de un fenómeno causal o simplemente una asociación en comorbilidad. La tendencia que presenta la humanidad actual al haberse prolongado la duración de la vida ha presentado nuevos rubros de investigación y análisis, especialmente sobre la deprivación hormonal durante y posterior al climaterio, situación que tiene poco tiempo de ser estudiada. Cada vez hay mayor evidencia de que los cambios hormonales generan modificaciones en otras estructuras del organismo que incluyen al sistema nervioso central (Comparato, 1997). Además, se ha observado que por lo menos un tercio de las pacientes climatéricas atendidas por el médico de primer contacto muestra trastornos psiquiátricos (Souza y Machorro, 2001). En el transcurso del último lustro se ha asociado la etapa de menopausia con un incremento en el consumo de psicofármacos y uso de servicios sanitarios, constatándose que el consumo de tales medicamentos es mas elevado en mujeres que en hombres (Ruiz, 2006).

Aspectos biológicos del climaterio. Función hormonal y sintomatología emocional.

La menopausia es una etapa tanto de cambios físicos como psicológicos. Durante las distintas fases de la perimenopausia se modifican tanto los niveles como el equilibrio de las hormonas sexuales, afectando el funcionamiento de las áreas cerebrales y los procesos de neurotransmisión. Esto influye en la aparición de síntomas vasomotores como bochornos y sofocos, cambios en el patrón de sueño y vigilia, cambios de humor o estabilidad emocional, disfunciones sexuales y problemas en la concentración y la memoria. Estos síntomas están vinculados por una parte con las variaciones en el equilibrio hormonal cerebral y por otra con la coincidencia de cambios drásticos en varios de los roles sociales de la mujer directamente relacionados con su sensación de valor productivo en el ámbito familiar, laboral y comunitario, así como con su imagen corporal y con la sensación de incertidumbre y

confusión acerca de la calidad de vida que espera tener en lo sucesivo (Legorreta, 2007).

En opinión de algunos autores (Colín, Boya, 2000), los periodos de alteración del talante femenino suelen coincidir con periodos de alteración hormonal tales como menarquía, menstruación, menopausia, embarazo y postparto. En la paciente menopáusica las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales más frecuentes, especialmente depresión, ansiedad, somatización y problemas de la alimentación y abuso/ adicción a psicotrópicos, se presentan de forma aislada o como síndromes formales (Souza y Machorro, 2001).

Los receptores de las hormonas ováricas se encuentran en diversos tejidos del cuerpo femenino: glándulas mamarias, órganos genitales, pero también en el sistema nervioso, sistema óseo, urinario, así como en el tejido conectivo. Por ello, las anomalías en los niveles de hormonas ováricas tienen efectos significativos en diversos órganos y sistemas, de acuerdo a su número y funcionamiento de receptores (Septién, 2000).

En el sistema nervioso central, específicamente en la corteza cerebral y el sistema límbico, se originan vías nerviosas hacia el hipotálamo. Estas conexiones integran el conducto de información neural, mediante el cual los eventos cerebrales de percepción, asociación, memoria, aprendizaje y emociones, influyen sobre la actividad endocrina. Por otra parte, a través del sistema vascular (vía humoral), el hipotálamo recibe e integra información del medio interno. De esta manera, el hipotálamo es la vía final del sistema neuroendocrino; en él convergen, por una parte, las aferencias o “señales de entrada”, y se originan las eferencias o “señales de salida”, como respuestas del sistema.

En el hipotálamo, específicamente en las neuronas de los núcleos supraóptico y paraventricular, tienen origen los axones amielínicos que integran el tracto hipotálamo-hipofisario, cuyos axones terminan en sitios adyacentes a los capilares del sistema de irrigación hipofisario (sistema porta), en donde se vierten los péptidos sintetizados por las

neuronas hipotalámicas, denominados hormonas liberadoras (GnRH), que vía sistema porta, interactúan con la adenohipófisis, donde regulan la liberación de hormonas hipofisiarias y gonadotrópicas (LH y FSH). Estas hormonas a su vez entran a la circulación sistémica para unirse a los receptores u órganos-blanco (ovarios), modificando la secreción de éstos (estrógenos, progesterona, andrógenos, inhibina). A su vez, las hormonas liberadas por estos órganos blanco interactúan en diferentes niveles del eje que originó su liberación, lo cual se denomina sistema de retroalimentación. De esta manera, se integra la unidad funcional del eje hipotálamo-hipófisis-gónada. En consecuencia, en la vía neural que va desde la retina, la corteza cerebral y el sistema límbico, el medio externo interactúa a nivel hipotalámico con el medio interno a través del sistema circulatorio (vía humoral); esta convergencia permite la integración de los procesos de emotividad, percepción sensorial y conducta, al sistema de actividad endocrina (Larriva y Huerta, 2003).

Aspectos psiquiátricos de la investigación en climaterio.

Se ha mencionado que un gran número de pacientes menopáusicas atendidas por ginecólogos y médicos se quejan de síntomas de índole emocional. Además, puede haber un aumento en la manifestación de alteraciones del humor y rasgos ansiosos en mujeres con ciclos menstruales irregulares secundarios a deficiencias estrogénicas, los cuales remiten a medida que transcurre la menopausia (Colín, Corlay, Ruíz y Vázquez, 2000).

Durante el climaterio, se han identificado y considerado hasta 35 síntomas, siendo los más reconocibles aquellos relacionados con la depresión y la ansiedad. Los síntomas mencionados son: bochornos, sudoración nocturna, cefalea, parestesias, calambres, mareos o zumbido de oídos, palpitaciones, lipotimias (desvanecimientos), irritabilidad, tristeza, apatía, insomnio, cansancio–adinamia (ausencia de reacción), sentimiento de minusvalía, labilidad emocional, crisis de llanto, depresión, desadaptación al ambiente, reducción de la

líbido, dispareunia, dolor en espalda baja, dolores musculares, aparición de vello facial, piel seca, sequedad vaginal, prurito vulvar, incontinencia urinaria, sangrado genital, mastodinia (dolor en mamas), dolores articulares, trastornos gastrointestinales, dolor en los huesos y la columna vertebral, disminución y aumento de peso (Aldana, Gómez, Morales y Gaviño, 2007).

Diversos trabajos epidemiológicos sobre el consumo de ansiolíticos (Martínez, 1992, Castilla, Fernández, Forero y Guzmán, 2008), han mostrado que su consumo es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, esto debido a que las primeras resienten en mayor grado los cambios sufridos durante el envejecimiento. Este consumo va aumentando progresivamente con la edad, y las diferencias entre hombres y mujeres tienden a acrecentarse entre los 45 y los 54 años de edad. Otro estudio (Bas y Fernández, 2002), ha señalado que la menopausia puede actuar como factor agravante del curso de una patología afectiva. En éste, la menopausia puede aumentar el riesgo de depresión en la mujer. Lo que llama la atención es que no obstante se han identificado estas manifestaciones del estado mental, su manejo en cuanto a prevención y control es aún insatisfactorio (Souza y Machorro, 2001).

Otro de los síntomas que se presenta como consecuencia de los cambios hormonales de la menopausia es el insomnio, el cual es frecuente debido a la disminución en la producción de estrógenos, lo cual ocasiona la aparición de bochornos constantes así como sudores fríos en el transcurso del día y la noche (Colín, Corlay, Ruíz y Vázquez, 2000), deteriorando la calidad de vida de las mujeres en esta etapa, al elevar el nivel de estrés diario (Bas y Fernández, 2002).

Desórdenes del sueño durante el climaterio.

Los desórdenes del sueño son una situación frecuente. Aproximadamente 30% de la población adulta sufre alguna vez trastornos del sueño y cerca del 10% presenta insomnio en forma crónica con mayor incidencia en la mujer luego de los 45 años (1.7 veces más que el hombre). Entre los más comunes se hallan el insomnio, dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, apnea obstructiva (ronquidos), movimientos musculares involuntarios, y despertar temprano con imposibilidad de continuar durmiendo. Muchos de estos trastornos pueden coexistir con situaciones de salud comórbidas tales como depresión, ansiedad y estrés. Por otra parte numerosos estudios han encontrado una mayor incidencia de desarrollo de estas situaciones en pacientes con trastornos del sueño. Después de la menopausia también aumenta la frecuencia de la apnea del sueño (Patel, 2004). Este aumento puede estar relacionado con el déficit de progesterona. Se atribuye a esta hormona un efecto ansiolítico, así como una acción estimulante respiratoria. El aumento de peso que suele observarse después de la menopausia junto con el déficit de progesterona mencionado, pueden ser las causas que justifiquen este trastorno del sueño en este periodo biológico (Kravitz, 2008).

Aspectos sexuales. El mito de la “mujer disfuncional”.

Durante el climaterio la mujer suele enfrentar cambios físicos de gran repercusión para su calidad de vida, principalmente relacionados con la modificación de su apariencia física, lo cual puede generarle sentimientos algunas veces contradictorios respecto al aceptar esta etapa de la vida; las alteraciones hormonales que le provocan sintomatología física pueden influir en su estado psicológico, y todo esto en conjunto en la función sexual (Colín, Corlay, Ruiz y Vázquez, 2000).

En algunos medios populares de comunicación tales como la televisión, el cine e internet

se maneja tanto de manera sugerente como tajante que *debe darse* el declive en la actividad sexual de la mujer madura como consecuencia natural del paso de los años y que las disfunciones sexuales en ésta etapa no deben ser tomadas muy en serio. Desde ésta postura, aquellas mujeres mayores de cuarenta años que mantienen una vida sexual activa son señaladas como “anormales” e incluso “aberrantes”, ya que persiste la idea de una sexualidad “sana” que culmina alrededor de los treinta años de edad (Colín, Corlay, Ruiz y Vázquez, 2000). La visión de los mayores “asexuados” a pesar de poseer una relación de pareja es todavía común en las series televisivas, al igual que la mofa ante mujeres que persisten en mantener su vida sexual activa transcurrida la edad “permitida”. Bajo este parámetro, parecería que la imagen ideal de una mujer madura está relacionada con una actitud contemplativa, autorreprimida con base en la experiencia y esperando pasivamente el final del ciclo vital. La realidad ha demostrado lo contrario, ya que se ha comprobado que muchas mujeres permanecen sexualmente activas durante la perimenopausia e incluso más allá. Las disfunciones sexuales más reportadas en esta etapa se deben principalmente a la disminución en la lubricación vaginal, situación que suele ceder ante el aumento de la estimulación sexual así como al uso de sustitutos hormonales y lubricantes locales (Ídem).

En las mujeres de más de cincuenta años las actitudes hacia el sexo intervienen como el factor predictivo más importante relacionado con la capacidad de respuesta y satisfacción sexual (Guzmán, 1987); aquellas mujeres sexualmente activas en años previos suelen continuar su actividad sexual de la misma manera, a menos que existan problemas de salud en ellas o en sus parejas que favorezcan la aparición de algún tipo de disfunción sexual. Durante el climaterio al igual que en los primeros años del matrimonio existe un aumento en las separaciones y divorcios, lo cual podría tener que ver con el deterioro de la vida sexual de la pareja que se habría mantenido junta por la presencia de los hijos; una vez que éstos dejan el hogar afloran los conflictos y se puede dar la ruptura definitiva si los lazos afectivos

no son lo suficientemente resistentes (Guzmán, 1987). En este grupo de edad la causa más frecuente de disminución del interés sexual es la mastectomía, pues las mujeres sometidas a éste tipo de cirugía -muchas veces de gran extensión- se avergüenzan de su cuerpo y rechazan cualquier acercamiento, con el consiguiente impacto negativo en su vida sexual. El trastorno por aversión al sexo tampoco es determinante, pues suele aparecer con mayor frecuencia en mujeres de menor edad (Colín, Corlay, Ruiz, Vázquez, 2000). Por otro lado, algunas mujeres pueden llegar a manifestar de manera fisiológica contenidos inconscientes tales como fantasías y temores, dando como resultado la cronicidad de la sintomatología aparentemente común, haciendo necesaria una decodificación adecuada de sus características a nivel psicoterapéutico y psiquiátrico (Losoviz, 2000).

Aspectos psicológicos del climaterio.

En la teoría de la gestalt se define el concepto de imagen corporal como la representación mental del propio cuerpo, siendo éste parte integrativa del autoconcepto, todo esto en relación con el modelo social con el cual es comparado; en su conjunto todo lo anterior compone una identidad social al trascender el cuerpo más allá del espacio físico e interrelacionarse con el colectivo. Si existe una representación emocional inadecuada de ésta autoimagen, -por ejemplo “verse vieja”-, el afecto podría cargarse negativamente dañando la autoestima y esto producir una escisión de la identidad que llevaría posiblemente hacia psicopatologías como la somatización o la hipocondría, entre otros (González, 2001).

Es claro que a mayor salud física y mental así como a mayor fortaleza en la estructura yoica, la crisis probablemente será menor. Mantenerse vinculada es primordial durante ésta etapa y uno de los mayores miedos es perder el status de este vínculo. La menopausia puede ser un momento para elaborar la independencia e identidad no logradas durante la adolescencia, una oportunidad para resignificar el ser mujer, para aprender y permitirse sentir

(Muñoz Lozano, 2004).

El bienestar psicológico como factor determinante durante la menopausia.

La percepción que se tiene de la menopausia varía de una sociedad a otra, y es influenciada por hábitos, costumbres, nivel educativo, ocupación, aspectos religiosos, mitos e incluso características geográficas y climáticas; históricamente, el papel desempeñado en la sociedad, en el desarrollo de cada cultura y hasta el status familiar pueden influir de igual manera en tales manifestaciones (García-Viniegras, Maestre, 2003). Según Diener (1999), es necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. También los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de la personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidas de una determinada manera, conformando todo esto el llamado bienestar psicológico. En éstos términos, los cambios producidos durante el climaterio son esencialmente neuroendocrinos, pero ellos por sí mismos no pueden explicar los cambios en el nivel de bienestar psicológico de las mujeres. En esta etapa particular de la vida y dada su condición social de mujer, se explica la influencia sobre el bienestar de un conjunto de factores externos como los ambientales e internos como la personalidad, autoestima, aspiraciones, aunque está aún por determinarse qué influencia pueden ejercer aquellos cambios neuroendocrinos sobre la esfera emocional, ya sea la cualidad de las emociones, su intensidad o su forma de expresión. En el origen de los trastornos de la menopausia coexisten tanto factores biológicos como psico-sociales (García-Viniegras, Maestre, 2003). El componente cultural que rodea a la etapa del climaterio ha de determinar en gran medida el bienestar psicológico de las mujeres en esta etapa, según sea en su contexto social la representación cultural de la misma (Chirkov, Ryan, Kim y Kaplan, 2003). La etapa del ciclo

vital familiar más frecuentemente observada durante la menopausia es el correspondiente a la etapa de desmembramiento. Los hijos parten a veces físicamente y otras económicamente al independizarse del núcleo familiar. Esta situación familiar y la reacción emocional generalmente asociada al mismo han sido descritas como el "síndrome del nido vacío", uno de los eventos vitales de esta etapa. Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar está solo, que sus hijos crecieron e hicieron vida independiente y ella siente que ha perdido su papel protagónico socialmente. Las metas que hasta el momento habían sido el motor de su realización personal pueden verse frustradas, si sus intereses giraban solamente o de manera predominante sobre la atención a los hijos. El rol de la mujer como madre se ve afectado cuando ella pierde la capacidad reproductora, unido a la partida de sus hijos del nido. Por eso puede manifestarse un sentimiento predominante de pérdida. Aparece con mucha frecuencia cierto miedo a la edad y a las enfermedades que llegan con ella (García-Viniegras, Maestre, 2003).

Por otra parte, la vida laboral constituye para la mujer como para el hombre una fuente importante de gratificaciones, relaciones sociales positivas y sentido de identidad. De hecho, el desempleo así como la existencia de conflictos en el área laboral se han asociado con bajos niveles de bienestar psicológico. También la proximidad de la edad de jubilación puede constituir una situación estresante ante la cual la mujer deberá movilizar sus recursos de afrontamiento (García-Viniegras, Maestre, 2003).

Vulnerabilidad psicológica durante el climaterio.

La Organización Mundial de la Salud señaló en 1981 que no se ha establecido una relación concluyente entre los cambios hormonales de la menopausia y las manifestaciones de tipo psicológico-psiquiátrico. Aunque no parece haber un síndrome específico asociado con la menopausia, es posible que los cambios fisiológicos propios de esta parte del ciclo

vital aumenten la predisposición a padecer algún trastorno psiquiátrico (Colín, Corlay, Ruiz, Vázquez, 2000). En una investigación acerca de mujeres climatéricas con antecedentes de personalidad premórbida, rasgos psicopatológicos, dificultad para elaborar duelos, entre otros (Stella, 1996), se concluyó que éstas tendrán más trastornos al llegar a la menopausia. Al parecer, si para una mujer los acontecimientos de la vida han sido difíciles, con la menopausia le parecerán todavía más duros. Según esta postura, achacar cualquier síntoma femenino más o menos “inexplicable” al paso por la “edad crítica” de la menopausia es erróneo pues refuerza una connotación negativa y estereotipada que ha sido generalizada por la sociedad occidental (Rodríguez, 2000).

El concepto de vulnerabilidad psicológica al estrés juega al parecer un papel importante en el cómo muchas mujeres enfrentan las tensiones e incomodidades durante la menopausia. Se ha comprobado que determinados aspectos de la extraversión, la estabilidad emocional, una autoestima bien desarrollada y otras variables de personalidad constituyen “recursos personales” (Lazarus y Folkman, 1987) que hacen al individuo resistente al estrés y a sus secuelas en mayor o menor grado. Cuando tales características no son desarrolladas adecuadamente, la persona presenta mayor vulnerabilidad a los efectos negativos del estrés sobre la salud. Esto parece explicar el por qué algunas mujeres reaccionan ante los cambios de la menopausia de manera más inestable emocionalmente que otras, ya que se hace patente que las características psicológicas de índole personal y social previas tales como haber crecido en un ambiente familiar dominado por estereotipos desfavorables y los acontecimientos vitales estresantes pueden dificultar el paso a esta etapa del desarrollo de la mujer, pues podrían alterar las expectativas que ésta tiene de tales cambios y etapas vitales, considerándolos sumamente amenazadores y desafortunados, incrementando con ello su angustia ante la posibilidad de presentar mayores molestias con la aparición de sintomatología climatérica (Jimenez y Marván, 2005).

Crisis de identidad, resignificación y menopausia.

Para comprender la configuración de la identidad tanto masculina como femenina hay que tomar en cuenta que todo el pensamiento occidental está apoyado en una larga serie de dicotomías: mujer *versus* hombre, naturaleza *versus* cultura, intuición *versus* razón, cuerpo *versus* intelecto, etc. Esta visión dicotómica deformada de la realidad conlleva una jerarquización de las representaciones implicadas y la asociación de la mujer con los términos menos ventajosos de esta dualidad, o sea, con la naturaleza, el ámbito privado, la reproducción, la intuición, el cuerpo, entre otras, dejando del lado masculino la cultura, la razón, la esfera pública, etc. Así, se ha construido y aceptado socialmente una teoría sexo-género y favorecido la aparición de mitos alrededor de la naturaleza biológica y las manifestaciones de cada individuo según su sexo. Aunque la mujer mexicana se ha integrado al mundo laboral persiste la idea del confinamiento al mundo doméstico y privado. Ésta identificación ha legitimado la devaluación de lo femenino, y las creencias colectivas en base a esa jerarquización asumen la tendencia de considerar a la mujer como un ser deficitario, carente y mutilado, identificado principalmente por su capacidad reproductora. Con base en lo anterior se ha afirmado popularmente que “anatomía es destino” y se ha considerado y aceptado la idea popular de considerar a la menarca como anuncio del comienzo de “ser mujer” y a la menopausia como culminación o “inicio de la decadencia de la femineidad” (Caruncho y Mayobre, 1998). Todo lo anterior podría producir en la mujer climatérica un cambio en la forma de sentirse y percibirse, así como un desajuste homeostático reforzado por los respectivos cambios físicos comunes en esta etapa, que ante la urgencia de reacomodo pueden dar lugar a la aparición de crisis emocionales por la falta de elementos e información suficientes y adecuados para comprender y aceptar esta parte del desarrollo, viviendo posteriormente con temor ante la expectativa irracional colectiva de “volverse vieja y fea, ser abandonada por la pareja y los hijos, ya no servir como mujer”, etc. Pueden surgir

entonces conflictos no resueltos heredados de la ideología materna y familiar relacionados con el aguantar y someterse, callar inquietudes, sacrificarse y colocarse en segundo plano ante las necesidades de los demás, no vivir la sexualidad a plenitud, sentirse fragmentada al no saber quien es y en qué se ha transformado, vivir con mucho miedo los cambios corporales, etc., todo lo cual culmina con la consiguiente desestabilización de la personalidad (Muñoz Lozano, 2004). Es así como se llegan a vislumbrar negativamente los posibles destinos de determinados ideales y valores constituyentes de la llamada feminidad, tales como la maternidad, la belleza asociada a la juventud, la fecundidad, entre otros. La amenaza a estos referentes de identidad puede lesionar la integridad narcisista y alimentar el cuadro de crisis en las áreas de la vida femenina correspondientes: relación consigo misma, imagen corporal, vínculos, capacidad reproductora, metas y sexualidad (Losoviz, 2000).

Paridad y grupos de apoyo primario durante el climaterio. La familia mexicana.

La familia es el grupo social básico donde la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades esenciales. En ella se notan con mayor claridad tanto la inclusión de los integrantes a una cultura así como la propagación de ésta. En éste ambiente el individuo identifica sistemas jerárquicos existentes en niveles de autoridad y sumisión. Se relacionan posiciones tanto de la mujer como del hombre en los medios sociales, religiosos, económicos y políticos. En este esquema se halla vinculado el estereotipo de la familia nuclear conyugal, formada por la madre, el padre y por lo menos un hijo, lo cual para la mayoría de la población representa una estructura completa (INEGI, 2010). Aún cuando es el eje de múltiples regulaciones establecidas por la cultura y la sociedad, la familia no está estancada sino en continua transformación por la influencia de factores internos y externos, tales como las instituciones encargadas de reforzar la creencia en su existencia (religión, comunidad, etc.).

En México, de las casi veintitrés millones de familias que había en el 2005, el 81.3% correspondían a parejas con hijos donde el padre es la máxima autoridad, siendo casi el 19% parejas que no los tenían, o que no vivían con ellos. El 8.8% de los hogares correspondía a mujeres solas. Respecto a las parejas sin hijos o a los hogares conformados por mujeres solas, hubo un incremento en ambos, lo cual indica una mayor influencia y reconocimiento de y hacia estos sectores de la población. Actualmente la tasa de fecundidad se calcula en 2.1 hijos por mujer a nivel nacional, siendo ésta de 1.7 hijos por mujer en el Distrito Federal, lo cual muestra mayor aceptación de las técnicas contraceptivas y de la posibilidad de planear el número de hijos a tener (INEGI, 2005).

La calidad de las relaciones familiares juega un papel importante en cuanto a la adaptación y aceptación del climaterio. Cuando dicha calidad es buena y está basada en la cercanía con la pareja y con otras personas significativas, existiendo una actitud clara de apoyo y gozando de una relación donde la intimidad es privilegiada, la capacidad que se desarrolla para enfrentar los estresores psicosociales resulta por lo general óptima (Colín, Corlay, Ruíz, Vázquez, 2000). Por desgracia, en países como México así como en otros países en desarrollo, las mujeres mayores dan cuenta de la jefatura de hogar de un alto porcentaje de familias, o bien son el soporte indispensable para que sus hijos e hijas puedan salir al mercado laboral mientras ellas cuidan a nietas y nietos. A menudo son cuidadoras directas de la salud del grupo familiar. Este aporte de importancia vital no solo no tiene reconocimiento social, sino que tampoco recibe remuneración de ningún tipo (Mujer y salud, 2005). El asumir entonces diferentes roles en la relación familiar suele conllevar problemas en el desenvolvimiento personal y social, pues las mujeres en esta etapa por lo general son abuelas y deben ocuparse de los problemas del hogar (Lugones y Navarro, 2006). Tales cuidados del hogar y de la familia al desarrollarse sin ninguna proyección social como actividades no asalariadas suelen pasar desapercibidas y no se valoran. A lo largo de esta

etapa, y coincidiendo con el crecimiento e independencia de los hijos, se puede disfrutar de más tiempo libre, si bien es frecuente que llegue un momento en el que se hacen cargo de algún familiar dependiente o enfermo. Las mujeres asumen mayoritariamente estos cuidados y, al igual que las tareas domésticas, son actividades que ocupan todo el día y que deben realizarse en muchas ocasiones de manera similar a un trabajo remunerado. Este papel puede tener claros efectos negativos sobre la salud de la mujer, dependiendo en gran medida de la posibilidad de contar con ayuda y del grado de parentesco y dependencia de la persona a la que cuida (Docampo y Nieves, 2007).

La infertilidad previa al climaterio y sus implicaciones en el estado mental.

Respecto a la falta de hijos por infertilidad femenina, se tiene la creencia de que al no lograr la reproducción las mujeres corren el riesgo de sufrir un conflicto intrapsíquico que derive hacia un trastorno mental como la depresión o el trastorno de ansiedad. Actualmente se ha propuesto la existencia de variables mediadoras que están presentes en la psique femenina y que pueden mediar o proteger ante la presencia de la vivencia de esterilidad, tales como el locus de control, el tipo de afrontamiento, el rol de género, la autoestima, el autoconcepto y la asertividad. Las distintas combinaciones de estas variables funcionarán como protectoras o facilitadoras ante la presencia de una entidad que, en sí misma, no es una psicopatología, sino que son manifestaciones reactivas o alteraciones en la adaptación. La relación entre salud y la enfermedad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Un impacto en el área social o biológica, tendrá una repercusión en la esfera psicológica. Sin embargo, no todo conflicto intrapsíquico tendrá como consecuencia el origen de una psicopatología mientras no se invada algún área vital de la vida de una mujer tal como la productividad o la capacidad de generar u obtener placer con los recursos de su entorno inmediato. En México se ha observado que por causa de

infertilidad sólo un 30% de las mujeres desarrollaran manifestaciones correspondientes a reacciones de ajuste ante esta situación, y no así trastornos mayores (Carreño, Bium, Sánchez y Henales, 2008).

Diferencias socioculturales y manifestaciones de sintomatología climatérica.

En el estereotipo occidental, la mujer menopáusica es “aquella que ha perdido su juventud, belleza, sexualidad, buena memoria, buen humor, rol de madre y poder” (Jiménez, Marván, 2005). No resulta extraño que en muchos cuentos infantiles aún vigentes se mencione a las mujeres maduras como “malas” o “brujas”. En México, persiste una representación de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento, de lo cual puede presentarse una vivencia casi trágica de dicha etapa al perderse el status de vigencia (Pelcastre, Garrido y De León, 2001).

El hecho de que la menopausia sea un fenómeno propio de la mujer hace imposible que su significado pueda ser separado del sexo y del género, lo cual hace que éste sea influido por estereotipos sociales y étnicos. Existe un poderoso estigma social asociado con la menopausia que la hacen inconfortable e incluso causa de cierto temor. Los hechos aceptados popularmente acerca de las mujeres menopáusicas son los siguientes: la pérdida de su función primaria reproductiva, su atractivo físico y su principal rol vocacional como madres. Los medios de comunicación además retratan a las mujeres de mediana edad como emocionalmente lábiles y necesitadas de medicación para volver a ser más estables y atractivas, retornando a un estado más juvenil (Sánchez Cánovas, 1996).

Investigaciones realizadas en sociedades orientales y árabes (Christie - Brown, 1976), muestran que las mujeres en estos lugares presentan pocos o ninguno de los síntomas psicológicos o físicos relacionados por la mayoría de las mujeres occidentales con la menopausia. Los investigadores consideran que en esas culturas

las mujeres climatéricas tienen una actitud favorable hacia ésta etapa, ya que al no tener período, dejan de ser consideradas agente contaminante por su grupo, lo cual representa un cambio favorable en su papel social, con la inclusión de beneficios hasta entonces fuera de su alcance.

En otro estudio transcultural realizado en México y en Grecia (Beyene, 1986), se halló que las mujeres mayas tienen una percepción y expectativas distintas hacia la menopausia. Mientras que las mujeres mayas asocian la menstruación con actividades restrictivas y molestas, para las griegas menstruar es indicio de “buena salud”, por considerar la sangre menstrual “enferma”, algo de lo que se tienen que librar. Así, la percepción y la experiencia que se tiene de la menopausia varía acorde a la cultura a la que se pertenece. Además de los factores sociales, deben tomarse en cuenta el medio ambiente, la dieta, los patrones de fertilidad y las diferencias genéticas (Beyene, 1986, Casamadrid, 1999).

Al parecer, la actitud colectiva influye directamente en la manera en que se vive la menopausia. En una sociedad donde se valora desproporcionadamente la juventud y el vigor físico, donde la mujer representa un valor social mayor mientras detente la capacidad para engendrar hijos y ejerza funciones de crianza, sería lógico pensar que no actúe de modo favorable hacia la menopausia, puesto que lo que suele apreciar la sociedad de ella se pierde al llegar esta etapa (Casamadrid, 1999). Exceptuando los casos de menopausia quirúrgica (por histerectomía u ooforectomía bilateral, es decir, extirpación del útero o de éste y ambos ovarios), en los cuales parece haber un incremento en la sintomatología general, las mujeres más vulnerables a padecer trastornos psicológicos durante la menopausia parecen ser las que han adoptado profundamente como fuente de satisfacción el rol tradicional femenino de esposa, madre y ama de casa (Rodríguez, 2000).

La inclusión de las mujeres al ambiente laboral. Roles de género y climaterio.

El trabajo como actividad humana ocupa un lugar fundamental en la sociedad, no sólo por ser esencial para la producción de bienes y servicios, sino también por constituir un elemento sustantivo de pertenencia social, así como de exclusión y discriminación (INEGI, 2010). El ingreso económico por sí mismo es uno de los determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud, al nivel del soporte social o grupo primario de apoyo y de los aspectos relacionados con la salud en general (Alvarado, 2010). El desarrollo de la industria implica un proceso de transformación de la división sexual del trabajo, que ha abierto espacios para la participación femenina en la esfera pública, sobre todo de las clases sociales medias y altas (INEGI, 2010). Cuando la mujer activa a nivel laboral llega a la menopausia lo hace en su mayoría con gran desinformación y temor por los mitos que prevalecen a nivel cultural y social, tales como el tener que resignarse ante la creencia de que el climaterio es una enfermedad inevitable que supondrá inestabilidad física y mental así como el riesgo de ser aisladas socialmente por la incomprensión de sus seres cercanos (Alvarado, 2010). Actualmente hay aproximadamente 40.5 millones de mujeres en actividad laboral remunerada (bienes y servicios públicos) y no remunerada (el realizado en el hogar y en el sector de la producción agropecuaria, así como de bienes y servicios en negocios familiares). La mayor presencia de mujeres en el ámbito laboral remunerado y no remunerado es resultado de la hegemonía que tienen en el trabajo no remunerado y de su creciente inserción en el mercado, lo cual si bien representa un avance en la participación femenina en el terreno laboral, no ha sido en condiciones de igualdad, pues generalmente son incorporadas en puestos de trabajo de menor jerarquía que la población masculina y perciben una menor remuneración, incluso en puestos de trabajo equivalentes. Por otra parte, su participación laboral no las exime de ser incluídas en el trabajo doméstico, siendo casi en exclusiva las responsables de las actividades de sus hogares, cubriendo entonces

una doble jornada de trabajo, la familiar y la laboral (INEGI, 2010).

La atención al climaterio en México. Normas y modelos de atención.

En la actualidad las mujeres forman parte fundamental de la vida económica del mundo además de ser un componente esencial de la estructura familiar. En México, la mujer ha sido incorporada al mercado de trabajo como resultado de diversos procesos económicos y sociales tales como crisis económicas, cambios tecnológicos, transformaciones en salud y educación, disminución de la mortalidad y fecundidad, elevación de la esperanza de vida y del nivel educativo general. Esto ha puesto las condiciones para ampliar e incrementar su participación en el mundo laboral y social. Actualmente, uno de cada cuatro hogares es encabezado por una mujer (INEGI, 2010). Por ésta razón se han elaborado en las principales instituciones internacionales a partir de la OMS una serie de líneas y procedimientos de acción respecto a la atención médica en cada etapa de la vida femenina, de manera que ésta transcurra con el menor grado de complicaciones posibles en el aspecto de su salud, manteniéndose en condiciones óptimas para el desempeño de sus múltiples actividades (Secretaría de Salud; 2009).

Siguiendo la pauta marcada por instituciones a nivel mundial como la OMS, en México el estudio del climaterio ha sido desarrollado, aunque a nivel escaso, pues no existen estudios epidemiológicos representativos sobre estadísticas de mujeres con síndrome climatérico identificado clínicamente (Secretaría de Salud; 2009).

El impacto que genera el descuido y la omisión por falta de la información y orientación adecuada acerca de los posibles riesgos de salud durante el climaterio se ve reflejado directamente en los índices de mortalidad femenina, cuyas causas principales incluyen las relacionadas con padecimientos cardíacos, accidente vascular cerebral y cáncer de cuello de útero o mama entre otros, los cuales son más frecuentes a partir de la quinta década de la

vida (Sistema Nacional de Información en Salud, 2008). Todavía a nivel popular, se tiene la falsa creencia de que la mujer suele ser mas resistente a padecimientos cardiovasculares, lo cual minimiza la importancia que se otorga a su atención por parte de la familia y de la sociedad en general, reduciendo muchas veces sus síntomas a meras manifestaciones psicósomáticas (Valls Llobet, 2007).

En México, desde el año 2002 se dio a conocer una Norma Oficial Mexicana sobre la prevención y control de las enfermedades en la perimenopausia, menopausia y postmenopausia, la cual establece criterios para brindar atención a la mujer en estas etapas, por considerar que algunos síntomas y signos del síndrome climatérico pueden requerir atención médica. En este rubro, la orientación y consejería se incluyen como parte de las acciones encaminadas a tal atención al brindar elementos de apoyo a la mujer en su decisión consciente, voluntaria e informada de someterse o no a un estudio y/o alguna forma de terapia o medida preventiva en el cuidado de su salud para vivir esta etapa como parte de un todo en el proceso natural de la vida, considerando al hipoestrogenismo o bajo nivel de estrógenos durante el climaterio no solo como un fenómeno fisiológico, sino también psicológico y social (NOM-035-SSA2-2002). Ésta norma fija así los lineamientos a seguir desde un punto de vista estrictamente médico y relacionado con las manifestaciones físicas de la llegada a esta etapa. No profundiza o relaciona en forma sustancial, aún cuando lo menciona, el hecho de que justo en edades que van de los 40 a 60 años algunas mujeres presentan evidencias de sintomatología relacionada con cambios anímicos importantes. Estos cambios pueden influir en parte de su manejo clínico en los hospitales, ya que de la conciencia que se tiene de éstos depende en gran parte su adherencia terapéutica, esto es que contar con información respecto a estos cambios anímicos y no sólo a las alteraciones fisiológicas que puedan presentarse influyen en el apego al tratamiento clínico (NOM-035-SSA2-2002).

La intervención inicial en las instituciones médicas implicaría entonces en primer lugar el dar a conocer los síntomas fisiológicos ya que se han manifestado y posteriormente tomar en cuenta el aspecto psicológico de tales síntomas, haciendo la referencia posterior y ocasional al especialista en salud mental (Aldana, Gómez, Morales, y Gaviño, 2007).

A nivel nacional, existe el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud de la Secretaría de Salud, el cual brinda información y atención a las mujeres en general, ya sea por medio las instituciones del Sector Salud o por iniciativas como la implementación de unidades móviles de atención y orientación; esta es la única iniciativa del gobierno orientada a la promoción de la atención en salud reproductiva, y cuenta con algunos programas en prevención de los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia durante el climaterio, aunque éste no es el eje angular de la atención, ni tampoco lo relacionado con la salud mental durante esta etapa, a pesar de reconocer que efectivamente se presentan síntomas psicológicos hasta en un 40% de las mujeres en climaterio (Secretaría de Salud, 2008).

Con base en la Norma Oficial mencionada, en el año 2009 la Secretaría de Salud dio a conocer una Guía de Atención del Climaterio y Menopausia (Atención del Climaterio y Menopausia, México: Secretaría de Salud; 2009), la cual fue posteriormente adoptada por algunas instituciones, entre ellas los hospitales y clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), de la Secretaría de Marina (SEMAR) y del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, con el apoyo de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio A. C. Ésta guía puede ser descargada libremente desde Internet a través del portal de la Secretaría de Salud, lo cual facilita su obtención y aplicación acorde al estándar institucional. Lamentablemente, no todas las instituciones del Sector Salud han implementado esta guía, con lo cual una parte de la

población femenina en climaterio, unas 13,873,680 mujeres aproximadamente (INEGI, 2010), lo que representa la quinta parte de la población femenina del país, aún son consideradas población subestimada y sin la atención adecuada para mejorar su calidad de vida y mantener una salud postmenopáusica óptima (Atención del Climaterio y Menopausia, México: Secretaría de Salud; 2009). La desventaja respecto a ésta situación radica en el hecho de que la mujer con síntomas no atendidos y diagnosticados adecuadamente pasa a formar parte de la población altamente demandante de atención médica, lo cual lleva a la sobresaturación en la consulta principalmente en la atención de primer contacto. Es ahí donde el personal médico y paramédico se encuentra con patologías complejas tales como lo son las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales desgastan los recursos humanos y materiales en la búsqueda por una atención de calidad. En pocas palabras, el gasto de las instituciones de salud se eleva cuando una paciente no es adecuadamente diagnosticada y tratada (Atención del Climaterio y Menopausia, México: Secretaría de Salud; 2009). Ésta es la razón fundamental por la cual contar con un manual de procedimientos es importante, pues el apegarse al estándar de atención proporciona una mejora en la calidad de la atención a la paciente así como un mejor tratamiento, por consiguiente un menor gasto de recursos.

MÉTODO.

JUSTIFICACIÓN.

Anteriormente se han mencionado las estrategias para llevar a cabo la atención de manera estandarizada en las diferentes instituciones de salud así como los riesgos de no brindar la atención de la manera más adecuada, tomando en cuenta que hasta la fecha no hay una profundización en lo que a la atención psicológica se refiere, aún cuando mucha de la problemática vinculada con los cambios durante el climaterio puede estar relacionada con el estado mental, puesto que si la paciente cuenta por ejemplo con antecedentes de ansiedad y depresión se halla más expuesta a sufrir de manera intensa síntomas vasomotores tales como bochornos, sofocos y alteraciones en la tensión arterial (Secretaría de Salud; 2009). El cambio de una edad a otra durante este período puede también resultar importante, pues la idea que se tiene actualmente acerca del envejecimiento femenino es por lo general despectiva o descalificadora a nivel popular (Casamadrid, 1999). El haber o no tenido hijos muchas veces implica el nivel de apoyo con el cual se cuenta, lo que puede influir en la idea descalificadora de ser una carga para los demás, dependiendo esto del grado de parentesco de los familiares cercanos (Docampo y Nieves, 2007). El haber sufrido una intervención que induzca la menopausia también parece incrementar el riesgo a sufrir un desequilibrio emocional relacionado con el desajuste hormonal (Larriva y Huerta, 2003).

En el caso de instituciones públicas, tales como el Hospital General “Doctor Manuel Gea González” de la Secretaría De Salud, uno de los cinco motivos de consulta más frecuentes desde hace más de un lustro en el servicio de Ginecología y Obstetricia ha sido el climaterio, estando a la par de tumores uterinos, masas pélvicas, endometriosis y alteraciones de la estática pélvica, todo lo cual implica un rango de aproximadamente 5800 consultas por año entre pacientes de primera vez y subsecuentes (Informe de

Actividades de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia del H. G. Dr. Manuel Gea González, 2004 – 2010). Lamentablemente, hasta el presente año no existe en este hospital de manera oficial un modelo de atención integral, a pesar de las recomendaciones realizadas en los manuales de la Secretaría de Salud, a la cual pertenece el hospital (Secretaría de Salud; 2009). Profundizando en los protocolos relacionados con la atención a pacientes mujeres, en el hospital no existen hasta la fecha líneas de acción que optimicen la atención y prevención sobre los factores biopsicosociales que se presentan en esta etapa de la vida de las mujeres, lo cual en vista de la cantidad de pacientes que acuden a este hospital puede traer como consecuencia un alto nivel de demanda de atención que ninguna institución hoy día es capaz de cubrir (Secretaría de Salud, 2009). En cuestión de cifras, de las más de 2200 pacientes de nuevo ingreso que se dan al año en el hospital Gea González, solamente han sido referidas a atención psicológica aproximadamente 26 al año, cifra que en vista de los resultados del estudio realizado así como del parámetro global de padecimientos mentales premórbidos en este tipo de pacientes resulta insuficiente y escaso (División de Psicología, H. G. Dr. Manuel Gea González, 2010). El bajo número en las referencias se debe principalmente al desconocimiento por parte del personal médico acerca de las iniciativas gubernamentales de los últimos dos años, así como a la falta de un servicio integral de atención del climaterio, como ocurre en otras instituciones de la Secretaría de Salud, como es el caso del Hospital General de México, entre otras (Secretaría de Salud; 2009).

Resulta inadecuado que al manejarse cifras mundiales en las cuales se contempla que actualmente una de cada cinco mujeres entre los 40 y los 60 años en el mundo se halla en etapa de climaterio (Secretaría de Salud, 2008), la promoción e iniciativas sobre este aspecto en cuanto a información, prevención y tratamiento de sus posibles complicaciones no parecen tener el impacto necesario sobre la dirección general del

Hospital Gea González, pues no se promueve actualmente una atención a nivel integral que incluya y coordine los distintos servicios médicos así como los relacionados con el manejo psiquiátrico y psicológico dentro de las instituciones. En pocas palabras, no parecen manejarse conjuntamente los servicios de salud médica y mental para atender posibles complicaciones dentro del síndrome climatérico, permaneciendo solo a nivel de recomendación el acudir al médico en caso de requerir información sobre el tema, lo cual no aporta conciencia de lo necesario de tener una cultura de prevención (Secretaría de Salud, 2008). De ahí la importancia de obtener y dar a conocer datos precisos que orienten y aclaren el panorama de atención sobre este rubro en este y otros hospitales de la Secretaría de Salud, pues ante la gran demanda de pacientes de género femenino que enfrentan diariamente, las cuales por falta de instrumentos e iniciativas adecuadas sobre el tema corren el riesgo de omitir o descuidar algunos de sus riesgos, se reduce de manera indirecta la atención de su salud en general, reduciendo también con esto la posibilidad de hallar soluciones efectivas a los probables padecimientos y molestias de esta etapa, ocasionando así una escalada en la demanda de atención y recursos por parte de ésta y otras instituciones de salud (Atención del Climaterio y Menopausia, México: Secretaría de Salud; 2009).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Se relaciona alguna etapa del climaterio, ya sea perimenopausia, menopausia o postmenopausia, con la presencia de algún trastorno mental en pacientes mujeres de entre 45 y 55 años de edad?

¿Se relaciona la edad en la cual se manifiesta el síndrome climatérico con la presencia de algún trastorno mental en pacientes mujeres de entre 45 y 55 años de edad?

¿Se relaciona la paridad con la presencia de algún trastorno mental en pacientes mujeres de entre 45 y 55 años de edad?

¿Se relaciona la menopausia por causa médica con la presencia de algún trastorno mental en pacientes mujeres de entre 45 y 55 años de edad?

OBJETIVOS GENERALES.

1. Establecer la relación entre alguna etapa del climaterio, ya sea perimenopausia, menopausia o postmenopausia, y algún trastorno mental en mujeres de entre 45 y 55 años de edad que asisten a la división de ginecología del hospital general “Dr. Manuel Gea González”.
2. Averiguar si hay relación entre la edad de las pacientes en etapa de climaterio con la presencia de síntomas de algún trastorno mental.
3. Averiguar si existe relación entre la paridad con la presencia de algún o algunos trastornos mentales en las pacientes en etapa de climaterio del hospital.
4. Averiguar si existe relación entre la menopausia por causa médica (por histerectomía u ooforectomía bilateral) y la manifestación de síntomas correspondientes a algún trastorno mental en las pacientes en etapa de climaterio del hospital.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

- Existe relación entre la perimenopausia y algunos de los siguientes trastornos mentales: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- Existe relación entre la menopausia y algunos de los siguientes trastornos mentales: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno

Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad.

- Existe relación entre la postmenopausia y algunos de los siguientes trastornos mentales: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- Existe relación entre la paridad y algunos de los siguientes trastornos mentales: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- Existe relación entre la edad y algunos de los siguientes trastornos mentales: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- Existe relación entre la menopausia por causa médica (por histerectomía u ooforectomía bilateral) y algunos de los siguientes trastornos mentales: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.

Variables de clasificación.

Edad.

Definición conceptual: Intervalo transcurrido entre la fecha del nacimiento y la fecha de la entrevista expresado en años solares completos (INEGI, 2009).

Definición operacional: Es la respuesta que da la entrevistada respecto a los años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Paridad.

Definición conceptual: El número de hijos nacidos vivos (Quevedo I., Flores M. Y Castillo M., 2005).

Definición operacional: El tener o no tener hijos al momento de la entrevista.

Variables Independientes.

Síndrome climatérico.

Definición conceptual: Conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y postmenopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoenestrogenismo (NOM-035-SSA2-2002).

Definición operacional: Para fines de este estudio, se tomará en cuenta la palabra "climaterio" como un sinónimo, y comprenderá todas las etapas de la menopausia en general, esto es, perimenopausia, menopausia como tal y postmenopausia hasta su culminación.

Perimenopausia.

Definición conceptual: Período comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma (NOM-035-SSA2-2002).

Definición operacional: comienzo del síndrome climatérico en general, tomando en cuenta

los primeros cambios y síntomas físicos que anteceden a la menopausia. Esto tiene lugar aproximadamente cuatro años antes del cese total de la menstruación.

Menopausia.

Definición conceptual: Último período menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna causa obvia, patológica o fisiológica (NOM-035-SSA2-2002).

Definición operacional: cese de la menstruación de por lo menos un año, diagnosticado médicamente.

Postmenopausia.

Definición conceptual: Etapa iniciada a partir del último período menstrual. Se clasifica en temprana con predominio del síndrome vasomotor y tardía con predominio de atrofia genitourinaria y riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

Definición operacional: para fines de este estudio ésta se ubica en los cuatro años posteriores al ajuste hormonal, y donde la mayoría de las molestias derivadas del cambio hormonal ha desaparecido o disminuído.

Menopausia por causa médica o inducida.

Definición conceptual: Cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía) o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación.

Definición operacional: Cualquier procedimiento médico (químico o quirúrgico), que provoque el comienzo de la menopausia, ya sea de manera prematura o en el tiempo esperado de su aparición.

Variables dependientes.

Trastorno mental.

Definición conceptual: Todo “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (Pichon, 1995).

Definición operacional: Para fines de esta investigación, se clasificará como trastorno mental cualquiera de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia de Alcohol, Dependencia de Sustancias, Trastornos Psicóticos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad), detectados con la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional durante las entrevistas con las pacientes, y cuyo tratamiento estadístico se hará de manera nominal dicotómica.

CRITERIOS DE SELECCIÓN E INCLUSIÓN DE LOS SUJETOS.

Pacientes del servicio de ginecología del hospital general Dr. Manuel Gea González, que se encuentren entre los 45 y los 55 años de edad, con menopausia previamente diagnosticada (perimenopausia, menopausia natural, postmenopausia o menopausia por causa médica), que acepten participar en el estudio.

SUJETOS.

La muestra se compone de 50 mujeres en edad de climaterio (perimenopausia, menopausia natural, menopausia por causa médica, postmenopausia) atendidos en el servicio de ginecología del hospital general Dr. Manuel Gea González.

DISEÑO.

- Tipo de diseño: Observacional.
- Número de muestras a estudiar: Descriptivo.

CONTEXTO DE ESCENARIOS.

La recolección de datos se realiza en el Servicio de Ginecoobstetricia y en el Servicio de Psicología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud, en México, Distrito Federal.

INSTRUMENTOS.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I. Por sus siglas en inglés). La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, desarrollada en 1990, y que tiene como fin explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I. con el SCID-I¹ (Un test similar desarrollado en Europa para el DSM-III-R), y el CIDI² (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos utilizada para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto (kappa entre 0.65 y 0.85, sensibilidad entre 0.75 y 0.92, especificidad entre 0.90 y 0.99, valores de predicción

¹ Ver Apéndice 1.

² Ídem.

positiva entre 0.60 y 0.86, valores de predicción negativa entre 0.92 y 0.99 y precisión de entre 0.88 y 0.98), con la ventaja de poder ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (entre 18.7 y 11.6 minutos, con una media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La M.I.N.I. está dividida en 16 módulos identificados por letras de la A a la P; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica del eje I del DSM-IV. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Una investigación aplicada en 4 países europeos distintos comparó los diagnósticos generados por clínicos usando el M.I.N.I. para los 3 diagnósticos más frecuentes (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Fobia Social). La concordancia fue de .68 para episodio depresivo mayor, .62 para trastorno de ansiedad generalizada, y .66 para fobia social. Los valores de predicción positivos fueron mayores a .70 mientras que los valores negativos mayores a .90. La exposición a los reactivos confirmó la existencia de un diagnóstico correcto en aproximadamente dos terceras partes de los casos. Los clínicos del campo de la salud mental han hallado el instrumento fácil de aplicar (Y. Lecrubier, D. Sheehan, T. Hergueta and E. Weiller, 1998).

Módulos / categorías diagnósticas que explora la M.I.N.I.
A. Episodio Depresivo Mayor.
B. Trastorno Distímico.
C. Riesgo de Suicidio.
D. Episodio Maníaco/Hipomaníaco.
E. Trastorno de Angustia.
F. Agorafobia.
G. Fobia Social.
H. Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
I. Estado por Estrés Postraumático.
J. Dependencia/Abuso de Alcohol.
K. Dependencia/Abuso de Sustancias.
L. Trastornos Psicóticos.
M. Anorexia Nerviosa.
N. Bulimia Nerviosa.
O. Trastorno de Ansiedad Generalizada.
P. Trastorno Antisocial de la Personalidad.

ESTRATEGIA O PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA EL ESTUDIO.

La entrevista y aplicación del instrumento (M.I.N.I.) se realiza en el área de Consulta

Externa de Ginecología y en el área de Consulta Externa de Psicología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con pacientes valoradas previamente por el servicio de Ginecología, refiriendo únicamente a aquellas con impresión diagnóstica de menopausia y sus variantes. A todas las participantes se les informa previamente que se realiza una investigación sobre menopausia y se les pide su colaboración voluntaria, mencionando la confidencialidad del estudio y pidiéndoles autorizar la realización de la entrevista por medio de una carta de consentimiento informado (ver Apéndice 3, pp. 103). Se les informa además que los resultados del instrumento servirán para promover una atención más completa en los servicios del hospital. A continuación se les indica que deben responder de manera veraz a las preguntas realizadas por el entrevistador, quién anotará personalmente los resultados, y tratará de aclarar las dudas surgidas respecto a los reactivos para que resulten comprensibles a todas las participantes. Los datos que se piden son respecto a la edad, paridad, si existe causa médica en el diagnóstico de menopausia y se verifica el climaterio con base en los datos médicos del expediente. Al final de la aplicación se les agradece su participación cerrando con esto la entrevista. Posteriormente se califica el instrumento y se establece la impresión diagnóstica obtenida del mismo, la cual se captura junto con los datos obtenidos en la entrevista inicial para su posterior comparación.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Se utilizaron tablas de frecuencias para facilitar la observación rápida de los niveles de cada variable en comparación con las demás. También se utilizaron gráficas de barras con el objeto de mostrar a nivel general que variables destacan en la muestra total y en cada uno de los grupos estudiados.

ANÁLISIS CORRELACIONAL.

Se utilizó Correlación de Spearman por rangos. Ésta permite establecer una relación lineal entre dos variables, distribuidas de manera ordinal en grupos o rangos. En éste

caso la variable que definió los rangos es “Edad de la paciente en el momento de la entrevista”.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizó la Prueba T de Student para muestras independientes. Ésta permite contrastar hipótesis referidas a la diferencia entre dos medias relacionadas, pudiendo compararse las puntuaciones de un grupo de casos con base en las medias de dos variables distintas. En éste caso la Prueba T permitió contrastar cada una de las variables que integran el estudio con cada categoría de la M.I.N.I. y así definir cuales variables están relacionadas.

RESULTADOS.

El manejo de la paciente climatérica en los hospitales generales se halla muchas veces condicionado a la presentación de alguna alteración física no relacionada con esto, y que requiera la admisión en los diferentes servicios, siendo lo más común la canalización a través de las áreas de consulta externa, en éste caso particular de los servicios de ginecología. Es por esto que la realización de este estudio supuso un trabajo elaborado, logrando al cabo de un año entrevistar a 50 pacientes de entre 45 y 55 años de edad. Con base en los resultados obtenidos de tales entrevistas y la aplicación de la M.I.N.I. se procedió a realizar la captura y análisis de los datos utilizando el programa SPSS 17 (Statistical Program for Social Science, v.17). Para una mejor comprensión de los resultados se dividió la presentación de estos en una parte descriptiva representada por tablas de frecuencias, agrupando las variables "Paridad", "Menopausia por causa médica", "Etapa de climaterio" y "Edad", en relación con cada categoría de la M.I.N.I., una parte representada por correlaciones de Spearman y otra parte diferencial representada por tablas T de Student para muestras independientes, relacionando estas mismas variables.

Análisis Descriptivo.

Respecto a la parte descriptiva, se aprecia en las tablas siguientes la conformación de la muestra y su distribución, para lo cual ésta se dividió en tres partes con base en las edades de las pacientes. De esta manera el primer grupo incluye a las pacientes de entre 45 y 48 años de edad, el segundo entre 49 y 52 y el tercero de los 53 a los 55 años. La razón para dividir las de esta manera además de facilitar la medición y obtención de resultados específicos, va acorde con las etapas más características del climaterio y las edades aproximadas de su aparición, esto adecuado a la mujer mexicana. De este modo,

es más claro ubicar a las pacientes de entre 45 y 48 años de edad las cuales en el momento de la entrevista atravesaban la etapa de perimenopausia y menopausia, las pacientes entre 49 y 52 años en etapa de menopausia y postmenopausia, y las pacientes de entre 53 y 55 años de edad que vivían en ese momento su menopausia y postmenopausia. Así, la muestra quedó configurada de inicio en cuanto a estadísticos generales como media, desviación típica y error típico de la media. La variable cuya media fue considerada para establecer la comparación y el análisis respecto de las demás fue “Etapa del climaterio” con valores asignados de 1, 2 y 3, representando respectivamente “perimenopausia”, “menopausia” y “postmenopausia”. Su media general es de 1.7400 cifra que marca el punto medio de la muestra que se halla entre la perimenopausia y menopausia, con una desviación estándar de 0.5996 y un margen de error típico de 0.0848. La variable con mayor número de valores es “edad”, yendo desde 45 a 55, y con una amplitud de 3.2 desviaciones estándar a partir de la media, lo que significa que la dispersión de los datos de esta variable se alejan considerablemente del promedio. De allí, las demás variables que son “Paridad” y “Menopausia por Causa Médica” y aquellas que conforman las categorías de la M.I.N.I. tales como “Episodio Depresivo Mayor”, “Trastorno Distímico”, “Riesgo de Suicidio” entre otras, se mantienen en rangos similares unas con otras, con medias de entre 1 y 2 aproximadamente. En todas las anteriores la desviación estándar o nivel en el que se separan los datos del promedio se mantiene entre 0.14 y 0.59 aproximadamente, lo que implica que los datos se distribuyen cerca de la media y corresponden a la mayor parte de la muestra. Hay que hacer notar que las categorías K, L, M y N de la M.I.N.I. las cuales corresponden a “Dependencia de Sustancias”, “Trastornos Psicóticos”, “Anorexia Nerviosa” y “Bulimia Nerviosa” respectivamente no obtuvieron puntaje positivo en las entrevistas por lo cual su desviación típica es cero. Hay que tomar en cuenta que la variable “Climaterio” fue dividida como ya se mencionó en tres grupos así como la variable “Edad”, esto con el fin

de poder establecer una mejor comparación entre resultados y con ello un análisis más profundo de cada grupo.

Tabla 1. Estadísticos de la muestra general, donde N=50.

VARIABLES	N	MEDIA (\bar{x})	DESVIACIÓN TÍPICA	ERROR TÍPICO DE LA MEDIA
Edad (General)	50	50.1	3.25	0.46
Edad (Grupo 1)*	18	46.50	1.24	0.29
Edad (Grupo 2)*	20	50.80	1.15	0.25
Edad (Grupo 3)*	12	54.33	0.77	0.22
Paridad	50	1.86	0.35	0.05
Climaterio (General)	50	1.74	0.6	0.08
Climaterio (Grupo 1)*	18	1.11	0.32	0.07
Climaterio (Grupo 2)*	20	1.95	0.22	0.05
Climaterio (Grupo 3)*	12	2.33	0.49	0.14
Menopausia por causa médica	50	1,1	0,3	0,04
M.I.N.I. (Por categorías diagnósticas)				
A. Episodio Depresivo Mayor	50	1.4	0.49	0.07
B. Trastorno Distímico	50	1.14	0.35	0.05
C. Riesgo Suicida	50	1.14	0.35	0.05
D. Trastorno Maníaco / Hipomaniaco	50	1.24	0.43	0.06
E. Trastorno de Angustia	50	1.14	0.35	0.05
F. Agorafobia	50	1.1	0.3	0.04
G. Fobia Social	50	1.06	0.24	0.34
H. Trastorno Obsesivo - Compulsivo	50	1.04	0.19	0.027
I. Trastorno por Estrés postraumático	50	1.08	0.27	0.038
J. Dependencia de Alcohol	50	1.02	0.14	0.02
K. Dependencia de Sustancias	50	1	0	0
L. Trastornos Psicóticos	50	1	0	0
M. Anorexia Nerviosa	50	1	0	0
N. Bulimia Nerviosa	50	1	0	0
O. Trastorno de Ansiedad Generalizada	50	1.26	0.44309	0.6266
P. Personalidad Antisocial	50	1.02	0.14	0.02

* Grupo 1 (pacientes de entre 45 a 48 años), Grupo 2 (Pacientes de entre 49 a 52 años), Grupo 3 (Pacientes de entre 53 a 55 años).

En la tabla 2 que se presenta a continuación se puede observar que de las 50 pacientes que conforman la muestra total, el 86% de la muestra tiene hijos (C/H) y el 10% ha sufrido menopausia por causa médica (Sí), el 58% se halla en etapa de Menopausia, el 34% en Perimenopausia y un 8% en Postmenopausia, independientemente del rango de edad propuesto o del grupo al cual pertenecen. También se puede observar que del cien por ciento de mujeres entrevistadas el 68% obtuvieron calificación positiva (+) en alguna categoría de la M.I.N.I., lo cual indica que ese porcentaje de la muestra total refirió síntomas de algún trastorno mental. Apreciando con mayor detalle estos resultados se observa que el 72.22% de las pacientes entre 45 y 48 años, el 65% de las pacientes entre 49 y 52 años, y el 66.66% de las pacientes entre 53 y 55 años de edad mencionan síntomas de alguna o algunas psicopatologías detectadas por la M.I.N.I.

Tabla 2. Variables a considerar: “Edad”, “Paridad”, “Menopausia por causa médica”, “Etapa del Climaterio” y “Resultado de la M.I.N.I. (Psicopatología General Detectada)”. Dividida por rangos de edad y expresada en porcentajes respecto a la muestra general, donde N=50.

VARIABLES	Edad (por rangos)	Paridad		Causa Médica		Climaterio			M.I.N.I.	
		C/H	S/H	Si	No	Pe	Me	Po	(+)	(-)
Grupo 1	45 a 48 años	30,00 %	6,00 %	4,00 %	32,00 %	32,00 %	4,00 %	0,00 %	26,00 %	10,00%
Grupo 2	49 a 52 años	36,00 %	4,00 %	2,00 %	38,00 %	2,00 %	38,00 %	0,00 %	26,00 %	14,00%
Grupo 3	53 a 55 años	20,00 %	4,00 %	4,00 %	20,00 %	0,00 %	16,00 %	8,00 %	16,00 %	8,00%
TOTALES	45 a 55 años	86,00 %	14,00 %	10,00 %	90,00 %	34,00 %	58,00 %	8,00 %	68,00 %	32,00%

Abreviaturas: C/H: Con hijos, S/H: Sin hijos, Causa médica: Menopausia por causa médica, Climaterio: Etapa del climaterio, Pe: Perimenopausia, Me: Menopausia, Po: Postmenopausia, M.I.N.I.: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, (+): Resultado positivo, (-): Resultado negativo.

En la tabla 3 se muestra qué trastornos detectó la M.I.N.I. y en qué porcentaje específico. En ésta, las pacientes que puntuaron positivo en la M.I.N.I. corresponden al 68% de la muestra general, como ya se vió en la tabla anterior. En este subgrupo de pacientes, el 52.94% muestran síntomas de Episodio Depresivo Mayor, del cual el 88.88% tiene hijos y el 27% ha tenido Menopausia por Causa Médica. Respecto a síntomas de Trastorno Distímico, estos se hallan en el 20.58% del subgrupo detectado por la M.I.N.I., teniendo hijos el 100% y habiendo padecido menopausia por causa médica el 28.57%. El Riesgo de Suicidio fue detectado en un 20.58% del subgrupo, teniendo hijos el 71.42% de la categoría y con menopausia inducida el 14.28% de la misma. El Trastorno Maníaco/Hipomaníaco fue detectado en un 35.29% del subgrupo, contando con hijos el 83.33% de las pacientes que entran en ésta categoría y teniendo Menopausia por Causa Médica el 8.33% de la misma. Las pacientes con Trastorno de Angustia conforman el 20.58% del subgrupo, contando con hijos el 100% y con Menopausia Inducida el 14.28%. Respecto a la Agorafobia presenta síntomas detectables el 14.70% del subgrupo, teniendo hijos el 80% de las pacientes en esta categoría diagnóstica sin ninguna paciente con Menopausia por Causa Médica. La Fobia Social ocupa un 8,82% del subgrupo siendo madres el 100% de las pacientes sin antecedentes de Menopausia Inducida. Con respecto al Trastorno Obsesivo-Compulsivo fueron detectados síntomas en el 5.88% del subgrupo, siendo todas las pacientes madres sin antecedentes de Menopausia Inducida. El Trastorno de Estrés Postraumático fue detectado por la M.I.N.I. en el 11.76% del subgrupo, contando con hijos el 75% de ésta categoría y sin antecedentes de Menopausia por Causa Médica. Sólo el 2.94% del subgrupo muestra síntomas de Dependencia de Alcohol y Personalidad Antisocial, no habiendo antecedentes de Menopausia Inducida y contando con hijos en toda la categoría. Por último, respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada fueron detectados síntomas en el 38.23% de las pacientes del subgrupo delimitado por la M.I.N.I., siendo madres el 92.30% de ésta categoría y habiendo sufrido

Menopausia Inducida el 23.07%. El trastorno más detectado por la M.I.N.I. fue el Episodio Depresivo Mayor (EDM), el cual se presenta en el 52.94% de las pacientes con algún trastorno mental y en un 36% de la muestra general. Le sigue el Episodio Maníaco/Hipomaníaco con el 35.29% de las pacientes con alguna psicopatología. El Trastorno Distímico, el Riesgo de Suicidio y el Trastorno de Angustia se presentaron en el 20.58% de las pacientes con trastorno mental detectado. En esta tabla no se tomaron en cuenta las variables “Edad” y “Etapa del Climaterio” para que fuera más claro ver en que porcentajes del subgrupo delimitado con ayuda de la M.I.N.I. se encuentra cada categoría diagnóstica con puntaje positivo, indicando sintomatología correspondiente en cada caso. Como también se observa, la mayor parte de las pacientes que se incluyen en cada categoría diagnóstica tienen hijos, siendo el Riesgo Suicida la categoría donde el porcentaje de paridad nula es mayor, alcanzando éste el 28.58%. El índice más alto de pacientes con Menopausia Inducida se ubicó en la categoría del Trastorno Distímico, con el 28.57% de ésta.

Tabla 3. Variables a considerar: “Categorías diagnósticas detectadas por la M.I.N.I. (DSM-IV)”, “Paridad”, y “Menopausia por causa médica”.

VARIABLES	Categoría Diagnóstica (DSM-IV)	M.I.N.I. (positivo)	Paridad		Causa Médica	
			Con hijos	Sin hijos	Sí	No
68% de la muestra total, pacientes de entre 45 a 55 años de edad N=34	EDM	52,94%	88,88%	11,12%	27,77%	72,23%
	Dist	20,58%	100,00%	0,00%	28,57%	71,43%
	Ries Suic	20,58%	71,42%	28,58%	14,28%	85,72%
	Hipom	35,29%	83,33%	16,67%	8,33%	91,67%
	Ang	20,58%	100,00%	0,00%	14,28%	85,72%
	Agoraf	14,70%	80,00%	20,00%	0,00%	100,00%
	Fob Soc	8,82%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	TOC	5,88%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	TEPT	11,76%	75,00%	25,00%	0,00%	100,00%
	Dep Alc	2,94%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	TAG	38,23%	92,30%	7,70%	23,07%	76,93%
	Pers Antisoc	2,94%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%

Abreviaturas: EDM: Episodio Depresivo Mayor, Dist: Distimia, Ries Suic: Riesgo Suicida, Hipom: Hipomanía, Ang: Trastorno de Angustia, Agoraf: Trastorno de Agorafobia, Fob Soc: Fobia Social, TOC: Trastorno Obsesivo-compulsivo, TEPT: Trastorno de Estrés postraumático, Dep Alc: Dependencia de Alcohol, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Pers Antisoc: Trastorno de Personalidad Antisocial.

Analizando con mayor detalle cuantas pacientes obtuvieron un resultado positivo en alguna categoría de la M.I.N.I. tomando en cuenta cada etapa del climaterio así como cada rango de edad, se elaboró la tabla 4 que sigue a continuación. En esta se observa que el Episodio Depresivo mayor se presenta con mayor frecuencia en el rango de 49 a 52 años en etapa de menopausia. El rango de 45 a 48 años en etapa de perimenopausia es donde la M.I.N.I. detectó mayor variedad de trastornos mentales.

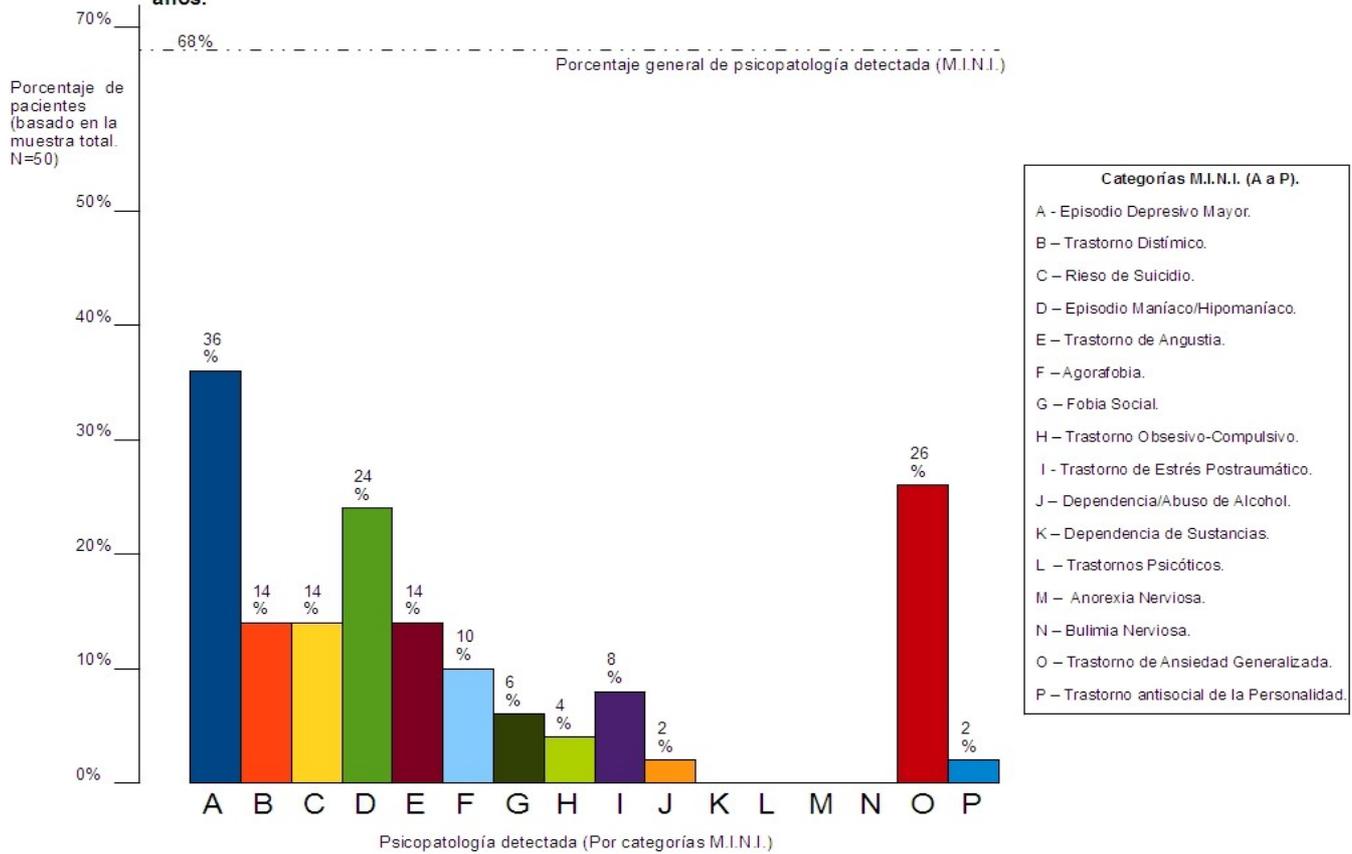
Tabla 4. Variables a considerar: "Edad", "Etapa del climaterio", "Categorías detectadas por la M.I.N.I.", "Paridad", y "Menopausia por Causa Médica".
Expresada en porcentajes respecto al total general de la muestra (N=50).

Edad (Por Rangos)	Climaterio (Etapa)	Trastorno Mental (Categoría)	M.I.N.I. (Resultado positivo)	Paridad		Causa Médica	
				Con hijos	Sin hijos	Si	No
45 a 48 años (36% de la muestra detectada con la M.I.N.I.)	Peri	EDM	10%	8%	2%	4%	0%
		Dist	2%	2%	0%	0%	2%
		Ries Suic	4%	4%	0%	0%	4%
		Hipom	8%	8%	0%	0%	8%
		Ang	4%	4%	0%	0%	4%
		Agoraf	2%	2%	0%	0%	2%
		Fob Soc	2%	2%	0%	0%	2%
		TOC	2%	2%	0%	0%	2%
		TEPT	4%	4%	0%	0%	2%
		Dep Alc	2%	2%	0%	0%	2%
		TAG	8%	8%	0%	0%	8%
		Pers Antisoc	2%	2%	0%	0%	2%
		Meno	EDM	4%	2%	2%	4%
	Dist		2%	2%	0%	2%	0%
	Ries Suic		2%	2%	0%	2%	0%
	Hipom		2%	0%	2%	2%	0%
	Ang		2%	2%	0%	2%	0%
	TAG		4%	2%	2%	4%	0%
	49 a 52 años (40% de la muestra detectada con la M.I.N.I.)	Meno	EDM	14%	14%	0%	2%
Dist			6%	6%	0%	2%	4%
Ries Suic			6%	2%	4%	0%	6%
Hipom			10%	8%	2%	0%	10%
Ang			4%	4%	0%	0%	4%
Agoraf			4%	4%	0%	0%	4%
Fob Soc			2%	2%	0%	0%	2%
TEPT			2%	0%	2%	0%	2%
TAG			8%	8%	0%	2%	6%
53 a 55 años (24% de la muestra detectada con la M.I.N.I.)			Meno	EDM	6%	6%	0%
	Dist	2%		2%	0%	0%	2%
	Ries Suic	2%		2%	0%	0%	2%
	Hipom	4%		4%	0%	0%	4%
	Ang	4%		4%	0%	0%	4%
	Agoraf	4%		2%	2%	0%	4%
	Fob soc	2%		2%	0%	0%	2%
	TEPT	2%		2%	0%	0%	2%
	TAG	4%		4%	0%	0%	4%
	Postmeno	EDM		2%	2%	0%	0%
		Dist	2%	2%	0%	0%	2%
		TOC	2%	2%	0%	0%	2%
		TAG	2%	2%	0%	0%	2%

Abreviaturas: Peri: perimenopausia, Meno: Menopausia, Postmeno: Postmenopausia, EDM: Episodio Depresivo Mayor, Dist: Distimia, Ries Suic: Riesgo Suicida, Hipom: Hipomanía, Ang: Trastorno de Angustia, Agoraf: Trastorno de Agorafobia, Fob Soc: Fobia Social, TOC: Trastorno Obsesivo-compulsivo, TEPT: Trastorno de Estrés postraumático, Dep Alc: Dependencia de Alcohol, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Pers Antisoc: Trastorno de Personalidad Antisocial.

En la gráfica 1 se ofrece una vista general de como quedó conformada la muestra total de acuerdo con cada patología detectada por la M.I.N.I., y ubicando la variable "Climaterio" sin divisiones como perimenopausia, menopausia y postmenopausia. De acuerdo con esta gráfica, el Episodio Depresivo Mayor se halla en el 36% de la muestra, por lo cual resulta el trastorno detectado más frecuente. Le sigue en orden de frecuencia el Trastorno de Ansiedad Generalizada en el 26% de la muestra y en tercer orden de frecuencia el Episodio Maníaco/Hipomaníaco, con el 24%. El trastorno Distímico, el Riesgo de suicidio y el Trastorno de Angustia se ubican simultáneamente por el 14% de la muestra entrevistada. La Agorafobia y el Trastorno por Estrés Postraumático se ubican en el 10% y 8% respectivamente, mientras que la Fobia social, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la Dependencia/Abuso de Alcohol figuran con el 6%, 4%, y 2% respectivamente, en la muestra general entrevistada. Como se puede apreciar, cada psicopatología individual detectada representa un porcentaje inferior al del acumulativo de todas las categorías. Hay que hacer notar el hecho de que hubo pacientes con más de una psicopatología detectada por la M.I.N.I., lo cual corrobora el nivel de 68% general de pacientes con algún o algunos trastornos mentales detectados, tal y como se puede ver en la línea punteada de la gráfica. También se observa que cuatro de las dieciséis categorías de la M.I.N.I. no obtuvieron puntuación alguna; éstas son Dependencia y/o abuso de Sustancias, Trastornos Psicóticos o del Estado del Ánimo con Síntomas Psicóticos, Anorexia Nerviosa, y Bulimia Nerviosa. La razón más probable del por qué no ofrecieron resultados se halla en el hecho de que en el Hospital "Doctor Manuel Gea González" donde se realizaron las entrevistas no existe la infraestructura para recibir pacientes con tales características, por lo cual en cuanto son detectados con otros instrumentos o en la entrevista inicial en el área de preconsulta, se canalizan a instituciones especializadas cercanas, como es el caso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la Secretaría de Salud.

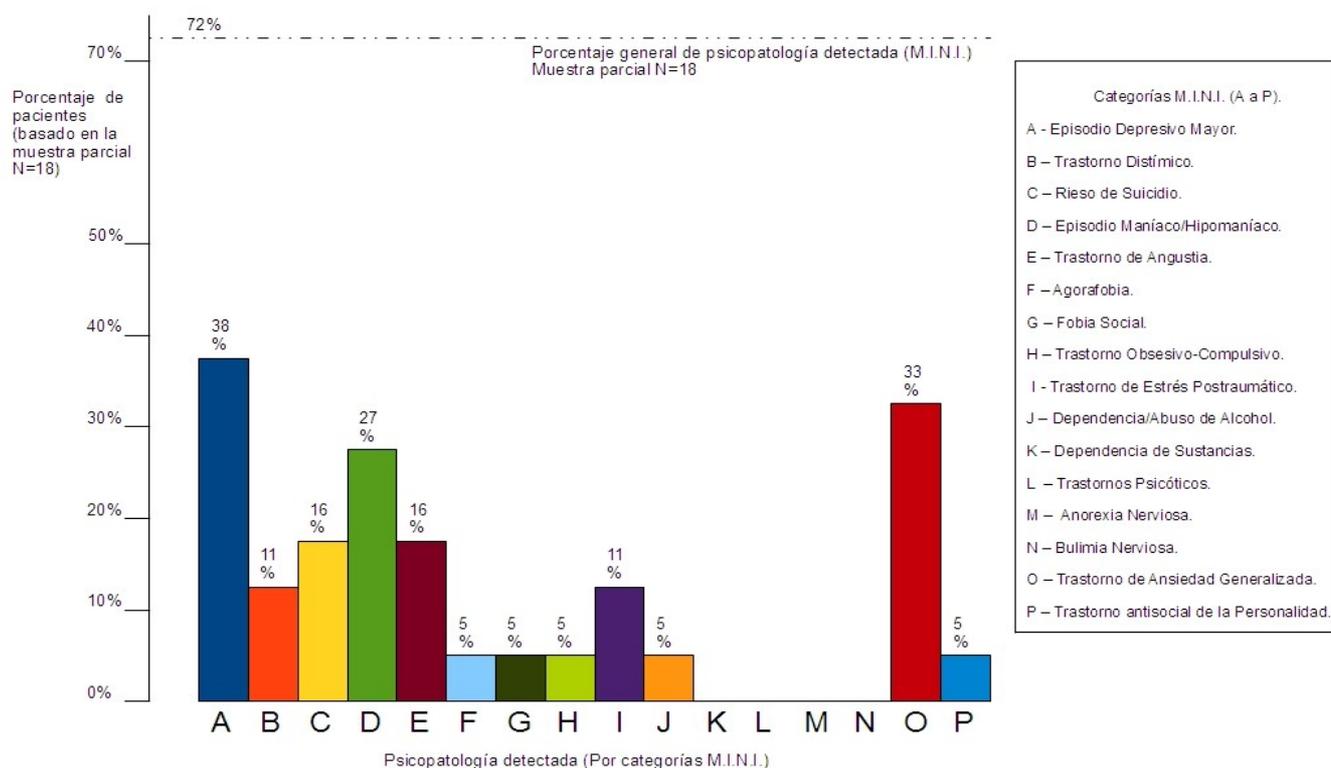
Gráfica 1. Niveles de Psicopatología detectados por la M.I.N.I. Pacientes Mujeres de entre 45 a 55 años.



En el caso de las gráficas 2, 3 y 4 se dividió la muestra en los tres rangos de edad principales, 45 a 48 años, 49 a 52 años y 53 a 55 años, incrementando aún más el detalle para observar con mayor precisión como se presentó el puntaje obtenido con la M.I.N.I. en cada uno de estos. Hay que hacer notar que en cada rango figuran por lo menos dos de tres etapas del climaterio, quedando así dentro del rango de 45 a 48 años perimenopausia y menopausia, en el de 49 a 52 años perimenopausia y menopausia, y en el de 53 a 55 años menopausia y postmenopausia. Así, las gráficas quedaron como se muestra a continuación. Como se puede observar en la gráfica 2, en el rango de pacientes que se hallan entre 45 y 48 años y en etapas de perimenopausia y menopausia la M.I.N.I. detectó sintomatología de trastorno mental en el 72% de las pacientes, siendo el Episodio Depresivo Mayor el de mayor frecuencia, con el 38% del conteo total. Le sigue el Trastorno de Ansiedad generalizada con un 33% y el Episodio Maníaco/Hipomaniaco con un 27% aproximadamente. El riesgo de suicidio y el Trastorno de Angustia se hallan a

nivel similar con un 16%, y el Trastorno Distímico así como el Trastorno por Estrés postraumático se ubican en el 11% de este rango. Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo – Compulsivo, Dependencia y/o Abuso de Alcohol y Trastorno Antisocial de la Personalidad se hallan en el 5% del conteo general.

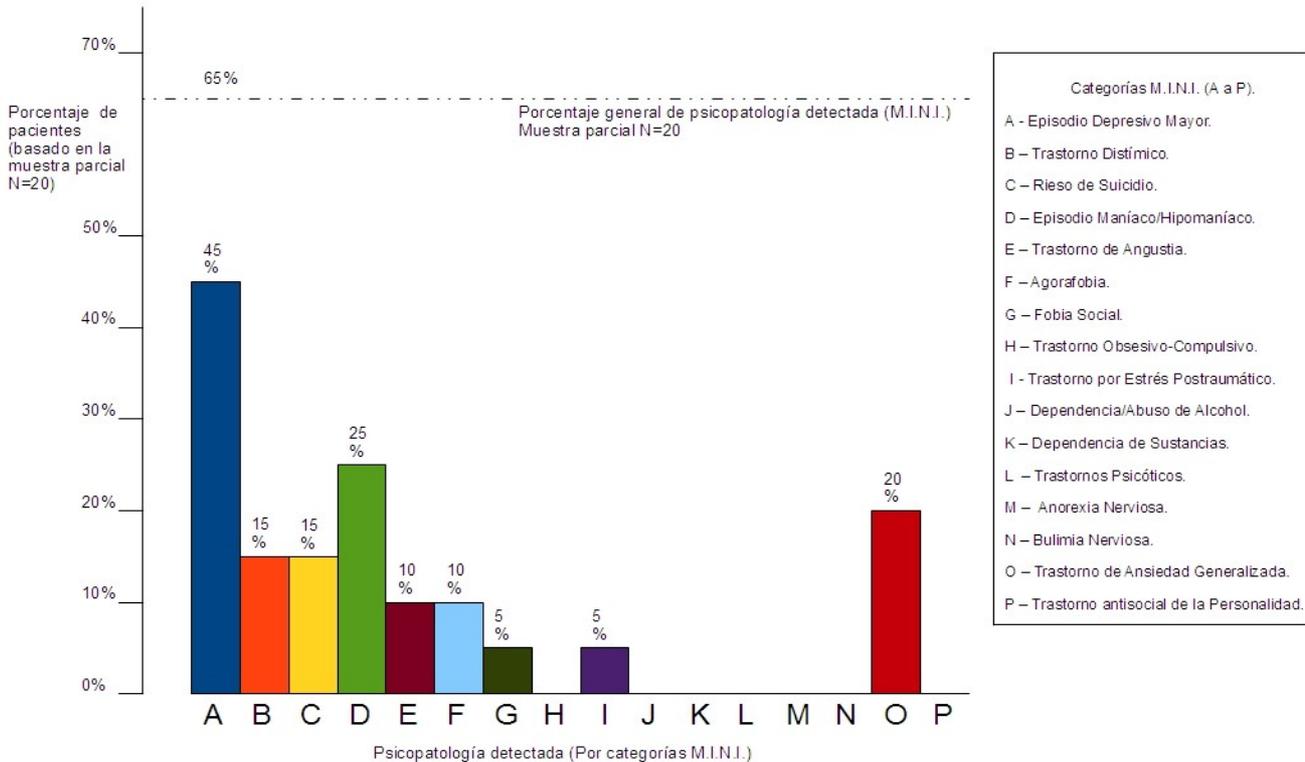
Gráfica 2. Niveles de Psicopatología detectados por la M.I.N.I. Pacientes Mujeres de entre 45 a 48 años. Etapas del Climaterio: Perimenopausia y Menopausia.



En la gráfica 3 que corresponde al rango de 49 a 52 años de edad, se aprecia que la M.I.N.I. detectó sintomatología de trastorno mental en el 65% de la muestra aproximadamente, siendo el Episodio Depresivo Mayor el de mayor frecuencia con 45% del rango entrevistado. A éste le siguen el Episodio Maníaco/Hipomaníaco con 25% y el Trastorno de Ansiedad Generalizada con el 20% aproximadamente. El Trastorno Distímico y el Riesgo de Suicidio se hallan ambos en el 15%, el Trastorno de Angustia y la Agorafobia se ubican en el 10%, y la Fobia Social así como el Trastorno por Estrés Postraumático fueron detectados en el 5% del rango propuesto. El Trastorno Obsesivo –

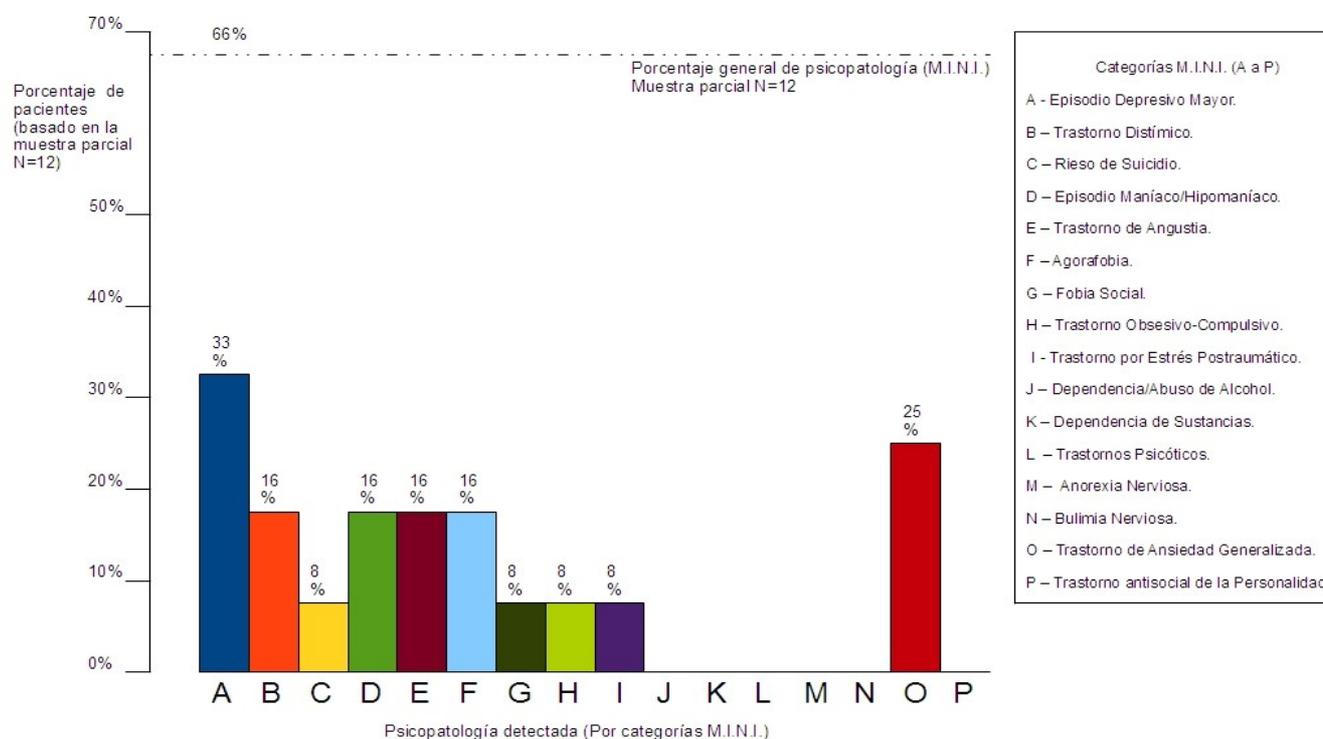
Compulsivo no fue detectado en éste grupo de pacientes.

Gráfica 3. Niveles de Psicopatología detectados por la M.I.N.I. Pacientes Mujeres de entre 49 a 52 años. Etapas del Climaterio: Perimenopausia y Menopausia.



En la gráfica 4 que sigue a continuación se observa el rango de pacientes de entre 53 y 55 años, en el cual el 66% de las pacientes presenta sintomatología sugerente de trastorno mental de acuerdo con la M.I.N.I. La categoría detectada con mayor frecuencia corresponde al Episodio Depresivo Mayor con el 33% del conteo, siguiendo en frecuencia el Trastorno de Ansiedad Generalizada con el 25%. El Trastorno Distímico, El Episodio Maníaco/Hipomaniaco, El Trastorno de Angustia y la Agorafobia se ubican en el 16% del rango propuesto, mientras que el Riesgo de Suicidio, la Fobia Social, el Trastorno Obsesivo – Compulsivo y el Trastorno por Estrés Postraumático se hallan en el 8% simultáneamente.

Gráfica 4. Niveles de Psicopatología detectados por la M.I.N.I. Pacientes Mujeres de entre 53 a 55 años. Etapas del Climaterio: Menopausia y Postmenopausia.



Análisis de Correlación.

En lo que respecta a la parte donde se realizaron correlaciones de Spearman se incluye cada categoría de la M.I.N.I. en correlación con las variables “Etapa del Climaterio”, “Edad”, “Paridad”, y “menopausia por Causa Médica”.

Como se observa en la tabla 5, las categorías “Episodio Depresivo Mayor”, “Trastorno Distímico” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada” contienen índices de correlación que resultan significativos en la comparación con la variable “Climaterio” sólo en el primer rango de edad, correspondiente a las pacientes de entre 45 y 48 años. En éstas la significación (Sig) es inferior a 0.05 además de presentarse en las tres categorías de la M.I.N.I. correlaciones de tipo moderado y directamente proporcional, lo cual significa que la variable “Climaterio” se relaciona moderadamente con las variables “Episodio

Depresivo Mayor”, “trastorno Distímico” y Trastorno de Ansiedad Generalizada” en el rango de 45 a 48 años.

Tabla 5. Correlación de Spearman. Comparación entre los rangos de la variable “Etapa del Climaterio” y cada categoría de la M.I.N.I.

VARIABLE	Climaterio								
	Rango 1 (45 a 48 años)			Rango 2 (49 a 52 años)			Rango 3 (53 a 55 años)		
	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N
Episodio Depresivo Mayor	.443*	.033	18	.208	.190	20	-.125	.349	12
Trastorno Distímico	.438*	.035	18	.096	.343	20	.158	.312	12
Riesgo de Suicidio	.316	.101	18	.096	.343	20	-.213	.253	12
Episodio Maníaco/Hipomaníaco	.175	.243	18	.132	.289	20	-.316	.158	12
Trastorno de Angustia	.316	.101	18	.076	.374	20	-.316	.158	12
Agorafobia	-.086	.368	18	.076	.374	20	-.316	.158	12
Fobia Social	-.086	.368	18	.053	.413	20	-.213	.253	12
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	-.086	.368	18	-	-	20	.426	.083	12
Trastorno por Estrés Postraumático	-.125	.311	18	.053	.413	20	-.213	.253	12
Dependencia/Abuso de Alcohol	-.086	.368	18	-	-	20	-	-	12
Dependencia/Abuso de Sustancias	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Trastornos Psicóticos	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Anorexia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Bulimia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Trastorno de Ansiedad Generalizada	.500*	.017	18	.115	.315	20	.000	.500	12
Trastorno Antisocial de la Personalidad	-.086	.368	18	-	-	20	-	-	12

Abreviaturas: Corr: Correlación, Sig: Significación, N: Número de pacientes.

* La correlación es significativa al 0.05

En la tabla 6 que sigue a continuación se observa que dos categorías de la M.I.N.I. se correlacionan con la variable “Edad” en el tercer rango de la muestra entre los 53 y los 55 años de edad. Las categorías en cuestión son Episodio Maníaco/Hipomaníaco y Agorafobia. Ambas presentan una correlación moderada e inversamente proporcional, lo que quiere decir que al aumentar la edad en el rango 3 la sintomatología en las categorías mencionadas disminuye moderadamente.

Tabla 6. Correlación de Spearman. Comparación entre los rangos de la variable “Edad” y cada categoría de la M.I.N.I.

VARIABLE	Edad								
	Rango 1 (45 a 48 años)			Rango 2 (49 a 52 años)			Rango 3 (53 a 55 años)		
	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N
Episodio Depresivo Mayor	-.332	.089	18	-.009	.485	20	-.056	.432	12
Trastorno Distímico	.160	.263	18	-.192	.209	20	.071	.414	12
Riesgo de Suicidio	-.030	.453	18	.319	.085	20	-.477	.059	12
Episodio Maníaco/Hipomaníaco	.274	.136	18	-.095	.346	20	-.495*	.050	12
Trastorno de Angustia	-.284	.126	18	.198	.202	20	-.141	.331	12
Agorafobia	.292	.120	18	.061	.400	20	-.495*	.050	12
Fobia Social	.292	.120	18	.021	.465	20	.286	.184	12
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	.292	.120	18	-	-	20	-.191	.276	12
Trastorno por Estrés Postraumático	.160	.263	18	.251	.143	20	-.477	.059	12
Dependencia/Abuso de Alcohol	-.073	.387	18	-	-	20	-	-	12
Dependencia/Abuso de Sustancias	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Trastornos Psicóticos	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Anorexia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Bulimia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Trastorno de Ansiedad Generalizada	.012	.481	18	-.137	.283	20	.061	.425	12
Trastorno Antisocial de la Personalidad	-.073	.387	18	-	-	20	-	-	12

Abreviaturas: Corr: Correlación, Sig: Significación, N: Número de pacientes.

* La correlación es significativa al 0.05

La tabla 7 muestra las correlaciones obtenidas con la variable “Paridad” en comparación con cada categoría de la M.I.N.I. En éstas, las categorías “Riesgo de Suicidio” y “trastorno por Estrés Postraumático” son las únicas que resultan significativas, siendo la primera una correlación alta (entre 0.7 y 0.9) e inversamente proporcional y la segunda una correlación moderada (entre 0.4 y 0.6) e inversamente proporcional lo que significa en el primer caso que si la paridad es negativa aumenta de manera importante la sintomatología en la categoría “Riesgo de suicidio”, y en el segundo caso si la paridad resulta negativa aumenta la sintomatología en la categoría “Trastorno por Estrés

Postraumático” aunque más discretamente. Ambas correlaciones presentaron una confiabilidad del 99%, lo cual significa que tales correlaciones son altamente confiables.

Tabla 7. Correlación de Spearman. Comparación entre los rangos de la variable “Paridad” y cada categoría de la M.I.N.I.

VARIABLE	Paridad								
	Rango 1 (45 a 48 años)			Rango 2 (49 a 52 años)			Rango 3 (53 a 55 años)		
	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N
Episodio Depresivo Mayor	-.255	.154	18	-.369	.055	20	.316	.158	12
Trastorno Distímico	.158	.265	18	-.327	.080	20	.200	.267	12
Riesgo de Suicidio	.200	.213	18	-.793**	.000	20	.135	.338	12
Episodio Maníaco/Hipomaníaco	-.055	.413	18	-.192	.208	20	.200	.267	12
Trastorno de Angustia	.200	.213	18	.111	.320	20	.200	.267	12
Agorafobia	.108	.334	18	.111	.320	20	-.400	.099	12
Fobia Social	.108	.334	18	.076	.374	20	.135	.338	12
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	.108	.334	18	-	-	20	.135	.338	12
Trastorno por Estrés Postraumático	.158	.265	18	-.688**	.000	20	.135	.338	12
Dependencia/Abuso de Alcohol	.108	.334	18	-	-	20	-	-	12
Dependencia/Abuso de Sustancias	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Trastornos Psicóticos	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Anorexia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Bulimia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12
Trastorno de Ansiedad Generalizada	.000	.500	18	.167	.241	20	.258	.209	12
Trastorno Antisocial de la Personalidad	.108	.334	18	-	-	20	-	-	12

Abreviaturas: Corr: Correlación, Sig: Significación, N: Número de pacientes.

** La correlación es significativa al 0.01

Respecto a la tabla 8 que sigue a continuación se observa que la variable “Menopausia por Causa Médica” se correlaciona con las variables “Episodio Depresivo Mayor”, “Trastorno Distímico” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, siendo la primera significativa al 95% en el rango de 45 a 48 años, es una correlación moderada y directamente proporcional, la segunda significativa en los rangos de 45 a 48 años y de 49

a 52 años, correlación moderada y directamente proporcional, y la tercera significativa en los rangos de 45 a 48 años y de 49 a 52 años siendo una correlación moderada en ambos casos así como directamente proporcional. Esto quiere decir que si hubo inducción de la menopausia por intervención quirúrgica se incrementa la sintomatología en las categorías “Episodio Depresivo Mayor” y “Trastorno Distímico” aunque moderadamente y sólo en el rango de 45 a 48 años de edad. En el caso de la categoría “Trastorno de Ansiedad Generalizada” se observa un comportamiento similar al de las anteriores pero entre los rangos de 45 a 48 y 49 a 52 años de edad.

Tabla 8. Correlación de Spearman. Comparación entre los rangos de la variable “Menopausia por Causa Médica” y cada categoría de la M.I.N.I.

VARIABLE	Menopausia por Causa Médica									
	M.I.N.I. (Por Categorías)	Rango 1 (45 a 48 años)			Rango 2 (49 a 52 años)			Rango 3 (53 a 55 años)		
		Corr	Sig	N	Corr	Sig	N	Corr	Sig	N
Episodio Depresivo Mayor	.443*	.033	18	.254	.140	20	-.316	.158	12	
Trastorno Distímico	.438*	.035	18	.546	.006	20	-.200	.267	12	
Riesgo de Suicidio	.316	.101	18	-.096	.343	20	-.135	.338	12	
Episodio Maníaco/Hipomaniaco	.175	.243	18	-.132	.289	20	-.200	.267	12	
Trastorno de Angustia	.316	.101	18	-.076	.374	20	-.200	.267	12	
Agorafobia	-.086	.368	18	-.076	.374	20	-.200	.267	12	
Fobia Social	-.086	.368	18	-.053	.413	20	-.135	.338	12	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	-.086	.368	18	-	-	20	-.135	.338	12	
Trastorno por Estrés Postraumático	-.125	.311	18	-.053	.413	20	-.135	.338	12	
Dependencia/Abuso de Alcohol	-.086	.368	18	-	-	20	-	-	12	
Dependencia/Abuso de Sustancias	-	-	18	-	-	20	-	-	12	
Trastornos Psicóticos	-	-	18	-	-	20	-	-	12	
Anorexia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12	
Bulimia Nerviosa	-	-	18	-	-	20	-	-	12	
Trastorno de Ansiedad Generalizada	.500**	.017	18	.459*	.021	20	-.258	.209	12	
Trastorno Antisocial de la Personalidad	-.086	.368	18	-	-	20	-	-	12	

Abreviaturas: Corr: Correlación, Sig: Significación, N: Número de pacientes.

** La correlación es significativa al 0.01

* La correlación es significativa al 0.05

Análisis Diferencial.

La siguiente fase del análisis consistió en comparar los grupos con cada variable de la M.I.N.I. por medio de la prueba t de Student. Las tablas t que se presentan a continuación fueron realizadas tomando en cuenta cada uno de los tres rangos por edades de la muestra al 95% de confiabilidad, lo cual hace estadísticamente significativo cualquier valor que se ubique por debajo de 0.05 en ambas direcciones y por lo tanto descarta la igualdad entre las medias de las variables; acorde a esto, el valor “sig” o significación debe quedar por debajo de 0.05 para indicar que las medias de las variables relacionadas no proceden de la misma muestra. Con ésta base como punto de partida se realizaron una serie de tablas en las cuales se contrastó cada una de las 16 categorías de la M.I.N.I. con cada una de las variables restantes, esto es, con “Etapa del Climaterio”, “Edad”, “Paridad” y “Menopausia por Causa Médica”. En las tablas se representan las medias de cada grupo de variables, los valores t, la significación o nivel crítico bilateral (sig) y los grados de libertad (gl) de cada rango. Hay que hacer notar que las categorías K (Dependencia de Sustancias), L (Trastornos Psicóticos), M (Anorexia Nerviosa) y N (Bulimia Nerviosa), no arrojan datos para contrastar por no haber obtenido puntaje durante las entrevistas con la M.I.N.I. por lo cual el cálculo de sus desviaciones típicas es igual a cero.

Como se observa en la tabla 9, se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos 1 y 3 correspondientes a los rangos “Perimenopausia” y “Postmenopausia” en la categoría D (Episodio Maníaco – Hipomaníaco) donde el grupo 1 es el que hace la diferencia lo que significa que en el grupo correspondiente a “Perimenopausia” se presenta mayor nivel de sintomatología en ésta categoría ($\bar{x}_1=1.23$, $\bar{x}_2=1.00$, $t'=2.21$). Asimismo, se encontraron diferencias entre los grupos 2 y 3 correspondientes a los rangos “Menopausia” y “Postmenopausia” en la categoría C (Riesgo de Suicidio) en el cual el grupo 2 hace la diferencia lo que significa que en el

grupo de “Menopausia” se presenta más sintomatología en ésta categoría ($\bar{x}_2=1.17$, $\bar{x}_3=1.00$, $t'=2.41$), en D (Episodio Maníaco – Hipomaníaco) en el cual también el grupo 2 hace la diferencia presentándose mayor sintomatología de esta categoría ($\bar{x}_2=1.27$, $\bar{x}_3=1.00$, $t'=3.26$), en E (trastorno de Angustia) en el cual el grupo 2 hace la diferencia nuevamente ($\bar{x}_1=1.17$, $\bar{x}_2=1.00$, $t'=2.41$), y en H (Trastorno Obsesivo – Compulsivo) en el cual la diferencia la establece el grupo 3 correspondiente a “Postmenopausia” lo que significa que en éste grupo se presenta más ésta categoría ($\bar{x}_1=1.00$, $\bar{x}_2=1.25$, $t'=-1.00$). Hay que hacer notar que no hay diferencias significativas entre los grupos 1 y 2 correspondientes a “Perimenopausia” y “Menopausia” en alguna categoría.

TABLA 9. PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES. CONTRASTES ENTRE CADA ETAPA DE LA VARIABLE “CLIMATERIO” Y CADA CATEGORÍA DE LA M.I.N.I. NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL 95%.

CLIMATERIO (ETAPAS)		M.I.N.I. (CATEGORÍAS)															
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1-2	x(Pe)	1.29	1.05	1.11	1.23	1.11	1.05	1.05	1.05	1.11	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.23	1.05
	x(Me)	1.48	1.17	1.17	1.27	1.17	1.13	1.06	1.00	1.06	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.27	1.00
	t	-1.27	-1.22	-.49	-.29	-.49	-.82	-.13	1.00	.55	1.00	-	-	-	-	-.29	1.00
	sig	.211	.226	.627	.769	.627	.417	.896	.332	.582	.332	-	-	-	-	.769	.332
	gl	35.8	43.6	37.7	34.7	37.7	42.6	35.3	16	27.3	16	-	-	-	-	34.7	16
1-3	x(Pe)	1.29	1.05	1.11	1.23	1.11	1.05	1.05	1.05	1.11	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.23	1.05
	x(Po)	1.25	1.25	1.0	1.00	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00
	t	.16	-.74	.69	2.21	-.69	.47	.47	-.74	.69	.47	-	-	-	-	-.05	.47
	sig	.869	.506	.496	.041	.496	.640	.640	.506	.496	.640	-	-	-	-	.953	.640
	gl	4.3	3.3	16	16	16	16	16	3.3	16	16	-	-	-	-	4.1	16
2-3	x(Me)	1.48	1.17	1.17	1.27	1.17	1.13	1.06	1.00	1.06	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.27	1.00
	x(Po)	1.25	1.25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00
	t	.87	-.36	2.41	3.26	2.41	.77	.52	-1.00	.52	-	-	-	-	-	.10	-
	sig	.434	.717	.023	.003*	.023	.444	.602	.005*	.602	-	-	-	-	-	.91	-
	gl	3.9	3.5	28	28	28	28	28	3	28	-	-	-	-	-	3.7	-

*Significativa al 0.01

Abreviaturas: x(Pe): Media de perimenopausia, x(Me): Media de menopausia, x(Po): Media de postmenopausia, t: Índice t de Student, sig: Significación o nivel crítico, gl: Grados de libertad, A: Episodio depresivo mayor, B: Trastorno distímico, C: Riesgo de suicidio, D: Episodio maniaco/hipomaniaco, E: Trastorno de angustia, F: Agorafobia, G: Fobia social, H: Trastorno obsesivo-compulsivo, I: Trastorno por estrés posttraumático, J: Dependencia/abuso de alcohol, K: Dependencia de sustancias, L: Trastornos psicóticos, M: Anorexia nerviosa, N: Bulimia nerviosa, O: Trastorno de ansiedad generalizada, P: Trastorno de personalidad antisocial.

En la tabla 10 se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en alguna categoría de la M.I.N.I.

TABLA 10. PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES. CONTRASTES ENTRE CADA ETAPA DE LA VARIABLE "EDAD" Y CADA CATEGORÍA DE LA M.I.N.I. NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL 95%.

EDAD (RANGOS)		M.I.N.I. (CATEGORÍAS)															
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1-2	x(1)	1.38	1.11	1.16	1.27	1.16	1.05	1.05	1.05	1.11	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.33	1.05
	x(2)	1.45	1.15	1.15	1.25	1.10	1.10	1.05	1.00	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.20	1.00
	t	-.37	-.34	.13	.18	.59	-.49	.07	1.00	.68	1.00	-	-	-	-	.91	1.00
	sig	.712	.732	.892	.851	.556	.623	.941	.331	.499	.331	-	-	-	-	.365	.331
	gl	35.7	35.9	35.1	35.2	32.6	35.1	35.0	17.0	29.8	17.0	-	-	-	-	33.5	17.0
1-3	x(1)	1.38	1.11	1.16	1.27	1.16	1.05	1.05	1.05	1.11	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.33	1.05
	x(3)	1.33	1.16	1.08	1.16	1.16	1.16	1.08	1.08	1.08	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00
	t	.29	-.42	.64	.68	.00	-.97	-.28	-.28	.24	.81	-	-	-	-	.47	.81
	sig	.757	.674	.527	.498	1.00	.337	.775	.775	.812	.424	-	-	-	-	.640	.424
	gl	24	20.6	27.4	26.3	23.4	16.4	20.3	20.3	25.5	17.0	-	-	-	-	24.8	17.0
2-3	x(2)	1.45	1.15	1.15	1.25	1.10	1.10	1.05	1.00	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.20	1.00
	x(3)	1.33	1.16	1.08	1.16	1.16	1.16	1.08	1.08	1.08	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00
	t	.63	-.12	.53	.53	-.53	-.53	-.36	-1.00	-.36	-	-	-	-	-	-.32	-
	sig	.531	.904	.595	.595	.595	.595	.717	.202	.717	-	-	-	-	-	.750	-
	gl	23.9	22.1	27.6	25.7	19.2	19.2	18.9	11.0	18.9	-	-	-	-	-	21.5	-

Abreviaturas: x(1): Media de rango de 45 a 48 años, x(2): Media de rango de 49 a 52 años, x(3): Media de rango de 53 a 55 años, t: Índice t de Student, sig: Significación o nivel crítico, gl: Grados de libertad, A: Episodio depresivo mayor, B: Trastorno distímico, C: Riesgo de suicidio, D: Episodio maniaco/hipomaniaco, E: Trastorno de angustia, F: Agorafobia, G: Fobia social, H: Trastorno obsesivo-compulsivo, I: Trastorno por estrés postraumático, J: Dependencia/abuso de alcohol, K: Dependencia de sustancias, L: Trastornos psicóticos, M: Anorexia nerviosa, N: Bulimia nerviosa, O: Trastorno de ansiedad generalizada, P: Trastorno de personalidad antisocial.

En la tabla 11 se observó una diferencia estadísticamente significativa en los grupos 1 y 2 en la categoría E correspondiente a "Trastorno de Angustia". En ésta se señala que el grupo que tiene hijos es el que hace la diferencia presentándose más la sintomatología correspondiente a ésta categoría ($\bar{x}_1=1.00$ $\bar{x}_2=1.16$ $t'=-2.85$)

TABLA 11. PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES. CONTRASTES ENTRE CADA ETAPA DE LA VARIABLE "PARIDAD" Y CADA CATEGORÍA DE LA M.I.N.I. NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL 95%.

PARIDAD	M.I.N.I. (CATEGORÍAS)															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
x(Sin hijos)	1.57	1.14	1.28	1.28	1.00	1.14	1.00	1.00	1.14	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.14	1.00
x(Con hijos)	1.37	1.13	1.11	1.23	1.16	1.09	1.06	1.04	1.06	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.27	1.02
t	.98	.02	.88	.29	-2.85	.40	-.71	-.57	.65	-.40	-	-	-	-	-.75	-.40
sig	.328	.982	.405	.766	.007*	.691	.481	.570	.518	.691	-	-	-	-	.456	.691
gl	7.7	7.7	6.8	7.5	42.0	7.2	42.0	42.0	6.9	42.0	-	-	-	-	9.0	42.0

*significativa al 0.01

Abreviaturas: x(Sin hijos): Media de paridad negativa, x(Con hijos): Media de paridad positiva, t: Índice t de Student, sig: Significación o nivel crítico, gl: Grados de libertad, A: Episodio depresivo mayor, B: Trastorno distímico, C: Riesgo de suicidio, D: Episodio maniaco/hipomaniaco, E: Trastorno de angustia, F: Agorafobia, G: Fobia social, H: Trastorno obsesivo-compulsivo, I: Trastorno por estrés postraumático, J: Dependencia/abuso de alcohol, K: Dependencia de sustancias, L: Trastornos psicóticos, M: Anorexia nerviosa, N: Bulimia nerviosa, O: Trastorno de ansiedad generalizada, P: Trastorno de personalidad antisocial.

La tabla 12 muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2 correspondientes a “Menopausia por Causa Médica Positiva” y “Menopausia por Causa Médica Negativa” en alguna categoría de la M.I.N.I.

TABLA 12. PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES. CONTRASTES ENTRE CADA ETAPA DE LA VARIABLE “MENOPAUSIA POR CAUSA MÉDICA” Y CADA CATEGORÍA DE LA M.I.N.I. NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL 95%.

MENOPAUSIA POR CAUSA MÉDICA	M.I.N.I. (CATEGORÍAS)															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
x(Negativa)	1.37	1.11	1.13	1.24	1.13	1.11	1.06	1.04	1.08	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.22	1.02
x(Positiva)	1.60	1.40	1.20	1.20	1.20	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.60	1.00
t	-.95	-1.15	-.40	.21	-.40	.77	.58	.47	.68	.33	-	-	-	-	-1.85	.33
sig	.346	.307	.591	.830	.591	.442	.561	.639	.497	.743	-	-	-	-	.070	.743
gl	4.7	4.3	4.5	4.8	4.5	44.0	44.0	44.0	44.0	44.0	-	-	-	-	4.5	44.0

Abreviaturas: x(Negativa): Media de menopausia por causa médica negativa, x(Positiva): Media de menopausia por causa médica positiva, t: Índice t de Student, sig: Significación o nivel crítico, gl: Grados de libertad, A: Episodio depresivo mayor, B: Trastorno distímico, C: Riesgo de suicidio, D: Episodio maniaco/hipomaniaco, E: Trastorno de angustia, F: Agorafobia, G: Fobia social, H: Trastorno obsesivo-compulsivo, I: Trastorno por estrés postraumático, J: Dependencia/abuso de alcohol, K: Dependencia de sustancias, L: Trastornos psicóticos, M: Anorexia nerviosa, N: Bulimia nerviosa, O: Trastorno de ansiedad generalizada, P: Trastorno de personalidad antisocial.

DISCUSIÓN.

Si bien la investigación en climaterio ha sido desarrollada de manera formal a partir de principios del siglo pasado (Rodríguez, 2000), e incluso a nivel psiquiátrico se ha identificado la presencia de sintomatología relacionada con la depresión y la ansiedad en mujeres que atraviesan la etapa del climaterio (Aldana, Gómez, Morales y Gaviño, 2007), la unificación de criterios respecto a si existe una relación definida entre este último y la presencia de algún trastorno mental ha sido tema de discusión frecuente entre el sector médico (Vieitez, López Mato, Boullosa, Illa, Márquez y Pérez, 2000), principalmente porque la intervención de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales tales como alteraciones en la libido, los cambios en la estructura familiar, la proximidad de la edad de la jubilación, la influencia de estereotipos desfavorables, entre otros (García-Viniegras y Maestre, 2003), han dado a la investigación en climaterio un enfoque multidisciplinario y por lo tanto más complejo (Jiménez y Marván, 2005).

Con respecto a la investigación realizada, se encontró que el el 68% de la muestra presenta síntomas característicos de algunas de las categorías del eje I del DSM-IV de acuerdo con la M.I.N.I., lo cual podría indicar que entre las pacientes climatéricas que acuden regularmente a los servicios de salud pública se halló sintomatología característica correspondiente a algún trastorno mental, siendo los rangos de mayor presencia de sintomatología psicológica aquellos que abarcan edades entre los 45 y los 52 años, cuando la mayoría de las pacientes de hallan en perimenopausia y menopausia, y donde el declive hormonal es mas notorio a nivel físico, con la aparición y mantenimiento de indicadores tales como alteraciones del período menstrual, irritabilidad, bochornos, y disminución de libido entre otros (Carranza Lira, 1999). En todos los rangos de edad propuestos los trastornos que se presentan con mayor frecuencia son el Episodio Depresivo Mayor y el Trastorno de

Ansiedad Generalizada, siendo esto lo esperado de acuerdo con la literatura médica (Aldana, Gómez, Morales, Gaviño, 2007). Además de éstas categorías se hallaron datos significativos en la categoría “Episodio Maníaco/Hipomaníaco”, siendo esta última inesperada pues no se menciona en las referencias consultadas. En las correlaciones de Spearman realizadas también se hallaron datos significativos en las categorías “Episodio Depresivo Mayor”, “trastorno Distímico” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada” de la M.I.N.I. en las mismas etapas, lo cual corrobora los datos de algunos autores en materia de climaterio (Aldana, Gómez, Morales y Gaviño, 2007). A esta serie de hallazgos se suman los relacionados con las categorías “Episodio Maníaco/Hipomaníaco” y “Agorafobia”, las cuales arrojan datos significativos en el rango de 53 a 55 años de edad donde se hallan las etapas de menopausia y postmenopausia, éstas dos consideradas etapas donde la atrofia hormonal es definitiva y constante, con predominio de padecimientos genitourinarios y enfermedades crónico-degenerativas más relacionadas con el período de vejez (IMSS, 2009). En la comparación con t de Student se hallaron además de datos significativos en el contraste entre climaterio y episodio maníaco/hipomaníaco, datos que relacionan de manera significativa otras categorías tales como “Riesgo de Suicidio”, “Trastorno de Angustia” y “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”, presentándose éstas en el último rango de edad propuesto correspondiente a las etapas de menopausia y postmenopausia. La presencia de sintomatología relacionada con tales categorías se halla en algunas de las referencias consultadas, haciendo mención del riesgo de suicidio en mujeres de comunidades rurales (Informe sobre Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010) y del estrés y angustia intensa por los cambios que implica la madurez en la civilización occidental (Muñoz, 2004). La detección de Episodio Maníaco o Hipomaníaco resulta inesperada, ya que no es mencionada en alguno de los textos consultados, que si bien se presenta de manera importante en los tres rangos propuestos, se presenta con mayor frecuencia en el de 53 a 55

años cuando el climaterio casi ha concluido, pudiendo lo anterior estar relacionado con un alza significativa en el nivel de angustia en las pacientes que atraviesan justo en estas etapas por varios eventos significativos y estresantes tales como la partida de los hijos, la pérdida de interés por parte de la pareja y hasta la pérdida de su actividad laboral habitual por la llegada de la edad de jubilación o retiro (García-Viniegras, Maestre, 2003). El hallazgo de datos significativos en hipomanía podría también estar relacionado con la manifestación de algunos síntomas identificados durante el climaterio tales como irritabilidad, labilidad emocional y accesos de llanto, entre otros (Aldana, Gómez, Morales y Gaviño, 2007). Esto podría haber influido en los resultados de la M.I.N.I. puesto que son síntomas comunes de estas categorías diagnósticas. Respecto a ello hay que considerar que la M.I.N.I. se utiliza para buscar síntomas que apoyen al diagnóstico, mas no representa el diagnóstico por sí misma. Por otra parte es conveniente recordar que las pacientes entrevistadas fueron referidas de servicios como ginecología, clínica del dolor, entre otros, al servicio de psiquiatría y salud mental puesto que mostraban sintomatología que no se relaciona directamente con tales servicios. Tomando en cuenta los roles que juega actualmente la mujer en la sociedad occidental, podría suponerse que la carga de estrés que implica la llegada del climaterio influye en las pacientes, siendo más susceptibles entonces de temer tales cambios pues representan una mayor permanencia en los servicios de salud (Vieitez, López Mato, Boullosa, Illa, Márquez y Pérez, 2000).

Ahora bien y tomando en cuenta las demás variables de la investigación, ¿que tanto influye el haber sufrido menopausia quirúrgica o el tener o no hijos en la manifestación de sintomatología psicológica? En todas las categorías de la M.I.N.I. que arrojaron calificación positiva más del 70% corresponde a pacientes sin histerectomía u ooforectomía bilateral. Hay que tomar en cuenta que sólo el 10% de las pacientes entrevistadas refirió haber sufrido menopausia por causa médica. Las categorías que se relacionan con esta variable de

manera importante fueron “Episodio Depresivo Mayor”, “trastorno Distímico” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, sucediendo esto principalmente en los rangos de entre 45 y 48 años y de entre 49 a 52, siendo en todos los casos correlaciones moderadas y directamente proporcionales.

En vista de que la muestra esta conformada por pacientes del Hospital “Dr. Manuel Gea González” que acuden regularmente por motivos relacionados con la salud física, se podría inferir que posiblemente la mayoría de las pacientes han padecido o padecen algún tipo de duelo e incluso un episodio depresivo mayor tan solo por el hecho de enfrentar una enfermedad y que ante tal situación no se ha propuesto el abordaje adecuado e integral por parte de los servicios de salud (Souza y Machorro, 2001). En las referencias revisadas (Colín *et al*, 2000) se menciona la mastectomía más que la histerectomía o la ooforectomía bilateral como causa probable de conflicto debido al impacto que causa en la imagen externa, siendo éste más directo que en el caso de una intervención que no implica un cambio físico externo (Carreño *et al*, 2008). Respecto al hecho de tener o no haber tenido hijos, se halló que la categoría de la M.I.N.I. más frecuente entre las pacientes con hijos fue “Trastorno de Ansiedad Generalizada” con el 92% mientras que en las pacientes sin hijos fue “Riesgo de Suicidio” con el 28%. En todas las categorías las pacientes con hijos dominan, aunque hay que notar que éstas representan el 86% de la muestra general, lo cual explicaría el por qué de tal frecuencia. Analizando y comparando ésta variable con las categorías de la M.I.N.I. se obtuvieron datos significativos en “Riesgo de Suicidio” y “Trastorno por Estrés Postraumático”, lo cual corresponde ligeramente con las referencias consultadas, pues si bien éstas no mencionan sintomatología directamente relacionada con estas dos entidades diagnósticas y con la paridad en la etapa climatérica, hacen referencia a los estresores de la vida en familia ya sea como sustento del hogar y como cuidadora de familiares necesitados de atención por problemas de salud y discapacidad, no siempre recibiendo el reconocimiento

y respeto de los demás miembros de la familia o de la sociedad en general (Docampo y Nieves, 2007), generando entonces síntomas que podrían relacionarse más con los estresores de la vida familiar (Lugones y Navarro, 2006).

Si bien de todo lo anterior no se puede afirmar la presencia de una relación significativa entre variables como el climaterio, la edad en la cual tiene lugar éste, la paridad, la menopausia por causa médica y los síntomas de algunos trastornos mentales contemplados en el DSM-IV, si se puede confirmar la detección de sintomatología correspondiente a depresión, ansiedad y angustia en la etapa del climaterio en algunas pacientes del Hospital Gea, lo cual sugiere la atención a nivel psicológico y psiquiátrico así como un abordaje integral e incluyente por parte de los servicios relacionados con la salud física y mental en general de las pacientes que se hallan en etapa climatérica.

CONCLUSIONES.

En la investigación realizada se encontró que el 68% de la muestra general de pacientes entre 45 y 55 años de edad presentó sintomatología correspondiente a alguna categoría diagnóstica del eje I del DSM-IV. De este 68%, un 26% correspondió al grupo 1 de pacientes de entre 45 y 49 años, otro 26% al grupo de pacientes 2 de entre 49 y 52 años y un 16% al grupo de pacientes 3 de entre 53 y 55 años de edad. Las tres categorías de la muestra general en las cuales fue detectada con mayor frecuencia sintomatología fueron “Episodio Depresivo Mayor” con el 36%, “Trastorno de Ansiedad Generalizada” con el 26%, “Episodio Maníaco” y “Episodio Hipomaníaco”, estas dos últimas combinadas en una sola en el instrumento de medición utilizado (M.I.N.I.) y obteniendo en conjunto el 24%. En el grupo 1 y 2 de pacientes esta tendencia se mantuvo más o menos similar a la de la muestra general, mientras que en el grupo 3 solo se mantuvieron en esa escala de frecuencia las categorías “Episodio Depresivo Mayor” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, bajando las demás categorías por debajo del 17%. En un análisis más profundo utilizando Correlación por Rangos de Spearman se hallaron correlaciones moderadas y directamente proporcionales entre las variables “Episodio Depresivo Mayor”, “Trastorno Distímico” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada” y el grupo 1 (45 a 48 años) de la variable “Climaterio”. También se hallaron correlaciones moderadas e inversamente proporcionales entre el grupo 3 de la variable “Edad” (53 a 55 años) y las categorías “Episodio Maníaco/Hipomaníaco” y “Agorafobia”. De manera similar se hallaron correlaciones entre el grupo 2 de la variable “Paridad” (49 a 52 años) y las categorías “Riesgo de Suicidio” y “Trastorno por Estrés Postraumático”, siendo la primera alta e inversamente proporcional y la segunda moderada e inversamente proporcional. Por último, se hallaron correlaciones moderadas en el grupo 1 de la variable “Menopausia por Causa Médica” (45 a 48 años) y las categorías “Episodio

Depresivo Mayor”, “Trastorno Distímico” y Trastorno de Ansiedad Generalizada”, ésta última presentando también una correlación en el grupo 2 (49 a 52 años) en la misma variable.

Respecto a la prueba t de Student se encontraron algunas diferencias significativas en los tres grupos de edad propuestos. El grupo 1 abarcó a las pacientes de entre 45 y 49 años de edad, el 2 a las de entre 49 y 52 y el 3 las de 53 a 55. Al comparar el grupo 1 con el 3 respecto a las variables “Etapa del Climaterio” y cada categoría de la M.I.N.I. por medio de la t de Student se halló diferencia en la categoría D correspondiente a “Episodio Maníaco/Hipomaníaco” ($\bar{x}_1=1.23$, $\bar{x}_3=1.00$, $t=2.21$) siendo el grupo de entre 45 y 49 años el que hizo la diferencia. Al comparar el grupo 2 con el 3 se hallaron diferencias significativas en las categorías C, D, E y H, correspondientes a “Riesgo de Suicidio” donde el grupo 2 hace la diferencia ($\bar{x}_2=1.17$, $\bar{x}_3=1.00$, $t=2.41$), “Episodio Maníaco/Hipomaníaco” donde el grupo 2 es el que presenta mayor rasgo de ésta categoría ($\bar{x}_2=1.27$, $\bar{x}_3=1.00$, $t=3.26$), “Trastorno de Angustia” donde el grupo 2 hace nuevamente la diferencia ($\bar{x}_2=1.17$, $\bar{x}_3=1.00$, $t=2.41$) y “Trastorno Obsesivo-Compulsivo” donde el grupo 3 muestra mayor nivel en ésta categoría ($\bar{x}_2=1.00$, $\bar{x}_3=1.25$, $t=-1.00$). Otra diferencia significativa se halló en la comparación entre las variables “Paridad” y “Trastorno de Angustia” donde el grupo que tiene hijos es el que presenta mayor nivel de sintomatología en ésta categoría ($\bar{x}(\text{Sin hijos})=1.00$, $\bar{x}(\text{Con hijos})=1.16$, $t=-2.85$). En las demás variables no fueron halladas diferencias significativas.

REFERENCIAS.

1. Aldana, E. Gómez, M. E. Morales, F. & Gaviño, F. (2007). Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso terapéutico, en *Ginecología y Obstetricia*, 75,268-276.
2. Alexander, N. (1998) *The discovery of witchcraft*, Londres: Magic happens productions.
3. Álvarez, G. R. Martín, G. E &, Bordones de Álvarez, B. (2008) Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años, en *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(1),32-40.
4. American Psychiatric Association (A.P.A.) & Pichon P. (1995). *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
5. Azevedo-Marques, J. & Zuardi, A. (2009). Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family resident physicians in primary health care in Brazil, en *European Psychiatry* 24(1),S888.
6. Bas, S. P. & Fernández, G. M. (2002). Prevención de los trastornos psicológicos en la Menopausia. En *Interpsiquis* 2002. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/5355/
7. Baytelman, B. & Albala, E. (1993). *Acerca de plantas y curanderos: etnobotánica y antropología médica en el estado de Morelos*, México DF: INAH Colección Divulgación, Serie Antropología.
8. Carranza, L. S. Introducción, en Carranza L. S. (Ed.), *Atención Integral del Climaterio*, (pp.1-3). México D F: Ed. McGraw – Hill Interamericana.
9. Carreño, J., Bium, B., Sánchez, C. & Henales, M. C. (2008) Salud psicológica en la mujer estéril, en *Perinatología y reproducción humana*, 22,290-302.
10. Caruncho, M. C. & Mayobre, R. P. (1998). El problema de la identidad femenina y los

nuevos mitos, en *Novos Dereitos, diversidade e disidencia*, (pp. 155-172). España: Editorial Tórculo.

11. Casamadrid, P. J. (1999) Aspectos psicológicos y sociales. En *Atención Integral del Climaterio*, (pp. 153-162). México D F: Ed. McGraw – Hill Interamericana.
12. Castilla, M., Fernández, B., Forero, M. E. & Guzmán R. (2008). *Ansiolítico, ¿El fármaco femenino?* España: Universidad de Sevilla.
13. Charlton, D. (2004) Climaterio y menopausia, una mirada de género, en *Enfermería actual en Costa Rica*, 3(006),1-15.
14. Chinchilla, I. (2003) Mitos y realidades del climaterio, en *Actualidades en psicología* 19(6),168-169.
15. Chirkov, V., Ryan, R. M., Kim, Y. & Kaplan U. (2003) Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being, en *J Person Soc Psychol* 84(1),97-109.
16. Colin, R., Corlay I., Ruiz, L. & Vázquez, F. (2000) Trastornos depresivos durante el climaterio, en Septién J. M. (Ed.) *Climaterio, estudio, diagnóstico y tratamiento* (pp. 284-297), México, D F: Intersistemas Editores.
17. Comparato, M. R. (1997). Neuroendocrinología del climaterio. En MacGregor C. y Zárata A. (Ed.) *Menopausia y Cerebro, Aspectos Psicosexuales y Neurohormonales de la Mujer Climatérica*, (pp. 45). México D F: Editorial Trillas.
18. De La Cruz, M. & Bandiano, J. (1991). *Libellus de medicinalibus indorum herbis: manuscrito azteca de 1552*. Volumen I. México D F: Fondo De Cultura Económica.
19. Delanoë, D. (2002). La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia, en *Investigación en Salud* 1(1). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14240102.pdf>
20. Díaz, M. E. (1999) Biotipo y climaterio femenino, en *Revista cubana de medicina general*

integral 15(3),310-317.

21. Dickson, A. & Henriques, N. (1988). *Women on menopause, a practical guide to a positive transition*. Estados Unidos de América: Healing arts press.
22. Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. España: Hormé Editora.
23. Escobar, F. Chica, H. & Cuevas, F. (2008) Trastornos del sueño relacionados con el climaterio femenino y su tratamiento, en *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 59(2),131-139.
24. Fernández, M. J. & Pereiro, G. C. (2007). Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos, en *Socidroalcohol*. Recuperado de http://socidroalcohol.psiquiatria.com/psimgdb//archivo_doc8569.pdf
25. Fernández, R. (2008) *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. España: Editorial Pirámide.
26. Flores, M. (2011) Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: Una nueva propuesta en el campo de la salud mental, en *Gaceta médica de México*, (147),33-37.
27. Flores, M. & Aguilera, J. (2011) Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatéricos, en *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 62(2),167-176.
28. Gaitán, G. A. (2007). *SAPTEL, Manual de procedimientos*. México D F: Cruz Roja Mexicana.
29. García de Muñoz, J. Muñoz, A. Roz, R. E. & Salazar M. (1982). Actitudes de las mujeres hacia la menopausia, en *Revista Latinoamericana de Psicología* 14(003),397-404.
30. García-Viniegras, C. y Maestre, P. S. (2003). Climaterio y bienestar psicológico, en *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 29(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2003000300010&script=sci_arttext
31. González, C. (2001) Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido, en *Perinatología y*

reproducción humana 15,145-151.

32. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia (2004) *Guía de práctica clínica sobre menopausia y postmenopausia*, Barcelona: Asociación Española sobre el Estudio de la Menopausia.
33. Health Sciences Center (2001) *La terapia de reemplazo hormonal*. Estados Unidos de América: University of Utah.
34. Heredia, H. B. & Lugones, B. M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia, en *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 33(3),1-8.
35. Iglesias, A. P. (2003). *Las pioneras de la medicina en Gran Bretaña* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado de http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/pilar_iglesias_aparicio/
36. Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) *Guía de práctica clínica atención del climaterio y menopausia*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), *Mujeres y hombres en Mexico 2010*, recuperado de <http://inegi.org.mx>
38. Jiménez, S. L. & Marván, G. M. (2005). Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media, en *Psicología y Salud* 15(001),69-76.
39. Larriva J. & Huerta I. (2003). Funciones de Integración Endocrina del Hipotálamo, en *Cuadernos de medicina reproductiva* 9(1),15-32.
40. Larroy, C., Gutierrez, S. & León, L. (2004) Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia, en *Avances en psicología*, (22),77-88.
41. Lecrubier, Y. Sheehan, D. Hergueta, T. & Weiller, E. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview, en *European Psychiatry* 13(4),198.

42. Legorreta, D. (2007) La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino, en *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1),44-51.
43. Losoviz, A. (1998) Menopausia, ética y psicoanálisis o sobre el arte de la coincidencia en el acto médico, en *El guardian de los vientos* (pp. 1-9), Buenos Aires: Editorial Catálogos.
44. Losoviz, A. (2000). *Menopausia, ¿Qué me está pasando? Mitos y realidades del climaterio*. Argentina: Editorial Catálogos.
45. Malacara, J. M. (1999). Epidemiología. En Carranza L. S. (Ed.), *Atención Integral del Climaterio*, (pp. 5-15). México D F: Ed. McGraw – Hill Interamericana.
46. Manzano, B. (1998) Modelo de atención a la mujer climatérica, en *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 24(2),105-111.
47. Martí, T. J. & Murcia, G. M. (1988) *Enfermedad mental y entorno urbano, metodología e investigación*. España: Editorial Anthropos.
48. Martín Del Campo, F. & Herrera, F. K. (1996) Climaterio y depresión, en *Salud Mental* 19(3), 49-57.
49. Martínez, V., Torrientes, B. & Paz, P. (2002) Comportamiento de la sexualidad en la mujer de la edad mediana, en *Revista cubana de obstetricia y ginecología* 28(1),53-57.
50. Montoya, R. J. (1997). Situación laboral y social de la mujer climatérica, en: MacGregor, C. & Zárate, A. (Ed.), *Menopausia y Cerebro, Aspectos Psicosexuales y Neurohormonales de la Mujer Climatérica*. (pp. 185). México D F: Editorial Trillas.
51. Morales, F., Díaz, E. & Aldana, E. (1995) Síntomas somáticos durante el climaterio, asociados con estados depresivos, en *Perinatología y reproducción humana*, 9(2),85-92.
52. Morán, V. C. (1999). Cambios endocrinos, en Carranza, L. S. (Ed.), *Atención Integral del Climaterio*, pp. 29-35. México D F: Ed. McGraw – Hill Interamericana.
53. Morfín, J. (2010) Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. Punto de vista de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio en el Año 2010, en

Ginecología y obstetricia de Mexico, 78(8),423-440.

54. Muñoz, L. V. (2004). Menopausia ¿Resignificación del ser mujer? en *Memoria del XLIV Congreso Nacional de la Asociación Psicoanalítica Mexicana*. Oaxaca: Sociedad de Psicoterapia y Psicoanálisis del Centro A C.
55. Ordorika, T. (2009) Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres, en *Revista mexicana de sociología*, 71(4),647-674.
56. Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Suiza: Meditor.
57. Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F. & De León-Reyes, V. (2001) Menopausia: Representaciones sociales y prácticas, en *Salud pública México*, recuperado de <http://www.insp.mx/salud/index.html>
58. Puente, S. F. (1984). Adherencia terapéutica, implicaciones para México, en *Oaxaca: trabajos del XXIII Congreso Internacional de Psicología*, México: Saptel CRM.
59. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe (2005) El envejecer de las mujeres, en *Revista mujer salud*, 2(3),46-80.
60. Rodríguez, B. M. (2000). *Climaterio femenino – Del mito a una identidad posible*. Argentina: Lugar Editorial, S. A.
61. Romeu, A. & Juliá, M. D. (1996). Fisiología de la menopausia. En Sánchez – Cánovas, J. (coord.) *Menopausia y Salud*. (pp. 22-30). Barcelona: Editorial Ariel S. A.
62. Rondón, M. B. (2008). Aspectos sociales y emocionales del Climaterio: Evaluación y manejo en *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* (54),99-107
63. Ruiz, I. (2006) La salud de las mujeres en el climaterio, en *Ciudad de mujeres*, recuperado de <http://ciudaddemujeres.com/articulos>
64. Sánchez, C. J. & Romeu, S. A. (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona: Editorial Ariel.
65. Sánchez N. C. (1999). Prólogo, en Carranza L. S. (Ed.), *Atención Integral del Climaterio*

(pp. xi-xii). México D F: Ed. McGraw – Hill Interamericana.

66. Sarduy, M. & Lugones, M. (2007) *II consenso nacional de climaterio*. La Habana: Editorial CIMEQ.
67. Secretaría de Salud (2002). *Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica (NOM-035-SSA2-2002)*. México D F.
68. Sempere, P. J. Mouriño, S. C. & González, H. M. (1998). Menopausia y Depresión, en *Psiquiatría Pública* 10 (4).
69. Septién, G. J. (2000). *Climaterio. Estudio, diagnóstico y tratamiento*, México D F: Intersistemas Editores.
70. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic. Psychiatric Interview. en *Clin. Psychiatry* 59:20,22-33.
71. Souza y Machorro, M. (2001). Menopausia y comorbilidad psiquiátrica en *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2(4),232-234.
72. Trujillo, S. Tovar, C. & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología, en *Universitas Psychologica*, 3(001),89-97.
73. Valdés, H. J. (2007). *Curso taller de metodología de la investigación en hospitales: Diseño y Realización de Protocolos de Investigación, módulo I*. México DF: Dirección de Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud.
74. Valls, C. (2007) Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias, recuperado de <http://prbb.org/quark/27/027041.htm>
75. Vieitez, A., López, A., Boullosa, O., Illa, G., Márquez, C. & Pérez, S. (2000) Depresión climatérica, en *Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica*, recuperado de

<http://www.alcmeon.com.ar/9/34/LopezMato.htm>

76. Zavala, S. (2009) *Guía a la redacción en el estilo APA*, México: Biblioteca Universidad Metropolitana.

APÉNDICE 1.

Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I)³.

La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV, eje I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders-SCID-I*) es una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos de acuerdo con los criterios diagnósticos del eje I del DSM-IV. Consta de 6 módulos (A a F) que hacen referencia a distintos trastornos.

Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)⁴.

La entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite Internacional Diagnostic Interview-CIDI*) es una entrevista comprensiva, altamente estructurada, diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R. Fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos.

³ J. J. Fernández Miranda, C. Pereiro Gómez, Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos, edita Socidrogalcohol, Valencia, 2007, pp. 14- 15.

⁴ Ídem.

APÉNDICE 2.

Hoja de captura de datos.

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (M.I.N.I.)
HOJA DE CAPTURA DE DATOS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	1 ->	1	1a +v	1a ->	1 -v	1 ->	1 -4	1 ->	1 ->	1a ->	1a ->	1a	1 ->	1a ->	1a
2	2 +>	2	2 1b	1b ->	-2	2 ->	2 -4	2 ->	2a		+v	1b	6	2 ->	1b ->
+? ->	3a	3	6 2a +v	2	2 +v	3 ->	3 +0	3a	2b	es	2a	1b	3 ->	2 +>	1c
3a	3b	4	10 2b	3	Dx	4 +v	4 +C	3b	2c	co	2b	6	4 ->	+? +>	1d
3b	3c	5	10 +? ->	4a	F2 E7	Dx +?	->	3c	2d	na	3a	1c ->	5 ->	3a	1e
3c	3d	6	4 1b 2b	4b	- +v		5 ->	3d	2e	al	3b	6 2 ->	6 -*	3b	1f
3d	3e	Dx ?	- -v	4c	Dx		6 +v	3e	2f	in	4a	3 ->	7	3c	+? ->
3e	3f	-5	Le 3a	4d	F2 E7		Dx	3f	2g	ma	4b	6 4a	*8 +v	3d	2a
3f	+? ->	-9	Me 3b	4e	+ +v			+? ->	+? +>	tr	5a	4b	Dx	3e	2b
3g	4 ->	10	Al 3c	4f	Dx			4a		Dx	ot +v	5b	4c	+? +v	3f
+? +v +?	Dx		3d	4g	F2 E5			4b	3a		6a	5 ->	Dx	+? +v	2d
	Dx		3e	4h	+ -v			4c	3b	1b +v	+? +	6 ->		Dx	2e
4a ->			3f	4i	Dx			4d	3c		6b	8 m +v			2f
4b +v			3g	4j				4e	3d		7a	h +v			+? +v
	Dx		+? ->	4k				+? ->	+? +v		7b	Dx			Dx
5a			+ 3	4l				5 +v	Dx	2a	8				
5b			4 -v	4m				Dx		2b	9				
+? ->			Dx	Ac 5 +v						+?	10				
6a			Pa	Dx						2c	11 +v				
6b			4 +v	6 +v						2d	Dx				
6c			Dx	Ac	Dx					2e	12 +v				
6d			Pa	6 +>						2f	Dx				
6e				Dx						2g	13 v				
6f				7 +v						+? +>	a ->				
+? +v				Dx						Dx	b +v				
	Dx									3a	Dx				
										3b					
										3c					
										3d					
										+? +v					
										Dx					

Instrucciones:

- 1-Marcas con "x" el cuadro a la derecha del reactivo **sólo** si la respuesta al reactivo es "si".
- 2-En las casillas marcadas ">" pasar al siguiente **módulo** (columna) si la respuesta al reactivo coincide con el signo (+, -).
- 3- En casillas marcadas "v", pasar al siguiente **reactivo** si la respuesta coincide con el signo (+, -).
- 4-Seguir las indicaciones de la entrevista con atención.

APÉNDICE 3.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Quinto. De la Investigación Para La Salud Capítulo Único, Artículo 100.- La investigación en seres humanos deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Debido a que ésta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al Artículo 96 Sección II, y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 100, sección IV :

I. Se me ha explicado que me hallo en el rango de edad propuesto para realizar un estudio sobre climaterio y trastorno mental por lo cual se me invita a participar y con ello contribuir al desarrollo de ésta investigación.

II. Se me ha informado que se me aplicará el Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional que consiste en una serie de preguntas sobre mi estado mental; tal inventario es adicional a mi tratamiento médico y representa una intervención de riesgo mínimo para mi salud.

III. Se me explica también la realización de tal inventario dura por lo menos 20 minutos, y que se me explicarán todas las dudas que tenga al respecto del estudio si yo lo solicitara en la división de psiquiatría y salud mental de éste hospital.

IV. Los resultados de éste estudio contribuirán a mejorar la atención para mí y para otros pacientes en relación a la etapa conocida como menopausia.

V. Se me aclaró también que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida sin que esto altere la atención por parte de mi médico tratante o del hospital.

VI. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o se revelará mi identidad en el protocolo, y que en caso de requerirlo de acuerdo con mis resultados se me referirá al servicio de psiquiatría y salud mental, donde se me brindará la atención adecuada.

VII. Se me ha dicho que la participación en ésta investigación no me representa costo alguno, ya que los gastos generados por la misma serán cubiertos por los investigadores, no así los relativos a la atención en salud mental.

VIII. Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado:

“asociación diagnóstica entre climaterio y trastorno mental en mujeres de entre 45 y 55 años que asisten a la consulta externa en ginecología del Hospital General Dr. Manuel Gea González”.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre, y firma del testigo 1: _____

Dirección

Relación que guarda con el paciente: _____

Nombre, y firma del testigo 2: _____

Dirección

Relación que guarda con el paciente: _____

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal: _____

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Samuel Weingerz Mehl de la División de Bioética y de Investigación al (01 55) 4000-3000, ext. 3344, o con la Dra. Maria De Lourdes Suárez Roa de la División de Investigación Clínica al (01 55) 4000-3000 ext. 3040 y 3365.