



CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8794

PLAN 25 AÑO 76

**“Propuesta de un taller basado en el enfoque
Cognitivo-Conductual para proporcionar herramientas
útiles en la disminución de los síntomas depresivos
en mujeres de 35 a 50 años que atraviesan
por la etapa del climaterio.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LUISELA YAZMIN LÓPEZ LIMAS

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios por darme tiempo y
la familia unida que me acompaña.

A mis padres por el esfuerzo,
trabajo, comprensión, apoyo
y tanto amor que me brindaron
para alcanzar esta meta.

A mi hermano por estar
siempre dispuesto a ayudarme
y preocuparse por mí.

Al maestro Alfredo por tener
paciencia y las palabras exactas
para guiar este trabajo.

Índice

Introducción

Capítulo I. Teoría cognitivo-conductual

Desarrollo histórico

Definición de la teoría cognitivo-conductual

Características de la teoría cognitivo-conductual

Capítulo II. Climaterio

Conceptualización del climaterio

Síntomas: consecuencias de la deficiencia hormonal

La terapia hormonal de reemplazo (THR)

Expectativas y creencias socioculturales de la mujer en edad madura

Síntomas y trastornos psicológicos presentes en el climaterio

Capítulo III. Depresión

Definición de depresión

Etiología y clasificación de la depresión

Síntomas característicos de la depresión

Estrategias de diagnóstico e intervención psicológica

Capítulo IV. El modelo de Beck

Principios básicos del modelo de Beck

Proceso terapéutico

Capítulo V. Propuesta de taller "Cambiando juntas"

Cartas descriptivas de las sesiones

Conclusión

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

Hoy en día hablar de mujeres que rebasan los 40 años de edad resulta bastante común a diferencia de otros tiempos en los cuales la expectativa de vida era corta. Este aumento de la longevidad ha hecho más evidentes procesos propios de la edad como es; el climaterio.

En esta etapa a nivel fisiológico se presentan cambios de tal manera que ocurren modificaciones en el estilo de vida, por el conjunto de síntomas que caracterizan al periodo, como los bochornos e insomnio así como cambios debidos a aspectos familiares como el crecimiento de los hijos, una nueva relación de pareja, la soledad y otros laborales como la jubilación.

Dichas modificaciones ocasionan una sensación de confusión y en algunos casos, sentimientos de menor valía en la persona, inclusive, un trastorno como la depresión puede causar una desesperanza total ante un futuro incierto. La llegada del climaterio, en algunos casos produce en la mujer madura conflictos, en cuanto a su propia identidad en la cual ya no suelen percibirse como jóvenes y por lo tanto su futuro se presenta como incierto o confuso dado que esta etapa trae muy probablemente otra serie de cambios que engloba su área personal, de pareja, social y la dirigida a los hijos y la familia en general.

Cuando la mujer comienza con el climaterio, regularmente asiste a un médico y se le trata por medio de la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR), dejando de lado todos aquellos aspectos que no están generados específicamente por un proceso biológico, como lo es la depresión, es aquí donde la TCC se presenta como alternativa para comenzar a la par un apoyo psicológico, procurando la modificación de

pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que le permitan avanzar hacia una mayor calidad de vida.

En resumen, este trabajo pretende abordar aquellas facetas de la vida de la mujer en las cuales puede ser útil realizar ajustes, proponiendo un taller basado en técnicas cognitivo-conductuales, mayormente utilizadas bajo el modelo de Beck; sustentado a través de un marco teórico de cinco capítulos:

En el primero se realizará un abordaje específico sobre el desarrollo histórico, lineamientos, conceptos básicos, clasificación de técnicas, evaluación y fin terapéutico de la postura Cognitivo-Conductual, sobre la cual está desarrollado el modelo de Beck; así como la diferencia con otros enfoques psicológicos.

Una vez con el marco psicológico más delimitado, se describe en el segundo capítulo todos aquellos factores fisiológicos incluyendo el uso de la THR, factores psicológicos, sociales, familiares y personales implicados en la etapa del climaterio, así como su conceptualización y clasificación, dejando claro sus síntomas.

Posteriormente se definirá el trastorno de la depresión de acuerdo al DSM-IV y a la TCC, sus síntomas y sobre todo la forma en la que las mujeres la experimentan de acuerdo a sus esquemas cognitivos, en el tercer capítulo, estableciendo los síntomas que se manejarán en la propuesta del taller.

En el cuarto capítulo se especificarán los principios básicos del modelo de Beck, se presentará su inventario que servirá como herramienta de selección para la población del taller, también se enlistarán los errores cognitivos y las técnicas específicas que se utilizarán como ejes para el desarrollo de la propuesta presentada

en el último capítulo para minimizar los síntomas depresivos durante el climaterio, para un total de diez sesiones teórico prácticas.

Se analizará también su posible impacto individual, en la estructura familiar y en el ámbito social; el estudio del climaterio ha tomado gran relevancia, de ahí los beneficios de abordarlo desde un punto de vista psicológico, buscando brindar un tratamiento integral a este sector de la población desde el punto de vista cognitivo conductual.

*"Nada nos hace envejecer con más rapidez,
que el pensar incesantemente en que nos hacemos viejos."
Epicuro de Samos (Filósofo griego)*

CAPÍTULO I.
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

CAPÍTULO I.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Al ser humano desde los tiempos de los primeros pensadores (Sócrates, Platón y Aristóteles), le ha intrigado el comportamiento de los hombres y se ha dedicado a observarlo. La palabra "Psicología" se constituye de dos términos griegos: Psyche (alma, mente o espíritu) y logos (conocimiento, tratado o estudio), siendo etimológicamente el estudio del alma. En la actualidad es considerada una ciencia, por basarse en el método científico, definiéndose como: "la ciencia que estudia los procesos mentales y la conducta" (Cuenca, Rangel y Rangel, 2004).

La psicología trata de describir y explicar tres dimensiones en general: cognitiva, afectiva y conductual; abarcando distintas áreas de la vida psíquica y sus funciones psicológicas como la memoria, el pensamiento, las emociones, los instintos, los sueños, el lenguaje, la inteligencia y la percepción; y también características del crecimiento y desarrollo del hombre, la conducta, la motivación, la personalidad, la conciencia, el inconsciente, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la cultura y la sociedad.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan por o son debidos a pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia están dirigidas a la modificación de ellos, siendo uno de sus elementos claves su compromiso con el método científico que implica operacionalizar sus conceptos teóricos, sus procedimientos terapéuticos y evaluarlos empíricamente.

Para poder entender esto se tiene que considerar el contexto en el que nace (revolución cognitiva), cuando la forma general de entender el mundo era en términos de sistemas cognitivos y elaboración de datos; así como su proceso histórico.

1.1. Desarrollo histórico.

La TCC ha implica una enorme diversidad en cuanto a sus fundamentos teóricos, grado de estructuración de sus procedimientos, amplitud de sus aplicaciones, apoyo empírico y experimental, eficacia terapéutica y difusión entre los modificadores de conducta (Olivares y Méndez, 2005).

Entre los factores que propiciaron la TCC destacan los siguientes: la aparición del conductismo mediacional o covariante que cuenta sobre todo con los desarrollos de Homme (1965), quien sugirió que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta.

Así, propone que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una encubierta y otra visible, que conviven la una con la otra, de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de casualidad con los estímulos y conductas (pág.: 50). De manera que la conducta anormal, se da cuando ésta y el pensamiento no cumplen una misma función adaptativa.

Otro dato atenuante fue el descontento existente con los tratamientos, tanto conductuales como psicoanalíticos. La efectividad en los primeros se veía limitada generalmente a aquellos trastornos con notables evidencias conductuales y a los

supuestos psicoanalíticos se le añaden su larga duración y la cuestionada evidencia sobre su eficacia (Valdez, 2005).

El nombre oficial de terapia conductual ocurrió a finales de los 50 y a principios de los 60, se inició formalmente en tres países: Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos; en el primero, Joseph Wolpe se ocupó de realizar investigaciones entre la conducta animal y humana, en el segundo Hans Eysenck introdujo el término terapia conductual en 1959 y publicó el primer texto en su país acerca de la terapia conductual en 1960, estos terapeutas querían evitar a toda costa el mentalismo así que se centraban en conductas manifiestas, ignorando cualquier forma de proceso cognitivo (Valdez, 2005).

Aunque fueron muchos los autores que aportaron trabajos e investigaciones, se pueden distinguir tres claves para la TCC:

a) El primer teórico es George Kelly con su teoría de la personalidad, un enfoque de la psicología clínica y de la terapia que pueden considerarse cognitivos, pues su postulado principal es que la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Así su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del sujeto, afirmando con esto que el cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo. Resulta importante comentar que George Kelly no utilizaba el término "cognición", porque desde su punto de vista, se contraponía al de "emoción" y daba más atención al aspecto racional del hombre dejando a un lado la parte emocional, por esta razón él prefería hablar de "construcciones" como un expresión que englobaba a los otros dos, constituyendo una visión del hombre más completa y certera al tratar de analizar su personalidad.

b) La terapia cognitiva de Aaron T. Beck y la terapia racional emotiva, (como denominó Albert Ellis a su enfoque), constituyeron nuevos desarrollos de la psicoterapia que apelaron a nociones cognitivas. Hay en sus obras una serie de notas comunes, a pesar de que también existen muchas diferencias. Ambos plantearon sus propuestas como un intento de ofrecer un nuevo modo de tratamiento de los trastornos psicológicos, capaz de proveer recursos más eficaces que los procedimientos psicodinámicos tradicionales, postulando técnicas destinadas a obtener resultados mediante el empleo de procedimientos breves (Fernández, 1992). Ambos son considerados los principales representantes de la TCC, ambos se formaron en el psicoanálisis, pero su trayectoria los llevó a rechazar los conceptos y la terapia de su orientación inicial por falta de eficacia y evidencia empírica (Valdez, 2005).

Ellis ha reconocido su influencia proveniente de muchas fuentes filosóficas, incluyendo a Epicteto, quien escribió: "Los hombres no son perturbados por las cosas sino por sus puntos de vista sobre ellas" (Ellis, 1998); las que lo llevaron a formular algunos de sus principios terapéuticos, por ejemplo en 1962 reemplazó la escucha pasiva por una activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban, de ahí que su enfoque se base en la creencia de que las personas pueden sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables, ellos mismos.

Por su parte Aaron T. Beck se apartó del psicoanálisis con mayor fuerza, al no descubrir en su trabajo con los sueños de sus pacientes depresivos, la pérdida de agresividad hacia el "Yo" como Sigmund Freud lo manejaba, sino que se dio cuenta que los depresivos se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvalorizadas, anormales o feas; es decir, se trataba de situaciones en las que aparecían como víctimas. Con este conocimiento, este modelo supone que el

depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la tríada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse con la obtención de datos que cuestionen su validez (Phares y Trull, 2000).

Una de las razones más importantes para el prestigio que adquirió la TCC fueron los resultados mostrados en aquellas investigaciones a depresivos que mostraban a dicha terapéutica no solamente más efectiva que otras formas más prolongadas de psicoterapia, sino que incluso parecían evidenciar mejores resultados en comparación con el uso de psicofármacos. El entusiasmo que esto generó hizo que el modelo se extendiera con posterioridad al tratamiento de otros desordenes psicológicos (Fernández, 1992).

c) Por último, aparece Albert Bandura como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual; su aportación propicia la aceptación de un convivio recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos y la propuesta de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico. Posteriormente estableció la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta (Valdez, 2005).

Por otro lado tanto Michael Mahoney, como Donald Meichenbaum otorgaron un papel concluyente al autocontrol (en contraposición al control ambiental externo). Meichenbaum se vio influido por los psicólogos soviéticos (especialmente Lev Semiónovich Vygotsky) que habían puesto de manifiesto el papel autorregulador del lenguaje. También Arnold Lazarus, empezó a demandar la importancia de los componentes cognoscitivos e imaginativos en la "terapia multimodal", centrándose

en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular, analizando siete modalidades o dimensiones interrelacionadas en una especie de sistema global de funcionamiento personal (Valdez, 2005).

La aplicación de estas nuevas técnicas se tradujo en resultados bastante sobresalientes. Una de las razones más importantes para el prestigio de esta terapia fueron las deducciones obtenidas por un amplio programa de investigaciones en depresiones, que mostraban a dicha terapéutica no solamente más efectiva que otras formas más prolongadas de psicoterapia sino que, incluso, parecían evidenciar mejores resultados en comparación con el uso de psicofármacos. El entusiasmo que esto generó hizo que el modelo se extendiera con posterioridad al tratamiento de otros desórdenes psicológicos y nuevas y variadas formas de TCC comenzaron a aparecer (Fernández, 1992).

Aunque hay contribuciones anteriores como se ha revisado, se puede considerar que este nuevo enfoque de los tratamientos psicológicos surgió formalmente en 1976 cuando se publicó el primer número de una revista dedicada de modo prioritario a la investigación y a la terapia desde el punto de vista cognitivo, su nombre era "Cognitive Therapy and Research", esta orientación supuso un desplazamiento desde los enfoques iniciales basados en el condicionamiento operante y clásico hasta otros que resaltan la importancia de las variables cognitivas en el control de la conducta humana (Hothersall, 2001).

Así fue como en los años setenta estas terapias conocieron un auge importante al mezclar las investigaciones de autores independientes (Beck, Ellis, Kelly) con las propuestas de la TCC. En la década de los 80' la contribución de autores como Vittorio Guidano, Giovanni Liotti y Michael Mahoney proponen un nuevo panorama

en el que adopta un papel relevante la orientación constructivista de las TCC (Mahoney, 1976).

Este enriquecimiento de ideas comienza a distinguir dos inclinaciones cognitivas necesarias para entender los diversos puntos de interés, Mahoney y Gabriel, sugieren distinguir entre las TCC que adoptan supuestos epistemológicos racionalistas/objetivistas y las constructivistas. Entre las primeras se hallan las que parten de la superioridad de la cognición sobre lo emocional y conductual, es decir, la supremacía de la razón sobre la sensación. Consideran existente una realidad independiente representada en el cerebro, siendo éste un órgano cuya función primordial es registrar y retener copias precisas de la realidad externa; es congruente desde este punto de vista hablar de pensamientos realistas o racionales en contraste con aquellos que son "erróneos, irracionales o distorsionados". En cambio los constructivistas no reconocen a la cognición sobre la acción o emoción, a la vez que desafían la posibilidad de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad puesto que ésta se nos representa a través de un proceso de construcción en el que el sujeto tiene gran responsabilidad (Soria, 2005).

Una conceptualización inicial es la del sistema nervioso, para los racionalistas su empleo es proporcionar representaciones mentales fidedignas de la realidad, mientras que para los constructivistas es la estructuración idiosincrática (o construcción) de la experiencia de forma que se adapte al patrón evolutivo del sujeto. Con ello la noción de representación mental y procesamiento de la información, son para los primeros, las representaciones cognitivas correspondientes con la realidad (salvo alteraciones patológicas) y se codifican y almacenan en la memoria para tener la ocupación de patrones o modelos mentales, es decir, se concibe la cognición "desde fuera hacia dentro", como estructuradora de la información sensorial. Mientras

que para los segundos el sujeto proyecta sus estructuras implícitas y abstractas (supraconscientes) sobre el orden sensorial, concibiendo a la actividad motriz como resultada y antecedente que controla la percepción. Walter Weimer durante el año de 1977 llegó a afirmar que “la mente es propiamente un sistema motor”.

Sugieren también los constructivistas que la distinción entre cognición, emoción y conducta proviene de un legado filosófico-cultural. Por lo tanto, la diferencia entre procesos sensoriales y motores es cuestionable. Proponiendo observar los fenómenos cognitivos, emocionales y conductuales como “expresiones de procesos holísticos y sistémicos” (Mahoney, 1991).

Estas diferencias epistemológicas y teóricas entre las dos vertientes cognitivas se reflejan en la práctica clínica, la perspectiva racionalista tiene un componente psicoeducativo importante, en el sentido de instruir al cliente en las habilidades para enfrentarse a su problema, o bien, en el de corregir sus cogniciones distorsionadas, lográndolo al proporcionar en el cliente el autocontrol.

En cambio la otra corriente concibe el problema como un exponente de una transición en el proceso de reconstrucción del sistema de pensamiento del paciente, por lo que se propone acompañar de la forma más efectiva posible al sujeto en tal reparación, centrándose en el desarrollo del sistema cognitivo de la persona, aunque para ello empleen puntualmente estrategias de autocontrol.

A la luz de estas diferencias epistemológicas se puede hacer una clasificación más específica, que permita observar cada uno de los autores definiendo la perspectiva que representan, para su mejor entendimiento se ordenan en el siguiente mapa conceptual:

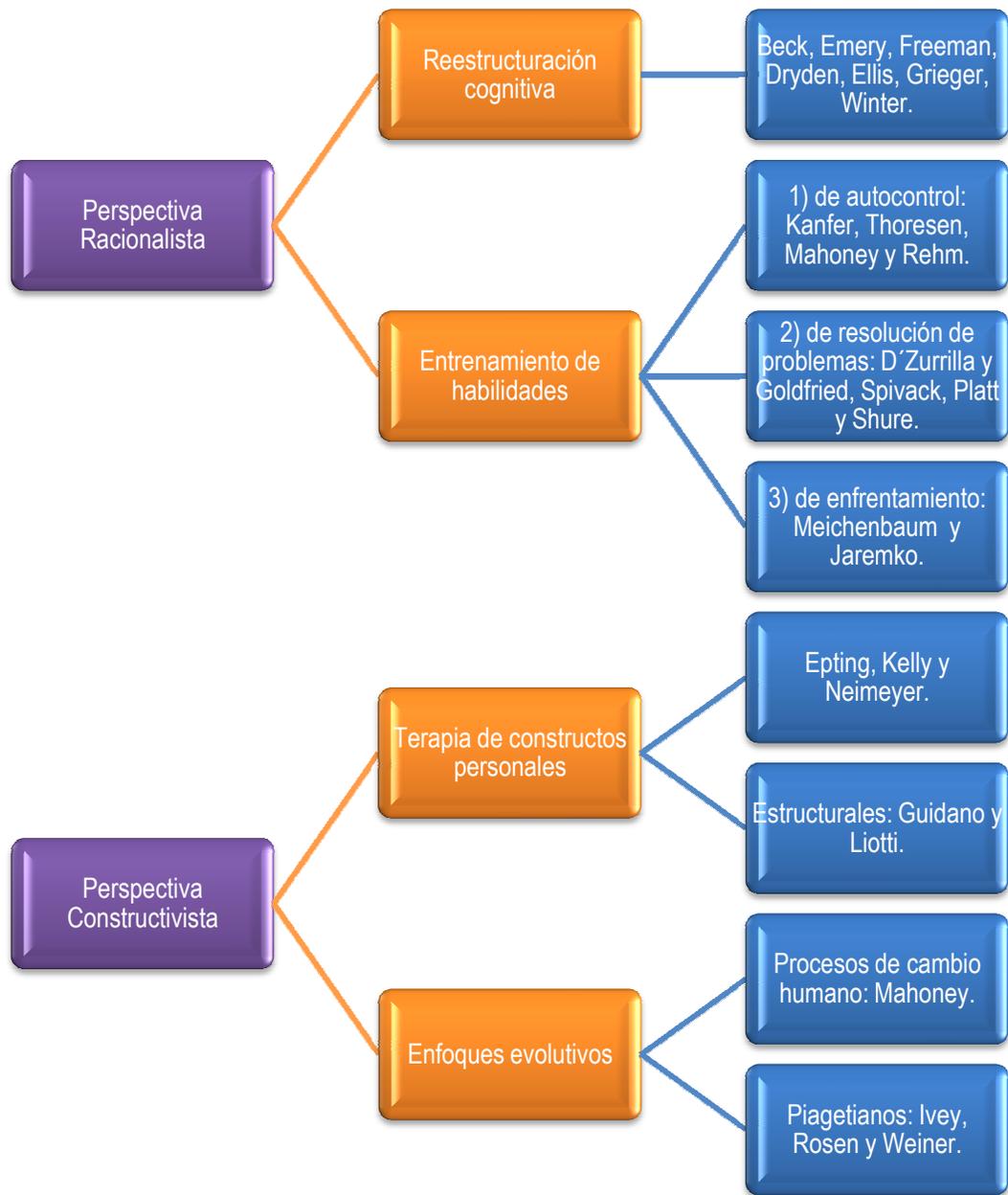


Figura 1. Propuesta de clasificación de las terapias cognitivas (Feixas 2001).

A través del cuadro anterior podemos distinguir dentro de los racionalistas al entrenamiento de habilidades dividido en: 1) de autocontrol, que son técnicas para ayudar a que el individuo controle su conducta mediante autoobservación, autoevaluaciones positivas y así logre el refuerzo de la conducta deseada; 2) de resolución de problemas, en la que la persona se plantea adecuadamente sus

dificultades y genera un buen número de soluciones alternativas; y 3) de enfrentamiento a la ansiedad, al estrés, al dolor o a cualquier otro trastorno, por ejemplo, la inoculación del estrés o el aprendizaje autoinstruccional. Comparten esta categoría la terapia cognitiva de Beck que se centra en los pensamientos automáticos negativos y formas de razonamiento e inferencias erróneas y la teoría de Ellis en las creencias irracionales, siendo las dos entonces características por la detección y sustitución de cogniciones inadecuadas.

En segundo plano aparecen los constructivistas con Kelly como su representante pionero a partir de los años ochentas, esta teoría carece de elaboración de los aspectos evolutivos, enfocándose en la estructura del sistema aunque otorga cierta importancia a la reconstrucción que hace el cliente de su propia historia. En cambio los enfoques evolutivos incluidos al final del esquema se han esforzado en la comprensión de los esquemas cognitivos actuales, por ejemplo, las relaciones de apego tempranas del sujeto, concebidas como formadoras del sistema de pensamiento. Un poco después aparecen los piagetianos que basan su conceptualización de la terapia en las nociones propuestas por Piaget para los procesos de desarrollo y cambio cognitivo, por ejemplo, asimilación y acomodación (Anguiano y Rentería, 2005).

Para terminar de revisar el desarrollo temporal, habría que mencionar que actualmente cuando se habla de la TCC en realidad se alude a un conjunto heterogéneo de enfoques y técnicas que conviven hoy en día, cada uno con sus peculiaridades y puntos distintos, pero con un elemento común: el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta. Ya no se entiende al ser humano como un simple "caja negra" que emite determinadas respuestas ante determinados estímulos discriminativos: las percepciones, las creencias, las expectativas las

atribuciones las interpretaciones, las autoinstrucciones y los esquemas cognitivos, se entienden ahora como responsables, en gran medida, de los problemas del cliente, desarrollándose, por ello, técnicas para modificar dichos comportamientos cognitivos (Olivares y Méndez, 2005).

La TCC destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta cognitiva que ha conocido un gran auge en un periodo de tiempo relativamente breve y en consecuencia los textos sobre esta materia han ido dedicados progresivamente más capítulos a las técnicas cognitivas. Se suele afirmar que a pesar de que son necesarios más y mejores estudios controlados, en líneas generales, dichas técnicas se muestran bastante prometedoras. De la misma forma existe actualmente una tendencia a aplicar, con base en los datos de la evaluación conductual, programas de tratamiento combinados que utilizan técnicas cognitivas y conductuales con el objetivo principal de asegurar el éxito de los tratamientos.

1.2. Definición de la Teoría Cognitivo-Conductual.

Después de revisar el principio epistemológico y teórico de las TCC se puede dar paso a mencionar algunas de las definiciones más sobresalientes de lo que es una terapia cognitiva.

Primeramente se denomina *cognición* a la unidad operatoria con que se describen las acciones llevadas a cabo por las personas, con el fin de adquirir conocimientos, en la medida en que éste resulta indispensable para el despliegue de la experiencia real y, como tal, toda cognición implica al mismo tiempo una forma de organización intelectual, así como una forma de organización emotiva. Por

consiguiente, el estudio de las cogniciones no puede realizarse prescindiendo de los factores motivacionales, puesto que éstos contribuyen decididamente a la composición de las estrategias que sostienen el conocimiento de la realidad. Las cogniciones son, entonces, formas de la organización de la experiencia, y pueden verificarse en tanto se examine el modo como los individuos son capaces de procesar información, sea ésta inspeccionada desde el punto de vista de las características formales, que se transforman en estructuras de pensamiento, como desde el punto de vista de las características emotivas, que dan lugar a los patrones afectivos que determinan el estilo de cada persona.

Un modelo cognitivo en psicoterapia es más que la suma de una serie de técnicas, puesto que se rige por principios teóricos y terapéuticos que justifican su modelo de acción y lo distinguen de otros modelos. Según Beck se podía denominar cognitiva a cualquier técnica cuyo modelo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento. La meta está en curar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo (Beck, 1976).

Por su parte Arthur Freeman (En Caro, 1998) define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta.

La meta es la de ayudar a los clientes a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad sus ideas y acciones, y construyan técnicas más adaptativas y prácticas de respuesta, tanto inter como intrapersonalmente.

Concretamente los terapeutas cognitivos trabajan con las hipótesis que proponen sus pacientes, con las estrategias para comprobarlas, y con sus opiniones. Es decir, se enfocará más en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, en la dirección más que en la no dirección y en la colaboración más que en la confrontación.

Entonces la TCC involucra todos aquellos procedimientos que toman en cuenta variables ambientales, sentimientos, conductas, donde, los eventos (definidos operacionalmente) son manipulados en un intento por alterar tanto conductas como cogniciones (Compas, 2003).

La psicología cognitiva emprendió el análisis de la conducta elaborando una serie de conceptos nuevos como esquemas, planes y guiones, con el propósito de proveer una representación de la manera de operar de la mente. Esto ha llevado a que los principios de la psicología cognitiva tratan el significado de los eventos, con procesos subyacentes y modos de estructurar e interpretar la experiencia. Sus conceptos construyen elaboraciones centradas en la descripción de los procesos ("cómo"), antes que de los contenidos ("porqué"), lo que les otorga un alto nivel de formalización potencial capaz de transferir tales conceptos como instrumentos útiles para ser aplicados en diferentes contextos experimentales.

La mejor manera de comprender una perturbación puede no comenzar por identificar una "causa", sino acertando a elaborar un modelo de cómo y en qué circunstancias ocurre ese fenómeno. En consecuencia, la mejor manera de tratar un trastorno puede no depender de modificar esa "causa" sino de producir un proceso de cambio de organización. Posicionando a esta teoría como una de las más propositivas en la psicoterapia contemporánea (Fernández, 1992).

Ya con este panorama de lo que implica el enfoque cognitivo-conductual pueden observarse con mayor claridad las diferencias en su procedimiento de entre otros tratamientos, los cuales se basan en las distinciones entre la terapia tradicional y la del comportamiento con respecto a varios supuestos importantes sobre la naturaleza del problema, a saber, pudiéndose destacar:

a) En relación con el origen, las terapias del comportamiento no aceptan problemas psicológicos en términos de "enfermedades" causadas por defectos en las primeras etapas de desarrollo de la personalidad.

b) El comportamiento por tratar no se considera como un "síntoma" superficial ni como la manifestación de un proceso patológico subyacente, sino como el problema del paciente. El comportamiento final no es sustituto de un conflicto, ni expresión inconsciente de un deseo reprimido, sino una respuesta aprendida que tiene consecuencias perjudiciales para el paciente o para el medio, independientemente de la forma como se adquirió.

c) El tratamiento se dirige al comportamiento problema, no a la supuesta enfermedad o conflicto inconsciente de la personalidad del paciente.

d) Las técnicas de tratamiento se acomodan a los problemas individuales del paciente, no al rótulo de diagnóstico ligado a su condición o a su personalidad.

En general las terapias del comportamiento se diferencian, en su concepción global, del comportamiento anormal sobre la naturaleza de las neurosis, psicosis y otros trastornos de personalidad (Kanfer y Phillips, 2003).

La investigación terapéutica así como la sistematización de los tratamientos se han visto, en gran medida, fortalecidas por estos modelos. No obstante, es necesario prestar atención a algunas críticas e insuficiencias, entre ellas figuran las siguientes:

- Mayor vinculación entre las Teoría Cognitivo-Conductual y la psicología cognitiva. Puesto que con esta relación pueden crearse hipótesis más específicas sobre la fuente de los contenidos terapéuticos basados en productos mentales determinados sobre una base cognitiva.
- Prestar más atención a los procesos motivacionales y emocionales puesto que por el momento tanto Aaron Beck como Albert Ellis han trabajado con los pensamientos sobre los actos con el lema "si así piensas, así te sientes" y en la actualidad esta oración no permite exponer la interacción entre afecto, pensamiento y conducta.
- Mejorar los procedimientos de evaluación del pensamiento, que actualmente se manejan mediante autoinformes, por lo que sería deseable contar con medidas de observación objetivas indicadoras de que el individuo está atravesando por un determinado asunto cognitivo-emocional para poder facilitar la planeación del rumbo que tomará la terapia.
- Esclarecer la clasificación de terapias dentro de este enfoque, eliminando aquellas que no hayan tenido una relevancia notable.
- Superar el énfasis restrictivo en lo individual. Varios autores como Feixas, Goncalves, Thoresen y Tous, han indicado una preocupación por el aspecto marcadamente individualizado que sugiere la imagen del ser humano como una entidad altamente autónoma, centralizada, autosuficiente y siempre en control; propone que el origen de los conflictos relacionales radica en las malinterpretaciones individuales de la actuación o interacciones de los demás (Feixas, 1990).

Para tratar de unificar las carencias anteriores podría plantearse la necesidad de una refinación del concepto de cognición en el marco de una teoría integradora del afecto, la cognición y la conducta. En este sentido podría mencionarse la importancia del constructivismo que Benjamín Greenberg (1988), resalta en el siguiente comentario "La visión de la persona como un constructor activo de información que explora y se adapta al ambiente, organizando la información acerca de sí mismo y del mundo en perspectivas cada vez más complejas, nos proporciona un punto de vista del funcionamiento humano y del proceso terapéutico que se acerca al sentido de la realidad vivida. Esperamos que la terapia cognitiva se vea impulsada a volverse más constructiva en su visión de la cognición y a desarrollar métodos terapéuticos consistentes con tal perspectiva" (pág.:125).

1.3. Características de la terapia cognitivo-conductual

La TCC posee en común con los demás enfoques de modificación de conducta dos características. En primer lugar, el uso de la metodología científica, lo que implica que los procesos cognitivos deben estar anclados en referentes observables (antecedentes y consecuentes) y definidos sin ambigüedad para poder ser puestos a prueba; y en segundo lugar, el compromiso de utilizar las técnicas propias de la modificación de conducta durante el tratamiento.

Como una alternativa estructurada, activa, directiva y de tiempo limitado, se ha utilizado en el tratamiento de diversas alteraciones, como depresión, estados de ansiedad no específica y trastornos fóbicos. Recientemente su campo de acción se ha ampliado, abarcando problemas clínicos variados: abuso de alcohol y de otras sustancias, soledad, obesidad, disfunciones sexuales y alteraciones de tipo psicossomático (Emery, 2001).

La clasificación de las técnicas cognitivo-conductuales más difundida es la realizada por Mahoney y Arnkoff, quienes distinguen tres tipos de técnicas: la de reestructuración cognitiva, las de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y las de resolución de problemas (En Olivares y Méndez, 2005).

CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES		
Enfoque	Objetivo	Técnicas
Técnicas de reestructuración cognitiva	Identificar y modificar cogniciones desadaptativas del cliente poniendo en relevancia su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones.	-Terapia Racional Emotiva de Ellis. -Terapia Cognitiva de Beck. -Reestructuración racional sistemática de Goldfried. -Entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.
Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento	Adquirir habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes.	-Inoculación de estrés de Meichenbaum. -Entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson. -Desensibilización de autocontrol de Goldfried. -Modelado encubierto de Cautela.
Técnicas de resolución de problemas	Entrenar en una metodología sistemática para abordar diferentes problemas. El proceso comprende el curso de diversas habilidades: análisis de los problemas, formulación y generación de objetivos, generación valoración, selección y ejecución de las alternativas elegidas y valoración de los resultados.	-Terapia de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried. -Técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure. -Ciencia personal de Mahoney.

Figura 2. Clasificación de las Técnicas Cognitivo-Conductuales.

La regla básica de estas modalidades terapéuticas postula que las reacciones emocionales y conductuales de las personas vienen en gran medida determinadas por el modo en que éstas construyen el mundo. Las cogniciones, en forma de declaraciones verbales encubiertas o imágenes, encuentran apoyo en actitudes o ideas que han ido desarrollándose a través de experiencias pasadas. Estas cogniciones, determinarán, en una proporción importante, las experiencias emocionales acerca de la propia identidad y del mundo que lo rodea. Estas alternativas cognitivas, tienen como objetivo, la corrección de creencias deformadas que contribuyen a las dificultades del paciente.

En el intento, el individuo afectado recibe entrenamiento en los siguientes apartados:

- a) Detección y análisis de pensamientos automáticos negativos.
- b) Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta.
- c) Examen de la evidencia, a favor y en contra, de los pensamientos automáticos.
- d) Sustitución de pensamientos automáticos, no apoyados por un mínimo de evidencia por interpretaciones basadas en hechos reales.
- e) Identificación y modificación de ideas disfuncionales que predisponen a la utilización de un sistema de pensamiento deformado (Germain, 2000).

Este transcurso terapéutico evidentemente se encuentra siempre bajo un proceso de evaluación que implica un procedimiento metodológico inseparable del procedimiento terapéutico pues da sustento y sirve de guía para el terapeuta quien debe adecuarlo para su mayor eficacia. Consta de diferentes pasos que se aplican

desde el momento de recibir al paciente, hasta que finaliza el tratamiento y se da seguimiento del caso. No existe un modelo único para este proceso, de manera tal que distintos autores han llevado a cabo propuestas, a pesar de esto existen generalidades como: considerar a la evaluación como un procedimiento que lleva un orden y que se compone de fases o etapas y concebir, dentro de la aproximación cognitivo-conductual, una lógica general que celebra las interacciones ambiente-cognición-conducta, como fuente primaria de explicación de los problemas psicológicos y como núcleo de la aplicación de técnicas de investigación (Phares, y Trull, 2000).

En este enfoque la evaluación no es un fin en sí mismo, más bien, la meta es emplear la información de la evaluación para diseñar y evaluar intervenciones. Estos dos se vinculan mediante el análisis funcional, éste se lleva a cabo para identificar las funciones que la conducta tiene para el individuo.

Entonces los propósitos del análisis funcional son:

- 1) Describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia;
- 2) hacer predicciones (hipótesis) sobre los factores que controlan la conducta basados en las relaciones observadas de la conducta y los eventos; y
- 3) probar estas predicciones alterando ciertos factores, para ver si la conducta varía conforme se predijo (Dattilio y Padesky, 1995).

Implica preguntarse ¿en qué situaciones se comporta el individuo de manera problemática?, ¿en cuáles no?, ¿hay algún aspecto específico de la situación que lo lleva a comportarse como lo hace?, ¿cómo afecta el comportamiento del individuo a los otros? y ¿cómo se afecta a sí mismo? La tesis principal es que las conductas se

aprenden y mantienen de acuerdo a las consecuencias que tienen. Por ello es crucial una descripción cuidadosa y precisa de la conducta de interés, de modo que pueda medirse de manera confiable su índice de ocurrencia. También se deben especificar las condiciones que la controlaron, así como el tiempo, lugar y personas presentes cuando ocurre la conducta, junto con los resultados específicos que siguen a la conducta de interés. También se deben incluir variables de naturaleza orgánica, como características físicas, biológicas o cognitivas del individuo que son importantes para planear el programa de intervención (Muñoz, 1998).

Así en el contexto clínico existen fuentes importantes de información que permiten identificar, precisar y medir aspectos diversos de los comportamientos valorados como problemáticos; entre ellos se encuentra la entrevista conductual, instrumentos específicos de autoinforme y la observación directa. Hay que tomar en cuenta que los instrumentos de evaluación directos son aquellos que registran el comportamiento con muy poco tiempo después de haberse producido. Por ejemplo: el automonitoreo, el autorreporte, la observación directa, las medidas fisiológicas. En cambio, los indirectos registran el comportamiento después de haberse emitido, por ejemplo, los inventarios y los cuestionarios que registran comportamientos ya producidos. La entrevista es un instrumento mixto de evaluación, en el sentido de que se observa directamente el comportamiento del sujeto cuando está respondiendo a las preguntas, mientras que al mismo tiempo, se consigue información de cosas que ocurrieron antes (Parks, y Hollon, 1993).

Entonces puede concretarse que el fin terapéutico de este enfoque está basado en que las personas funcionan mediante un complejo engranaje donde aquello que piensan, sienten y hacen interactúa constantemente entre sí, definiendo la concepción del mundo en el cual basan sus expectativas del futuro. La TCC es el tratamiento

psicológico práctico, que hoy por hoy arroja mejores resultados a la hora de enfrentar un trastorno. Se trata de una terapia que aborda los problemas que una persona padece desde dos puntos de vista interrelacionados, primordiales en la forma en la que se percibe el mundo:

- Lo que una persona piensa, lo cognitivo.
- Lo que una persona hace, lo conductual.

La orientación empírica de esta terapia convierte el sistema cerrado de creencias del cliente en abierto. El cuestionamiento es el principal instrumento técnico, y la experimentación conductual es la mejor forma de investigar la validez de sus propósitos específicos. El cliente ha de comprender bien la experimentación, su propósito y finalidad.

Por ello, se sirve de una diversidad de procedimientos, algunos propuestos originalmente por cada modelo y otros adaptados de la modificación de conducta para los propósitos de la modificación cognitiva.

Uno de los procedimientos más destacados es el modelo ABC. En el cual el pensamiento, la emoción y la conducta son tres aspectos psicológicos íntimamente relacionados, de tal manera que un cambio en alguno de ellos producirá alguna modificación en los otros dos.

El pensamiento es el determinante más importante de las emociones. Aunque los hechos externos, actuales o pasados, influyen en las emociones, no son la causa de ellas. Son las percepciones y evaluaciones de esos hechos externos los que influyen directamente en nuestra respuesta emocional. Los individuos construyen su

propio mundo. Las creencias en relación con él son las que determinan sus emociones y conductas. Existe, pues, una fuerte relación entre pensamientos y sentimientos.

A lo largo de la infancia las personas van configurando sus "esquemas cognitivos básicos" que son el sistema de creencias que la persona elabora en relación a lo que le rodea. Estas creencias están en la base de toda una serie de pensamientos automáticos irracionales, de distorsiones cognitivas que actúan a modo de filtro a través del cual se deforma la realidad. Por ejemplo una persona que toda la vida ha pensado que "no vale lo suficiente" (esquema cognitivo básico), es fácil que ante una situación como ser despedido del trabajo, se activen toda una serie de pensamientos como "nunca más voy a encontrar empleo" (distorsión cognitiva) que pueden hacerlo sentir terriblemente mal.

El objetivo de la TCC es por lo tanto aprender a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptadas. Esquemáticamente se representaría de la siguiente forma:

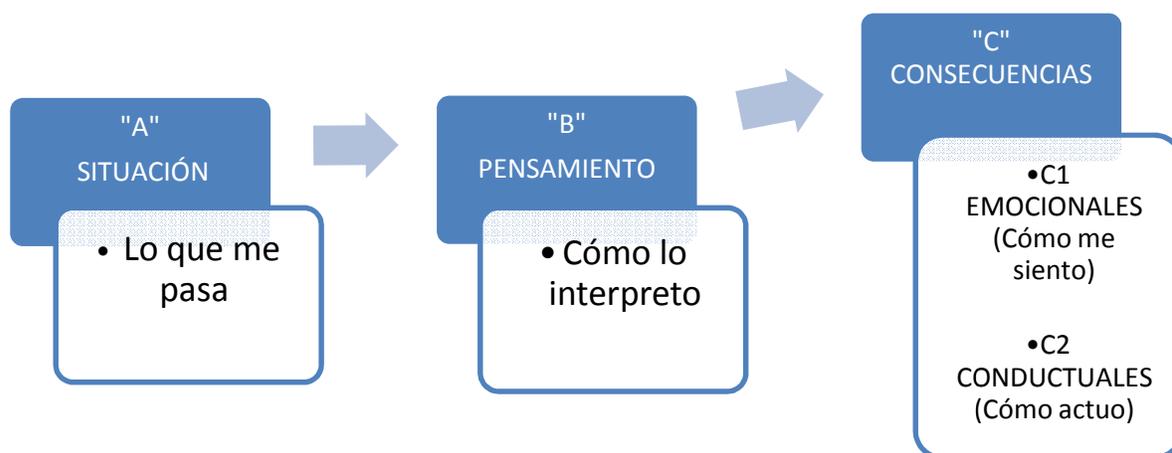


Figura 3. Modelo ABC cognitivo-conductual.

Por ejemplo la Señora Y:

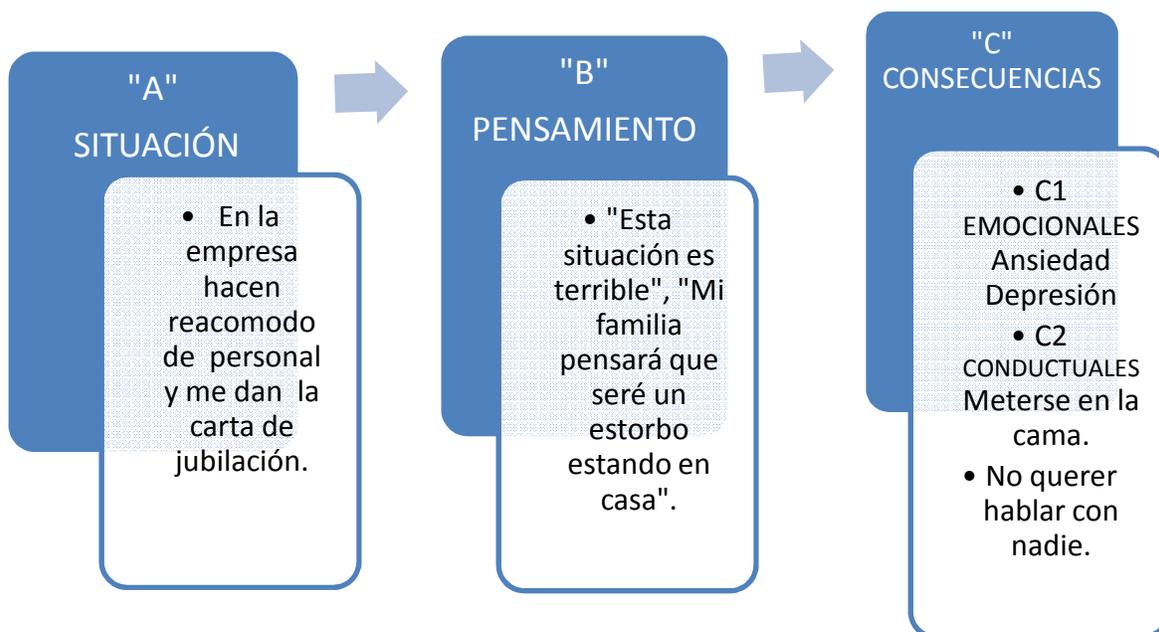


Figura 4. Ejemplo del modelo ABC cognitivo-conductual.

En esta figura la Señora Y está interpretando una situación que es muy desagradable (que la jubilen) como algo terrible que no va a poder solucionar y piensa lo que su familia dirá de ella (B). Es fácil que de un pensamiento como éste se deriven toda una serie de síntomas ansiosos y depresivos (C1) que conduzcan a la persona a la inmovilización (C2).

La terapia Cognitivo-conductual no pretende que vivamos en un mundo sin emociones; la diferencia entre un pensamiento racional y otro que no lo es, no estriba en la presencia o ausencia de emociones, sino en la frecuencia, intensidad y duración de éstas. En el ejemplo de la Señora Y no se trataría de que su emoción se disipase, puesto que quedarse sin empleo es una situación verdaderamente desagradable, sin embargo, si su pensamiento fuese más racional experimentaría una emoción menor y de más corta duración y probablemente su conducta fuese en la dirección de buscar actividades alternas. No modificar esta conducta es importante puesto que si la

Señora Y nunca sale a la calle difícilmente encontrará actividades. Véase cómo la Señora del ejemplo corrige su B para sentirse mejor:

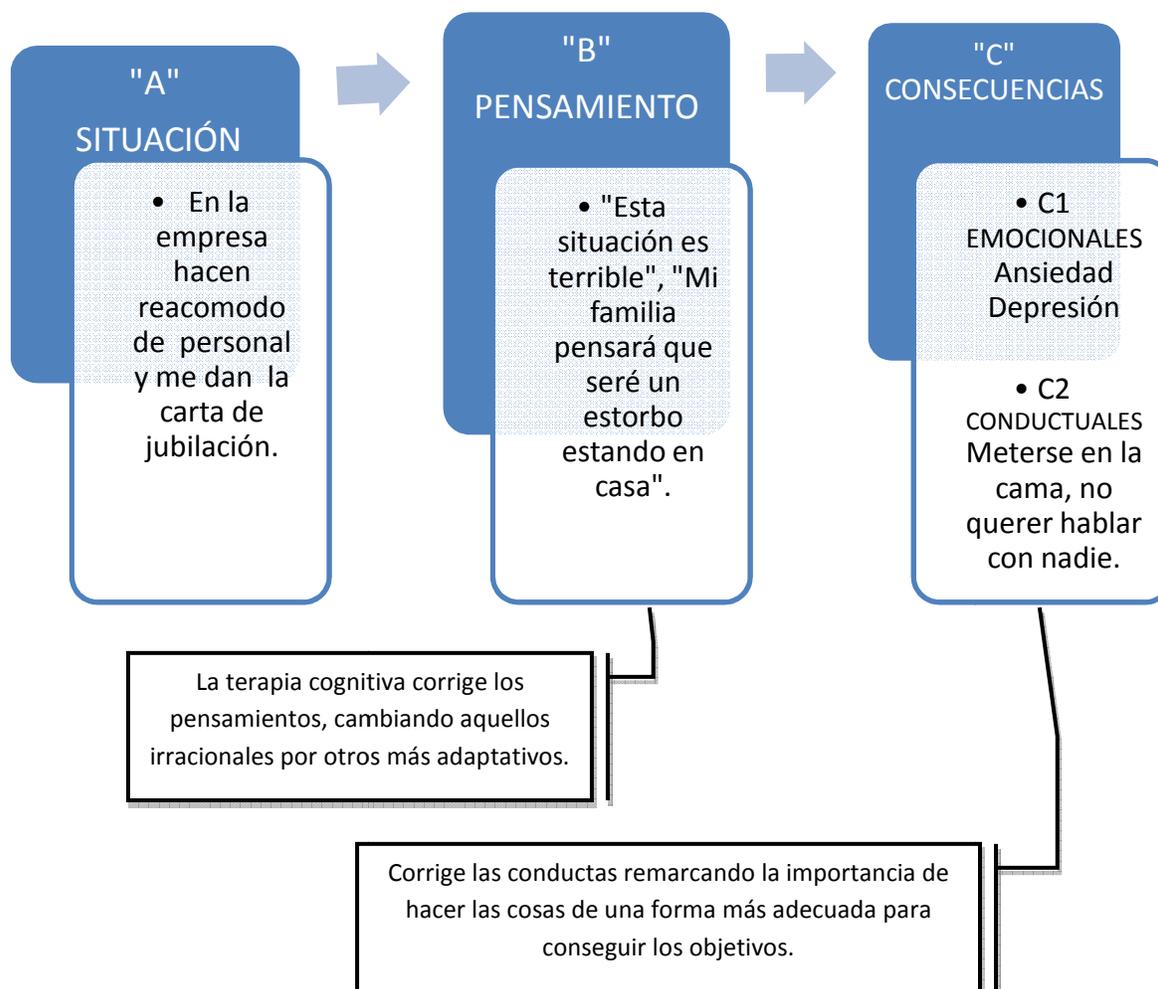


Figura 5. Ejemplo de modificación cognitiva y consecuencias conductuales.

Los modelos cognitivo-conductuales entienden la psicoterapia como un esfuerzo de colaboración mutua que realizan cliente y terapeuta. De esta forma se busca la aceptación y acuerdo sobre la naturaleza de los problemas del cliente, los fines de la terapia e incluso los medios para alcanzarlos. Con ello se pretende, ajustar las expectativas de la terapia que tienen tanto el cliente como el terapeuta, factor influyente para la permanencia en terapia y adhesión al tratamiento.

Una vez que se ha creado cierto clima de colaboración, ambos pueden trabajar como si de un equipo se tratara. Donde los pensamientos del cliente se consideran hipótesis a verificar. Examinan la evidencia disponible, a la vez que pueden diseñar experimentos para poner a prueba las hipótesis y la evidencia recogida se analiza lógicamente para refutar o apoyar las cogniciones del paciente. Es decir, el terapeuta no tiene que persuadirlo de que sus puntos de vista son ilógicos o incoherentes por sí mismos. Esta forma de cooperación entre los dos participantes, se ha llamado empiricismo colaborativo, George Kelly expresa la relación terapéutica como una experiencia que, como tal, es inevitablemente generadora potencial de cambio (Feixas y Villegas, 2000).

A pesar de esta visión común sobre la naturaleza colaborativa de la psicoterapia, los modelos cognitivos difieren en el papel del terapeuta en tal colaboración. Para los enfoques racionalistas, él asume un liderazgo característico del enseñante o entrenador y ejerce la instrucción teórica y técnica característica de su rol de orientador y guía. En cambio, para los enfoques constructivistas la relación se concibe como un contexto seguro, que facilita la exploración del cliente de nuevas posibilidades. La relación misma se ve como un "campo de pruebas" para los experimentos relacionales del paciente, en los que su visión de sí mismo y del mundo se ponen a prueba.

En términos generales todos los modelos cognitivos reconocen la utilidad de la calidez, empatía, autenticidad (sentimiento genuino) y aceptación. Sin embargo, el terapeuta cognitivo-conductual debe mostrarse también activo, señalando problemas y dificultades, centrándose en aspectos concretos. Debe proponer y representar roles (role playing) y animar al sujeto a llevar a cabo experimentos controlados que pongan a prueba sus hipótesis (Valdez, 2005).

Es importante puntualizar que para no ser un factor perjudicial al propio proceso terapéutico, un terapeuta cognitivo debe:

- a) Saber comunicar al paciente que es genuino, sincero y abierto,
- b) no criticar, desaprobar o ridiculizar al paciente,
- c) demostrar profesionalidad en todo momento,
- d) emplear el sentido del humor,
- e) manifestar interés por el paciente y el proceso en el que ambos se ven inmersos, demostrándolo tanto en lo que dice y en cómo lo dice (Young y Beck, 1982).

A pesar de que el terapeuta tome en cuenta las medidas anteriores, no debe olvidarse que para el buen comienzo y desarrollo de la terapia, el paciente debe contar con la información adecuada acerca de su situación actual. Para el caso del presente trabajo, a las mujeres se les expondrá sobre las características psicológicas del climaterio y la depresión vistas desde un enfoque cognitivo-conductual, durante las primeras sesiones del taller, para evitar que se generen confusiones en los objetivos que se pretende alcanzar.

CAPÍTULO II.
CLIMATERIO

CAPÍTULO II.

CLIMATERIO

En el umbral del nuevo milenio cuestiones relacionadas con la salud de la mujer han experimentado cambios importantes, uno de estos es el surgimiento del concepto de edad adulta intermedia, el término se usó en Europa y Estados Unidos a comienzos del siglo XX, momento en el cual comenzó a ser notorio que las mujeres que viven en sociedades industriales tienen una vida más larga que en épocas anteriores, poco a poco este periodo se ha convertido en una etapa de la vida, que tiene sus propias normas sociales, papeles, oportunidades y desafíos.

De ahí que en la actualidad cada cultura y sociedad haya desarrollado su propio punto de vista sobre la adultez intermedia y a su vez diferentes aproximaciones al referirse a hombres y mujeres (con los rasgos propios de su fisiología), haciendo este tema en gran parte sociocultural, dejando a un lado el aspecto biológico.

2.1. Conceptualización del climaterio.

En el caso de la mujer aparece el concepto climaterio, que se ha confundido equivocadamente con el cese de la menstruación, cuando en realidad es para la mujer todo un suceso fisiológico y psicológico que define el resto de su vida. Más allá de la pérdida de la capacidad reproductiva característica de la etapa, son los aspectos sociales y culturales los que se convierten a un conflicto de personalidad, para el cual es muy frecuente la alternativa médica de la terapia hormonal de remplazo que deja de lado la parte psicológica y emocional.

Por ello, esta época no puede ser considerada una enfermedad, sino el comienzo de una fase de vida de la mujer que puede durar muchos años y que se mezcla con el envejecimiento orgánico. Por lo tanto, es de suma importancia que los profesionales de la psicología, adopten una postura impulsora de un enfoque sociocultural, para el pleno desarrollo de la mujer como persona útil a la sociedad independientemente de la edad que tenga (Carranza, 2003).

La concepción del climaterio y sus repercusiones en la vida femenina han ido cambiando a través de la historia a pesar de haber sido ignorado por mucho tiempo y hasta subestimado tanto por las mujeres como por muchos profesionales, ha sido motivo de menciones históricas, literarias y culturales que son muy antiguas, a continuación se presenta un breve recorrido sobre este punto, con el fin de comprender el panorama actual de esta etapa.

Las primeras menciones conocidas sobre la mujer en la posmenopausia, se hallan en los papiros egipcios, en los que se señala a las mujeres mayores como mujeres "blancas", en contraposición a las "rojas" que eran las que menstruaban (Montoya, 1997).

En la época de los griegos, filósofos como Hipócrates se refería a éste, en términos de agitaciones, a las cuales estaba sujeta la mujer como resultado de la sangre agitada que finalmente encontraba salida en el útero de manera intermitente mes a mes. Posteriormente en el siglo IV a.C. Aristóteles, tratando de observar el fenómeno, dentro del laboratorio experimentó con animales, marcando claramente los efectos que la castración tenía en ejemplares hembras; dejando otro antecedente apareció en el siglo IV Orobasio quien describió ya propiamente las molestias que presentaba la mujer asociadas al climaterio (Ruiz, 1998).

Ya durante el siglo XVI en México, la cultura azteca en el Códice Badiano, menciona el uso de un remedio llamado "acacapacquitl" recetado para el control del "calor excesivo" presente en mujeres de avanzada edad, lo cual bien pudiera haber correspondido a un bochorno, característico de este fenómeno (Badiano, 1991).

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas, se menciona mayormente a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años, las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer climática. Por ejemplo, las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podían llegar a ser mayores o iguales a la de un soldado, pero si ésta era posmenopausica, la suma disminuía hasta hacerse casi nula. También la influencia de las pestes, los períodos de sequía y las guerras, favorecieron el desarrollo del concepto de una menopausia relacionada con lo maléfico (Ausin, 1993).

En los años siguientes los investigadores se interesaron más por darle un término a todos los síntomas que las mujeres presentaban así como definir la edad en que estos comenzaban a aparecer, así en 1729 John Freind describió que el cese de la menstruación se lleva a cabo alrededor de los 49 años. De Gardanne, identificó por primera vez en forma científica con el término "menopausia" (de acuerdo con una revisión histórica realizada por Wilbush en 1816 en Francia "ménospausie" y 5 años después se le cambia el nombre por ménopause-pausa o interrupción de la menstruación) el momento del cese menstrual (Citado en Martín y Sánchez, 1993).

Con respecto al concepto social se puede mencionar que en la época de la Revolución Francesa, el status de la mujer en la corte y en la sociedad dependía fundamentalmente de su apariencia, atractivo y capacidad sexual, la menopausia era considerada como un sinónimo de muerte social.

A mediados del siglo XVIII las publicaciones científicas sólo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX el enfoque comienza a cambiar y ya comienzan a destacarse los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos, por ejemplo, Colombat de L'Isere, al referirse a la mujer menopáusica decía: "Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, sólo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento" (Martín y Sánchez, 1993). Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue Sigmund Freud dijo acerca de las mujeres en esta etapa: "Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas" (Martín y Sánchez, 1993).

Como se puede notar en cada momento histórico, cada cultura, posee su visión sobre esta etapa; estas referencias temporales tienen el valor de contribuir a comprender y enriquecer su significado cultural y antropológico, que pretende resaltar al climaterio con el rol asignado a la mujer en cada sociedad y en el que influyen los valores culturales de sus comunidades.

Pero existe un aspecto meramente biológico que también influye fuertemente en la concepción cultural es aquí donde entra la menopausia, esta característica se observa únicamente en las hembras del ser humano y en algunos primates, tiene un alto valor adaptativo, por tanto un importante significado evolutivo, marcando su relevancia. Aunque ninguna teoría del porqué esta condición se presenta en los humanos es aprobada del todo, la posible ventaja adaptativa, más aceptada en la actualidad, se ilustra en la teoría de las "abuelas", la cual explica que la intensa y prolongada demanda de cuidados de los bebés es cubierta poco satisfactoriamente por la madre joven, inexperta y sin apoyo debido a que la participación del padre es

limitada, por su compromiso como proveedor de recursos para la subsistencia; por lo que se presupone que los grupos que cuentan con la ayuda adicional de una mujer que ya no tenga obligaciones de crianza, pero si experiencia en esa difícil labor, obtendrían una ventaja para la supervivencia del grupo haciendo este rol uno de los más preciados (Carranza, 2003).

Se puede decir entonces que la menopausia es un proceso natural del envejecimiento, debido a la menor producción de hormonas, estrógenos y progesterona que se acompaña de la pérdida de la capacidad reproductiva; etimológicamente la palabra se deriva del griego "mens" que quiere decir mensualmente y "pauis" que significa cese, definiéndose como el cese permanente de la menstruación.

En términos médicos se le designa la fecha de la última menstruación en la vida de la mujer y para ser considerada como tal, deberán de haber pasado por lo menos doce meses desde la fecha del último sangrado, además de presentarse los síntomas típicos (Carranza y Murillo, 2003).

A pesar de que la mayoría de las mujeres presentan amenorrea (último periodo menstrual), de manera natural debido a su ciclo vital, existen algunas otras causas para presentarla, cada una de estas recibe un nombre específico de acuerdo a la sintomatología y etiología la cual es importante conocer, para vislumbrar posteriormente si tienen repercusiones psicológicas distintas.

La menopausia más común en nuestra sociedad es la *espontanea*, se llama así porque ocurre de forma natural, se presenta habitualmente entre los 46 y los 52 años con un promedio de 48 años de edad, está relacionada directamente con la

disminución en la cantidad y la calidad de los óvulos así como de los folículos que los contienen y el desequilibrio hormonal de estrógenos (Ibarra, 2003).

Caso contrario a esta clasificación se puede presentar la de tipo *quirúrgica* que es provocada por un procedimiento médico denominado histerectomía, en el cual se retira el útero y/o ambos ovarios, limitando por completo la continuidad del ciclo menstrual y la capacidad reproductora; es importante mencionar que en los casos donde se conserva uno o ambos ovarios, la mujer no entra en el periodo del climaterio mientras estos continúen funcionando.

Cuando la amenorrea llega a presentarse antes de los 40 años de edad se considera *precoz*, no importa si es debida a un agotamiento prematuro del número de óvulos con los que cuenta la mujer, por estar presente alguna enfermedad que dañe al ovario o por extirpación quirúrgica del órgano; este tipo es el más riesgoso ya que la mujer vive un periodo más largo sin estrógenos propiciando que tanto las complicaciones médicas como la aterosclerosis y la osteoporosis, así como las alteraciones emocionales como la irritabilidad y la depresión sean más frecuentes (Carranza y Murillo, 2003).

Como puede observarse la menopausia puede presentarse por diversos factores pero siempre marca el inicio de climaterio, el cual actualmente se considera un síndrome psicosomático-sociocultural y sus síntomas, características y grado de complejidad varían en gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento, a su salud física, psíquica, hijos, parejas, profesión y creencias. A lo largo de la vida, toda mujer va experimentando diversos cambios tanto biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo, como la menstruación, embarazo, parto, y finalmente el periodo del climaterio; la palabra

proviene del griego "Climacter" que quiere decir peldaños o escalones. Este proceso comprende tres etapas: premenopausia, menopausia y posmenopausia durante las cuales se generan diferentes signos y síntomas a desarrollar. El climaterio entonces se define según el consenso realizado durante el primer Congreso Internacional de Menopausia, celebrado en Francia en 1976 como: la etapa de transición entre el periodo reproductivo y el no reproductivo en la mujer; época en la cual los ovarios dejan de producir hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), presentando como consecuencia síntomas con una duración aproximada de hasta 10 años (Carranza y Murillo, 2003).

Para evitar especificar deberá revisarse la terminología utilizada para definir las tres etapas arriba mencionadas por las que transcurre la mujer en esta época de la vida, en gran medida, los términos relacionados con este periodo son confusos, para tratar de esclarecer su uso en este trabajo, a continuación se señalarán uno a uno.

Anteriormente se señalaba a la menopausia para referirse de manera global al conjunto de síntomas climatéricos, con el tiempo se descubrió que las mujeres pasan por dos etapas más. La primera llamada: climaterio premenopáusico o perimenopáusico, que se presenta entre los 35 y 45 años aproximadamente, es decir, en el periodo previo a la menopausia (regularmente cuatro años antes); se inicia con un aumento de los estrógenos circulantes (hiperestrogenismo). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como aquel periodo en el que comienzan los cambios endocrinológicos, biológicos y clínicos de la menopausia e incluye hasta un año después de ella (Carranza, 2003).

Investigadores como Henry Burger y sus colaboradores señalaron varios momentos por los que se atraviesa en esta transición:

- 1) Primero, inicia un periodo en el que continúan los ciclos menstruales regulares;
- 2) seguido de la etapa en la que cambia la cantidad del flujo menstrual sin cambiar la frecuencia (ciclos oligomenoreicos);
- 3) después, cambia la frecuencia menstrual sin cambiar la cantidad (ciclos conpolimenoreicos);
- 4) posteriormente, pueden presentarse cambios tanto de la frecuencia como de la cantidad y
- 5) por último, un periodo en el que se establece la amenorrea al menos durante cinco meses (OPS, 1994).

También se han señalado algunos síntomas característicos de este periodo como son: dolor de cabeza, estrés, dolor mamario, bochornos, sudación excesiva, alteraciones de sueño, cambios en el carácter, ansiedad, depresión y síndrome premenstrual.

El segundo peldaño en el climaterio es la menopausia en sí, que da pie al tercer y último momento del ciclo, la *posmenopausia* que se acompaña de los síntomas producidos por la disminución de estrógenos, muchos de ellos ya presentes desde la fase anterior y nuevos síntomas aumentan las molestias, por ejemplo, se observan la atrofia de piel y mucosas, caída del cabello, falta de atención, dificultad para la concentración, disminución de la memoria, disminución del deseo sexual, atrofia urogenital, bascular y enfermedad del Alzheimer (Ibarra, 2003).

De todo lo anterior se deduce, que estos términos son condiciones naturales del proceso de envejecimiento en la mujer, que vienen a afirmar que este estado no es algo permanente, sino un asunto transitorio que toda mujer debe atravesar para

continuar su vida enfocada en las diversas áreas de desarrollo como la familia y la superación personal dejando atrás la reproducción.

Aun teniendo claros los tres momentos del climaterio hay un factor que como la mayoría es bastante inestable, este es la edad en la que la mayoría de las mujeres comienza a experimentarlos, cuyo antecedente es necesario dentro de una población, para brindar la atención clínica adecuada en los servicios de salud, para la planeación y la toma de decisiones, con este dato pueden establecerse sistemas de anticoncepción, así como la vigilancia de los riesgos de salud propios de este periodo.

La edad media de presentación en la mayoría de las sociedades industrializadas es alrededor de los 50 años, con un rango entre 35 y 59 años, de distribución normal, la edad puede ser un potente indicador biológico del envejecimiento. Y así una iniciación más tardía hace pensar en una mayor longevidad (Adkhasians, 2000).

En México en la mayor parte de los estudios efectuados adecuadamente, la edad media oscila entre los 47 y los 51 años; para obtener estos datos se han hecho varias estimaciones en la ciudad de León, Guanajuato, obteniéndose cifras de 48.2 a 48.5 años mediante el procedimiento de estatus quo. En cambio, en un estudio multicéntrico en las ciudades de Durango, Guadalajara, Monterrey y León, utilizando el método del recordatorio, se informó una edad de 45.5 años. Más recientemente se efectuó un estudio en 7,632 mujeres de las áreas rural y urbana de Guanajuato, Coahuila y Yucatán, obteniéndose medias de edad que oscilaron entre 47.3 y 49 años para los diversos grupos (Carranza, 2003).

De acuerdo con la información censal para el año 2000 en México existían alrededor de 7, 079,179 de mujeres mayores de 50 años (el 13% de la población) que

demandan atención y el personal de salud debe estar preparado para brindar información oportuna y veraz. En nuestro país el climaterio se inicia, en promedio entonces, a los 45 años y termina cerca de los 64 años.

ETAPAS DEL CLIMATERIO	
Edad en años	Etapa
38 a 47	Perimenopausia Inicio de alteraciones menstruales
47 a 49	Menopausia. Cese a la menstruación
50 a 64	Posmenopausia

Figura 6. Etapas del climaterio.

(Cuadernos de Nutrición-Vol.24 Núm. 4. Instituto Nacional de Perinatología)

En estudios efectuados en diversas partes del mundo se han considerado los factores que pudieran afectar el inicio de esta etapa, tanto de tipo alimenticio, ginecoobstétrico, del estilo de vida, la altitud, así como genéticos.

En cuanto a los *factores alimentarios*, parecen estar relacionados con la desnutrición, peso y talla bajos pues en estos casos suele presentarse 4 años antes que el promedio, también se sabe que el vegetarianismo logra retrasar el proceso, sin poder especificar una edad generalizada además de tomar en cuenta la raza y estilo de vida en general entre otros aspectos influyentes.

De los *factores ginecoobstétricos*, la influencia del tiempo de lactancia han sido aspectos controvertidos, lo mismo que el tratamiento prolongado de anticonceptivos, debido a que en teoría estos ponen en reposo al ovario lo que le daría mayor tiempo de vida funcional, sin embargo, los informes sobre su influencia real no son consistentes.

También se ha determinado que la *hipoxia* (enfermedad en la cual el cuerpo o una parte del mismo, se ve privado del suministro adecuado de oxígeno), relacionada con la altitud puede favorecer una menopausia más temprana, aunque no es concluyente ningún estudio efectuado sobre el tema.

De todos los factores de riesgo conocidos, el *consumo de tabaco* es quizás el mejor documentado. Las mujeres fumadoras tienen la menopausia uno o dos años antes que las no fumadoras. Se cree que debido al efecto antiestrogénico del tabaco: parecen metabolizar más rápidamente los estrógenos y los niveles estrogénicos en sangre son más bajos.

El último factor es el *genético* donde se ha observado que la edad de aparición es una característica constante familiar y étnica que indica su influencia (Salvatierra, 1993). Sumado a estos factores se presenta el crecimiento demográfico por ejemplo en los países desarrollados, además de condiciones socioeconómicas más favorables para la mujer, ciertos parámetros biológicos han influido positivamente. Los cambios importantes producidos por los índices de natalidad y mortalidad han dado lugar a un envejecimiento de la población. El fuerte descenso de la mortalidad maternal ha significado mayor supervivencia y la mayor esperanza de vida está cambiando radicalmente la vida de la mujer.

Una mujer de finales del siglo XIX tenía una previsión de vida que apenas excedía los 50 años, mientras que a finales del siglo XX las mujeres de los países desarrollados tienen una esperanza de vida que sobrepasa los 80 años. La edad del climaterio permanece más o menos estable, con alguna diferencia entre países desarrollados y países en vías de desarrollo; esto significa que en menos de cien años la cantidad de tiempo que una mujer puede vivir después de ésta, ha pasado de

menos de 5 años a más de 30 años, es decir, casi un 40% de su vida (Figura 7), lo cual obliga a establecer un plan social y la búsqueda personal de una mayor calidad de vida para este sector de la población cada vez más extenso (Becerra, 2003).

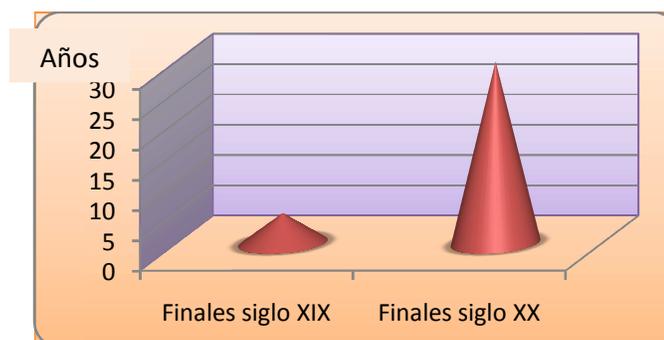


Figura 7. Evolución de la duración del periodo posclimaterico.

Para descubrir el tamaño y distribución de este grupo se han utilizado las proyecciones de la población mundial hasta el año 2030 que figuran en el informe sobre el desarrollo mundial de 1993 del banco mundial, estas proyecciones dividen al mundo en ocho regiones geográficas consideradas como homogéneas en cuanto a economía, estructura social y características epidemiológicas (Figura 8) .

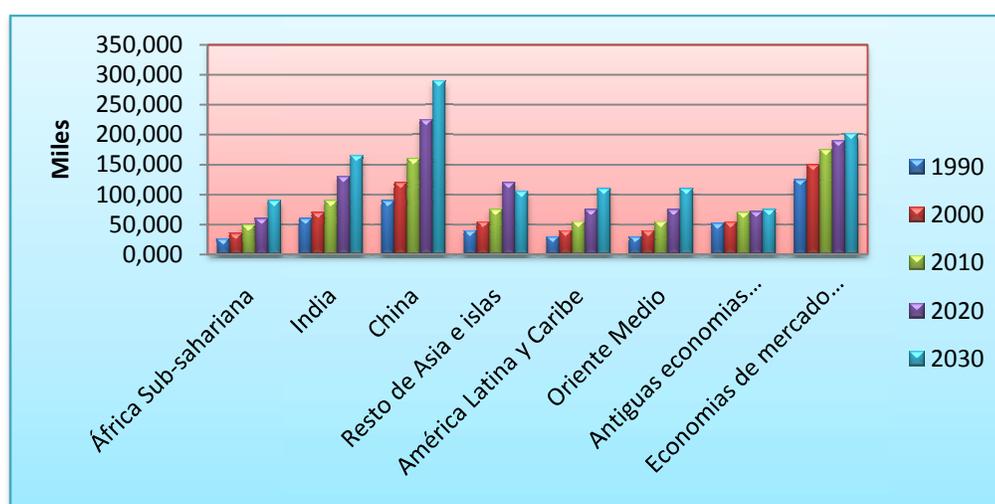


Figura 8. Población de mujeres posclimatericas por región, 1990-2030.

(Banco Mundial, 1993)

Según este informe, en 1990 había en el mundo unos 467 millones de mujeres de 50 años de edad en adelante. Se calcula que esa cifra alcanzara 1.200 millones en el año 2030. En 1990 el 40% de esas mujeres vivían en regiones industrializadas y el 60% en países de desarrollo. Para el 2030, la proporción en regiones industrializadas habrá bajado al 24% y el 76% vivirán en regiones en desarrollo (Figura 9).

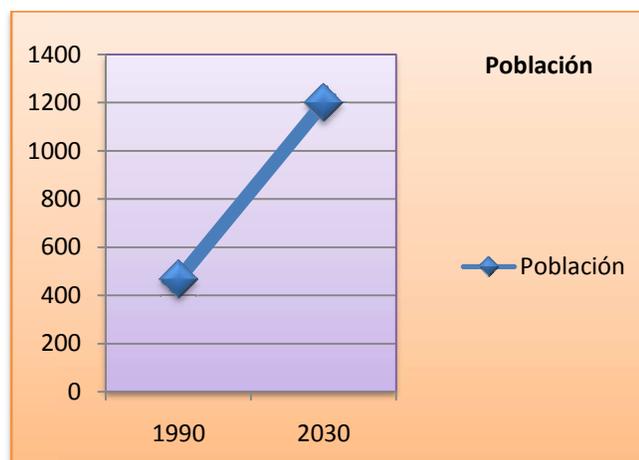


Figura 9. Proyección de la población mundial: Mujeres mayores de 50 años en el mundo (Banco Mundial, 1993).

Las mujeres posmenopáusicas representan una proporción relativamente pequeña de la población (5-8%) de los países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados llegan a más del 15% de la población total. Para el año 2030, la proporción habrá aumentado en todas partes, pasando el 8% al 17% en los países en desarrollo y el 15% al 23% en los países desarrollados (Figura 10).

Por tanto, las tasas de crecimiento de esta población entre esos años se sitúan en el 2-3.5% para los primeros y en el 1.5% en los últimos, por lo que habrá que estar preparados para una sociedad con una tercer generación presente en la vida y crianza de los niños lo cual determina una conciencia psicológica distinta a la actual sobre el climaterio.

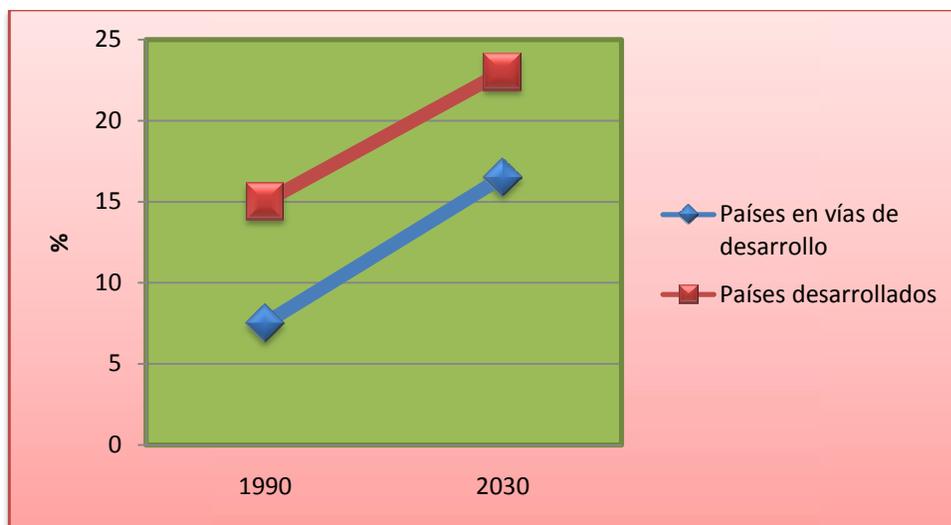


Figura 10. Proyección de mujeres posclimatericas en países desarrollados y en vías de desarrollo (Banco Mundial, 1993).

Entonces si se ha logrado que las mujeres vivan más, debe conseguirse que también vivan con mayor calidad de vida, lo cual implica atención médica oportuna y de prevención y sobre todo atención psicológica para que el climaterio no interrumpa sus vidas sino que lo estén esperando consientes de lo que podrán experimentar a partir de ese momento y disfruten en lugar de sufrir los cambios emocionales que van implícitos, esto a través de la modificación de ideas y expectativas sobre su vida.

Para alcanzar esta modificación debe comenzarse con el conocimiento pleno de los síntomas, tema que a continuación se aborda de manera concreta.

2.2. Síntomas: consecuencias de la deficiencia hormonal.

Los diversos síntomas vinculados con el climaterio tienen una manifestación individual, es decir, no se presentan de igual manera en cada mujer; la intensidad y la frecuencia puede variar entre cada una de ellas. Tienen una duración de 5 a 10 años, y aproximadamente 15% de las mujeres no los muestran.

Se vinculan en primer término con la disminución de la concentración de estrógenos, lo cual modifica en distintos sitios el funcionamiento del organismo.

ALTERACIONES EN EL CLIMATERIO POR GRUPOS	
GRUPO	ALTERACIONES
Vasomotoras	Bochornos, sudación, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio, vértigo, sensación de falta de aire al respirar o hablar.
Genitourinarias	Existe sequedad vaginal, alteraciones menstruales, predisposición a las infecciones vaginales (flujo) y dolor durante las relaciones sexuales (dispareunía). Disminución en el deseo sexual (libido) y en la frecuencia del orgasmo. Declive de la vejiga y del recto, perdida involuntaria de orina con el esfuerzo, micción frecuente y de poco volumen (polaquiuria), evacuación dolorosa de orina (disuria), están influenciadas con el número de embarazos y el grado de obesidad y disminución de los estrógenos.
Metabólicas	Alteración de la relación entre lipoproteínas que origina aterosclerosis. La disminución en los estrógenos da lugar a una pérdida ósea, la cual es más acelerada en los primeros años posteriores a la menopausia por eso es que aproximadamente el 20% de las mujeres entre 45 y 49 años presentará algún grado de pérdida ósea, por lo que a los 75 años de edad un número importante tendrá osteoporosis. Existen dos tipos de huesos: el trabecular o esponjoso. La columna lumbar tiene una mayor cantidad de hueso esponjoso y en este la destrucción es más acentuada.

Musculares	Dolor muscular y articular, dolor punzante en miembros inferiores.
------------	--

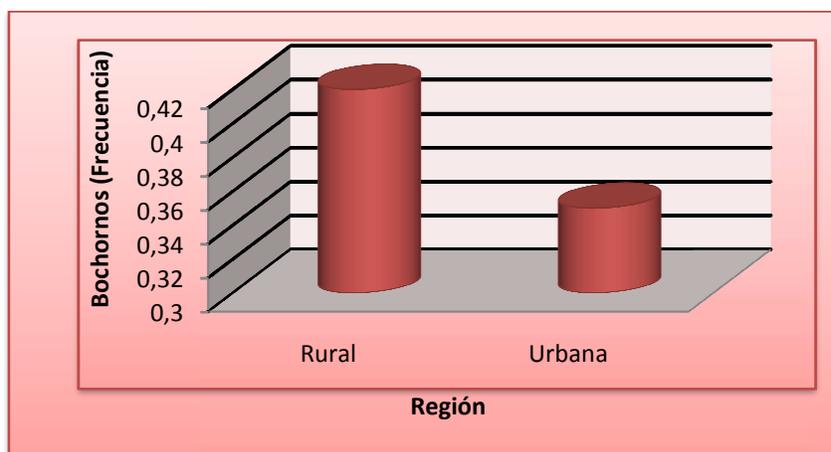
Figura 11. Alteraciones en el climaterio por grupos. (Carranza y Murillo, 2003)

Una de las alteraciones más destacadas por las mujeres climatéricas es el *bochorno*, este es el signo característico de la menopausia, puede definirse como una sensación repentina y transitoria de calor que va de moderada a severa intensidad y afecta la parte superior del cuerpo, particularmente tórax, cara y cabeza: típicamente se acompaña de rubicundez y respiración agitada que con frecuencia es seguida de escalofrío. En algunas ocasiones puede acompañarse de palpitaciones y sensación de ansiedad, sofocación e incapacidad para concentrarse.

Cabe hacer especial énfasis que todas las mujeres experimentan bochornos; estudios sobre menopausia en todo el mundo sugieren que existe una prevalencia mayor en la sociedad occidental. En algunas mujeres se inician durante los ciclos menstruales irregulares; en otras se presentan cuando desaparece la regla y en otras más aparecen a pesar de que sus ciclos sean regulares; pueden presentarse desde una vez al mes hasta cada media hora. La mayoría se presenta durante la noche; puede durar de 1 a 6 minutos por lo que alteran la calidad del sueño, lo cual genera un círculo vicioso ya que la mujer presenta cansancio durante el día y en consecuencia se vuelve más irritable, se pueden presentar de 6 meses hasta 2 años, aunque algunos estudios estadísticos informan de pacientes que han permanecido con este síntoma de 10, 20 y hasta 40 años. Las estadísticas indican que los bochornos desaparecen a partir de los 60 años en adelante (Ibarra, 2003).

Se han realizado estudios en México acerca del índice de presencia de sintomatología, en las comunidades urbanas y rurales del país, se han encontrado

frecuencias que varían de 35 a 62%. En estudios realizados en tres estados, tanto en comunidades urbanas como rurales, se descubrió que los síntomas de hecho tienen mayor frecuencia en las mujeres de comunidades rurales que en quienes viven en la ciudad, también son más frecuentes en las mujeres con menor escolaridad y en las más delgadas (Figura 12).



Figuras 12. Síntomas en mujeres menopáusicas de regiones urbanas y rurales en el estado de Guanajuato. Se muestra la frecuencia de bochornos (Carranza, 2003).

Otro cambio estructural y sistémico es la densidad de los huesos, que alcanza el máximo entre los 35 y 40 años, desde entonces las personas experimentan alguna pérdida neta en los huesos a medida que absorben más calcio del que reemplazan, lo cual adelgaza los huesos volviéndolos más quebradizos. La pérdida ósea que se acelera a partir de los 50 años, es dos veces más rápida en las mujeres que en los hombres y algunas veces culmina en la osteoporosis (Papalia, 2002).

Las articulaciones pueden ser menos flexibles, en especial al despertarse por la mañana, a medida que los tendones y ligamentos se hacen menos eficientes. Las enfermedades cardiovasculares más comunes comienzan al final de la década de los 40 años y comienzos de los 50, en especial la capacidad vital, que es el volumen

máximo de aire que los pulmones pueden inhalar y expeler, puede comenzar a disminuir. La regulación de la temperatura y la respuesta inmune puede comenzar a debilitarse y el sueño puede ser menos profundo.

Existen algunos factores que ayudan al incremento de complicaciones en la salud de las mujeres climatéricas:

1. Edad: A mayor edad existe mayor riesgo de presentar disminución en la densidad ósea, la cual se reduce en forma progresiva desde los 35 años.
2. Sexo: La mujer tiene aproximadamente 30% menos masa ósea que el hombre en todas las edades y en todos los sitios.
3. Raza: Las personas de raza blanca presentan mayor riesgo de osteoporosis. En la población latino americana casi no existen estudios de densidad mineral ósea, pero al parecer la gente mestiza, que compone la mayoría de la población, está también expuesta al riesgo de osteoporosis. La raza negra tiene mayor masa ósea por lo que presenta osteoporosis con menos frecuencia.
4. Fenotipo: La talla baja (menos a 1.50m) y el bajo peso en relación con la talla se asocian con menor densidad ósea, las mujeres con índice de masa corporal bajo, tiene mayor posibilidad de desarrollar osteoporosis.
5. Antecedentes familiares de haber sufrido enfermedades óseas o cancerígenas.
6. Historia reproductiva amplia.
7. Falta de ejercicio.
8. Ineficiencia en la dieta.
9. Hábitos nocivos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.)

(Carranza y Murillo, 2003).

La imagen del cuerpo de una mujer es la síntesis viva de todas sus experiencias emocionales; forma y contenido adquieren significado a partir de su historia personal, de su sexualidad y su cultura, del universo inagotable de su mundo afectivo. A hora bien, la menopausia altera la imagen corporal de la mujer no cabe duda que el cuerpo es el principal protagonista en el climaterio femenino pudiendo convertirse a la vez, como reloj biológico, en el primer perseguidor. La aparición de arrugas, el aumento de peso, la resequedad de la piel o la caída del cabello, operan cambios en la percepción de la realidad y sugieren el sentimiento de pérdida de control, el cumulo de síntomas físicos indica a la mujer madura que debe despedirse de su cuerpo joven, siendo un fuerte golpe para quienes llevan largo tiempo negando el paso de los años. De pronto, junto a la "muerte del útero" irrumpe la idea de la propia muerte, la noción de inmortalidad ha durado muchos años, la muerte es ahora una presencia real (no una simple construcción intelectual) una nueva modificación del sí mismo debe superarse.

Ciertas mujeres desarrollan una exagerada preocupación por el cuerpo y la suposición de que padecen alguna enfermedad grave, manifestando temor al cáncer y a la mutilación; lo cierto es que con frecuencia, la aparición de enfermedades neoplásicas, son relacionadas a esta etapa de la vida. Estos fantasmas sólo pueden ser desechados a través del conocimiento y la adquisición de costumbres saludables. No sólo la enfermedad física, sino además el alcohol, las drogas (incluyendo la automedicación y la sobremedicación), el sobrepeso, la falta de actividad y descanso inadecuados; son enemigos poderosos del bienestar.

El aporte energético que necesita el organismo disminuye durante la madurez; luego las calorías requeridas son menores. No es difícil elaborar una dieta balanceada cuando se tiene claro qué y cómo comer; un régimen alimenticio adecuado, pobre en

grasa y dulces y rico en productos lácteos, frutas, verduras; una actividad física moderada ayudarán a controlar el peso. Aunque parezca paradójico el ejercicio físico contribuye a disminuir la sensación de cansancio; una gimnasia bien controlada puede ser fuente de una renovada vitalidad. El mejor entrenamiento no es el más intenso, sino el mejor dosificado, caminar suele ser el más accesible (Rodríguez, 2000).

Dejando de lado el aspecto físico es importante destacar que no todos los cambios son absolutamente negativos por ejemplo en términos cognitivos, las personas en edad adulta intermedia están en lo máximo de su capacidad, aunque es verdad que el desarrollo cognitivo implica pérdidas y ganancias en diferentes habilidades y momentos. La velocidad de percepción disminuye progresivamente, comenzando a los 25 años y la habilidad numérica empieza a declinar alrededor de los 40, el desempeño máximo en cuatro de las seis habilidades: razonamiento inductivo, relaciones espaciales, vocabulario y memoria verbal, ocurre casi a mitad de camino hacia la edad adulta intermedia según el estudio de Schaie (Navarro, 1999).

En cuanto a la inteligencia fluida es la facultad de aplicar la capacidad mental a problemas nuevos que requieren poco o ningún conocimiento previo; implica relación de percepciones, formación de conceptos e inferencias. Estas habilidades, determinadas principalmente por el estatus neurológico, tienden a declinar con la edad. La inteligencia cristalizada es la capacidad para recordar y emplear información adquirida durante toda la vida; se mide a través de pruebas de vocabulario, información general y respuestas a situaciones y dilemas sociales. Estas habilidades, que dependen mucho de la educación y la experiencia cultural, se mantienen o incluso mejoran con la edad, se ha encontrado que la inteligencia fluida alcanza su máximo durante la edad adulta temprana, mientras que la cristalizada mejora durante la edad adulta intermedia (Papalia, 2002).

Con la mayoría de los síntomas descritos hasta este punto, surge una pregunta muy común entre la población ¿Qué papel juega la Terapia Hormonal de Reemplazo para el mejoramiento de la vida climatérica? tratando de abordar esta inquietud, el tema se trata a continuación.

2.3. La Terapia Hormonal de Reemplazo (THR).

El climaterio no es una "enfermedad privada" sino una etapa de transición en la vida de la mujer que la medicina debe acompañar, sin embargo, por más adecuado o efectivo que sea el tratamiento de sus síntomas; ser una mujer de cuarenta años implica algunas circunstancias ineludibles, a la que es forzoso adaptarse. Sólo la protagonista de las mismas abra de vivir cada indicio del paso del tiempo como una etapa traumática o como una experiencia reveladora del sentido de la vida (Rodríguez, 2000).

Como una opción surge la THR teniendo por objeto restablecer el ambiente hormonal que ha disminuido o se ha perdido, con la finalidad de aminorar o evitar las consecuencias inmediatas, mediatas y tardías de la deficiencia de estrógenos (Carranza, 2003). Tiene una larga historia ya en 1932 Birk Bowman describió el manejo de la melancolía involutiva con hormonas ováricas. En 1940, Forbes Albrighth reconoció que la deficiencia estrogénica condiciona osteoporosis, en 1945, Cristo utilizó la vitamina B en el tratamiento del bochorno, y en 1949 Greenbnat y Suran aplicaron implantes de estradiol y testosterona. En 1940, el Dr. Russell Marker sintetizó la progesterona a partir de la papa mexicana, lo que volvió sus precios razonables. En ese mismo año se empezó a administrar terapia con estrógenos y andrógenos para el tratamiento de los síntomas psicológicos climatéricos, la fatiga y la disminución de la libido, y Ripley utilizó los estrógenos en el tratamiento de la

depresión. En el decenio de 1950 se incrementó el uso de los estrógenos, Robert Wilson promovió su uso sin oposición a progestágenos, pero esto condicionó un incremento de cáncer de endometrio, por lo que la Terapia Hormonal de Reemplazo (TRH) disminuyó de 25 a 8% y en cierta forma se "satanizó" su uso. Por eso, en 1976 se llegó a la conclusión de que debía agregarse progestágeno a todas las mujeres con útero a las que se les administran estrógenos, con el fin de proteger el endometrio (Greer, 2004).

Sherman y Wallace, en 1975, analizaron el ciclo menstrual en las diferentes épocas de la vida y notaron que la menopausia estaba próxima y relacionada con los periodos de amenorrea. Molina, realizó el primer estudio importante sobre la fisiopatología del bochorno. Durante el decenio de 1980 se diseñaron los sistemas transdérmicos tipo reservorio para terapia estrogénica de reemplazo y los estrógenos empezaron a adaptarse a su justo medio en cuanto a riesgo y beneficio.

En 1982 se empezaron a utilizar los anillos vaginales para administración de estrógenos. Se idearon innumerables presentaciones de estrógeno y progestágeno, y en 1990 se administró estradiol con parches de matriz. En 1992 se empezó a utilizar la progesterona por vía oral; en 1994 los parches con estradiol y progestágeno, y en 1996 la progesterona en gel por vía vaginal. En el año 2001 se aprobó el uso de la THR para el control de la osteoporosis posclimatérica (Carranza, 2003).

La anterior revisión histórica tiene el fin de crear conciencia de que a pesar de existir desde hace mucho tiempo, aún falta bastante por conocer sobre el climaterio y su tratamiento médico, por lo que debe manejarse siempre con reserva de las características específicas de cada mujer. Sobre los lineamientos generales de la THR pueden establecerse ocho puntos básicos a cubrir:

1. Administrar la dosis mínima efectiva que controle la sintomatología.
2. Corregir los trastornos de lípidos y proteger contra riesgo de osteoporosis.
3. Que se libere en forma continua para mantener dosis constantes del medicamento.
4. Imitar el ciclo ovárico natural.
5. Que sea de fácil administración.
6. Que sea posible suspenderla de inmediato cuando se desee.
7. Que el estrógeno de preferencia sea natural.
8. Que sea de bajo costo (Carranza, 2003).

Y siempre informando a la paciente sobre cada paso que se realizará y sobre todo las consecuencias fisiológicas reales de acuerdo a su caso. Dentro de la THR existen varias alternativas de tratamiento, de acuerdo a la sustancia que sea administrada a la mujer, a continuación se explica a grandes rasgos en qué consisten las dos principales y más comúnmente utilizadas: los estrógenos, los progestágenos y los andrógenos.

Primeramente están los *estrógenos*, existen cuatro tipos de estos en las fórmulas farmacéuticas, los cuales pueden administrarse en forma cíclica continua y con o sin progestágenos (progestina). La administración puede ser por vía oral, intravaginal, transdérmica (jaleas o parches) y subdérmica (inyectable o implantes). Asimismo, recientemente se ha puesto en el mercado un nuevo esteroide, llamado tibolona, que tiene una actividad andrónica leve (Ibarra, 2003).

Un tema de gran interés actual es el efecto de la exposición a los estrógenos durante la menopausia sobre el estado mental y la capacidad cognoscitiva quienes estudian este tema se enfrentan a serios problemas metodológicos, lo que hace difícil

interpretar la información obtenida. Sin embargo varios estudios epidemiológicos han revelado que las mujeres que han recibido THR en la menopausia tienen mejor función cognoscitiva y menor riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer.

En cuanto al efecto de los estrógenos sobre las funciones mentales, en uno de dichos estudios se descubrió que el tratamiento con dosis altas facilita la atención y la memoria y otro estudio mostró que la THR por largo plazo mejora la memoria no verbal y la atención en otro informe sobre una corte de mujeres ancianas se descubrió que quienes se habían expuesto a THR tenían mejor estado cognoscitivo. Hay razones fisiológicas para explicar estos resultados, ya que los estrógenos favorecen el desarrollo de conexiones sinápticas en el cerebro y regulan la plasticidad sináptica a través de la vía de la proteincinasa activada por mitógeno (Carranza, 2003).

Por su parte Cardozo (1987) y Montgomery (1987), realizaron un estudio clínico con mujeres menopáusicas y encontraron que las pacientes presentaban una respuesta satisfactoria en la sintomatología menopáusica, incluyendo los síntomas psicológicos, (fatiga, pérdida de la autoestima y depresión) sin eliminarlas por completo. (Robert y Hagen).

Paralelamente se han efectuado estudios con relación a los estrógenos y Beta endorfina (sustancia que se produce en el cerebro, especialmente en la glándula pituitaria, y que bloquea la sensación de dolor), en las que señalan cambios conductuales y efectivos como: bienestar, euforia y placer.

La suma de los múltiples efectos de los estrógenos sobre el cerebro sugiere una acción antidepresiva que mejora el estado de ánimo y el comportamiento, en la siguiente tabla se especifican los neurotransmisores implicados:

Neurotransmisores involucrados en la depresión y efectos de los estrógenos sobre el SNC		
Neurotransmisores	Depresión	Estrógenos
Serotonina	↓	↑
Noradrenalina	↓	↑
Gaba (ácido gamma-amino butírico)	↓	↑
Opioides	↓	↑
Dopamina	↓ ↑	↑ ↓
Receptores B-Adrenérgicos	↓	↑
MAO (Monoaminoxidasa)	↓	↑

Figura 13. Neurotransmisores involucrados en la depresión y efectos de los estrógenos sobre el Sistema Nervioso Central (Jadresic, 2009).

En segundo plano aparece el uso de *progestágenos*, se ha denominado así a las sustancias que ayudan a mantener el embarazo. Son parte fundamental en la prevención de la hiperplasia y el cáncer de endometrio en la mujer climatérica que recibe estrógenos como parte de la THR y disminuyen el riesgo de osteoporosis.

La progesterona puede utilizarse por vía oral y vaginal; es eliminada por la bilis y la orina. Tienen como efectos secundarios insomnio, fatiga, depresión, acné, náuseas, vómito, síndrome y tensión premenstrual. Otros más raros son dolor abdominal, de espalda, gástrico, articular, de piernas y perineal; bochornos, galactorrea, estreñimiento o diarrea.

En México sólo cuatro tipos de progestágenos se pueden conseguir, los de origen natural, los acetatos de medroxiprogesterona, la noretisterona y la clormadinona; antes de prescribir cualquiera de estos, conviene que la paciente dé su consentimiento después de haber sido informada en forma clara y precisa acerca de los riesgos a que se expone. Basado en estudios epistemológicos, se ha descubierto

que es necesario un mínimo de 10 años de tratamiento para obtener efectos benéficos en el hueso. Asimismo, más de 10 años incrementan el riesgo de cáncer de mama (Ostrosky, 1996).

Por último están los *andrógenos* que principalmente tienen efecto en la atmosfera sexual de las pacientes, aun a pesar de que las investigaciones no han podido asegurar que la satisfacción sexual no está afectada por el aumento de edad, se ha encontrado que el deseo si se ve disminuido en la menopausia, particularmente en mujeres de 40 a 50 años. Por lo que se presenta una reducción en la frecuencia de la actividad y la respuesta sexual a medida que aumenta la edad, lo cual podría estar relacionada en parte con la dispareunia causada por la resequedad vaginal y los cambios en la sensibilidad en la piel, las irregularidades en el estado de ánimo, autoestima y en la sensación de bienestar son factores también de gran relevancia en el desempeño sexual asociado con la menopausia (Christy, 2003).

La THR administrada a corto plazo ha probado tener un efecto benéfico sobre el mantenimiento de la lubricación, la disminución de la atrofia vaginal y el aumento de flujo sanguíneo pélvico, así como en el alivio o prevención de la dispareunia. La adición de testosterona a los estrógenos resalta algunos aspectos de esta función, con gran mejoramiento de las relaciones sexuales y de la habilidad para conseguir orgasmos en las mujeres bajo THR con estrógenos más andrógenos (Ibarra, 2003).

Es importante resaltar que los tres fármacos mencionados no siempre deberán ser administrados en la misma cantidad, combinación o tiempo de tratamiento; quedando claro entonces que antes de iniciar la THR es de suma importancia valorar el perfil de riesgo de la mujer y sobre todo que ella misma lo tenga claro; así mismo clínicamente este procedimiento está indicado en situaciones específicas, por

ejemplo, cuando el riesgo de osteoporosis es muy elevado, por el contrario es menos indicado cuando por las características fisiológicas se eleva la posibilidad de desarrollar cáncer de mama.

En resumidas cuentas, se indicará a las mujeres que presenten menopausia antes de los 40 años de edad para prevenir el riesgo de osteoporosis, independientemente de que presenten o no síntomas; en las mujeres entre los 40 y 60 años, dependerá de los síntomas, del riesgo de osteoporosis y de la propia percepción de la paciente sobre las ventajas y desventajas de la THR; en mayores de 60 años sólo estará indicado si persisten los síntomas vasomotores o si el riesgo de fractura es elevado (Ibarra, 2003).

La paciente más propensa para llevar a cabo un tratamiento de THR es aquella:

- Que participa en las decisiones del tratamiento.
- Tiene información previa del climaterio y de la TRH.
- Tiene un ingreso estable.
- Lleva una alimentación saludable.
- Lleva un estilo sano de vida.
- Tiene expectativas realistas acerca del tratamiento.
- Tienen un contacto realista exterior.
- No tiene útero.
- Tiene evidencia de osteoporosis temprana (Carranza, 2003).

Por el contrario, hasta ahora se consideran contraindicaciones formales para la THR el embarazo y la presencia de hemorragia de causa desconocida; por otro lado, se creen relativas, el cáncer de mama, carcinoma de endometrio, melanoma,

trombosis venosa, hipertensión arterial no controlada, diabetes, hipertrigliceridemia, miomatosis uterina, endometriosis, enfermedades mamarias benignas y migraña.

Cuando el tratamiento ya se ha establecido, es de suma importancia realizar controles clínicos a los tres meses para poder obtener el patrón de las hemorragias vaginales (en el caso de existir); asimismo, deberá valorarse la presión arterial. Si el control inicial es normal, los subsecuentes podrán realizarse cada año, incluyendo la mastografía (Ibarra, 2003).

Una vez determinada en base a los estudios médicos correspondientes y a la decisión informada de médico-paciente la THR específica a aplicar, podrían encontrarse algunas ventajas como:

- El control de la sintomatología fisiológica (bochornos, trastornos menstruales, mejoría de la libido, mejor lubricación vaginal, disminución del insomnio, mejoría del estado de ánimo)
- Disminución de la atrofia urogenital y del relajamiento del piso pélvico, con lo que se reduce el riesgo de incontinencia urinaria.
- Disminución de la pérdida de masa ósea.
- Disminución de mortalidad secundaria a fracturas.
- Probable retardo en la aparición de enfermedad de Alzheimer.
- Una dudosa protección cardiovascular (Gambrell, 2004).

Obviamente este tipo de mejorías que ofrece la THR no se mostraran de manera automática ni prolongadamente si no se mantiene un tratamiento regular por un largo periodo de tiempo; de ahí la importancia de saber que se requiere ante todo de un abordaje integral que involucre activamente a la mujer, como su protagonista,

muchas veces ella parece apenas una espectadora de su propia historia; no es extraño pues está habituada a la pasividad, de hecho, suele referirse a sus "reglas" como algo ajeno a sí misma: "me vino..., se me fue, se me retiró," con el propósito de proveer de herramientas que les permitan superar la "crisis de la mitad de la vida", elaborar su conflictiva y acceder a la propia identidad, así como responsabilizarse de las estrategia a adoptar en el cuidado de su salud, efectuando una cuidadosa valoración de los costos y beneficios relativos a cada tratamiento (Rodríguez, 2000).

La continuación del tratamiento depende de diversos factores, entre ellos comodidad, comportamiento del periodo menstrual y vía de administración. Por ejemplo, se ha observado que la tasa de continuidad es mayor en quienes reciben el estrógeno oral diariamente que en aquellas que usan el parche bisemanal.

Para lograr mayor continuidad del tratamiento debe instruirse a la paciente sobre el mismo, informarle qué se espera de éste y realizar ajustes permanentemente. La Sociedad Norteamericana de Menopausia recomienda los siguientes puntos para lograr un seguimiento a largo plazo:

- Involucrar a la paciente en el proceso de decisión.
- Explicar riesgos y beneficios con claridad, de manera que pueda visualizarlos en su vida cotidiana.
- Personalizar el tratamiento.
- Discutir desde un principio las preferencias de la mujer y utilizarlas para mejorar la continuación.
- Dar a la paciente información que pueda utilizar.
- Ayudar a la mujer a sistematizar la toma del medicamento.
- Dar seguimiento junto con la paciente (Carranza, 2003).

En general los médicos deben orientar adecuadamente a sus pacientes acerca de esta etapa de su vida; qué es y cuáles son los síntomas que se presentan. También es necesario informar a las pacientes sobre las medidas preventivas, no debe descuidarse el aspecto psicológico y sexual en donde surgen muchas interrogantes que es necesario contestar con tranquilidad y convicción (Ibarra, 2003).

Debido a la controversia sobre el uso de la THR, muchas mujeres prefieren recurrir a otro tipo de alternativas que les haga sentir mayor seguridad, de no tener contraindicaciones, a pesar de que los resultados no sean tan notorios o veloces, como el uso de Fitoestrógenos, la homeopatía y la medicina naturista, sin embargo, es importante mencionar que ninguno de estos tratamientos, ha comprobado su eficacia y seguridad en estudios médicos monitoreados.

En cuanto a los Fitoestrógenos, son aquellos compuestos que se encuentran en las plantas con actividad biológica semejante a los estrógenos. En mujeres posmenopáusicas que consumen dietas ricas en estos compuestos, los síntomas vasomotores disminuyen en frecuencia y gravedad, que suele ser hasta de 42% a las 12 semanas de uso.

Se encuentran en un gran número de plantas que incluyen cereales, leguminosas y algunos vegetales, en particular en productos derivados de la soya, garbanzos y aceite de linaza. Por lo que su consumo puede servir en el futuro como una alternativa de prevención y tratamiento de diferentes padecimientos durante el climaterio (Carranza, 2003).

En cuanto a la homeopatía y la medicina naturista muchas de las plantas y sustancias que se utilizan en este tipo de alternativas se encuentran en investigación,

en la actualidad el uso de la mayor parte de ellas es empírico, por lo que deben tratarse con reserva y en tanto no se realicen estudios científicos no se deben prescribir. No obstante en una revisión, la Sociedad Norteamericana de Menopausia ha informado los siguientes efectos de algunas plantas sobresalientes:

- Ñame (*Dioscorea villosa*): En su estado natural contiene progesterona, pero puede obtenerse mediante procesamiento químico, se ha descrito que puede controlar los bochornos, mejorar la libido, e incrementar el tamaño mamario; sin embargo, no hay estudios que sustenten esta aseveración.
- Cohosh negro (*Cimicifuga racemosa*): No genera un efecto estrogénico, se ha utilizado para el control de síntomas vasomotores, atrofia vaginal y depresión. Como efectos colaterales puede producir mareo, náuseas, vómito y bradicardia. Su uso no se recomienda por más de seis meses. No se debe tomar junto con THR.
- Arándano agrio: Su jugo se ha utilizado como acidificante urinario.
- Dong quai (*Angelica sinensis*): Es una hierba aromática china utilizada para regular los ciclos menstruales, pero los estudios no han demostrado que sea mejor que el placebo. Al parecer, para conseguir su efecto debe asociarse a otras yerbas. Sus efectos secundarios son fotosensibilidad y anticoagulación. Por lo tanto, debe discontinuarse dos o tres semanas antes de alguna cirugía.
- Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*): Se ha utilizado para el manejo de la depresión leve a moderada. En algunos estudios se ha informado de efectos gastrointestinales, fatiga y cataratas, por lo que se debe tener cuidado con su administración (Guilly, 2005).

Sin importar su pobre confiabilidad debido a la falta de información y a la esperanza de un método natural, muchas mujeres optan por estos tratamientos en

lugar de la THR o cualquier intervención psicológica, en búsqueda del equilibrio entre su vida biológica y psicológica; por eso es importante analizar el tipo de ideas que existen en las sociedades y en las mujeres sobre lo que implica tener una vida en equilibrio en este proceso de cambios y adaptación.

2.4. Expectativas y creencias socioculturales de la mujer en edad madura.

En la mayoría de las sociedades desarrolladas, la ansiedad por las pérdidas físicas, se ha convertido en un tema importante en las descripciones populares propias de la etapa y es normal en una cultura orientada hacia la juventud, las expectativas de los adultos pueden estar influenciadas más por imágenes de la literatura y de los medios de comunicación que por lo que acontece en sus propios cuerpos y mentes, declinando su crecimiento personal (Gullette, 1999. Citados en Papalia, 2002).

El culto al atractivo es un gran conflicto en las mujeres que rebasan los 40 años, la mayoría de estas creen que los cambios que atraviesan son el inicio de la declinación de su salud, de su vitalidad, de su sexualidad y de los placeres de la vida; a diferencia de las creencias que se tenían en la antigüedad, por ejemplo, en México, las mujeres mayas esperaban con agrado esta etapa pues las liberaba del estigma mensual y les agregaba sabiduría y respeto ante la comunidad.

Para la mujer moderna, la menopausia representa no sólo la liberación del tabú de la menstruación sino el inicio de la pérdida de su capacidad, más que reproductiva en productiva, sus capacidades físicas, familiares, sociales y laborales se ven limitadas por todos aquellos cambios fisiológicos resultado de las modificaciones hormonales, a los trastornos vasomotores, la sudación nocturna, el insomnio, la falta de concentración, la labilidad emocional y la disminución de libido se suman la edad, con

todo lo que implica (arrugas, incremento de peso, etc.) los conflictos matrimoniales, la separación de los hijos y en algunos casos el retiro laboral. Esta situación genera predisposición negativa hacia el climaterio, no sólo por las pérdidas familiares, sino también por los perjuicios sociales.

Las expectativas que cada mujer tiene, incluyen no sólo la especificación de síntomas que deben esperarse, sino también una evaluación de su repercusión en la salud. El estereotipo varía según las culturas, pero también difiere dentro de una misma sociedad, en la nuestra, éste es influenciado por el aspecto médico ya que el rol de la mujer está fuertemente matizado por su capacidad de reproducción, de madre y pareja, se convierte en el mayor problema de identidad y autoestima en las mujeres que llegan a los 50 años de edad, esto es debido a que los cambios que el ciclo vital exige, se complican por las modificaciones subculturales que se derivan de la estabilidad económica, laboral, marital o de pareja, aunado a los cambios de rol, las mujeres tienen históricamente la obligación de cumplir una mayor variedad de funciones (esposa, madre, hija, educadora, ama de casa trabajadora o profesionalista) y estos requerimientos a veces están en conflicto unos con otros.

En el sentido emocional y cultural el ideal del yo femenino, requiere atributos específicos para el desempeño eficiente de este rol: amor, docilidad, comprensión, generosidad, altruismo, postergación y entrega afectiva son sus condiciones específicas (Rodríguez, 2000).

Con tantas exigencias sobre ella no es difícil que surja una crisis de roles sociales y familiares que viene a delimitar las herramientas con las que se enfrenta al climaterio. Aparecen otros factores que modifican su papel en la sociedad, su función en la familia y su comunidad ahora también dependen de sus conocimientos

adquiridos en la vida escolar, su participación en actos sociales; destacándose que las mujeres de las comunidades rurales o con bajo nivel de escolaridad, tienen menos perspectivas para incorporarse a labores productivas o sociales al término de su vida reproductiva y de crianza, estas situaciones las vuelve más frágiles al deterioro de la autoestima.

El territorio de poder de la mujer ha sido hasta hoy la vida privada, la intimidad familiar. Pero este campo de actividades se desintegra progresivamente, así como su autoridad parental, al tener hijos adultos, la labor del hogar pierde importancia. Nada le prepara para este cambio: ahora no es tenida en cuenta, por los hijos y la invade una sensación de inutilidad (E. L. A., 2004).

En este caso la depresión es un sentimiento "permitido", no así la rabia contenida, el rencor, el mal humor y el fastidio. La mujer se entristece cuando en realidad desearía enojarse, pues le teme a la hostilidad. Si protagoniza un estallido de irritación o mal humor, aparentemente inexplicable, aparecerá "ante los ojos de los demás y ante sí misma como una bruja insoportable, que agría la alegría del hogar" de modo que una de las causas más difundidas por las que inhibirá su rabia, es la descalificación permanente que recibe de los demás. El resentimiento resultará directamente proporcional a su pasividad.

Los cambios físicos como la aparición de arrugas, el aumento de peso, la sequedad o caída del cabello, operan cambios en la percepción de la realidad y sugieren el sentimiento de pérdida de control; se observa una lenta y progresiva involución del aparato genital y de las mamas, la sinuosidad de los labios bulbares disminuye por la reinversión grasa, el bello pubiano disminuye y se torna "lacio" al tiempo que se despide de su capacidad de gestar, la mujer madura debe despedirse

de su cuerpo joven. Con la edad suele acentuarse la tendencia a aumentar de peso y frecuentemente se observa una redistribución del tejido adiposo que se deposita sobre todo el abdomen. Con un cuerpo diferente la frágil auto estima femenina se aferra desesperadamente al amor incondicional para no desaparecer en el intento de sentirse persona en otras palabras: en nuestra cultura la relación con un hombre se halla tan intensamente idealizada, que resulta inconcebible el no tenerlo, este vínculo tan valorizado, confiere sentimiento de completar a la mujer, pero paradójicamente la hace más vulnerable (Deutsch, 2000).

Para la mayoría de las mujeres el bienestar descansa, según manifiesta Diobleichmar, en "La experiencia de estar incluidas, de ser parte de una relación y cuidar de ella" (Citado en Langer, 1999 pág. 156). Resultará obvia entonces la dependencia del juicio del otro en el mantenimiento de la autoestima y la correspondencia del mismo con otras causas de depresión: cuando más se amalgama una mujer con el objeto de su amor, cuanto más sacrifica a éste sus ideales, tanto más perderá su independencia, desarrollando sentimientos de impotencia e inseguridad acerca de sus propios valores.

La disfunción sexual también ocurre en la mujer con depresión y puede ser por sí misma un síntoma de ésta, o bien, un efecto colateral de un medicamento, incluyendo los antidepresivos o un signo de un trastorno endocrino. También ocurre como un padecimiento primario o como un síntoma de alteraciones psicológicas como dificultad para establecer relaciones con otras personas o historia de abuso sexual (Langer, 1999).

Tanto la confrontación con la juventud como los conflictos con su pareja; pueden llevar a la mujer a un replanteo de las normas éticas con que vivió hasta el

momento del climaterio: ¿Acaso entonces hice todo mal? –se pregunta- ¿De qué sirvió todo esto?, el furioso reproche por haber entregado “los mejores años de su vida” en la satisfacción de las conflictivas exigencias de la condición femenina, es ante todo, un auto reproche, la certeza de que el vínculo de contacto cálido y tierno con los hijos no volverá a repetirse, es tan triste para algunas mujeres, como para otras comprobar que no habrán de experimentarlo jamás, la frustración promueve en las primeras un deseo ambivalente con el anhelo de ser abuela; pero éste conlleva al mismo tiempo el temor a envejecer y habitualmente al odioso rol de suegra.

Esta crisis de roles, resulta un desafío que exige una verdadera redefinición de su ser. Si entonces la mujer introduce un cambio drástico en su vida, no lo hará por hallarse en la etapa climatérica, sino porque algo de su existencia habitual se ha vuelto intolerable, no es que ella haya perdido el control, sino en realidad que intenta gobernar su vida, algo que tal vez nunca hasta entonces ha hecho; puede que intente darse alguna oportunidad, ya que siempre deseó disponer de algunos momentos para sí, para infinidad de proyectos y deseos postergados, o tal vez sienta que ahora todo carece de sentido, que a nada le interesa, ni sabe qué hacer con ese tiempo libre que, hasta hace poco, dedicaba a atender a su padres o suegros enfermos o a sus hijos, y de pronto se encuentra deambulando sola por una casa vacía donde nadie parece querer estar (Dolto, 2002).

La presencia de enfermedad o muerte de los padres o del esposo, la aparición de una enfermedad personal los conflictos conyugales, la infidelidad, los cambios de domicilio y de nivel de vida, la separación de los hijos, la jubilación del esposo, la misma, o ambas a la vez; tienen su fin en una crisis de identidad que enfrentan las mujeres modernas. Algunos autores señalan que las alteraciones psicológicas en la etapa son proporcionales a la dependencia social de la mujer, las dedicadas a la

procreación a la familia parecen presentar mayores alteraciones, sobre todo cuando se presenta el “nido vacío”, situación que cuestiona el sentido de su vida, aquel ser protector y educador ya no tendrá razón de ser y carecerá de compensación afectiva (Christy, 2003).

Estos datos ponen en evidencia que además de los cambios hormonales, sociales y personales que giran en torno al síndrome climatérico, la historia individual y la personalidad definirán el grado de malestar psicológico que se presenta, el tipo de síntomas y los trastornos que pueden derivarse.

2.5. Síntomas y trastornos psicológicos presentes en el climaterio.

Si bien es claro que las repercusiones psíquicas son variables con cada personalidad y el acondicionamiento psicológico de la crisis depende de múltiples factores individuales, familiares y sociales, algunos expertos han tratado de encontrar síntomas típicos entre la población, en busca de un tratamiento que pueda adecuarse a cualquier mujer.

Al respecto se han realizado investigaciones acerca de las diferencias de sintomatología y su relación cultural, por ejemplo, Bromberger y colaboradores estudiaron los trastornos psicológicos causados por el climaterio en más de dieciséis mil mujeres americanas que asilaban entre 40 y 55 años provenientes de diferentes etnias, (africanas, anglosajonas, japonesas, chinas e hispanas) encontraron que hay una fuerte interacción entre los cambios fisiológicos y los psicológicos que se presentan con la menopausia y que se desarrollan a lo largo del climaterio. El estudio se realizó mediante un cuestionario de 12 puntos que median variables sociodemográficas, ginecológicas, estilo de vida y actitudes. Incluían tres puntos que

median los síntomas psicológicos; sentimientos de tensión o nerviosismo, de melancolía o depresión, y de irritabilidad o mal humor.

Al comparar esas variables entre los diferentes grupos étnicos se encontró que las mujeres de raza blanca (anglosajonas) tienen menor riesgo de padecer alteraciones psicológicas, independientemente de la edad, educación, historia de tabaquismo, pérdida de amigos, apoyo emocional, dificultades económicas, percepción de la salud, limitaciones físicas, síntomas vasomotores y trastornos del sueño (Carranza, 2003).

Gándara en relación con los síntomas detectados por diversos autores, engloba la sintomatología psíquica del climaterio en la siguiente lista:

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS PRESENTES EN EL CLIMATERIO
Agitación
Agotamiento (nervioso)
Amnesia (hipomnesia - pérdida de memoria)
Angustia
Animo variable
Anorexia
Ansiedad
Apatía
Astenia (sensación de debilidad y falta de vitalidad generalizada, tanto física como intelectual, es el término médico utilizado para el cansancio).
Baja autoestima
Bulimia
Cancerofobia
Conducta antisocial
Culpa
Depresión (tristeza)
Desinterés

Despertar precoz
Desviaciones sexuales
Dificultad de concentración
Fatiga (mental)
Frustración (sentimientos)
Impaciencia
Inseguridad emotiva
Insomnio
Irritabilidad
Labilidad emocional
Libido (descenso, incremento)
Melancolía
Migrañas
Nerviosismo
Paranoia
Pesimismo
Temores
Tensión emocional
Somnolencia

Figura 14. Síntomas psicológicos del climaterio (Greer, 2004)

Con excepción de los casos de menopausia quirúrgica, las mujeres más vulnerables parecen ser las que han hecho del rol tradicional femenino (esposa, madre, ama de casa), su fuente exclusiva de satisfacción.

Entre los síntomas más comunes se encuentra el insomnio que es atribuido por su interrelación con los pensamientos constantes de las mujeres durante la noche y efectivamente en ocasiones se corresponde al despertar repentino con sofocos intensos o con crisis de sudoración y acompaña habitualmente a la depresión. Se observa también que quienes presentan trastornos neuróticos, sobrevaloran y se quejan con mayor frecuencia de síntomas somáticos y vegetativos, a su vez que el padecimiento de los mismos suele generar un sufrimiento exagerado, gran nerviosismo y ansiedad durante todo el día.

La inseguridad emotiva en la menopausia, se explica por el desequilibrio de las glándulas de secreción interna, sobre todo tiroideas y suprarrenales, reguladoras de las emociones, es sabido que una inyección de adrenalina (secretada por la parte central de la suprarrenal) desencadena una fuerte reacción emotiva, que se muestra tanto más clara cuanto más elevado es el tono tiroideo. Igualmente pueden favorecer la emoción factores vasculares y es también conocida la facilidad de las personas mayores para emocionarse, tampoco hay que olvidar la parte considerable que se debe al sistema neurovegetativo en muchas manifestaciones de esa etapa, sofocos, palpitaciones, espasmos, sensación de sofocaciones en la garganta, ponen nerviosas a la mujer y aumenta su respetabilidad para todo choque emotivo. El climaterio, en fin, es la edad en que la mujer está más particularmente expuesta a las agresiones emotivas del ambiente. Los éxitos presentes disminuyen, las ilusiones se esfuman y entonces la mujer soporta con dificultad los reveses de la vida (Guilly, 2005).

Esta inestabilidad emotiva se observa en la mayoría de las mujeres climatéricas, muchas veces es el único trastorno psíquico de la edad crítica, tal inestabilidad se manifiesta de modo muy diferente según los casos y ya desde un cambio mínimo del carácter, perceptible sólo para los familiares, hasta grandes desequilibrios emotivos, con tensión nerviosa y manifestaciones de angustia. El miedo, la alegría, la tristeza, el amor, hacen vibrar violentamente el organismo de la mujer sensibilizada por el climaterio.

Un ejemplo de esto es la *irritabilidad* que frecuentemente fluye naturalmente de la inestabilidad emocional por los motivos más insignificantes, la mujer climatérica se exalta riñe, se enfurece, inclusive llega a cóleras violentas, y en los casos extremos hace la vida imposible a cuantos lo rodean. La transformación más inquietante, incluso aterradora, afirman, es una "repentina y horrible propensión a los ataques de

furia incontrolable". La frustración más mínima puede sofocar de rabia a la mujer sacudida por el climaterio, quien antes de advertirlo se encontrara pronunciando lo imperdonable. El exceso de ira es acompañado a veces por "una sucesión física de angustia, casi dolorosa o por una intolerable presión en la cabeza o detrás de los ojos". Este arrebatos segador con frecuencia es seguido por el más absoluto agotamiento, Así como por sentimientos de culpa impotentes y el vano deseo de "que todo ello, en verdad, nunca hubiese ocurrido". Se considera como resultado directo de los cambios hormonales de menopausia quirúrgica y no cuando ésta se produce de modo espontáneo como consecuencia de un cambio hormonal gradual y progresivo (Guilly, 2005).

Lo cierto es que a las mujeres en edad del climaterio suelen hacer mayor cantidad de consultas psicológicas o psiquiátricas (ya sea de modo espontáneo o derivadas por otros especialistas) que los hombres de igual edad. Sin embargo, no se puede asegurar que los síntomas psíquicos que aparecen antes, durante o después del climaterio, sean consecuencia del mismo; pero es posible sospechar que algo debe ocurrir en la intersección biopsicosocial de la mujer climatérica, para que las cosas sucedan de este modo. De manera que con cierta cautela se denominan psicósomáticos a los síntomas climatéricos, puesto que tienen un origen complejo en el que tanto los factores psicológicos como los sociales se suman a los biológicos para determinar sus características, frecuencia e intensidad (Videla, 1992).

Como resultado de la relación de la carencia estrogénica y la personalidad, se pueden describir dos cuadros climatéricos fundamentales: el síndrome climatérico y el síndrome afectivo climatérico. El primero se caracteriza por presentar sofocamientos y crisis sudorales frecuentes, acompañados de otros síntomas neurovegetativos y alteraciones psicológicas (insomnio, melancolía, irritabilidad, disminución de la libido),

los síntomas se agudizan en el año siguiente de la menopausia y se relacionan temporalmente con el cambio menstrual y con los niveles de estrógenos.

Por el otro lado, en el segundo cuadro los síntomas vasomotores permanecen en segundo plano y predominan los síntomas psicológicos, que deterioran el funcionamiento social y laboral de la mujer, causándole infelicidad. Este síndrome se diagnostica mediante el registro de síntomas, desde el comienzo de las alteraciones menstruales y el aumento de intensidad sobre los niveles básicos a medida que transcurre el climaterio, y se acentúan con la desaparición de la menstruación.

El trastorno afectivo puede expresarse como irritabilidad, con excitación, nerviosismo, ansiedad e insomnio; un cuadro de astenia (sensación de debilidad y falta de vitalidad generalizada, tanto física como intelectual), baja autoestima, dificultades de concentración y memoria, melancolía, cansancio, depresión, abulia (falta de voluntad o iniciativa, es uno de los trastornos de disminución de la motivación), tristeza, agotamiento, "malos pensamientos" y accesos de llanto (Salvatierra, 1993).

También existen algunas otras divisiones de los trastornos psíquicos de este periodo, están los trastornos de la memoria y la demencia, principalmente los de tipo Alzheimer; se ha informado que en el climaterio existe cerca de 30% de probabilidad de padecer este tipo de demencia.

Otros síndromes son el depresivo y de ansiedad; de los más estudiados, debido a que casi el doble de mujeres peri y posmenopausicas, que varones de edades semejantes, padecen trastornos cognoscitivos y afectivos de tipo depresivo, por su importancia se abordan con mayor detenimiento en las páginas siguientes.

La *ansiedad* es una reacción emocional universal que se caracteriza por una terrible anticipación de un suceso futuro desagradable, presenta correlaciones fisiológicas, cognitivas y de conducta, es frecuente en el ser humano. Se observa que es más recurrente en mujeres siendo la edad de mayor prevaencia para todos los trastornos de ansiedad de 25 a 44 años. Actualmente los instrumentos más utilizados para el diagnóstico de la ansiedad son la SIE-10 y el DSM-IV (Navarro, 2000).

Extraídos de este último, se describen a continuación los más frecuentes, que pueden aparecer en las mujeres durante el climaterio, los cuales deben tenerse muy presentes en el momento de realizar un diagnóstico diferencial. Comenzando con los criterios para el diagnóstico del *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)*:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (DSM-IV, 1995).

Una mujer en el climaterio que haya presentado el TAG a lo largo de su vida puede sufrir coincidiendo con la menopausia, una reactivación del cuadro pero con frecuencia los síntomas generales de ansiedad que ocurren en el climaterio son de intensidad menor y su presentación no es continua sino fluctuante.

En segunda instancia están los criterios para el diagnóstico de *crisis de angustia (panic attack)*: se considera la aparición temporal y aislada de miedo o malestar

intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones (DSM-IV, 1995).

En tercer lugar se presentan los criterios para el diagnóstico del *Trastorno de Angustia*, que indican como inciso A. Deben cumplirse 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas pero recurrentes.
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
 - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia (Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda).

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos) (DSM-IV, 1995).

El resto de los trastornos de ansiedad, Fobia específica, Fobia social, Agorafobia, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo y Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), no se describen, ya que es excepcional su comienzo después de los 30 años y no suelen plantear dudas diagnósticas con los síntomas psicológicos que aparecen en la menopausia.

De acuerdo a los criterios citados parece evidente que la ansiedad como tal es un síntoma frecuente en la mujer menopáusica, que puede manifestarse de diferentes formas como irritabilidad, decaimiento, intolerancia al estrés, nerviosismo, etc. Pero a la vista de los estudios realizados hasta la fecha podría afirmarse que no existen argumentos etiológicos que justifiquen que los trastornos de ansiedad específicos

tengan una relación casual con la menopausia en todas las mujeres, aunque sí se sabe que deben tenerse presentes ante el análisis de cada caso (Cutler y García, 2004).

Continuando con esta revisión también se mencionan los criterios para el diagnóstico del *Trastorno del Estado de Ánimo* por su presencia en la etapa.

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una situación o enfermedad médica (menopausia quirúrgica).

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (DSM-IV, 1995).

Los últimos de esta lista son los *Trastornos depresivos*, actualmente el 75% de los pacientes que los padecen son mujeres y no parece que su prevalencia vaya en

aumento a pesar del acelerado ritmo de vida de la sociedad occidental (Utiah, 2002). Entonces aunque la depresión puede presentarse en cualquier periodo de la vida, la edad adulta intermedia es un ambiente propicio para sufrir estos síntomas debido a la acumulación de experiencias desvalorizantes y estresantes, es con seguridad la antesala de un trastorno psicológico. Por su importancia para esta investigación este trastorno se retomará más ampliamente en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO III.
DEPRESIÓN

CAPÍTULO III.

DEPRESIÓN

En la década de los noventa se ha incrementado el interés por el conocimiento y estudio de los factores fisiológicos y culturales en las mujeres que se encuentran en el proceso hormonal denominado climaterio, los síntomas psicológicos y emocionales que destacan son el insomnio, nerviosismo, estrés y la depresión.

La depresión para la DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se caracteriza por la pérdida de interés y placer en casi todas las actividades durante un periodo mínimo de dos semanas, presentando cambios en el apetito, en el peso corporal, en el sueño y en la actividad psicomotora, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideaciones destructivas. (Ruiz, 2001).

3.1. Definición de depresión.

Tratando de especificar este término, se encuentra que existen diferentes corrientes que definen a la depresión entre las que destacan las dos siguientes:

I. En modelo psicoanalítico, siendo su representante Freud; él se ocupa por primera vez del problema de la depresión en el artículo titulado "Traner and Melanchalie", publicado en 1915. En él la señala indirectamente al comentar, que el duelo de un ser amado o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, el ideal, es un afecto normal paralelo a la melancolía.

Esta última caracterizándose psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio (Ramírez, 1999). A su vez, Freud considera que en el aparato interpretativo (es decir, los componentes o estructuras de la personalidad como son el ello, yo y súper-yo. El yo será objeto de un desequilibrio continuo: primero, con la duplicación y, posteriormente, con mecanismos contradictorios, como la interiorización y la proyección. Es decir una parte del yo se sitúa enfrente de la otra y la valora críticamente como si fuera algo independiente y externo a la misma; es ésta una de las instancias más complejas creadas por la mente en conflicto con la realidad, y recibe el nombre de "conciencia moral", siendo ésta la que interfiere para desarrollarse un trastorno como la depresión.

Por otro lado, Melanie Klein (1960), supone una variación temática y original en la teoría psicoanalítica de la melancolía. El conflicto va a establecerse aquí entre el yo y el ello, en lugar entre el yo y la realidad, o entre el yo y el súper yo. El conflicto es planteado por Klein de un modo psicodinámico muy similar a lo que sucede en las neurosis, sólo que en la depresión el yo (identificado con el objeto bueno) se enfrenta al ello, suponen una grave amenaza o pérdida del objeto bueno (González, 1999).

III. Mientras que para el enfoque cognitivo-conductual, la depresión no es más que una conducta aprendida por medio de la experiencia a lo largo de la vida, reforzada por erróneas interpretaciones de la realidad, al igual que muchas otras conductas que emite el ser humano, por lo que puede desaprenderse a través de la utilización de diversas técnicas de modificación cognitiva y de conducta aplicadas en la intervención clínica, dependiendo de cada paciente, su historia de vida. Considerando ésta visión como marco, entonces puede señalarse.

Comúnmente se refiere a la depresión con términos como tristeza, "tener el bajón", "estar decaída", "melancólica". Estas palabras se refieren a un estado de ánimo o emoción, pero incluye también creencias en las que se evalúa el mundo, el futuro y al sí mismo de forma negativa:

- La visión negativa del mundo consiste en verlo como lleno de obstáculos insuperables, y por tanto, carente de intereses, gratificaciones o alegrías.
- Reside en anticipar que todo será igualmente dañino como es en el presente y nada cambiará en el futuro si no es para empeorar.
- Refiere que la persona deprimida se describe a sí misma como desgraciada, incompetente o no adaptada (Bello y Crego, 2003).

A veces el estado de ánimo triste se asocia al sentirse culpable porque las mujeres se autoobservan con características distintas a las que ellas mismas atribuyen y valoran positivamente. Por ejemplo; una persona cree que la amabilidad es un valor característico de un buen ser humano, pero un día responde de mala gana a alguien en la calle que le pide ayuda para encontrar una dirección, posteriormente siente culpa de haber tenido ese comportamiento y lo siente como una pérdida, sobre la proximidad con su ideal de cómo se comportan los buenos seres humanos.

Se consigue definir entonces como un trastorno de tipo emocional, que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente. Su etimología es "depressus", esta palabra latina quiere decir abatido o derribado (Calderón, 1990).

En cuanto a los criterios diagnósticos para *episodio depresivo*, se retoman los establecidos en el DSM-IV, por ser los más objetivos actualmente, estos son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo, ó 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto)
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

3.2. Etiología y clasificación de la depresión.

Durante mucho tiempo se pensó que los trastornos depresivos tenían como causa primaria fenómenos psicológicos o condiciones sociales tales como: sensación de falta de apoyo, pérdidas tempranas de la niñez, lesiones al amor propio de la persona y sentimientos internos de coraje hacia uno mismo; sin embargo, todos estos factores permanecían como causas poco conocidas y parcialmente entendidas. En la actualidad se ha aceptado el hecho de que los trastornos depresivos resultan de alteraciones en el funcionamiento bioquímico del cerebro en correlación con este tipo de aspectos psicológicos.

También se solía confundir con la tristeza que es una emoción que tiene su origen en la pérdida de algo querido, casi todo el mundo ha experimentado alguna vez este sentimiento, es normal, pero se vuelve patológico en relación con su intensidad, duración e interferencia con el funcionamiento fisiológico y/o social de quien los padece, dando paso a la depresión clínica que es siempre diagnosticada por un profesional. (Vázquez y Sanz, 1995).

Existen diferentes enfoques que han estipulado sobre la causa de la depresión, desde los modelos bioquímicos, psicosociales, cognitivos y conductuales. Primeramente la teoría biológica, establece que está originada por un desajuste de los neurotransmisores. Por lo que con regularidad la solución es el uso de antidepresivos, aunque este no garantice que no existían recaídas (Kivela, 1998).

Dos teorías de tipo biológico han sido consideradas como posibles explicaciones de la fisiopatología de la depresión climatérica la cual es el resultado de los múltiples cambios en la función endocrina reproductiva. A la primera se le denomina "teoría del retiro estrogénico" y propone que el inicio de un estado hipoestrogénico agrava las alteraciones del estado de ánimo en mujeres climatéricas con riesgo de depresión.

La segunda teoría biológica denominada "*teoría domino*" propone que los síntomas de la perimenopáusia (bochornos y sudación nocturna) provocan trastornos del sueño y, por tanto, fatiga, la cual a su vez causa alteraciones diurnas del estado de ánimo. Según esta hipótesis, la capacidad de los estrógenos para mejorar el estado de ánimo es secundaria al alivio de los bochornos nocturnos, y a la consecuente normalización del sueño (Blazer, 1994).

La teoría psicosocial por su parte propone, en general, que las mujeres que tienen un bajo estatus socioeconómico son más propensas a los momentos estresantes de la vida, a la victimización y a la mala adaptación del estilo de vida de los hombres, precisando que estas circunstancias pueden contribuir y elevar el riesgo a sufrir una depresión. Como ejemplo, Schmidt y colaboradores reportaron rangos significativamente altos de mujeres que experimentaban eventos negativos en su vida cotidiana, (con o sin bochornos) durante un periodo de seis meses antes de que

comenzara su cuadro depresivo, esta muestra se comparó con controles de mujeres climatéricas no deprimidas, estas pacientes mostraron con mayor grado de disfunción e insatisfacción marital que las del grupo control. Estos hallazgos reavivan la posibilidad de que los eventos adversos de la vida y/o relaciones maritales rotas sean factores contribuyentes para la aparición de la depresión en esta etapa. (Sohmidt, 1993).

Las expectativas sociales negativas que aparecen con la edad y así como la pérdida de la capacidad reproductora, pueden provocar que las mujeres desarrollen síntomas psicológicos adversos en la menopausia. Las situaciones estresantes de la vida, como cuidar a un familiar anciano, o bien ser, madre soltera y tener que asumir el papel de ambos progenitores pueden contribuir a la aparición de síntomas relacionados con la depresión como la fatiga y la tristeza. (Fisner, 2000).

Calderón afirma que en la medida en que se cambia o deteriora el medio ambiente social, los factores negativos que se generan por tal cambio, desencadenan un trastorno en las personas que se encuentran en constante interacción con éste, así entonces, se entiende la aparición del estrés que presenta un desequilibrio en el estado psicológico de las personas que puede conducir a una depresión (Calderón, 1990).

Hablando del periodo climatérico en específico Ballinger y Mckinlay (1987) señalaron que la etiología se basa en los cambios psicológicos y socioculturales por los que atraviesa durante estos años. Estos cambios incluyen el sentimiento de pérdida de la femineidad, la incapacidad reproductiva, aislamiento, soledad, la pérdida o jubilación del empleo, la mala calidad de su vida marital, la pérdida de algún familiar cercano, los sucesos relacionados con la función sexual, a su vez, el

nivel educacional y los factores socioeconómicos también influyen sobre la experiencia de la menopausia. Se ha visto que las mujeres menopáusicas con menor educación y de niveles socioeconómicos más bajos tienen grados mayores de sintomatología durante la menopausia que las mujeres que viven en condiciones más ventajosas y están asociadas con mayor frecuencia al estado civil separado, divorciado o viudo. En Latinoamérica en los países que el índice de depresión es más alto son: Puerto rico, Cuba, México, Colombia, Panamá y República Dominicana (Heiby y García, 1994).

Desde el punto de vista del enfoque conductual, se destaca el modelo propuesto por Lewinsohn, que explica la aparición de las conductas englobadas bajo la categoría de depresión como función de una baja tasa de refuerzos positivos circunstanciales con la conducta del sujeto que conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una disminución de conductas. Este autor señala también como variable relevante en el mantenimiento de la depresión de la respuesta del entorno del sujeto, respuesta que inicialmente suele ser positiva y por lo tanto reforzante (facilita que se repitan), mientras que con el paso del tiempo se convierte en negativas (castigando al sujeto por emitir estas conductas), contribuyendo con ello a una mayor pérdida de refuerzos. Lewinsohn asume que variables como las características personales (sexo, edad, etc.), la historia de aprendizaje, el grado potencial de refuerzo del medio y la propia competencia o habilidad pueden determinar la tasa total de refuerzos positivos que el sujeto recibe, facilitando con ello la aparición de la depresión (Sanz y Vázquez, 1995).

Otra teoría explicativa la ofrece el Dr. Rehm, al aplicar el modelo de autocontrol a la depresión. Según este autor, los sujetos depresivos fracasan al enfrentarse a situaciones adversas en las que se da una falta o pérdida de reforzadores, ya que

presentan déficits en el proceso de autocontrol, que pueden aparecer en cada una de las tres fases del proceso: autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo, con lo que la persona no obtiene éxito en el cambio de tales situaciones. En la fase autoobservación, los fallos más frecuentes son prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos o una tendencia a prestar mayor atención a las consecuencias inmediatas, habitualmente percibidas como negativas, que a las demoradas. En la fase de autoevaluación son el uso de criterios muy exigentes durante la evaluación de la propia conducta y errores de autoatribuciones que predicen expectativas de resultados negativos. Finalmente, en la fase de autorrefuerzo, los déficits consisten en administrarse un bajo nivel de recompensas y un alto nivel de castigo (Sanz y Vázquez, 1995).

Seligman aplicó el modelo de la indefensión aprendida, desarrollado inicialmente en el laboratorio con animales, al caso de la depresión por la similitud de consecuencias entre ambos: lentitud para iniciar respuestas voluntarias, creencias negativas sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre el futuro, sentimientos de indefensión y desesperanza. La primera versión de esta teoría proponía que los síntomas arriba descritos serían el futuro de los aprendizajes que las personas van haciendo sobre la independencia entre sus respuestas y los resultados de las mismas, desarrollando con ello expectativas de no control de la situación. En la segunda versión se da más importancia al tipo de atribuciones y expectativas generadas a partir de tales acontecimientos negativos (Sanz y Vázquez, 1995).

Dentro del enfoque cognitivo-conductual aparece la teoría de Beck que sugiere que las manifestaciones depresivas son fruto de distorsiones cognitivas que llevan a la aparición y mantenimiento de la llamada "tríada cognitiva", que consiste en la visión negativa sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre el futuro. Como factor antecedente

de este tipo de perspectiva y que permite mantenerla, los sujetos depresivos se caracterizan por presentar una serie de errores sistemáticos o distorsiones cognitivas, errores que se caracterizan por ser automáticos, reflejos e involuntarios y que no pueden controlarse. En concreto, algunos de estos errores serían: indiferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización y pensamientos absolutistas; los cuales se describen más adelante en el capítulo V (Blazer, 2001 y Fisner, 2000).

Existe una gran controversia desde el punto de vista epidemiológico en cuanto al papel que desempeña la menopausia como detonante de los trastornos afectivos.

Controversia médica sobre la menopausia como factor etiológico de la depresión	
Estudios a favor	Estudios en contra
Shepherd, 1966	Winokur, 1973
Jaszman, 1969	Weissman, 1977
Hallstrom, 1975	Klerman, 1977
Ballinger, 1975	Cooke, 1984
Aylward, 1975	Osborn, 1984
Dennerstein, 1987	Mc Kinlay, 1987
Montgomery, 1987	
Parry, 1989	
Steiner, 1992	

Figura 15. Controversia médica sobre la menopausia como factor etiológico de la depresión.

En cuanto a la clasificación de este trastorno se pueden especificar tres tipos, la depresión endógena (va de lo interno (percepciones) a lo exterior (medio ambiente)), somatógena u orgánica (por un trastorno orgánico) y psicógena o reactiva (como respuesta a un hecho traumático del medio (divorcio)) (Sabanés, 1993). Sin embargo, ésta clasificación ha quedado desplazada por los criterios establecidos en el DSM-IV, que es la más aceptada hasta el momento, ésta se divide en tres:

Primeramente se mencionan los criterios de diagnóstico del *Trastorno depresivo mayor, episodio único*.

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

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

La segunda clasificación describe al *Trastorno depresivo mayor, recidivante* que debe caer en los siguientes estándares:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

El último de la clasificación es el *Trastorno distímico* cuyos lineamientos son:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de dos años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración; por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante dos meses). Además, tras los primeros dos años de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Hasta aquí se revisaron los criterios de diagnóstico en cuanto a la clasificación de este trastorno, ahora toca mencionar los síntomas con los que se enfrentan día a día las personas que lo padecen.

3.3. Síntomas característicos de la depresión.

La depresión se configura por una serie de síntomas o un síndrome que repercute y afecta los aspectos emocionales del sujeto. No todos experimentan la depresión de la misma manera; los síntomas varían según los recursos psicológicos, el clima familiar, el ambiente social y el tratamiento que lleve cada persona.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinadas pacientes con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y concentrarse más en los síntomas de la esfera física. No es raro que las climatéricas, no se quejen de tristeza o que hagan responsable de sus respuestas emocionales a la edad y manifiesten síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión no se detecte adecuadamente, ni se diagnostique, por lo que con frecuencia se presenta enmascarada, por ello es de suma importancia establecer la sintomatología y su criterios de diagnóstico (Alexopoulos, 2001).

Aproximadamente 50% de los pacientes que sufren depresión acuden a consulta con una sintomatología que sugiere la presencia de una enfermedad física; por ejemplo: cansancio, falta de energía, alteración del apetito, disminución de peso, molestias y dolores vagos o crónicos, dolor de cabeza, dificultad para respirar, estreñimiento, trastornos del sueño y sequedad de boca.

Las mujeres con depresión a menudo no tienen interés en su aseo personal ni en la higiene más elemental, mucho menos en el trabajo o en el papel social que venían desarrollando, de tal suerte que el ausentismo laboral y la baja productividad son de los primeros síntomas en presentarse. También se presenta una pérdida del interés o placer en las actividades de que disfrutaba antes, inquietud, irritabilidad. En casos extremos las pacientes pueden tener experiencias de desilusión y culpa, así como alucinaciones. En el caso particular de la población latina, además de cambios en su estado de ánimo, tienden a experimentarlas con dolores y malestares (Haynes y Parry, 1998). Desde la perspectiva conductual estos síntomas se pueden clasificar en función de los diferentes niveles de respuesta:

Indicadores anímicos: La tristeza acompañada o no de llanto; los sujetos son incapaces de reaccionar ante eventos placenteros y tampoco pueden relacionarse con el ambiente, ello habla de pérdida de interés ante cualquier ámbito de la vida diaria, Los principales elementos de esta parte son: abatimiento, pesadumbre e irritabilidad.

Indicadores motivacionales y conductuales: Dentro de estos aparece el aspecto externo: observándose que las personas dejan de preocuparse por su arreglo personal y además van adquiriendo una inhibición de los movimientos espontáneos. Las características son: vestimenta descuidada, mirada triste, ausencia de sonrisa, apatía e indiferencia. En esta área también se engloba al pensamiento y lenguaje donde el

curso del pensamiento es cíclico pues giran en torno a temas pesimistas recurrentes; a veces presenta bloqueos, respuestas tardías o pérdida de objetivos, lentitud al hablar, escasez de palabras, ideas de muerte y suicidio, autoreproches, sentimientos de culpa, vacío, ideas de ruina económica y alucinaciones. En cuanto a los trastornos motrices se refieren principalmente a la pérdida de la habilidad de comunicación no verbal, pues los movimientos se vuelven inexpresivos, uniformes y pierden sus gesticulaciones características. También se presentan alteraciones de la atención y de la memoria: los pacientes se quejan de no poder concentrarse o poner atención, olvidos habituales y disminución de la capacidad para huir de los peligros.

Indicadores fisiológicos: Dentro de estos se encuentran los trastornos del sueño, donde el sujeto presenta dificultades para dormir pero cuando consigue hacerlo, éste se interrumpe dos o cuatro horas después de haberlo conciliado o despierta antes de lo acostumbrado, sin posibilidad de volver a dormir. Los elementos que representan esta alteración son: imposibilidad de dormir, sueño inquieto y/o superficial, pesadillas de temas catastróficos, despertar continuo o prematuro y exceso de sueño. Otra alteración son los trastornos del apetito: algunos pacientes pueden empezar a evitar la comida, su olor les provoca náuseas y buscan entrar lo menos posible a la cocina. Las alteraciones presentes son: anorexia, pérdida de peso, bulimia e incapacidad para disfrutar de la comida. y del deseo sexual y otras molestias corporales (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, etc.). También están presentes las alteraciones sexuales donde se presenta disminución del apetito sexual, eyaculación precoz, impotencia y anorgasmia. Y por último en este rubro aparecen las molestias somáticas, que van desde fatiga, boca seca, estreñimiento o diarrea, sudoración (en especial por la noche), dolores de cabeza, dolores de articulaciones y musculares, taquicardia, sofoco, hipersensibilidad al ruido, hasta sensación de angustia acompañada de palpitaciones cardiacas (Sabanés, 1993).

Indicadores interpersonales: disminución del interés por los demás (Vázquez y Sanz, 1995). La clasificación anterior, si bien contiene los síntomas más comúnmente presentados por los sujetos depresivos, es importante remarcar que dependiendo del tipo de trastorno depresivo, se acentúan algunos.

3.4. Estrategias de diagnóstico e intervención psicológica.

Ya en el apartado anterior se presentaron los criterios que el DSM-IV instauro, sin embargo para poder establecer un diagnóstico de depresión específicamente relacionada con la menopausia, debe llevarse a cabo inicialmente una evaluación clínica adecuada que consiste en los siguientes puntos:

1. Elaborar una historia de la paciente y su estado hormonal, que consiste en:
 - a) Determinación del estado o ciclo hormonal.
 - b) Evaluación e investigación de antecedentes del estado de ánimo, especialmente en relación con los eventos de la vida productiva (periodo premenstrual, embarazo, posparto).
 - c) Evaluación de las circunstancias sociales y de salud.
 - d) Evaluación de la frecuencia de síntomas somáticos estrogénicos, como los bochornos.
 - e) Identificación de los factores de riesgo potencial para enfermedad cardíaca u osteoporosis, las cuales pudieran sugerir la necesidad de THR.
 - f) Conocimiento de las contraindicaciones del remplazo estrogénico en forma individual o historia familiar de cáncer mamario.

2. Medicamente la perimenopausia deberá ser:
 - a) Establecida con los valores hormonales característicos.

- b) Si es necesario, realizando un estudio en el que se estimula la hormona foliculoestimulante en mujeres alrededor de los 40 años. Estas determinaciones deberán realizarse en fase folicular temprana; si la hormona foliculoestimulante está repetidamente elevada (más de 20ui/l), puede confirmarse un estado de periclimaterio.
3. Deberán emplearse escalas estandarizadas para:
- a) Evaluar los trastornos del ánimo como la escala de depresión de Hamilton (Ham-d) y el inventario de Sintomatología Depresiva.
 - b) La sintomatología diaria deberá ser empleada como ayuda para identificar la importancia de los síntomas somáticos relacionados con el periclimaterio (como los bochornos) en la depresión climatérica y su respuesta al tratamiento.
4. Las pruebas diagnosticas deberán ser incluidas para facilitar el diagnóstico diferencial de depresión durante la menopausia: por regla general deben medirse las cifras de hormona estimulante del Tiroides y de T4 libre, y realizar un examen completo de sangre, así como mediciones de prolactina en plasma. Por otro lado, otros factores asociados que pueden causar irregularidades del ciclo menstrual, como el embarazo en sí o problemas de miomas uterinos u ováricos.

En épocas anteriores bastaba la aplicación de escalas para medir la depresión, que fueron creadas, en principio con ese único fin de evaluar los síntomas que un paciente presentaba y de esa forma emitir un diagnóstico y/o tratamiento; éstas eran muy generales, solamente se basaban en los síntomas verbalizados por el cliente y no en su naturaleza, origen o desarrollo psicofisiológico, esto seguramente se debió al impulso proporcionado por la utilización de fármacos y la necesidad de evaluar sus efectos médicos (Calderón, 1994).

Actualmente las escalas propuestas por la psicología cognitiva que han demostrado ser más eficaces y populares entre la comunidad científica son: Inventario de Beck, la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Dichas escalas tienen como objetivo evaluar la presencia de varios síntomas para el diagnóstico del síndrome depresivo.

Este último fue creado por Starke R. Hathaway y J. Charley Mc Kinley en 1942. Es el inventario construido y estudiado que más se aplica hoy en día dentro del área clínica. En su última versión MMPI-2 (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 3 escalas de validez y 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico. También tiene 15 escalas suplementarias. El contenido de los ítems varía cubriendo áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales/políticas y sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2)		
3 Escalas clínicas o de Validez	10 Escalas clínicas o Básicas	15 Escalas suplementarias de Contenido
L = Mentira	Hs= Hipocondría	ANX= Ansiedad
F=Incoherencia o Validez	D= Depresión	FRS= Miedos
K=Corrección o Defensa	Hy= Histeria	OBS= Obsesividad
	Pd=Desviación Psicopática	DEP= Depresión
	MfV= Masculinidad-Feminidad: Varones	HEA= Preocupaciones por la salud
	MfM= Masculinidad-Feminidad: Mujeres	BIZ= Pensamiento extravagante
	Pa= Paranoia	ANG= Hostilidad
	Pt= Psicastenia	CYN= Cinismo
	Sc= Esquizofrenia	ASP= Conductas antisociales
	Ma= Hipomanía	TPA= Comportamiento tipo A
		LSE= Baja autoestima
		SOD= Malestar social
		FAM= Problemas familiares
		WRK= Interferencia laboral
		TRT= Indicadores negativos de tratamiento

Figura 16. Escalas que conforman el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

Este inventario puede implementarse a grupos o individualmente, para su aplicación se pide a las personas que contesten a cada ítem, eligiendo una de tres respuestas preestablecidas que son: "cierto", "falso" o escribiendo la respuesta adecuada en el espacio en blanco correspondiente a cada pregunta de manera sincera (Calderón, 1994).

La segunda opción que es la Escala de Valoración de la Depresión fue diseñada por Max Hamilton en 1960, perfilada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias como las observaciones de otros colegas de la salud implicados en el caso (Hamilton, 1960 en Ramos y Brieva, 1986).

Si bien, su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Clasificando como: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22 y Depresión muy severa: >23.

Un año después de que se publicara esta escala, Aarón T. Beck dio a conocer su Inventario para medir la Depresión, el cual se describe en el capítulo IV.

Partiendo del diagnóstico y análisis funcional del problema, permite modificar las variables que teóricamente son responsables de la conducta depresiva, estas son de acuerdo a la TCC las cogniciones o interpretaciones distorsionadas que los sujetos hacen de los acontecimientos externos y de sí mismos.

Otra terapia comúnmente aplicada es la desarrollada a partir del modelo de Ellis, la Terapia Racional Emotiva (Modelo A-B-C-D-E) para mejorar los estados emocionales, a partir de la mediación cognitiva (B) entre los antecedentes situacionales o activadores (A) y las consecuencias emocionales (C), proponiendo el debate y cambio de tales cogniciones (D) como medios para mejorar los estados emocionales (E) (Bernard y Ellis, 1985).

De tal manera que la TCC plantea modificar las variables depresivas a través de un procedimiento que incluye de forma general los siguientes pasos:

1. Formar al cliente en los principios de la terapia cognitivo-conductual: en este paso se explica al cliente su problema actual con base a sus interpretaciones, relacionando los pensamientos automáticos con el estado de ánimo. Se puede complementar esta primera fase mostrando los resultados de las escalas y biblioterapia.
2. Enseñar al cliente a detectar los pensamientos automáticos y comprobar su relación con el estado de ánimo: una vez que el cliente conoce el papel de los pensamientos en la depresión, se le enseña a identificar y detectar sus propios pensamientos automáticos. Una de las técnicas más usadas es el autorregistro.
3. Centrarse en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones, es decir comenzar a reconocer el mundo cognitivo sí mismo.
4. Conseguir mediante técnicas conductuales y cognitivas una modificación de la sintomatología depresiva, tanto a nivel conductual como cognitivo: en éste punto se ponen en marcha técnicas que permitan desarrollar procesos de atribución, búsqueda de alternativas y confrontación con la realidad, de tal modo que permitan generar nuevos pensamientos más adaptativos, actuando por consecuencia de la misma forma.

5. Modificar las ideas o supuestos depresivos de los que parten los pensamientos automáticos y que son la causa principal de la depresión (Froján, 1998).

En forma flexible la TCC defiende la necesidad de emplear técnicas específicas en diversos momentos de la terapia, sobre todo al principio del tratamiento, cuando el paciente tiene un mayor deterioro y necesita recuperar los niveles mínimos de actividad y motivación, en la tabla siguiente se escriben las técnicas sugeridas para el tratamiento de la depresión, agrupadas en bloques según el tipo de síntoma que se quiera trabajar (Beck, 1999).

PRINCIPALES TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN
<p style="text-align: center;"><u>Síntomas afectivos</u></p> <p><u>Tristeza</u>: Distracción, entrenamiento en resistencia a cierto grado de tristeza, autoinstrucciones, preparación de actividades para momentos peores.</p> <p><u>Llanto</u>: Entrenamiento en distracción y autoinstrucciones activas.</p> <p><u>Culpabilidad</u>: Reatribución con aprobación de hipótesis.</p> <p><u>Vergüenza</u>: Reconocimiento abierto de ella.</p> <p><u>Ira</u>: Distracción y relajación breve.</p> <p><u>Ansiedad</u>: Actividad física y técnicas de distracción.</p> <p><u>Anhedonia</u> (incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades): Técnica de maestría y agrado.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Síntomas motivacionales</u></p> <p><u>Carencia de motivación y deseos de evitación</u>: Experimentos con comprobación de hipótesis, actividades graduadas, planificación de actividades, maestría y agrado.</p> <p><u>Excesiva dependencia</u>: Entrenamiento en autoconfianza de forma gradual con actividades individuales y comprobación de hipótesis.</p>

Síntomas cognitivos

Indecisión: Lista de ventajas y desventajas y decisión forzada.

Problemas vistos como abrumadores: Selección de un problema y de las estrategias constructivas para solucionarlo, solución creativa de los problemas, ensayo cognitivo y búsqueda de soluciones alternativas.

Autocrítica: Representación de papeles, respuestas racionales con la técnica de la triple columna y técnicas de reatribución.

Pensamiento absolutista: Lista de cosas que haya hecho bien el paciente, búsqueda de ganancias parciales, maestría y agrado.

Anticipaciones negativas: Comprobación de hipótesis y triple columna.

Problemas de concentración y memoria: Focalización.

Síntomas conductuales

Pasividad, evitación e inercia: Proyecto y horario de actividades, tareas graduadas y planificación de actividades.

Enfrentamiento defectuoso a problemas prácticos: Ver si el problema es real o está distorsionado y ensayos cognitivos.

Déficit en habilidades sociales: Tareas graduadas, ensayo conductual y asertividad.

Figura 17. Principales técnicas para el tratamiento de la depresión.

El uso de estas técnicas debe ser supervisado siempre por un profesional que pueda seleccionar las más adecuadas para cada caso, basándose en la teoría específica que le sirva de guía. En este caso se retomará el enfoque que Beck aporta, debido a sus sobresalientes resultados en el tratamiento de la depresión con la TCC.

CAPÍTULO IV.
EL MODELO DE BECK

CAPÍTULO IV. EL MODELO DE BECK

Una de las propuestas terapéuticas más importantes en lo que se refiere al orden cognitivo-conductual y la depresión, es el llamado modelo de Beck, originalmente diseñado como alternativa de tratamiento para el síndrome de la depresión, aunque en la actualidad se utiliza ampliamente para el tratamiento de diversos trastornos como la ansiedad, fobias y crisis de angustia.

Este modelo defiende la integración de los medios cognitivos con los conductuales, postulando que los primeros ejercerán una influencia decisiva sobre los segundos. La originalidad del punto de vista de Beck reside precisamente sobre esto, al considerar que las percepciones cognitivas son la causa primaria de los desordenes psicológicos y no elaboraciones secundarias. Por lo que entonces todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden de pensamiento capaces de ser modificados por la eliminación de errores cognitivos.

4.1. Principios básicos del modelo de Beck.

Supone que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo está elaborada por sus experiencias pasadas. Por lo tanto, la denominada prueba de realidad sigue siendo un mecanismo en gran medida subjetivo.

Sin embargo, por lo general hay consenso respecto de casi todas las experiencias, y puesto que ese consenso es compartido por una mayoría, se considera que dichas perspectivas corresponden al campo de la normalidad.

Entonces en la patología se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad. Es decir que la existencia de un sesgo en el procesamiento de la información ocasiona un comportamiento disfuncional. Para delimitar existen diez principios que caracterizan el quehacer psicoterapéutico dentro del modelo de Beck:

LOS DIEZ PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA DE BECK	
1.-Modelo cognitivo de los trastornos emocionales.	2.-Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
3.-Es breve y con límite de tiempo.	4.-Se sigue un modelo educativo.
5.-Gran importancia del trabajo para casa.	6.-Condición necesaria: una buena relación terapéutica.
7.-Estructurada y directiva.	8.-Orientada hacia los problemas.
9.-Basado en el método científico.	10.-Empleo del método socrático.

Figura 18. Los diez principios básicos de la terapia de Beck (Beck, 1976).

Sobre la base de estos principios el modelo se caracteriza por:

1. Ser extremadamente educativo y reeducativo, busca un aprendizaje de patrones alternativos y que el propio paciente sea el agente principal del cambio.
2. Las sesiones de terapia deben ser preparadas y altamente estructuradas. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y largo plazo, va a permitir alcanzar las metas de tratamiento en el plazo adecuado, que suele ser breve -unas 20 aproximadamente-.
3. El modo fundamental de trabajo con el material cognitivo que el paciente aporta, con independencia de las técnicas que se usen para hacerlo, va a ser el establecer un diálogo continuo, reflexivo, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno del paciente sobre las causas de sus problemas; lo que se conoce como método socrático.

4. Finalmente, se entiende que el problema que presenta el paciente es dependiente de ciertas estructuras cognitivas que aportan un significado especial a todo aquello que conoce una persona y cómo lo conoce.

Una de las formas que Beck utilizó para diagnosticar a sus pacientes como depresivos, fue a través del *Inventario de la depresión* que él mismo desarrolló, el cual comprende 21 categorías de síntomas o actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión. Valores numéricos del 0 al 3 cuantifican cada característica. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel. Los ítems se escogieron teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo y no tienen ninguna significación etiológica.

Fue elaborado para ser administrado por un entrevistador, se utiliza con una doble copia, una que se entrega al enfermo y la otra que es leída en voz alta por la persona que la aplica. Después de enunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique "cuál de las declaraciones define mejor como se siente en este instante". En un momento debe sugerirse la respuesta, y si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, debe registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la "A" a la "U" (Calderón, 1994).

La escala es la siguiente:

- A. Tristeza.
- B. Pesimismo.
- C. Sensación de fracaso.

- D. Insatisfacción.
- E. Culpa.
- F. Expectativas de castigo.
- G. Autodesagrado.
- H. Autoacusaciones.
- I. Ideas suicidas.
- J. Llanto.
- K. Irritabilidad.
- L. Separación social.
- M. Indecisión.
- N. Cambios en la imagen corporal.
- O. Retardo laboral.
- P. Insomnio.
- Q. Fatigabilidad.
- R. Anorexia.
- S. Pérdida de peso.
- T. Preocupación somática.
- U. Pérdida de la libido.

Este inventario aún es aplicado en el área clínica sirviendo como apoyo para la detección de síntomas depresivos. Ahora bien es importante concretizar algunos términos pilares en este modelo, a continuación aparecen los diversos conceptos que forman el núcleo teórico del tratamiento cognitivo. Sobre ellos hace girar Beck su comprensión y explicación del desarrollo de una depresión.

Primeramente como eje central aparecen los *esquemas* que son estructuras cognitivas relativamente estables que canalizan el proceso de pensamiento, la

organización activa de reacciones y experiencias pasadas, es decir, una abstracción fruto de la experiencia previa. Los esquemas activos determinan directamente la manera de responder que posee cada individuo (Beck, 1964).

Lo esencial, según Neisser, es que son los responsables de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción. Puesto que coexisten varios esquemas distintos, el procedimiento de la información depende del esquema que se haya activado.

Para Ingram y Kendall la noción de esquema se refiere a la estructura y las proposiciones cognitivas. Se concibe como la arquitectura del sistema, como la estructura que organiza internamente la información, mientras que las proposiciones cognitivas se refieren al contenido de tal información (UNAM, 2005).

Establecen las prioridades del procesamiento de información, dados los límites del procesamiento estimular del sistema perceptivo particular, permitiendo al perceptor identificar los estímulos rápidamente, categorizar los acontecimientos, seleccionar estrategias para obtener nueva información, resolver problemas y alcanzar metas, razón por la cual los individuos poseen esquemas específicos para distintas áreas de la vida.

De acuerdo a la naturaleza de las proposiciones cognitivas (creencias) se puede hablar de esquemas sociales (creencias periféricas: se relacionan con aspectos secundarios, son fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares) y del self (Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el núcleo de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón), son estos últimos los que organizan y guían el procesamiento de la

información acerca del self (sí mismo) contenida en las experiencias sociales del individuo, por ello resultan los más relevantes para la psicoterapia.

El procesamiento de la información basado en estos selecciona la información disponible, abstrae su significado y lo integra en los conocimientos almacenados sobre el self, en un proceso interpretativo que afecta todas estas operaciones cognitivas. Mediante este proceso de identificación y almacenamiento de información relevante para nuestro autoconcepto y conducta social, los esquemas acerca del self definen nuestro sentido de identidad, por lo que ostentan un peso fundamental en la personalidad y los procesos interpersonales. Dan lugar a lo que se conoce como "procesamiento autorreferente" (Antología, 2005).

El modelo de Beck identifica de forma explícita el papel de los esquemas en la formación y mantenimiento del trastorno depresivo, en la cual el contenido que más se activa refleja información negativa acerca del sí mismo. El cual se acompaña de una visión negativa del mundo, de los acontecimientos y del futuro. Estos tres esquemas están en el núcleo del trastorno cognitivo y pueden llamarse también por ello, creencias nucleares.

En un segundo lugar están las *reglas*, consisten en ecuaciones, formulas y premisas que permiten a una persona ordenar, clasificar y sintetizar sus observaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones significativas (Beck, 1976).

La *esfera personal* es un concepto clave para comprender el significado especial que se da a los objetivos tangibles e intangibles. Sirve para encontrar el sentido de sí mismo y del exterior. Es un constructo que integra todas aquellas características que se poseen, conforman y definen (Beck, 1976).

Otro de los complementos importantes son las *operaciones cognitivas*, que son los procesos en los que los diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar la información. Son las responsables de la manipulación de los datos sensoriales. Por ello juegan un papel importante en este modelo, según Beck los pacientes depresivos se caracterizan por una forma particular de operaciones cognitivas a las que llama *procesamiento o pensamiento automático*, son aquellas ideas e imágenes poco razonables, disfuncionales, repetitivas e idiosincrásicas, aunque posibles a los ojos de los pacientes (Beck, 1970).

Con este término se quiere denotar que este proceso no se da de forma deliberada, es decir, que el sujeto no elige necesariamente atender a cierta información y pasar por alto otra; de aquí siguen los *errores o distorsiones cognitivas* los cuales son:

1. *Pensamiento absolutista de tipo "todo o nada"*: Se manifiesta en la tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas, tomando una de ellas. Por ejemplo: o bien está impecable o está sucio, o soy perfecto o soy un desastre.

2. *Sobregeneralización*: Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otras situaciones. Por ejemplo, a partir de que un amigo me dice que no puede salir un día creo que rechaza mi amistad. En casos extremos llega a la *etiquetación*: "Soy indeseable", "soy un perdedor".

3. *Filtro mental*: Se trata del proceso de filtrar la experiencia de modo que se atiende sólo a un detalle de la situación sin darse cuenta de otras cosas que suceden alrededor. Po ejemplo, una estudiante de arte recibe una crítica positiva de su pintura

por parte de su maestro. Él sólo le sugiere que cambie un color en unas de las esquinas del cuadro. Por este comentario la estudiante piensa que “no sirve como artista”.

4. *Descalificación de lo positivo*: Se rechazan las experiencias positivas, insistiendo en que “no cuentan” por algún motivo u otro. De esta forma se pueden mantener creencias negativas a pesar de las experiencias positivas. Al recibir un piropo, se piensa que la otra persona sólo lo dice para no hacerla sentir mal.

5. *Sacar conclusiones precipitadas*: Se trata de llegar a conclusiones sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presenta dos variantes:

5.1. *Lectura del pensamiento*: Se presume la capacidad de saber lo que otro está pensando sin molestarse en comprobarlo o preguntarlo. Por ejemplo, se cree que un amigo está decepcionado por algo sin haberlo hablado con él.

5.2. *Rueda de la fortuna o bola de cristal*: Se considera que algo va a salir mal antes de que haya indicios para pensarlo. Este pensamiento puede basarse en supersticiones negativas, destino, etc.

6. *Engrandecer o minimizar*: Exagerar la importancia de algunos acontecimientos en disminución de otros. Por ejemplo: engrandecer la importancia del éxito de un compañero y minusvalorar el propio. A veces toma la forma de *pensamiento catastrófico*: “Esto es horrible, lo peor”.

7. *Deberes e imperativos*: Se trata de autoimposiciones que se hacen. Generalmente no son realistas y exigen más de lo que el sujeto puede dar. “Debería

poder aprobar ocho asignaturas, no sólo cinco”, “debo ser amable con todas las personas”. Cuando los “debo” no se cumplen aparecen sentimientos de culpa y fracaso.

8. *Personalización*: Tendencia a atribuirse a sí mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello.

Y por último la *pérdida* ya que a raíz de ella se puede producir un estado de melancolía, caracterizado psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, el deterioro de la capacidad de amar y la disminución del amor propio. En ella radica la clave para entender la conducta del depresivo en contra de sus instintos y necesidades más básicas.

Las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan los patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida, los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a través de estas autoevaluaciones negativas. En cuanto a la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica (Arieti, 1990).

Es en la *tríada cognitiva* (sí mismo-entorno-futuro) donde la pérdida se manifiesta cuando el depresivo se ve a sí mismo como deficiente, enfermo y con poca valía, tendiendo a atribuir sus experiencias desagradables a un efecto suyo, de tipo psicológico, moral o físico, cree que sus defectos lo convierten en un inútil que carece de valor, por lo que tiende a subestimarse a criticarse y lo más importante es que piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. En cuanto al entorno tiende a interpretar todo aquello que le ocurre en el

presente como algo imposible de realizar, como experiencias negativas, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, interpretando sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota y frustración. Por todo ello, no encuentra nada positivo en un futuro, llevándolo a pensar que las dificultades y sufrimiento continuaran indefinidamente (Beck, 1976).

4.2. Proceso terapéutico.

Al iniciar un trabajo terapéutico es importante, dar una explicación breve y sencilla del funcionamiento teórico al cliente, sobre el modelo cognitivo-conductual que se pretende aplicar con él, por ejemplo, puede decirse, "el estado de ánimo se ve más afectado por nuestras interpretaciones o pensamientos que por los acontecimientos mismos", también sobre las causas de sus problemas y de los objetivos de la terapia, debe proporcionarse un marco claro y esperanzador donde el problema quede explicado y se vislumbren alternativas del futuro. Con ello se pretende combatir la desesperanza con que a menudo acuden los clientes a la consulta.

Debe ponerse en segundo lugar especial atención en lograr la identificación de los errores cognitivos, esto supone enseñar al paciente a reconocer sus errores de procesamiento, pues es un paso previo fundamental para el cuestionamiento de sus pensamientos automáticos, ya que a la par de estos últimos se presenta con regularidad una baja en el estado de ánimo, por lo que el reconocerlos claramente, permite al terapeuta, involucrar al paciente en la tarea de combatirlos a través del uso de los recursos técnicos que posteriormente se mencionan. Aunque existan diversos modelos cognitivos, la mayoría de ellos utilizan procedimientos originados en otros enfoques además de los suyos propios. Se hallan, de esta forma, frente a un

patrimonio técnico intercambiable, no siendo así para la lógica de aplicación, la cual sigue la conceptualización teórica específica de cada modelo. Atendiendo a esta flexibilidad técnica, el enfoque cognitivo-conductual sigue la tendencia integradora en psicoterapia, representada por la SEPI (Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia). A continuación se describen algunas técnicas con independencia del modelo en el que se han generado (Caballo, 1993).

1.- Primeramente puede fomentarse la *autoobservación* pues permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo (puntuando del 1 al 100, en un listado), a partir de la perspectiva cognitiva, este procedimiento no sólo proporciona una evaluación conductual sino que permite iniciar otras intervenciones destinadas a cuestionar el procesamiento de la información que lleva a cabo el cliente.

2.- Una de las intervenciones puede ser el *diseño de experimentos o asignación gradual de tareas*: esta técnica aunque clasificada como un procedimiento de corte conductual, tiene importantes implicaciones de tipo cognitivo. Su finalidad es, la de luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad típica del paciente deprimido y por otra parte, evitar que se preocupe por las ideas negativas que le asaltan constantemente. Al paciente se le debe presentar la técnica haciéndole entender que, aunque al principio le cueste hacerla, le va a ayudar a mejorar su funcionamiento general, la idea es simplemente "hacerlo" y no "hacerlo bien" (Valdez, 2005).

Las actividades que se eligen deben ser aquellas que se pueden clasificar como "normales" y que tengan una alta probabilidad de éxito, por ejemplo: intentar hacer la cama o comprar algunos productos de la despensa. El paciente anota cuándo y dónde

debe realizar la actividad y si ha logrado hacerla o en qué medida la ha hecho, puede hacerlo en hojas previamente preparadas donde aparecen los días de la semana en una tabla con columnas correspondientes.

En segundo lugar esta técnica sirve, para encontrar las razones en contra de hacer algo; que luego son utilizadas como experimentos para comprobar su veracidad. Fungiendo como evidencias para el paciente de que es capaz de realizar actividades o de que las situaciones no resultan en realidad tan negativas como él lo piensa (Caro, 1998).

3.- Otra técnica es de *maestría y agrado* donde:

- maestría: se refiere a la sensación de ejecución, de logro al hacer una tarea, y
- agrado: a las sensaciones agradables asociadas con la realización de la misma.

Es clasificada como de tipo conductual, pero tiene a su vez una finalidad de cambio cognitivo, el de luchar contra el pensamiento absolutista, la lógica de doble valor, de "todo o nada", enunciados del tipo: "no puedo hacer nada", "si no me sale perfecto no tiene caso que lo intente". Esta técnica puede complementar la anterior, pues se puede aplicar a las mismas conductas elegidas para la planificación de actividades. Para su registro se puede anotar al lado de cada actividad el nivel de satisfacción (de 0 a 5) o de agrado (de 0 a 5) que ha experimentado el paciente al realizarla. Una de sus ventajas cognitivas estriba en que permite valorar éxitos parciales y niveles bajos de agrado (Caro, 1998).

4.- La siguiente técnica es la de *comprobación de predicciones o de hipótesis*, es de tipo cognitivo, muy característica del modelo de Beck, pues requiere un gran trabajo de debate cognitivo con el paciente, y un método del mismo corte para anular

el pensamiento negativo. Lo primero es hacer que el paciente enuncie cualquier idea negativa y que la convierta en una hipótesis, al principio, aportar ideas o datos en contra de la idea negativa es difícil para el cliente, por lo que es tarea del terapeuta, apoyarlo a través del método socrático, con preguntas directas y bien formuladas, que guíen hacia información omitida por las distorsiones cognitivas; como segundo paso se plantea un experimento para que el paciente compruebe en la "realidad" la veracidad o falsedad de la idea negativa que se cuestiona. Después se observan los resultados, sacando, finalmente una conclusión.

El intentar comprobar una hipótesis es un trabajo difícil y lento. Hay que tener en cuenta que se busca enseñar un método alternativo de ver las cosas y no prescribir determinadas conclusiones, por lo que se practica lo máximo posible en consulta para posteriormente llevarse a situaciones cotidianas.

5.-También aparece la *técnica de la triple columna* de corte cognitivo, es de las más utilizadas en el enfoque de Beck. Se pretende que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos, o ideas que le inquietan con frecuencia. Se utiliza un formato que tiene tres columnas con los bloques ordenados de izquierda a derecha de la siguiente manera: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional. El terapeuta prepara a la persona para que cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos (Caballo, 1993).

6.- Otra técnica desarrollada dentro de la modificación de conducta y que tiene que ver también con los procesos cognitivos es el *autocontrol* que se refiere a un conjunto de procedimientos que el individuo puede utilizar para modificar su propia conducta. Entre las prácticas más importantes se encuentran: el control de estímulos,

la autoobservación, el autorrefuerzo, el autocastigo y el entrenamiento en respuestas alternativas (Meinchenbaum, citado en Rentería 2005).

7.- Un ejercicio más es el de *solución de problemas (búsqueda de soluciones alternativas)* que puede dividirse en los siguientes pasos: el primero implica una definición clara del problema. En segundo lugar, se emplea el enfoque de torbellino de ideas para provocar en el paciente tantas soluciones no censuradas como sea posible, independientemente de que sean factibles o no, eficaces o no. La evaluación de las soluciones propuestas se lleva a cabo en la siguiente fase donde se examinan cuidadosamente las ventajas y desventajas de cada solución. Después de esta fase evaluativa, el paciente escoge una solución y planifica como llevarla a cabo. Una vez que la ha intentado en vivo, ambos discuten el grado de eficacia que tuvo, si necesita cambios o si se debería intentar otra solución, para de nuevo ponerla a discusión y evaluación (Caballo, 1993).

8.- No es raro que los pacientes, tanto si padecen ansiedad como si padecen depresión, muestren déficit conductuales en asertividad o habilidades sociales. La gravedad de estos determina hasta qué punto el tratamiento debería centrarse en estos componentes.

El *entrenamiento asertivo* implica la identificación de las situaciones problema seguido por el modelado de respuestas más apropiadas y eficaces, por parte del terapeuta, mientras el paciente representa a la persona con la que tiene problemas. El entrenamiento del paciente en las nuevas respuestas conductuales implica que el terapeuta represente el papel de la persona con la que tiene dificultades el paciente y éste practique sus propias respuestas. Todo esto se puede hacer para cada situación problemática empezando con las menos amenazantes. Cuando el paciente ya se

siente tranquilo representando la situación, se le asigna la tarea de comportarse asertivamente durante los días que siguen a la sesión (Caballo, 1993).

9.- La *representación de papeles (role playing o ensayo conductual)* puede aplicarse no sólo a situaciones asertivas sino a aquellas que requieren habilidades sociales. Es importante asegurarse que el paciente tendrá cierto éxito al llevar a cabo la tarea. Esto es crucial en el área del entrenamiento en habilidades de cualquier clase, puesto que a menudo son de carácter interpersonal y el fracaso puede tener un efecto negativo profundo sobre el paciente.

En otras palabras, salvo que el terapeuta estuviera seguro de que la tarea se llevará a cabo con éxito fuera de la terapia, debería ponerse de acuerdo con el paciente para que esperara antes de intentar las habilidades en vivo. Lo importante de esta técnica es que permite activar los esquemas anticipatorios (a menudo negativos) o bien, proporcionar pruebas favorables en cuanto a las posibilidades de ejecución del cliente (Caballo, 1993).

10.- Los dos métodos de *relajación* principalmente utilizados por la TCC son la muscular progresiva y la autógena, ambas son aconsejables para este tipo de tratamiento. La primera consiste en tensar y relajar sucesivamente grupos específicos de músculos. El entrenamiento autógeno induce la relajación sugiriendo sensaciones de calor y pesadez en el cuerpo y puede decirse que, en cierto sentido, es más cognitiva que la progresiva, sin embargo ambos tipos requieren de la práctica diaria. La ventaja cognitiva de este procedimiento clásico es su valor en cuanto a incrementar la percepción que del propio autocontrol tienen el cliente. Ello puede mejorar la autoimagen del sujeto, independientemente de sus efectos sobre el sistema psicofisiológico (Caballo, 1993).

11.- Dentro de las estrategias de afrontamiento aparece la *imaginación dirigida* que representa un mecanismo de afrontamiento muy poderoso, el paciente puede imaginarse enfrentándose a la situación conflictiva "como si" no estuviera ansioso. Inicialmente, el terapeuta puede ofrecer detalles del contenido de las imágenes para el afrontamiento. Si el paciente encuentra imposible imaginarse a sí mismo enfrentándose a la situación, la imagen puede centrarse, en un principio, en otra persona que se enfrenta a la situación. Cuanta más rica en detalles, como sonidos, olores, colores, etc. Sea la imagen, más absorbente será la técnica.

También se le puede pedir al paciente que recuerde una experiencia anterior que sea similar a la temida en esos momentos, se puede intentar retroceder a la primera experiencia y pedir al paciente que imagine lo que ve, los olores, los sonidos, de la situación original. A menudo surgen elementos similares entre las creencias subyacentes de la situación original y las creencias que motivan la situación catastrófica actual.

Empleando el enfoque socrático típico, el terapeuta puede señalar las similitudes entre las dos situaciones, concebir una hipótesis sobre cómo se desarrollaron las creencias en un momento de la vida del paciente, cuando no podía evaluarlas adecuadamente y subrayar las diferencias entre las dos situaciones, incluyendo las estrategias de afrontamiento de las que el paciente dispone en la actualidad (Caballo, 1993).

12.- En segundo lugar aparece la *imaginación proyectada* que implica el pedir al cliente que se imagine a sí mismo dónde quisiera estar y cómo le gustaría estar en una futura fecha determinada. Esta técnica sirve a dos propósitos: primero, para plantear objetivos realistas sobre los que el paciente pueda tener control y segundo,

para imaginarse un estado más deseable. El verse a sí mismo simplemente haciéndolo mejor, estando menos ansioso, hace que el paciente perciba este estado más a su alcance.

13.- Dos elementos contribuyen a la eficacia del acto de imaginar: la *repetición y el emparejamiento de estímulos*. Cuanto más frecuentemente se ensaye la imagen positiva, más eficaz se vuelve. Además, se pueden emparejar ciertos estímulos con la imagen, como palabras (tranquilo), colores (azul) o incluso frases. Dichos estímulos se pueden incorporar a las autoverbalizaciones del cliente, bien en momentos específicos del día, como al levantarse por la mañana o cuando se encuentra con una situación difícil (Caballo, 1993).

14.- Una más de estas imaginerías corresponde al *ensayo cognitivo* que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Ello le lleva a fijar su atención en los detalles potencialmente problemáticos y así anticipar obstáculos, que puedan estudiarse con el terapeuta, para evitar la divagación y lo que es más importante, da al paciente la sensación de que es posible llevar a cabo la tarea.

15.- Con base en las anteriores, una alternativa para deshacer ideas erróneas es *descatastrofizar*, una vez que se identifica la escena catastrófica es posible modificarla.

16.- Se puede emplear la *proyección en el tiempo* para minimizar alguna situación. Esta técnica implica proyectarse a sí mismo en el futuro para dar una perspectiva al paciente. Por ejemplo, se puede pedir a una persona que tiene miedo a una determinada operación que se imagine a sí misma a dos meses después de la operación, cuando esté totalmente recuperada (Álvarez, 2005).

17.- El *descentrar* puede ser análogo a la *comprobación de la realidad*, es una técnica desarrollada para proporcionar contra argumentos a la creencia de que se es el centro de la atención de los demás.

18.- Aparecen también las *técnicas de distracción* que no son más que la propuesta de actividades agradables para el individuo o entretenidas (rompecabezas, ejercicio físico, escribir, escuchar música, etc.) en momentos de depresión o ansiedad permite dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos.

19.- La *programación de actividades* consiste en establecer una agenda concreta de las actividades a realizar por parte del cliente tiene el atributo cognitivo de evitar la inercia, la dificultad para tomar decisiones y la repetición excesiva. En definitiva, incrementa la probabilidad de que determinadas conductas deseadas se lleven a cabo. Beck recomienda este procedimiento en caso de depresivos moderados o graves.

20.- El *uso de auto afirmaciones* se trata de la preparación se mensajes de enfrentamiento adaptativos que el cliente debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes, depresoras o ansiosas. La repetición de tales mensajes ocupa la mente con un material pre-programado que compite con un procesamiento negativo de la información.

21.- Puede emplearse el *análisis de costos y beneficios*, que supone plasmar en una hoja de papel un análisis de las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o bien, de realizar una determinada conducta. Al final el cliente distribuye cien puntos entre la columna de ventajas y la de

desventajas, quedándose así visible si es racional o no mantener tal creencia o conducta.

22.- Por otro lado especialmente en casos donde predominen sentimientos de culpabilidad puede emplearse la *técnica de reatribución*, consiste en un análisis detallado, sobre el papel, de las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimiento, con la cual se pretende una atribución más realista de responsabilidades.

23.- Una técnica muy empleada en el modelo de Beck es el llamado *registro diario de pensamientos disfuncionales*, se trata de un registro que constituye la esencia de la terapia cognitiva para la depresión.

Se puede aplicar de forma gradual de dos a cinco columnas. En las dos primeras columnas corresponde anotar los datos recabados a través de la autoobservación (situaciones y emociones que se suscitan). En la tercera se registran los pensamientos automáticos que influyen en el estado emocional negativo. La cuarta fase incluye anotar una respuesta racional al pensamiento automático, lo cual implica una intervención sobre los pensamientos anteriores. Y en la quinta columna hay que escribir las emociones resultantes de tal intervención. En sí mismo este proceso es el núcleo de esta TCC, y se va aplicando progresivamente, el cliente lo aplica como tarea en su casa, hasta que la realiza de forma automática en su vida cotidiana identificando e interrumpiendo los pensamientos disfuncionales.

24.- La última técnica aquí mencionada será la *biblioterapia*, consiste en recomendar la lectura de textos específicos que refuercen el conocimiento cognitivo del problema por parte del cliente. Existen para ello una diversidad de libros de

autoayuda que con un lenguaje sencillo intentan inculcar esquemas y procesos más funcionales, y ayudar a que el sujeto identifique sus patrones de pensamiento disfuncionales.

Al acabar este recorrido por la teoría cognitivo-conductual es preciso mencionar que ninguna de estas técnicas suelen aplicarse indiscriminadamente a todos los pacientes ni en cualquier situación, deben ser seleccionadas y aplicadas bajo la supervisión de un profesional para su buen funcionamiento, pues están aun bajo investigación de acuerdo a poblaciones específicas.

En nuestro país uno de los trabajos encontrados sobre la escala de Beck, relacionado con el tema de la menopausia como determinante importante de la forma de vivir de las mujeres, fue un estudio en el que participaron 100 mujeres pertenecientes a la clínica de menopausia del Centro Nacional de Rehabilitación cuyas edades oscilaban entre los 35 a los 55 años de edad. Con un promedio de 50% que tenían conocimientos sobre el tema y contaban con educación básica y el 50% restante sin información y con el mismo nivel académico.

Se aplicó en el auditorio del pabellón número uno del Centro Nacional de Rehabilitación, libre de ruido e intervenciones con buena iluminación, de 8 metros de largo x 10 metros de ancho. La escala de Beck midió trastornos depresivos en mujeres menopáusicas bajo las siguientes categorías motoras, cognitivas y fisiológicas. Siendo elementos básicos para el tratamiento clínico bajo el enfoque cognitivo conductual.

La escala se dividió en cuatro categorías:

a) Por edad de las pacientes pertenecientes a la clínica de menopausia.

b) Las motoras que corresponden a los ítems 10 y 15, es la conducta de llorar y el realizar con esfuerzo cualquier trabajo físico.

c) Las fisiológicas cuyos ítems corresponden al 11, 16, 17, 18, 19 y 21; número 11 corresponde a la conducta de irritabilidad, 16 a trastornos en el dormir, 17 el cansancio, 18 trastornos en el apetito, 19 pérdida del peso corporal y 21 desinterés sobre la vida sexual.

d) Y las cognitivas cuyos ítems corresponden al 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, y 20; 1 conducta de tristeza, 2 pensamiento pesimista, 3 y 7 pensamiento de fracaso, 5 sentimiento de culpabilidad, 6 pensamiento paranoide (castigos), 8 reconocimiento de sí mismo, 9 pensamientos suicidas, 12 desinterés por los demás, 13 toma de decisiones, 14 percepción aviejada y 20 pensamientos relacionados a la salud.

Las conclusiones que se encontraron con base en la investigación sobre la estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos en mujeres menopáusicas. Todas las pacientes tienden a responder de la misma manera, lo que indica que la estandarización tiene una adecuada validez y confiabilidad.

Estos hallazgos confirman con lo que dice Ballinger y Mckinlay (1999) que la depresión en la mujer climatérica va a depender de los cambios psicológicos y socioculturales por los que atraviesa en estos años y la manera en como lo percibe y vive dependiendo de la cultura a la que pertenezca. Estos cambios incluyen el sentimiento de pérdida de la femineidad, la incapacidad reproductora, la pérdida o jubilación del empleo, la predisposición negativa hacia la etapa, la mala calidad de su vida marital, la baja autoestima, la pérdida del padre o la madre en la infancia y los sucesos relacionados con la función sexual (En Meléndez, 1999).

Otro aspecto que se descubrió al término de esta investigación es que la variabilidad del inicio de la menopausia va a depender de diversas causas tales como la herencia y el grupo étnico al que pertenecen, las mujeres estudiadas señalaron que el inicio de su menstruación fue a temprana edad, por lo que el inicio de la menopausia fue de la misma manera (Arieti, 1990).

Con estos datos y sobre la base teórica de la TCC se pretende realizar la propuesta de un taller para dar herramientas a las mujeres climatéricas a sobrellevar y minimizar los síntomas depresivos que aunados a los factores sociales y biológicos, hacen de esta etapa de la vida una de las más temidas por las mujeres.

CAPÍTULO V.

PROPUESTA DE TALLER “CAMBIANDO JUNTAS”

CAPÍTULO V.

PROPUESTA DE TALLER “CAMBIANDO JUNTAS”

El presente taller tiene por objetivo, servir como una guía de apoyo para brindar herramientas prácticas que ayuden a disminuir síntomas depresivos a mujeres de entre 35 y 50 años, que atraviesen por el periodo del climaterio; es una opción reeducativa pues busca que al final las participantes, a través de estrategias brindadas por la terapia cognitivo conductual, sean capaces de mejorar su calidad de vida.

El taller se desarrollará a través de cuatro momentos evaluativos; inicialmente se llevará a cabo la selección de participantes para obtener una muestra probabilística ya que se utilizará el inventario de la depresión de Beck, verificando que cumplan con las características que requiere el taller: ser mujeres de entre 35 a 50 años, con diagnóstico médico de estar en la etapa del climaterio y presentar síntomas depresivos; este instrumento se aplicará de manera individual, en un espacio cómodo, pudiéndose elegir como máximo 16 personas, con el fin de implementar de manera funcional y práctica las técnicas cognitivo-conductuales a lo largo de las diez sesiones del taller.

Una vez seleccionada la población, se hará una evaluación inicial antes de llevar a cabo la sesión uno, ésta consta de una ficha de datos generales (Anexo 1) donde se recabará información básica con la intención de conocer el concepto que las mujeres tienen acerca del climaterio, la depresión, sus síntomas, implicaciones sociales y psicológicas, así como determinar cuál de estos aspectos les parece más problemático para su estilo de vida, será importante en esta etapa identificar las expectativas con las que iniciará el trabajo cada una de las mujeres, para plantearles los objetivos de

manera clara, buscando eliminar expectativas que puedan generar frustración en las participantes al no ser propósitos del taller.

Ya reconociendo a las participantes y habiéndoles presentado la forma de trabajo que se seguirá durante las sesiones, los horarios, la duración, el material (Anexo 5) que se utilizará y sobre todo dejado claros los objetivos que se desean alcanzar desde el enfoque de la TCC; se dará inicio a las diez sesiones de cuatro horas, realizándose dos por semana, durante cinco semanas, sumando en total cuarenta horas. En un área limpia, ventilada y cómoda, que podrá estar situada en un espacio privado, dentro de un centro comunitario, hospital o institución pública que tenga contacto con mujeres climatéricas.

Los objetivos arriba mencionados son:

- Informar los signos y síntomas biopsicosociales característicos del climaterio, para su mejor comprensión.
- Proporcionar un marco introductorio al modelo Cognitivo-Conductual y sus técnicas, conceptualizando la depresión y sus síntomas.
- Disipar la idea de pérdida de la capacidad productiva que presentan las mujeres climatéricas, relacionada con el retiro laboral la separación de los hijos.
- Debatir el sentimiento de pérdida de la femineidad implicado por la predisposición y expectativas sociales negativas hacia el climaterio y la edad.
- Plantear el fortalecimiento de la autoestima femenina como refuerzo para una sana convivencia en pareja.
- Que las participantes identifiquen estados de ánimo representativos de esta etapa, como son la melancolía e irritabilidad, para que al momento que las experimenten, sean capaces de implementar alternativas de manejo.

- Exponer que mediante el incremento de la motivación, síntomas como la apatía y la falta de iniciativa pueden disminuirse.
- Confrontar la inseguridad y la dificultad para tomar decisiones trabajando en una estrategia para desarrollar el comportamiento asertivo.
- Que las participantes consideren, como la forma en la que establecen relaciones interpersonales está relacionada con su autoestima y el grado de expectativas que creen tienen las demás personas sobre ellas como mujeres climatéricas.
- Que las participantes visualicen su vida con posibilidades de crecimiento, a través de continuar utilizando las herramientas cognitivo-conductuales que el taller les aportó.

A lo largo de las cinco semanas se llevará a cabo la evaluación continua por medio de cuestionarios al final de las sesiones 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 9 (Cuadernillo de evaluación, ver anexo 3) que registrarán los avances logrados, para su aplicación se invertirán los últimos minutos durante cada sesión; estos servirán para ir guiando el ritmo del taller y el alcance de objetivos, del mismo.

Se comenzará con el tema de climaterio en la sesión uno, abarcando la conceptualización, los síntomas biopsicosociales, con el propósito de regular la información con la que deben contar las asistentes.

Es importante también tratar de minimizar el nivel de estrés con el que puedan llegar las mujeres, pues de esto dependerá su adecuada integración, desempeño y permanencia en el grupo de trabajo, con este fin se manejará la técnica de relajación progresiva, proponiendo un guión elaborado de una serie de ejercicios, que cada mujer tendrá a la mano para practicarlos en aquellos momentos que desee relajarse, integrando así las tareas en casa.

De acuerdo a la corriente Cognitivo-Conductual que rige el presente trabajo, durante la segunda sesión se introducirá a las asistentes al modelo teórico por medio de ejemplos asociados a su vida cotidiana y mapas conceptuales de los principios básicos de la TCC, dentro de éste se abordará con mayor profundidad el concepto que da el enfoque a la depresión, en aras de fomentar en las mujeres, el pensamiento de que son capaces de decidir la forma en la que quieren atravesar esa etapa de su vida, a pesar de los aspectos biológicos; esto se trabajará por medio de las técnicas de autoobservación y el registro de pensamientos disfuncionales.

Algunos de los aspectos que generan mayor conflicto en las mujeres climatéricas son la pérdida de la capacidad productiva tanto en el ámbito laboral por la llegada de la jubilación; como en el personal, por el fenómeno del nido vacío, por ello se retomarán en la tercera sesión, en la que se buscará descentralizar y desmentir esa idea de inutilidad, utilizando técnicas como la integración y descentralización de responsabilidades y representación de papeles. Debido a que el reconocimiento de pensamientos es central para este enfoque, se continuará trabajando con la técnica de reconocimiento de pensamientos disfuncionales y la triple columna.

Socialmente el climaterio es una etapa de desvalorización de la mujer, esta consigna marca la forma en la que se conceptualizan las mujeres en esta edad, con el fin de poner en debate este sentimiento de pérdida de femineidad se trabajarán las técnicas de retribución de responsabilidad y el análisis de costos y beneficios, durante la sesión cuatro.

La mayoría de mujeres en algún momento del climaterio se observan, como hace muchos años, sólo en compañía de su pareja, ya sin actividad laboral o responsabilidad con los hijos; por lo que es de suma importancia fortalecer su

autoestima, con este fin la quinta sesión estará dedicada a las técnicas de reconocimiento de pensamientos disfuncionales al respecto de su autoestima y a la búsqueda de soluciones alternativas, esta última técnica se extenderá como tarea para casa para que se perfeccione con la práctica.

A pesar de tener una autoestima estable, en esta etapa se presentan constantes cambios emocionales, sobre todo de irritabilidad y melancolía, que hacen ver a las participantes, ante las personas que las rodean, como desequilibradas, durante la sesión seis se brindarán las herramientas de emparejamiento de estímulos y búsqueda de soluciones alternativas como estrategias para el manejo de cambios en el estado de ánimo.

Cuando los síntomas depresivos se acumulan a los cambios en el estado de ánimo normales de la etapa, el desánimo y la falta de iniciativa son de gran peso en el desempeño diario de las mujeres, haciéndolas perder su estilo de vida; como una medida preventiva para estados de apatía generalizada, en la sesión siete se trabajará en la identificación de ideas disfuncionales y la asignación gradual de tareas.

La inseguridad y la dificultad para tomar decisiones en esta etapa, son rasgos frecuentes, durante la sesión ocho se propondrá la creación, el uso constante de autoafirmaciones y el entrenamiento asertivo; como técnicas de apoyo para desarrollar un comportamiento asertivo, permitiendo a las mujeres climáticas reconocer sus capacidades y limitaciones.

La seguridad en sí mismas, la autoestima equilibrada y el comportamiento asertivo, permite establecer relaciones interpersonales adecuadas, este fin se buscará en la sesión nueve a través de las técnicas de relajación progresiva, el registro diario

de ideas disfuncionales, el uso de autoafirmaciones y la programación de actividades; resaltando la anulación de las creencias que tiene la mujer sobre lo que otros piensan acerca de ella.

Después de tratar los ámbitos más importantes en la vida de las mujeres de esta edad, se cerrará el taller en una decima sesión en la que por medio de la técnica de imaginación proyectada deberán visualizarse a sí mismas con posibilidades de desarrollo, apoyándose en el uso constante de las técnicas cognitivo-conductuales que adoptaron del taller, también se les proporcionarán herramientas simples como la biblioterapia y las técnicas de distracción como apoyo para el desarrollo de un plan de vida optimo, disfrutando de la etapa climatérica y sus implicaciones.

Como el último de los momentos evaluativos, con el fin de observar si se llegó a cumplir o no, el objetivo general, se aplicará por segunda ocasión el inventario de la depresión de Beck, comparando los resultados con los obtenidos en la evaluación diagnóstica cinco semanas atrás. Así también se aplicará un cuestionario final (Anexo 4) que deberá contestarse utilizando los conocimientos obtenidos, éste engloba el uso de las técnicas trabajadas en las sesiones, permitiendo observar de manera específica las habilidades que las participantes hayan desarrollado para la implementación posterior de las técnicas cognitivo-conductuales en aras de la modificación de esquemas.

La evaluación del taller en general pretende verificar o anular las siguientes hipótesis de investigación:

- Al modificar los esquemas cognitivos que las mujeres tienen sobre el climaterio se tiende a disminuir los errores cognitivos que presentan durante el proceso.

- Los esquemas cognitivos del climaterio interfieren directamente sobre las expectativas de vida de las mujeres que lo atraviesan.
- La depresión durante el climaterio se presentará debido a la presencia de esquemas cognitivos negativos.
- La modificación de esquemas cognitivos y conductuales hacia la adaptación, genera un cambio positivo en el estado de ánimo y síntomas depresivos.
- Al manejar herramientas cognitivo-conductuales las mujeres climatéricas cuentan con alternativas para auto observarse y minimizar sus síntomas depresivos.

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 1: Reconociendo al climaterio

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Conceptualización y síntomas del climaterio

Objetivo: Informar los signos y síntomas biopsicosociales característicos del climaterio, para su mejor comprensión.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Presentación e integración	Saludo corporal	<p>Se dará la bienvenida al inicio formal del taller. Posteriormente se formarán dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas, que se miren frente a frente. Comenzarán a presentarse con la mano y dirán su nombre, qué hacen, qué les gusta y qué no les gusta.</p> <p>El animador dará la señal para que se rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal forma que toque otra persona en frente. Se saludarán dándose un abrazo y preguntarán a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes, después vuelven a girar y esta vez se saludan con los pies, posteriormente con los codos, los hombros, etc. Después en plenaria leerán las reglas para las sesiones.</p>	Cuadernillo de trabajo	30 minutos
Informativa	Las palabras claves	<p>El instructor mencionará de forma concreta y breve el concepto de climaterio, destacando su relación con el ámbito social, biológico y psicológico.</p> <p>Se contará con dieciséis tarjetas con palabras y frases claves (formato A), cada participante tomará al azar una y anotará la relación que tiene con el climaterio, de acuerdo</p>	-16 fichas de trabajo -16 bolígrafos	20 minutos llenado de tarjetas

		a su punto de vista. Al final cada una comentará al grupo su opinión y el instructor ira concretando en el pizarrón cada aspecto con el fin de esclarecer los conceptos.	-marcador -pizarrón	60 minutos análisis de comentarios
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimento, se les comentará que ninguna debe permanecer sola.	*****	30 minutos
Relajación progresiva (presión isométrica)	A la orilla del rio	El instructor guiará el ejercicio de relajación descrito en el formato B, al término comentarán como se sintieron a lo largo de la actividad y les cuestionará si creen que este tipo de rutinas les servirían en su vida cotidiana y en qué aspecto.	Cuadernillo de trabajo	40 minutos ejercicio 30 minutos comentarios
Evaluación	Despedida	Se realizará un breve recuento mencionando los síntomas psicológicos, fisiológicos y culturales que se hallan identificado a lo largo de la sesión; posteriormente las participantes responderán el formato C de evaluación sobre la conceptualización y síntomas biopsicosociales del climaterio, en forma individual.	Cuadernillo de evaluación -16 bolígrafos	30 minutos

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 2: Introducción al modelo cognitivo-conductual.

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Principios básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual y la depresión.

Objetivo: Proporcionar un marco introductorio al modelo Cognitivo-Conductual y sus técnicas, conceptualizando la depresión y sus síntomas.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Presentación e integración	La pelota preguntona	Sentadas en círculo la pelota se hace correr de mano en mano; a una señal del instructor, se detiene el ejercicio. La persona que se haya quedado con la pelota se presenta para el grupo: dice su nombre y lo que le gusta hacer en los ratos libres. El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la totalidad. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.	-Pelota	30 minutos
Informativa	Conceptualizando	El instructor expondrá de manera general en qué consiste la TCC, las participantes lo seguirán con apoyo del formato D; se resolverán las dudas que surjan. Y se comentaran algunos caso que exponga el grupo para reafirmar la comprensión de la información.	Cuadernillo de trabajo -Pizarrón -Marcador	60 minutos
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimento, se les comentará que ninguna debe tomar el descanso sola.	*****	30 minutos

Imaginación dirigida	Reconociendo mi depresión	Primeramente se dará la definición de depresión desde el punto de vista Cognitivo-Conductual (Formato D) y sus síntomas. Posteriormente se realizará un ejercicio de imaginación dirigida en la cual se les indicará a las participantes que traten de reconocer y recordar los síntomas que han experimentado, con el fin de ir encontrando el tipo de ideas y pensamientos que están presentando, al termino del ejercicio, tendrán que anotar los síntomas que hayan reconocido, en el formato E.	Cuadernillo de trabajo -16 Bolígrafos	40 minutos ejercicio 20 minutos formato E
Autoobservación Registro de pensamientos disfuncionales	¿Cómo identificamos la depresión?	Con esta técnica se pretende que las mujeres puedan comenzar a identificar: qué pensamientos depresivos presentan, para actuar de la forma que lo hacen y qué emociones son las que han experimentado como consecuencia. El instructor les pedirá que completen el cuadro del formato F para que comiencen a reconocer y registrar sus pensamientos disfuncionales. Al término se comentaran los cuadros, procurando la retroalimentación entre las participantes.	Cuadernillo de trabajo -16 lápices -16 gomas -16 sacapuntas	30 minutos
Evaluación	Despedida	El instructor realizará un breve cierre. Las participantes responderán el formato G en forma individual, para evaluar los conocimientos que adquirieron sobre los principios básicos de la TCC.	Cuadernillo de evaluación -16 Bolígrafos	30 minutos

		desagradables o como felices, pues en base a esa selección, serán interpretadas y experimentadas las noticias relacionadas.		
Reconocimiento de pensamientos disfuncionales	Identificando ideas	El instructor explica lo que son los pensamientos automáticos, describiéndolos como aquellos pensamientos que surgen inmediata y habitualmente en determinadas circunstancias, suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas; son aprendidos en una etapa temprana de la vida de acuerdo a como han sido tratadas por los demás, lo que les han dicho sobre sí mismas y a sus experiencias generales de vida. Se les describirán situaciones problema, los pensamientos acompañantes a modo de narración, centrándose en los negativos automáticos y en los estados emocionales inadecuados que provocan; llenarán el formato I con los pensamientos disfuncionales que identifiquen.	Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos	40 minutos
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimento, se les comentará que ninguna debe tomar el descanso sola.	*****	30 minutos
Técnica de la triple columna	¿Soy capaz de reconocer mis pensamientos?	Se les pedirá que piensen durante 15 minutos sobre su rol laboral y sobre su rol de madres y escriban los pensamientos que tienen, sobre cómo se sienten, al respecto de la forma que viven cada uno de estos papeles, en el formato J. Con esta reflexión fresca, llenarán el formato K, recordando situaciones al respecto de estas dos áreas de su vida, siguiendo las instrucciones de la técnica de triple columna.	Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos -16 lápices -16 gomas -16 sacapuntas	15 minutos formato J 35 minutos formato K

Representación de papeles (role playing o ensayo conductual)	"Yo-Tú"	Esta dinámica consiste en practicar la generación de alternativas de respuestas a sus propios pensamientos negativos. El ejercicio se llevará a cabo a través del juego de roles, una participantes dirá en voz alta pensamientos automáticos negativos, mientras que otra los contrarrestara con pensamientos alternativos positivos; la que juegue el rol de negativa, empleará el pronombre "tu" ("tú nunca harás las cosas bien"), la que juegue el rol de positiva, utilizara el pronombre "yo" ("yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invertirán. (Podrán apoyarse en el formato K que abran contestado en el ejercicio anterior.	*****	40 minutos
Evaluación	Despedida	El instructor les preguntará como se sintieron durante la sesión, si les resulto fácil o complejo el comenzar a reconocer sus pensamientos y en general que estado de ánimo les provoco la reflexión. Hará hincapié en que el formato de la triple columna puede ser aplicado a cualquier otro aspecto de sus vidas en el que ellas quieran someter a análisis sus pensamientos. Como evaluación contestarán el formato L acerca de esta técnica, tan representativa del enfoque cognitivo-conductual.	Cuadernillo de evaluación -16 bolígrafos	30 minutos

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 4: ¡Porque soy mujer, sin importar mi edad!

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Femenidad y predisposición social

Objetivo: Debatir el sentimiento de pérdida de la femineidad implicado por la predisposición y expectativas sociales negativas hacia el climaterio y la edad.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Integración	Conozcámonos	El guía dará la bienvenida; cada una elegirá a la compañera que menos conozca y ambas dialogarán utilizando preguntas para conocerse mejor: ¿cómo le gusta que le llamen?, ¿qué le gusta hacer?, ¿qué no le agrada?, ¿se sienten cómodas en el grupo? Posteriormente cada dúo elegirá a otro dúo y dialogarán sobre las mismas preguntas; después cada cuarteto busca otro cuarteto. El guía elegirá a algunas de ellas para que presenten a por lo menos dos de sus compañeras cada quien.	*****	30 minutos
Análisis de costos y beneficios	La balanza	Primeramente con una lluvia de ideas se establecerá el concepto de "femineidad", el guía tendrá que ir moderando la actividad con el fin de establecer un concepto concreto y que esté claro para todas las participantes. En seguida se integrarán parejas para trabajar con la técnica de análisis de costos y beneficios, con apoyo del formato M; debatirán las ventajas y desventajas de la creencia, pensamiento automático y	-Pizarrón -9 marcadores Cuadernillo de trabajo	20 minutos lluvia de ideas 30 minutos formato M

		conductas, deberán asignarle una puntuación total de 100 entre las columnas. Para evaluar si es racional que el grupo deba o no mantener esta creencia, pensamiento automático y conductas, se dibujará en el pizarrón una balanza en la que cada pareja anotará su puntuación, observando si las ventajas o las desventajas tienen más peso para ellas. (Imagen de apoyo en el cuadernillo de trabajo)	- 16 lápices -16 gomas -16 sacapuntas	20 minutos análisis
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimento, se les comentará que ninguna debe permanecer sola.	*****	30 minutos
Réatribución de responsabili- dades	Diferentes perspecti- vas	Se formarán espontáneamente equipos de 4 mujeres, cada equipo debe buscar cinco expectativas o creencias sociales positivas y cinco negativas al respecto del climaterio y la edad, las cuales anotarán en tiras de papel bond. Posteriormente los equipos presentan al grupo sus trabajos, para ir entre todas evaluando las creencias con base en sus experiencias. El instructor deberá cuestionarles: ¿cuál de estas creencias están más presentes en el grupo?, ¿cuál de ellas se da menos? (positiva y negativa), ¿qué tan ciertas o justas les parecen las creencias sociales, sobre lo qué es capaz de realizar una mujer en esta etapa de la vida?, ¿cómo las hacen sentir este tipo de expectativas?, ¿qué creen que pueden hacer para no sentirse afectadas por las expectativas e ideas que la sociedad ejerce sobre ellas?	-8 pliegos de papel bond -16 marcadores de colores -4 cintas adhesivas	30 minutos trabajo en equipo 20 minutos exposición 30 minutos evaluación de ideas

Evaluación	Despedida	El instructor cerrará la sesión puntualizando que tanto la técnica de retribución de responsabilidad como el análisis de costos y beneficios, deben seguir siendo practicadas cada ocasión que se sientan bajo la presión de alguna expectativa generada por su familia o por la sociedad en general. Al respecto de estas técnicas en forma de evaluación contestará el formato N cada participante.	Cuadernillo de evaluación -16 bolígrafos	30 minutos
------------	-----------	---	---	------------

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 5: ¿Cuánto me valoro y cómo me conceptualizo?

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Autoestima femenina y relación de pareja.

Objetivo: Plantear el fortalecimiento de la autoestima femenina como refuerzo para una sana convivencia en pareja.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Reconocimiento de pensamientos disfuncionales	El espejo	El guía dará la bienvenida. Presentará una serie de fotografías de seis mujeres de distintas edades; les pedirá que anoten las características psicológicas, conductuales, que piensan tienen cada una de esas mujeres y con cuál se identifican. En grupo comentarán sus opiniones sobre cada foto, el instructor irá anotándolas en el pizarrón, pidiendo a las participantes que vayan evaluando sus anotaciones como probables, positivas o inconsistentes, negativas, de acuerdo a sus conclusiones cada mujer volverá a elegir con cual le gustaría identificarse y por qué.	Fotografías -32 hojas blancas -16 bolígrafos -Pizarrón -5 marcadores de colores	30 minutos Trabajo individual 30 minutos análisis grupal
Informativa Reconocimiento de pensamientos disfuncionales	Mi autoestima	El instructor dará el concepto de autoestima y resolverá las dudas que presente el grupo, con base en la información cada participante describirá (de acuerdo a su consideración) su autoestima, al término se les pedirá que lean su descripción y se les cuestionará sobre ¿Qué tan cómodas se sienten con la descripción que realizaron? ¿Les costó trabajo concretar su descripción?, ¿Qué tipo de pensamientos o características fueron más	-Pizarrón -5 marcadores de colores -16 hojas blancas	20 minutos exposición y dudas 15 minutos redacción

		sobresalientes, los negativos o los positivos?, ¿Se percataron de esa tendencia positiva o negativa al estar redactando?	-16 bolígrafos	15 minutos análisis
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimento, se les comentará que ninguna debe permanecer sola.	*****	30 minutos
Búsqueda de soluciones alternativas	¿Con cuál te quedas?	El instructor les leerá la historia "Claudia y yo" del cuadernillo de trabajo, al finalizar la lectura cuestionará al grupo: ¿Con cuál de las dos mujeres se identifican más de acuerdo a su forma de pensar?, ¿Consideran que la búsqueda de alternativas, a las situaciones negativas, es útil para mejorar el estado de ánimo de Claudia? ¿Cómo describirían la autoestima de cada una de las dos mujeres? Después, de forma libre, expondrán algunas situaciones relacionadas con sus parejas en las que ellas identifiquen haber tenido pensamientos negativos y no haber encontrado alternativas positivas para enfrentar la problemática, las compañeras podrán aportarle a la expositora las soluciones alternativas que consideren podría funcionar para mejorar la experiencia en la relación de pareja. El instructor siempre deberá aportar recursos positivos para facilitar al grupo el surgimiento de pensamientos alternativos y fomentará el respeto a las alternativas mencionadas sin importar que tan factibles sean a funcionar o fracasar al ser aplicadas en la situación real; posteriormente la expositora deberá elegir dos de las alternativas para en grupo analizar las ventajas y	Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos -Pizarrón -3 marcadores de colores.	10 minutos lectura 40 minutos trabajo grupal

		desventajas de aplicar dicha solución, con este análisis se podrá optar por la alternativa que se considere con mayor posibilidad de éxito para ser implementada en la vida real.		
Búsqueda de soluciones alternativas	Evaluación	Al término trabajarán de manera individual en el formato Ñ, el instructor apoyará a cada una, con las dudas que les vayan surgiendo con la finalidad de que ellas logren vislumbrar que cualquier situación tiene alternativas de solución.	Cuadernillo de evaluación -16 lápices -16 gomas -16 sacapuntas	30 minutos
Reconocimiento de pensamientos disfuncionales Búsqueda de soluciones alternativas	Despedida Tarea para casa	El coordinador cerrará la sesión reforzando la importancia de reconocer los pensamientos disfuncionales que llegan automáticamente a la mente, pues con base en esto podrán ser remplazados por pensamientos adaptativos y podrán encontrarse soluciones alternativas. Se dará la indicación de permanecer alertas de sus pensamientos durante toda la semana con el fin de practicar y volver la selección algo familiar y funcional para cada participante, si gustan pueden llevar un registro escrito para facilitar la actividad.	*****	20 minutos

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 6: Reconociendo mis estados de ánimo.

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Irritabilidad y melancolía.

Objetivo: Que las participantes identifiquen estados de ánimo representativos de esta etapa, como son la melancolía e irritabilidad, para que al momento que las experimenten, sean capaces de implementar alternativas de manejo.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
<p style="text-align: center;">Informativa</p> <p style="text-align: center;">Representación de papeles (role playing o ensayo conductual)</p>	<p style="text-align: center;">Polos opuestos</p>	<p>(NOTA: Al término de la sesión anterior (sesión 5), se abordará a los participantes para asignarles el papel de mujer melancólica e irritable; indicándoles que deberán llegar la sesión 6 comportándose y expresándose de acuerdo con su papel asignado, tomando como base una situación relacionada al climaterio que les haga sentirse de ese modo. No deberán comentar estas instrucciones al resto del grupo).</p> <p>Para iniciar esta sesión el instructor entrará al grupo con 15 minutos de retraso, en los cuales observará sin ser visto, la actitud de las participantes al respecto de las dos mujeres, tomará nota de los comentarios y consejos que emitan.</p> <p>Al llegar al grupo dará la bienvenida de manera normal, indicará el tema a tratar, expondrá los conceptos de irritabilidad y melancolía, posteriormente pedirá al grupo que identifiquen estos estados de ánimo en sus compañeras, con su ayuda él anotará en el pizarrón las</p>	<p style="text-align: center;">-Pizarrón</p> <p style="text-align: center;">-2 marcadores de colores</p> <p style="text-align: center;">-16 hojas blancas</p>	<p style="text-align: center;">15 minutos observación</p> <p style="text-align: center;">15 minutos información</p>

		conductas que caracterizan a cada una, después les pedirá que aporten alternativas para sobrellevar cada estado de ánimo, les leerá sus anotaciones sobre lo que observó antes de entrar al aula, para demostrarles que fueron capaces de dar alternativas a sus compañeras, por lo que también lo son para encontrarlas en sus situaciones personales.	-16 bolígrafos	30 minutos análisis grupal
Reconocimiento de pensamientos disfuncionales. Búsqueda de soluciones alternativas.	Revisión de tarea para casa	Se comentará sobre la tarea recomendada en la sesión anterior, cuestionando: ¿Consideran haberse esforzado realmente durante toda la semana para identificar sus pensamientos disfuncionales?, ¿Utilizaron algún tipo de registro escrito?, ¿Lograron encontrar alternativas de pensamiento o soluciones, cuáles?, ¿Cómo se sintieron emocionalmente al llevar a cabo la tarea y al poner en práctica sus alternativas? El instructor resolverá las dudas surgidas y recalcará que así como estas, todas las técnicas revisadas hasta el momento deben ser aplicadas poco a poco de manera integral.	*****	30 minutos
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimentos.	*****	30 minutos
Imaginación dirigida.	Mis sensaciones	Cada una trabajará en recordar los estímulos que les provocan estado de ánimo irritable y melancólico, llevarán a cabo el registro en el formato O. Con apoyo de un tapete o cobija cada una se colocará cómodamente recostada o sentada en el piso; con los ojos cerrados el instructor guiará un ejercicio de imaginación primeramente sobre las situaciones irritables, pidiéndoles que presten atención a las sensaciones que su cuerpo	Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos	20 minutos formato O 25 minutos ejercicio de irritabilidad 10 minutos formato P

Emparejamiento de estímulos.		tiene al estar irritado, cuando se hayan percatado de éstas, se les pedirá que recuerden uno de los estímulos agradables que anotaron en el formato O, aunque les sea difícil se les irá llevando a que aparten de su mente las ideas irritantes concentrándose en la actividad, persona, etc., agradable, poco a poco deberán percatarse de las nuevas sensaciones que experimenta su cuerpo. Al término llenarán el formato P y comentarán su experiencia. Posteriormente se realizará el mismo ejercicio con la melancolía.	-16 tapetes o cobijas	10 minutos comentarios 25 minutos ejercicio de melancolía 10 minutos formato P 10 minutos comentarios
Emparejamiento de estímulos	Tarea para casa Despedida	El instructor retomará los conceptos vistos y recalcará la importancia de practicar durante la semana el reconocimiento de los estímulos estresantes al momento que están causando un estado de ánimo irritable o melancólico, con el fin de poder poner en práctica el emparejamiento de estímulos al recordar y concentrarse en algún estímulo agradable; o alguna solución alternativa para minimizar los momentos desagradables.	*****	10 minutos

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 7: ¡En la forma que pienso, actuó!

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Motivación, apatía, desanimo y falta de iniciativa.

Objetivo: Exponer que mediante el incremento de la motivación, síntomas como la apatía y la falta de iniciativa pueden disminuirse.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Integración	Barberos	Sentadas en círculo cada integrante deberá referir una característica positiva de cada una de sus compañeras, con el fin de practicar ver el lado positivo de las personas y reafirmar su autoestima.	*****	30 minutos
Informativa Identificación de ideas disfuncionales	Distinguiendo los pensamientos erróneos que nos desmotivan	Se debatirá en grupo el significado de los conceptos: apatía, y falta de iniciativa, anotaran las conclusiones a las que lleguen en el formato Q, De manera individual realizarán un listado de actividades que anteriormente realizaban de manera cotidiana con agrado y que han dejado de realizar, en el formato R. El instructor expondrá los diversos errores cognitivos, que muchas veces, son los responsables de que no quieran intentar llevar a cabo alguna actividad. Cada participante pasará al pizarrón a anotar un pensamiento erróneo que haya tenido y mencionará de qué tipo es, en base a la información del cuadernillo de trabajo.	Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos -Pizarrón -Marcador	30 minutos Debate y formato Q 15 minutos formato R 30 minutos ejercicio
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimentos.	*****	30 minutos

<p>Diseño de experimentos o asignación gradual de tareas</p>	<p>Actividad y ánimo</p>	<p>El instructor comentará a las participantes que también las actividades que realizan afectan su estado de ánimo, por lo tanto, a través de sus actividades pueden evaluar cada una su estado de ánimo. Todas juntas analizarán el texto Pensamiento/actividades/estado de ánimo del cuadernillo de trabajo. Posteriormente se lanzarán las cuestiones: ¿Cómo es que las actividades agradables te pueden ayudar a cambiar tu estado de ánimo?, ¿Qué es la motivación? para ser discutidas en el grupo. (El coordinador dejará claro el concepto de motivación, para que se anote en el cuadernillo. Para llevar a la práctica la técnica de asignación gradual de tareas, se les indicará como utilizar el formato S; haciéndoles hincapié en que, aunque al principio les cueste trabajo completarlo, por tener que hacer a un lado distorsiones cognitivas, al final les va a ayudar a mejorar su funcionamiento general, la idea es simplemente "hacerlo" y no "hacerlo bien". Es importante que comiencen utilizando actividades simples y cotidianas.</p>	<p>Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos</p>	<p>30 minutos 15 minutos discusión grupal 20 minutos formato S</p>
<p>Relajación autógena</p>	<p>Respirando</p>	<p>Se llevará a cabo una respiración profunda. Escuchando música relajante de fondo, acostadas en el piso, cerrarán los ojos. Siguiendo las indicaciones: respira tan profundamente como puedas, concentrándote en los efectos cálidos que produce la entrada del oxígeno en tu organismo. Imagínate observando internamente tu respiración, que va limpiando y calentando al tiempo que pasa por el interior de cada uno de tus órganos y</p>	<p>Grabadora -CD de música relajante</p>	<p>25 minutos relajación</p>

	Evaluación	<p>extremidades. Relaja todo tu cuerpo, conforme el aire va saliendo lentamente, cada órgano y extremidades se sienten libres de presión. (Repetir 3 respiraciones)</p> <p>Se recomendará realizar la actividad de asignación de tareas de manera constante en casa, así como continuar realizando ejercicios vistos en las sesiones anteriores, para observar respuestas positivas en sus conductas y pensamientos. Individualmente responderán el formato T para evaluar la asignación gradual de tareas.</p>	<p>-16 tapetes o cobijas</p> <p>Cuadernillo de evaluación</p> <p>-16 bolígrafos</p>	<p>15 minutos formato</p>
--	------------	---	---	---------------------------

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 8: Estabilidad=Asertividad

Duración: 4 horas.

Lugar: Aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Inseguridad y asertividad.

Objetivo: Confrontar la inseguridad y la dificultad para tomar decisiones trabajando en una estrategia para desarrollar el comportamiento asertivo.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Integración	Observando el espejo	Se dará la bienvenida a la sesión, cada mujer se observará frente a un espejo de cuerpo completo, reconociendo quiénes son; sus características físicas, carácter, pensamientos, emociones y conductas, redactarán con ayuda del guía autoafirmaciones utilizando sólo aspectos positivos que anotarán en el formato U. Al término compartirán al grupo lo que observaron, para retroalimentar los listados de autoafirmaciones, con el fin de reconocer que no todo lo que se piensa de uno mismo es igual a lo que perciben las demás personas, el instructor deberá ayudarlas a enfocarse en sus aspectos positivos cuando ellas los pierdan de vista. Se les indicará que deben mentalizar constantemente las frases de sus listados y les será útil repetirlas en situaciones estresantes, depresoras o ansiosas.	-Pared de espejo	20 minutos observación
Autoafirmaciones			Cuadernillo de trabajo -16 bolígrafos	40 minutos retro-alimentación grupal

Información		Integrarán equipos de 4 personas, describirán como es su conducta verbal y no verbal durante un bochorno, un ataque de irritabilidad, melancolía, ansiedad e insomnio; deberán anotar sus conclusiones en el formato V.	Cuadernillo de trabajo	20 minutos trabajo en equipo
Entrenamiento asertivo	Los síntomas incómodos	El instructor dará la definición de asertividad y toma de decisiones, especificará las conductas verbales (volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal y selección del momento apropiado para emitir la respuesta asertiva). Revisarán si las conductas que anotaron en el formato V son asertivas. Con ayuda del instructor, entre todas propondrán como pueden comportarse asertivamente a pesar de estar presentando algún síntoma incomodo, anotarán sus conclusiones en el formato V.	-16 bolígrafos	20 minutos exposición 20 minutos trabajo grupal
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimentos.	*****	30 minutos
Entrenamiento asertivo	Practicando para la acción	En el formato W, identificarán individualmente dos situaciones en las que sus síntomas climatéricos les causan problemas para ser asertivas. Después entre todas, en lluvia de ideas; con la selección del instructor modelarán respuestas más apropiadas y eficaces para ser asertivas en esas situaciones. Con base en esas soluciones alternativas, en parejas, practicarán el llevarlas a cabo ante otra persona imaginando que ésta, es algún familiar u otra persona con la que hayan vivido las situaciones incómodas. Escribirán como se sintieron después de practicar ser asertivas, entre ellas.	Cuadernillo de trabajo -16 Bolígrafos	10 minutos identificado situaciones 25 minutos modelado de respuestas 25 minutos trabajo en parejas

<p>Autoafirmaciones</p> <p>Entrenamiento asertivo</p>	<p>Evaluación</p>	<p>Para evaluar el uso de autoafirmaciones y entrenamiento asertivo, individualmente responderán el formato X. Se recomendará esforzarse durante la semana en actuar asertivamente y continuar realizando las actividades de las sesiones anteriores.</p>	<p>Cuadernillo de evaluación</p> <p>-16 lápices</p> <p>-16 gomas</p> <p>-16 sacapuntas</p>	<p>30 minutos</p>
---	-------------------	---	--	-------------------

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 9: ¿Cómo me relaciono?

Duración: 4 horas.

Lugar: Jardín con pasto cómodo y aula amplia, ventilada y limpia.

Temas: Relaciones interpersonales.

Objetivo: Que las participantes consideren, cómo la forma en la que establecen relaciones interpersonales está relacionada con su autoestima y el grado de expectativas que creen tienen las demás personas sobre ellas como mujeres climatéricas.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Relajación progresiva	Espacio vital (perdiendo el miedo a los demás)	Se dará la bienvenida en el jardín, cada mujer se colocará de forma cómoda en una cobija o un tapete, con los ojos cerrados, se les guiará para que agudicen sus sentidos acerca del ambiente, es decir, el clima, las texturas con las que tienen contacto, su respiración, el latir de su corazón, que experimenten sentir el cuerpo que les pertenece y que esto se acompañe de la satisfacción de encontrarse consigo mismas. Posteriormente se les indicará que tomen la posición de una semilla en proceso de germinación que con ayuda de elementos externos a ella, se desarrollará y crecerá individualmente. Se les dirá que presionando su brazo izquierdo será la raíz que se fortalece de la tierra donde está afianzada; que su brazo derecho es una rama que empieza a crecer en busca de aire, sol y agua; poco a poco se irán levantando con los brazos extendidos, semejando ramas en crecimiento y que éste se efectúe hasta donde les sea posible, que nada debe obstaculizar éste crecimiento. Continuarán afianzando sus pies en la	-Jardín limpio y cómodo	20 minutos ejercicio
			-16 cobijas o tapetes	10 minutos comentarios

		tierra como raíces. Aun con los ojos cerrados; se les invitará nuevamente a percibir el espacio vital que les pertenece (hacia arriba, hacia abajo y hacia los lados) y a que nada obstaculice dicho crecimiento. Abriendo los ojos, se mirarán unas a otras, como si fueran la primera vez que lo hicieran. Dejarán entrar en su espacio vital a las personas que ellas deseen. Para finalmente formar un círculo entrelazado. Quienes lo deseen compartirán sus experiencias, guiando el proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.		
Registro diario de ideas disfuncionales	Las cinco columnas	Se invitará a reflexionar al grupo sobre sus expectativas, sus pensamientos y comportamientos, utilizando cuestionamientos como: ¿Qué es lo que esperas de otras personas y de ti misma en esta etapa de tu vida?, ¿Qué es lo que los otros esperan de ti?, ¿Cuál es la impresión que causas a otras personas como mujer de tu edad?, ¿Cómo impactas con tu cuerpo: sonríes, miras a los ojos, pareces cansado o triste, hablas muy despacio y suave o con voz fuerte, escuchas a los otros, te quejas?, ¿Reconoces lo que sientes a cada momento?, ¿Comunicas de forma adecuada lo que sientes? Con las ideas presentes se les indicará como trabajar a través de la técnica de registro de ideas disfuncionales, aquellos pensamientos que encontraron al contestar las preguntas enfocándose en situaciones de su vida diaria; a través del uso del formato Y.	Cuadernillo de trabajo -16 lápices -16 gomas -16 sacapuntas	30 minutos reflexiones 30 minutos formato Y
*****	Descanso	Saldrán a tomar un descanso y alimentos.	*****	30 minutos

Auto-afirmaciones	¡Yo te veo!	Cada mujer se colocará una hoja en blanco en la espalda, todas caminarán de manera libre en el aula, al ritmo de música relajante, al detener la pista cada una escribirá en la hoja de otra compañera, una autoafirmación, que considere describe a esa compañera, por ejemplo: Ana escribe en la hoja de Julia "Yo soy una mujer fuerte y valiente" porque Ana ve de esa forma a Julia, la dinámica terminará cuando todas hayan recibido de las demás una autoafirmación; despegarán sus hojas y leerán con voz firme sus anotaciones. Se reflexionará en grupo si esperaban que las demás personas observaran las cualidades positivas que les escribieron y como se sintieron durante la dinámica al permitir que opinaran al respecto de ellas. El guía resaltará los errores cognitivos, que se presentan al pensar, sobre la imagen que tienen los demás de nosotros mismos.	-16 hojas blancas -cinta adhesiva -16 plumones base agua Grabadora -CD de música relajante	25 minutos dinámica 30 minutos reflexión
Programación de actividades	Recuperando tiempo Evaluación	Cada una contestará el formato Z, recordando actividades específicas que han realizado. Posteriormente en equipos de cuatro se llevará a cabo una breve charla, sobre sus recuerdos agradables a lo largo de su vida en el ámbito familiar, personal y laboral. Con base en las vivencias anteriores expresarán y planearán en el formato Z2, una lista de actividades o personas que desearían volver a realizar, contactar o restaurar una relación ya sea familiar o de amistad. El coordinador cerrará invitándolas a realizar las actividades tal cual las planearon y registrar sus resultados obtenidos.	Cuadernillo de trabajo Cuadernillo de evaluación -16 bolígrafos	15 minutos formato Z 20 minutos trabajo en equipo 30 minutos formato Z2

CAMBIANDO JUNTAS

Sesión 10: Disfrutando ser una mujer climaterica

Duración: 4 horas

Lugar: Jardín con pasto y limpio.

Temas: Plan de vida

Objetivo: Que las participantes visualicen su vida con posibilidades de crecimiento, a través de continuar utilizando las herramientas cognitivo-conductuales que el taller les aportó.

Técnica	Actividad	Desarrollo	Material	Duración
Imaginación proyectada	Mi futuro	La sesión se llevará a cabo en el jardín, con ayuda de una cobija o un tapete las participantes se colocarán cómodamente, la indicación será: en silencio imagínate en el lugar dónde quisieras estar en un mes. Debe enfatizarse el cómo, con quién, sintiendo qué, actuando de qué forma, con qué tipo de pensamientos, con qué imagen corporal, todo a detalle. Al término lo redactarán en una hoja de color que decorarán como ellas elijan. Se les indicará que cada vez que pierdan el ánimo de continuar trabajando con las herramientas cognitivo conductuales puede leer su carta para enfocarse nuevamente en lo que quieren lograr.	-16 cobijas o tapetes -16 hojas de color -16 bolígrafos de colores -40 colores -3 planillas de estampas	25 minutos imaginación proyectada 25 minutos carta
Biblioterapia	¡A leer!	Se dará lectura al texto "Cambiando juntas", se comentará al respecto en grupo y se les recomendará la lectura de libros y direcciones web específicos sobre el climaterio; que refuercen el conocimiento cognitivo conductual fomentado en el taller.	Cuadernillo de trabajo	20 minutos lectura 30 minutos comentarios

*****	Día de campo	Previa organización, se llevará a cabo un día de campo donde las participantes puedan convivir de forma libre.	*****	40 minutos
Técnicas de distracción	¿Jugamos?	Se les presentará la propuesta del uso de técnicas de distracción, explicando que son aquellas actividades agradables o entretenidas para ellas como: armado de rompecabezas, bailar, escribir cuentos o relatos, bordar, en general aquellas que en momentos de apatía, desinterés, irritabilidad, ansiedad, les permiten dirigir sus pensamientos y atención hacia otro tipo de actividades, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos. Cada una elegirá que actividad realizará (bailar, escribir un cuento, armar rompecabezas) y posteriormente comentarán que pensamientos tenían mientras realizaban sus juegos.	-2 rompecabezas Grabadora - CD de música -15 hojas blancas -10 bolígrafos	15 minutos exposición 20 minutos juegos 15 minutos comentarios
Mesa redonda	Cierre del taller	El instructor recapitulará de manera concreta lo que se trabajó en el taller a lo largo de las 10 sesiones, dará su punto de vista acerca de los cambios que haya observado en cada una de las mujeres y las invitará a que cada una mencione que se lleva del taller (información, técnicas, experiencia, relaciones) y sobre todo, si generó algún cambio en su forma de pensar acerca de ella misma de su entorno y de su futuro.	*****	40 minutos
Cuestionario	Evaluación	De manera personal responderán el formato de evaluación final.	Formato de evaluación -16 bolígrafos	30 minutos

CONCLUSIÓN

CONCLUSIÓN

Cualquiera que estudie el campo de las psicoterapias actuales se enfrenta a un dilema; han surgido más de cien propuestas, cada una con sus propios partidarios y afirmaciones de eficacia (Singer, 1996). La mayoría persiguen a través de distintos métodos, el mismo fin; que es el de la psicología en general, el estudio de la mente a través de la conducta y todo aquello que la determina, como los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos.

Para este trabajo se eligió el Cognitivo-Conductual por su labor específica en modificación de esquemas de pensamiento, los cuales de acuerdo a la información teórica revisada; son determinantes para el trastorno depresivo y pautas para la forma de experimentar el proceso climatérico.

Dentro del cual, en estudios realizados en la población femenina, se han encontrado áreas donde se generan ideas irracionales que contribuyen al desarrollo de síntomas depresivos, entre ellas están: la percepción de sí mismas, definiendo su autoestima, auto percepción y autoimagen como negativas; para contrarrestar esta situación se propuso el uso de técnicas que enfocan a la mujer hacia sus valores, cualidades afectivas y productivas por encima del aspecto físico basado en un ideal de la belleza de la juventud, retomando actividades intelectuales o creativas que tiempo atrás hayan dejado por adoptar un rol de esposa o madre.

El segundo ámbito encontrado con relevancia, es la relación de pareja, pues incluye el aspecto sexual tan afectado por el carácter biológico del climaterio, se pretende modificar aquí el pensamiento de pérdida de la femineidad, informando la sintomatología real del proceso, redefiniendo los objetivos que se desean alcanzar al

lado de la pareja, desvalorizando las expectativas generadas socialmente sobre el rol de madre o abuela y enfocándose en sus necesidades reales.

Otra de las relaciones destacadas es la laboral, debido al impacto que la jubilación tiene sobre las creencias y estilo de vida, ésta se aborda a través del análisis de costos y beneficios, la búsqueda de soluciones alternativas y la reatribución de responsabilidades, con el fin de brindar un panorama distinto al acostumbrado pero lleno de nuevas experiencias igualmente valiosas y enriquecedoras.

Por último, aparece el reproche social ante la actitud cambiante de las mujeres climatéricas debido al proceso hormonal, la modificación del estado de ánimo repentina, representa un sentimiento de frustración e inadaptación hacia su propio cuerpo y estado emocional; es útil en este caso implementar técnicas que fomenten cierto grado de control emocional como la relajación y la asertividad.

Todos estos aspectos son trabajados específicamente en el taller propuesto, pretendiendo que al término de su implementación las mujeres sean capaces de continuar realizando las técnicas Cognitivo-Conductuales sobre modificación de esquemas mediante las cuales lograrán minimizar los síntomas depresivos con conductas más adaptativas; comprobando así las hipótesis que afirman que al modificar los esquemas cognitivos que las mujeres tienen sobre el climaterio, se tiende a disminuir los errores cognitivos que presentan durante el proceso, interfiriendo directamente de manera positiva, sobre el estado de ánimo y las expectativas de vida de las mujeres que lo atraviesan.

Por medio de la bibliografía revisada, se encontró una reincidente relación entre los síntomas depresivos y el periodo climatérico, sin embargo, no se hallaron

datos contundentes para poder comprobar la hipótesis de que la depresión como trastorno se desarrolla por las características psicológicas originadas por el climaterio.

Es importante resaltar que como este taller no se aplicó a una población real, sería recomendable durante su realización, revisar algunos aspectos, como el número de participantes, considerando que se requiere en algunas sesiones el trabajo en parejas y de manera general se pide la participación oral y elaborar las técnicas de manera reflexiva, por lo que el manejo de un grupo numeroso dificultaría el alcanzarse de los objetivos.

Otra recomendación sería la apertura al uso de más técnicas cognitivo conductuales que no fueron consideradas en este taller y que sean más recomendables para las necesidades concretas que presente la población seleccionada, considerando si ésta es canalizada por alguna institución específica o de acuerdo a las creencias sociales de la región en la que se lleve a cabo.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE DATOS GENERALES

CAMBIANDO JUNTAS

Nombre: _____
Edad: _____ Nacionalidad: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____
Esposo o pareja: _____
Hijos: _____

Contesta breve y sinceramente las siguientes preguntas:

1.- ¿Qué es el climaterio? _____

2.- Anota los síntomas físicos que identificas en ti misma a partir del inicio de tu menopausia: _____

3.- Menciona tres síntomas psicológicos o emocionales que presentes con mayor frecuencia: _____

4.- ¿De qué manera ha influido la menopausia en tu estilo de vida? _____

5.- ¿En qué forma la menopausia ha modificado tus relaciones familiares y sociales? _____

6.- Define depresión: _____

7.- ¿Qué esperas aprender en este taller? _____

¡Gracias por tu participación y sinceridad!

ANEXO 2

CUADERNILLO DE TRABAJO

CAMBIANDO JUNTAS

REGLAS PARA LAS SESIONES

1. ¡Llega a tiempo!, ¡SE PUNTUAL!
2. ¡VEN CADA SEMANA! Al comenzar, adquieres un compromiso contigo mismo y con tus compañeras.
3. Mantén una actitud positiva.
4. Lo que se comparte en la sesión es confidencial. Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de ti misma con otras personas, si así lo deseas.
5. Trata de ser lo más honesta posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.
6. Participa de los ejercicios.
7. ¡HAZ LOS EJERCICIOS! Si no practicas lo que se trabaja en la sesión, entonces, quizás nunca sabrás si esos métodos te ayudarán a controlar tus síntomas depresivos.

FORMATO A

Listado de frases de las tarjetas para la actividad "Las palabras claves"

1. Mujer.
2. Ansiedad.
3. Angustia.
4. Calidad de vida.
5. Capacidad productiva: retiro laboral.
6. Capacidad productiva: separación de los hijos "nido vacío".
7. Pérdida de la femineidad.
8. Expectativas sociales hacia el climaterio y la edad.
9. Autoestima.
10. Sentimientos de melancolía (tristeza – llanto) e irritabilidad.
11. Disminución de la motivación y desinterés.
12. Inseguridad y dificultad para tomar decisiones.
13. Cambios físicos.
14. Plan de vida.
15. Asertividad.
16. Relación de pareja.

(Sesión uno)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS
FORMATO B

Guión de ejercicio de relajación para la actividad "A la orilla del río".

RELAJACIÓN PROGRESIVA (PRESIÓN ISOMÉTRICA)

-Pon tu mano derecha como un puño apretando.

-Mantén la presión en toda tu mano y brazo.

-Presta atención a las sensaciones de tensión que experimenta tu cuerpo.

-Y suelta, deja que la tensión fluya hacia el exterior. (Pausa)

(Los enunciados se repiten ejerciendo presión con la mano izquierda, brazo izquierdo, pierna derecha, pierna izquierda, estómago, espalda, cuello y rostro.)

-Imagínate que estás sentada a orillas de un río de una montaña, con las piernas balanceándose en el agua.

-Deja que la tensión se disuelva en el agua. (Pausa)

-Presta atención a las sensaciones de relajación que experimenta tu cuerpo. (Pausa)

-Húndete más y más profundamente en un agradable estado de relajación. (Pausa)

-Abre silenciosamente tus labios y deja fluir la tensión con cada respiración. (Pausa)

-Deja fluir la respiración tan suave como el fluir de un río de montaña. (Pausa)

-Pon los músculos de los pies y de los dedos de los pies en tensión.

-Deja que la tensión crezca.

-Y suelta, deja que la tensión se disuelva hacia el exterior. (Pausa)

-Deja que la tensión fluya dentro del agua. (Pausa)

-Compara las sensaciones de tensión y relajación. (Pausa)

-De nuevo, abre los labios suavemente y deja salir gradualmente la tensión con cada espiración.

(Pausa)

-Deja que tu respiración fluya tan suavemente como el río de montaña. (Pausa)

RESPIRACIÓN

-Cierra tus ojos, respira profundamente, llenando tus pulmones completamente.

-Exhala suavemente. (Pausa)

-Deja que el aire fluya por tus labios con cada respiración. (Pausa)

-Vete tranquilizándote cada vez más. (Pausa de 10 segundos)

-El único sonido que oyes es el silencioso fluir de la respiración y el silencioso río de una montaña. (Pausa de 10 segundos)

IMAGINERÍA

-Ahora, presta atención silenciosamente sólo a la imagen de estar sentada a la orilla de un río de una montaña fría y refrescante.

-Ve tranquilizándote cada vez más. (Pausa)

-Tus pies se mecen suavemente en el agua fresca, refrescante.

-La tensión fluye bajando por cada pierna hasta la punta de los pies y se disuelve como el fluir de un río de montaña. (Pausa de 5 segundos)

-Cada vez que expulses el aire suelta tus preocupaciones pasadas y futuras. (Pausa)

-Puedes ver el agua clara, brillante, sentir su brisa y el calor del sol en tu piel.

-Tu mente se encuentra pacíficamente centrada.

-El tiempo es como un río, cada crisis pasa y se olvida. (Pausa de 20 segundos)

-Relájate a tu propio paso, si tu mente divaga de vez en cuando, está bien. (Pausa)

-Presta atención con todos tus sentidos a este bello y relajante momento.

(Pausa de 3 minutos)

MEDITACIÓN

-Presta atención silenciosamente al ir y venir del momento presente. (Pausa)

-Si estas distraída está bien, simplemente vuelve a la relajación. (Pausa de 5 segundos)

-En este momento silencioso te das cuenta de que todas las cosas vienen y van.

-En este momento de paz y alegría interna profunda. (Pausa de 5 minutos)

-Respira profundamente. (Pausa)

-Y exhala, suavemente suelta todo aquello a lo que estas prestando atención. (Pausa)

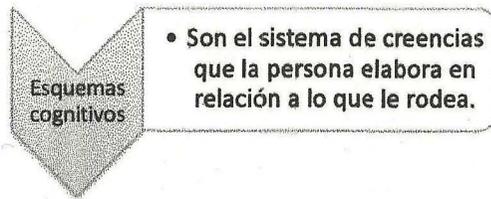
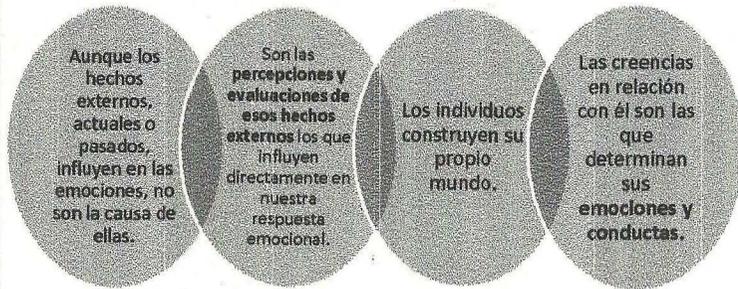
-Con cada espiración deja que se vayan abriendo tus ojos lentamente al mundo exterior. (Pausa)

-Con esto concluye la secuencia de relajación.

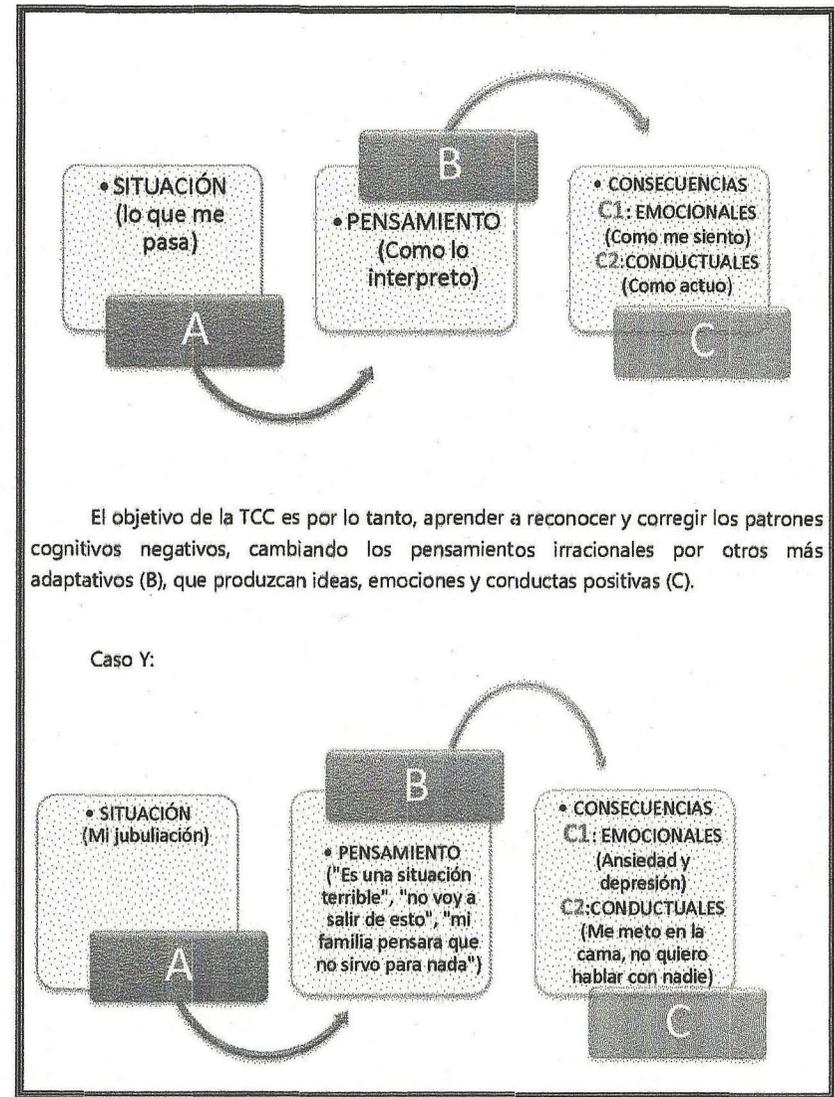
ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS
FORMATO D
MARCO INTRODUCTORIO AL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las personas funcionan mediante un complejo engranaje donde aquello que piensan, sienten y hacen interactúa constantemente entre sí. La TCC, es una terapia que aborda los problemas desde dos puntos de vista interrelacionados entre sí:

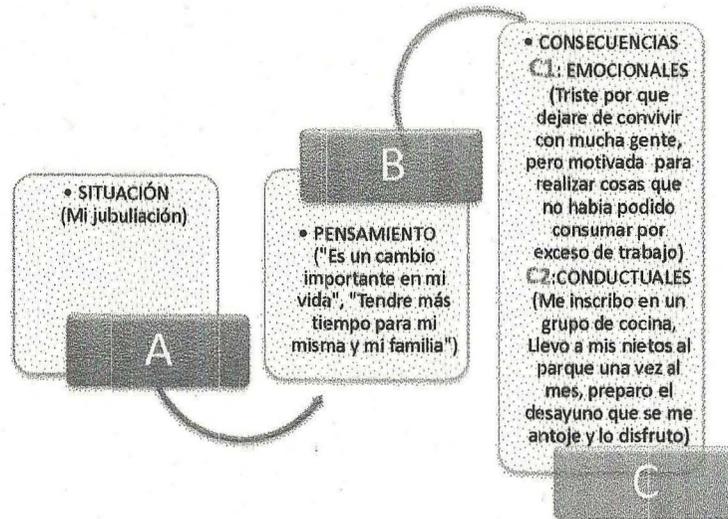
- ✓ Lo que una persona piensa, lo **cognitivo**.
- ✓ Lo que una persona hace, lo **conductual**.



Estas creencias están en la base de toda una serie de pensamientos automáticos irracionales, de distorsiones cognitivas que actúan a modo de filtro a través del cual se deforma la realidad.



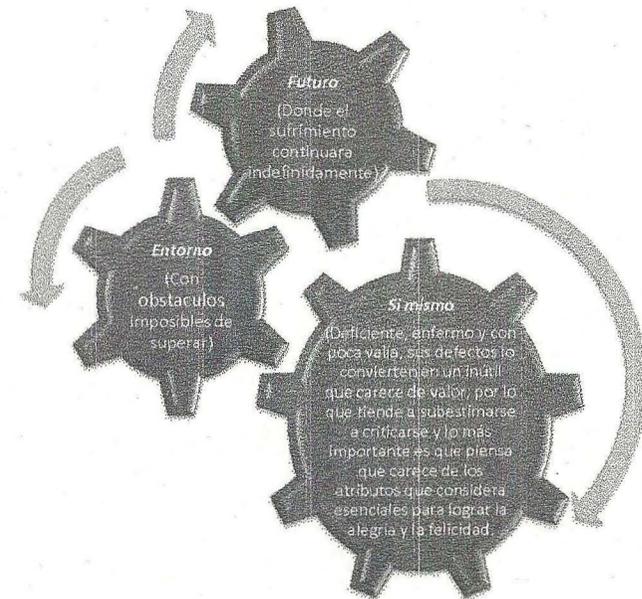
Caso Y, trabajando a través del modelo Cognitivo-Conductual:



Una buena forma de pensar sobre este tipo de terapia es que aprenderás algunos métodos específicos para cambiar tus pensamientos y tus acciones, de tal forma que tu estado de ánimo mejorará.

(Sesión dos)

TRIADA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN



(Sesión dos)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS
FORMATO E

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Escribe todos los síntomas depresivos que hayas podido recordar durante el ejercicio de imaginación.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____
- 11.- _____
- 12.- _____
- 13.- _____
- 14.- _____
- 15.- _____

(Sesión dos)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO F

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Recuerda y completa el cuadro de forma breve y sincera.

SITUACIÓN	EMOCIÓN ¿Cómo me siento con la situación?	PENSAMIENTO ¿Qué ideas tengo en ese momento?	CONDUCTA ¿En qué forma actuó en ese momento?

(Sesión dos)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO H

Nombre: _____ Edad: _____

Ambito
laboral

Noticias felices:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Noticias desagradables:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Rol de
madre

Noticias felices:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Noticias desagradables:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

(Sesión tres)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO I

Nombre: _____ Edad: _____

Ejemplo:

Una mujer viuda de 45 años, llega a su casa después de trabajar, hay la están esperando su hijo menor con su esposa y sus dos nietos de 5 y 8 años, ella nota que todos están muy contentos y piensa "Que lindo día no hay nada mejor que llegar a casa y ver a todos contentos"; por fin en la cena su hijo le da la gran noticia, le han concedido un crédito para comprar una casa y el fin de semana le entregaran las llaves, solo que hay un problema, la casa está a dos horas de camino y al mudarse podrán visitarla solo una vez por semana. Ella piensa inmediatamente "Es el fin mi hijo se olvidara de mi, ya no le importo, es seguro que nunca vendrán a verme".

El fin de semana llega y ella se despierta muy temprano con un fuerte dolor de cabeza, en cuanto su hijo se levanta se lo comunica, él le ofrece una pastilla y le dice que se acueste a descansar para que se le pase. Ella piensa "mi hijo es muy bueno, me cuida y me quiere". Una hora después él le avisa que saldrá a recoger las llaves de su nueva casa y se marcha. La mujer piensa: "No le importo que yo estuviera enferma, si me muriera en este momento a él no le interesaría, como ya estoy vieja solo soy un estorbo para él por eso se quiere ir para dejar de cargar con mis achaques y molestias".

Del texto anterior, anota los pensamientos automáticos disfuncionales, que reconoces en la mujer:

(Sesión tres)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO J

Nombre: _____ Edad: _____

MI ROL DE MADRE

MI ROL LABORAL

(Sesión tres)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO K

TÉCNICA DE LA TRIPLE COLUMNA

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Llena la siguiente tabla anotando:

- 1.- En la primera columna situaciones cotidianas dentro de tu rol de madre y laboral, que te generan conflicto, o que tú hayas identificado te hacen sentir incomoda;
- 2.- En la segunda columna debes colocar los pensamientos automáticos negativos que puedas reconocer que llegan a tu mente en el momento que vives la situación específica;
- 3.- Por último la tercera columna llénala con pensamientos positivos, si te cuesta trabajo concretarlos, trata de contestar las siguientes preguntas para que te sea más fácil ayarlos: ¿cómo vería un observador externo esta situación?, ¿qué evidencia tengo de que mi interpretación sea la única para la situación? y ¿cuál podría ser una explicación alternativa?

Situación que se suscito	Pensamientos negativos	Respuesta racional (pensamientos positivos alternativos)

(Sesión tres)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO M

TÉCNICA DE ANÁLISIS DE COSTOS Y BENEFICIOS.

Nombres: _____ Edades: _____

Instrucciones:

- 1.- Lee y debate con tu compañera la creencia, pensamiento automático y conductas de la siguiente tabla.
- 2.- Anoten las ventajas y desventajas que encuentren sobre estos tres aspectos.
- 3.- Asignen una puntuación a cada ventaja y desventaja que hayan anotado, considerando que el total general debe ser de 100 puntos.

<p>Creencia: Las mujeres dejan de ser femeninas con la edad. Pensamiento automático: "Ya he perdido mi juventud por lo que he dejado de ser bonita y atractiva". Conductas: Dejar de maquillarse, comprar ropa distinta a la que acostumbraba, rechazar piropos sobre su imagen o actitud.</p>			
VENTAJAS	PUNTOS	DESVENTAJAS	PUNTOS
	Total:		Total:
Total general: 100 puntos			

(Sesión cuatro)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

Imagen para utilizarse en la actividad "La balanza".



(Sesión cuatro)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

MUJER 1



MUJER 2



(Sesión cinco)

MUJER 3



(Sesión cinco)

MUJER 4



MUJER 5



MUJER 6



(Sesión cinco)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

"CLAUDIA Y YO"

Claudia y yo hemos tenido una vida paralela. Por casualidades de la vida, casi todo lo que me ocurría a mí le ha ocurrido a ella. Pero yo he sido más o menos feliz y ella siempre se ha sentido fatal, muy angustiada y triste, nerviosa y sin ganas de hacer nada. Les voy a contar poco a poco:

Una vez, cuando éramos adolescentes, las dos presentamos y reprobamos un importante examen de ingreso a la universidad. Ella pensó que tenía que haber aprobado, que como no aprobó eso implicaba que era peor persona, que como no lo saco todo bien su valor era cero. Se pasó un día entero llorando.

Yo también reprobé ese examen; pero pensé que ojalá hubiera aprobado, que lo deseaba muchísimo. Pero también pensé que no había alguna razón por la que las cosas tuvieran que salir como yo quería, que no necesitaba aprobar entonces y que era igual de valiosa si aprobaba o si no, porque al fin y al cabo... ¡yo seguía siendo la misma! Me sentí un poquito triste, pero decidí ponerle solución: estudiaría más el mes siguiente y volvería a presentarlo.

Un día fuimos a la óptica para chearnos ambas la vista. Una señorita muy amable nos realizó la prueba para ver si nuestras miopías habían aumentado. A Claudia le sonrió antes de anotar en un papel el resultado. Conmigo hizo exactamente lo mismo. A continuación se metió en un despacho y nos dejó solas. Claudia me dijo entonces: "Me ha sonreído porque le doy pena. Se ha dado cuenta que la miopía me ha aumentado mucho y le doy pena. Ya está seguro que me quedo ciega cuando llegue a los cuarenta" Lógicamente, Claudia se quedó hecha polvo. Se le puso la cara blanca y empezó a darle vueltas a la idea en la cabeza una y otra vez. Entonces yo le dije: "Mira Claudia, a mí me ha sonreído exactamente igual que a ti. Yo creo que lo hace porque es una chica muy amable. Probablemente lo haga con todo el mundo. Además la miopía no avanza tan rápido como para que te quedes ciega. ¡Eso no lo pensaría ningún médico!" Lógicamente, ella se sintió más aliviada y yo ni siquiera me llegué a angustiar...

Claudia y yo decidimos ir a buscar trabajo. Vimos un anuncio en el periódico, pedimos una entrevista, nos pusimos todo lo elegantes que pudimos y allí llegamos. Nos entrevistaron, estuvimos charlando y rellenando un test. Después de un rato nos dieron los resultados, no habíamos sido seleccionadas.

Salimos de ahí y entramos a tomar un café en una cafetería cercana. Claudia empezó a decir: "¡Ja soy una inútil! No he sido capaz de conseguir el empleo...Eso es porque no me he esforzado lo suficiente, quienes no consiguen lo que quieren son unas fracasadas, así que lo soy... ¡Casi se pone a llorar!

Le conteste yo: "Pues yo creo que las cosas no son así. Primero, describirse así mismo con una sola palabra es un error. Quiero decir que a veces haces cosas erróneas, otras veces ingeniosas, otras veces divertidas, otras dulces... ¿Con qué palabra te quedas? ¡Es muy diferente lo que uno hace, de lo que uno es!

Por otro lado amiga ¿quién puede demostrar que quien no consigue algo es porque no se esforzó? Yo he intentado con mucha fuerza conseguir muchas cosas y no lo he conseguido siempre... ¿Me estás llamando inútil o fracasada? Y una cosa más Claudia, hay una diferencia muy grande entre sentirse algo y serlo. Cuando te sientes una fracasada, realmente estás pensando que lo eres. Y solo pensar algo no es ninguna prueba de que sea realmente así. Tú puedes pensar que yo soy una tonta, otro puede pensar que soy muy lista... ¿con cuál me quedo? Es lo importante.

Tiempo después casualmente a Claudia y a mí se nos presento una diabetes cuando teníamos cuarenta años. Hablando de ello por teléfono me dijo Claudia: "Ya está, ahora no hay nada que yo pueda hacer. La enfermedad seguirá su curso y a mí solo me queda esperar". Le respondí esto: "no, que va, he hablado con gente de una asociación de diabéticos y me han dicho que lo importante es llevar una buena dieta, no comer lo que no nos conviene y tomar con seriedad la insulina. De ese modo los síntomas apenas se notan. Es lo mejor que puedes hacer. ¿de qué te va a servir sufrir?

Por otro lado, como te digo siempre, ¿de qué te sirve pensar así? ¿Acaso de ayuda a sentirte mejor? ¿Acaso te ayuda a conseguir hacer algo? ¡No! Lo mejor que puedes hacer es empezar a ver las cosas como son, favorable o no pero con alternativas para cambiarlas y mejorarlas a tu favor.

(Sesión cinco)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO O

EMPAREJAMIENTO DE ESTÍMULOS

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Busca de manera sincera en tus recuerdos y contesta.

¿Qué me irrita? (Incluye conductas, pensamientos, lugares, personas, objetos, etc.)

➔ _____

➔ _____

➔ _____

➔ _____

➔ _____

➔ _____

¿Qué me pone melancólica? (Incluye conductas, pensamientos, lugares, personas, objetos, etc.)

➔ _____

➔ _____

➔ _____

➔ _____

➔ _____

Estímulos agradables:

- 1.- Mi lugar favorito, en el que disfruto pasar tiempo es: _____
- 2.- La persona que más me hace sentir cómoda y contenta es: _____
- 3.- El color que más me gusta es: _____
- 4.- La comida o alimento que más disfruto es: _____
- 5.- La palabra o frase que me gusta escuchar que me digan como elogio es:

- 6.- Mi aroma favorito es: _____

(Sesión seis)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO P

EMPAREJAMIENTO DE ESTÍMULOS

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Anota las sanciones que percaste en tu cuerpo durante los ejercicios de imaginación.

Mis sensaciones, al estar irritada fueron:

+ _____
+ _____
+ _____
+ _____

Mis sensaciones corporales agradables fueron:

+ _____
+ _____
+ _____
+ _____

Mis sensaciones, al estar melancólica fueron:

+ _____
+ _____
+ _____
+ _____

Mis sensaciones corporales agradables fueron:

+ _____
+ _____
+ _____
+ _____

(Sesión seis)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

ERRORES O DISTORSIONES COGNITIVAS

Los pensamientos afectan tú estado de ánimo:

El meditar ciertos tipos de pensamientos hace más o menos probable que te deprimas. Por "pensamientos" se hace referencia a "cosas que se dicen a ustedes mismas."

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo.
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones.
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo

Es útil pensar acerca de los pensamientos como "objetos" (ideas) que tienen un efecto real sobre tú mente y cuerpo.

En estos el sujeto no elige necesariamente atender a cierta información y pasar por alto otra; sino que aparecen a través de pensamientos automáticos.

1. Pensamiento absolutista de tipo "todo o nada": Se manifiesta en la tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas, tomando una de ellas. Por ejemplo: o bien está impecable o está sucio, o soy perfecto o soy un desastre, "no voy ni a tratar de entrar al equipo porque *nunca* me van a seleccionar" o "*todo* me sale mal."
2. Sobregeneralización: Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otras situaciones. Por ejemplo, a partir de que un amigo me dice que no puede salir un día creo que rechaza mi amistad. En casos extremos llega a la etiquetación: "Soy indeseable", "soy una perdedora"; o a otras personas: "mi hija es una traidora porque ahora se preocupa más por su familia, que por mí que soy su madre."

3. Filtro mental: Se trata del proceso de filtrar la experiencia de modo que se atiende solo a un detalle de la situación sin darse cuenta de otras cosas que suceden alrededor. Por ejemplo, "una estudiante de arte recibe una crítica positiva de su pintura por parte de su maestro. Él sólo le sugiere que cambie un color en una de las esquinas del cuadro. Por este comentario la estudiante piensa que no sirve como artista", "Al caminar por un hermoso parque lleno de flores y árboles una mujer encuentra a su paso un pájaro muerto, por lo que el lugar fue horrible, todo lo que vio fue el pájaro".
4. Descalificación de lo positivo: Se rechazan las experiencias positivas, insistiendo en que "no cuentan" por algún motivo u otro. De esta forma se pueden mantener creencias negativas a pesar de las experiencias positivas. Al recibir un piropo, se piensa que la otra persona solo lo dice para no hacer sentir mal.
5. Sacar conclusiones precipitadas: Se trata de llegar a conclusiones sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presenta dos variantes:
 - 5.1 Lectura del pensamiento: Se presume la capacidad de saber lo que otro está pensando sin molestarse en comprobarlo o preguntarlo. Por ejemplo, se cree que un amigo está decepcionado por algo sin haberlo hablado con él.
 - 5.2 Rueda de la fortuna o bola de cristal: Se considera que algo va a salir mal antes de que haya indicios para pensarlo. Este pensamiento puede basarse en supersticiones negativas, destino, etc.
6. Engrandecer o minimizar: Exagerar la importancia de algunos acontecimientos en disminución de otros. Por ejemplo: engrandecer la importancia del éxito de un compañero y minusvalorar el propio. A veces toma la forma de pensamiento catastrófico: "Esto es horrible, lo peor".
7. Deberes e imperativos: Se trata de autoimposiciones que se hacen. Generalmente no son realistas, y exigen más de lo que el sujeto puede dar. "Debería poder aprobar ocho asignaturas, no solo cinco", "Debo ser amable con todas las personas". Cuando los "debo" no se cumplen aparecen sentimientos de culpa y fracaso.
8. Personalización: Tendencia a atribuirse a sí mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello. Por ejemplo, si algo malo le pasa a algún familiar o amistad, siente como si fuera su culpa porque no lo pudo prevenir.

(Sesión siete)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

PENSAMIENTO/ACTIVIDADES/ESTADO DE ÁNIMO



"Los pensamientos y actividades, afectan tu estado de ánimo"

1. Entre menos pensamientos agradables tienes, más desanimada, apática o desmotivada, te sientes.
2. Entre menos actividades agradables haces, más deprimida te sientes.
3. Entre más deprimida te sientes, menos pensamientos y actividades agradables generas.

A esto se le llama un "CÍRCULO VICIOSO". Para romperlo, debes aumentar aquellas actividades que te hagan sentir mejor.

(Sesión siete)

Recuerda que no es suficiente decirte a ti misma: ¡Siéntete bien! A menudo es más fácil cambiar las cosas que haces. Si cambias las cosas que haces, entonces también cambiarás la forma en que te sientes.

No esperes y actúa:

- ✓ No necesitas esperar hasta que sientas las energías de hacer algo para hacerlo.
- ✓ Puedes escoger hacer algo y realmente hacerlo.
- ✓ Puedes disfrutar algunas actividades aún cuando pensaste que no podrías hacerlo.
- ✓ Puedes influir en tu estado de ánimo con tus actividades.
- ✓ Entre más practiques esto, más satisfacciones obtendrás y te sentirás motivado a continuar disfrutando de pensamientos y momentos agradables.

Motivación:

(Sesión siete)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO S

ASIGNACIÓN GRADUAL DE TAREAS

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Completa el cuadro correspondiente día a día, de forma breve y sincera, se constante. ¡Tú puedes lograrlo!

RECUERDA QUE:

- ✓ Las actividades que elijas deben ser simples y cotidianas por ejemplo: realizar las compras de la despensa, recoger o limpiar tu cuarto, llamar a tus hijos o amistades solo para saludar, cocinar tu comida favorita, escuchar la música que te agrada por lo menos por 15 minutos, dar o recibir un masaje relajante a tu pareja, oler una flor, dibujar un rato si lo disfrutas. Hasta alcanzar con el tiempo actividades más complejas como: salir a tomar un café con tu pareja o amistades, ir al cine con alguna amiga, inscribirte a alguna clase de manualidades o repostería, leer un libro, salir al parque o planear ver una puesta de sol.
- ✓ Cuando te sientas desanimada, apática o sin ganas de iniciar alguna actividad, pregúntate a ti misma lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando.
- ✓ ¡Lo importante es "hacer" alguna actividad, no "hacerla bien"!

LUNES _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

(Sesión siete)

MARTES _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

MIÉRCOLES _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

JUEVES _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

(Sesión siete)

VIERNES ____ DEL MES ____ DEL AÑO ____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

SABADO ____ DEL MES ____ DEL AÑO ____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

DOMINGO ____ DEL MES ____ DEL AÑO ____		
ACTIVIDAD	LUGAR	LOGRO ALCANZADO

(Sesión siete)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO U

AUTOAFIRMACIONES

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Completa cada frase de manera sincera y concreta, de acuerdo a lo que observes en el espejo, ejemplo: "Yo soy una mujer alta y hermosa", "Yo soy inteligente y capaz", "Yo creer en mí misma", "Yo estoy sana y fuerte", "Yo actuó positivamente"

- 1.- "Yo _____
- 2.- "Yo _____
- 3.- "Yo _____
- 4.- "Yo _____
- 5.- "Yo _____
- 6.- "Yo _____
- 7.- "Yo _____
- 8.- "Yo _____
- 9.- "Yo _____
- 10.- "Yo _____
- 11.- "Yo _____
- 12.- "Yo _____
- 13.- "Yo _____
- 14.- "Yo _____
- 15.- "Yo _____

(Sesión ocho)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO V

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Describan como es su conducta verbal y no verbal durante un bochorno, un ataque de irritabilidad, melancolía, ansiedad e insomnio.

Comportamiento asertivo:

(Sesión ocho)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO W

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Nombre: _____ Edad: _____

1.- Situaciones en las que mis síntomas climáticos me causan problemas para ser asertiva:

a) _____

b) _____

2.- Respuestas asertivas modeladas por el grupo:

a) _____

b) _____

3.- Siendo asertiva, me sentí:

(Sesión ocho)

ANEXO 2: CAMBIANDO JUNTAS

BIBLIOTERAPIA

- Autoestima en 10 días. David D. Burns. Editorial Paidós, 2000.
- Cómo vencer la depresión. John Preston. Editorial Pax México, 2002.
- Comprender la depresión. Dr. Luis San Molina Y Dra. Belén Arranz Martí. Editorial AMAT, 2010.
- Depresión y personalidad: desafíos clínicos y conceptuales. Michael Rosenbluth Sidney H. Kennedy R. Michael Bagby. Elsevier España, 2007.
- La edad de la menopausia. Antonio Becerra-Fernández. Ediciones Díaz de Santos, 2003.
- La menopausia. Supera los desafíos físicos y psicológicos de la menopausia. Ediciones Robinbook, 2009.
- La terapia cognitiva y los trastornos emocionales. Aaron T. Beck. Editorial Penguin Books, 1991.
- Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Nicolás Alejandro Hernández Lira. Libros en red, 2007.
- Terapia Cognitiva de la Depresión. Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery. Editorial Desclée de Brouwer, 1992.
- Terapia cognitiva de la depresión. Aaron T. Beck. Editorial Desclée de Brouwer, 2002.

(Sesión diez)

ANEXO 3

CUADERNILLO DE EVALUACIÓN

CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO C

EVALUACIÓN: Conceptualización y síntomas biopsicosociales del climaterio.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Contesta breve y sinceramente a las siguientes cuestiones.

1.- ¿Cuál es el concepto de climaterio?

2.- Anota tres cambios físicos que reconozcas en ti:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

3.- Anota los tres síntomas psicológicos que presentes con más fuerza:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- Escribe la creencia cultural que consideres te ha afectado al vivir la etapa del climaterio:

5.- Anota tres cualidades personales que implica este momento de tu vida:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

6.- Comenta en qué situación cotidiana, consideras que una rutina de relajación te ayudaría a sentirte más cómoda: _____

(Sesión uno, evaluación)

**ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS
FORMATO G**

EVALUACIÓN: Al respecto de los principios básicos de la TCC.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Une con una línea el enunciado de la primera columna con el concepto correcto de la segunda columna.

1ª columna	2ª columna
<ul style="list-style-type: none"> • 1.- Lo que una persona piensa. • 2.- Determinan las emociones y conductas de cada persona. • 3.- Lo que una persona hace. • 4.- Son el sistema de creencias que la persona elabora en relación a lo que le rodea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo conductual. • Esquemas cognitivos. • Las percepciones y evaluaciones de hechos externos. • Lo cognitivo

Instrucciones: Contesta de forma breve y sincera las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuál es el objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual?

2.- Describe la triada cognitiva de la depresión:

Sí mismo: _____

Entorno: _____

Futuro: _____

3.- Anota dos pensamientos irracionales que hallas identificado en ti misma.

1.- _____

2.- _____

(Sesión dos, evaluación)

**ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS
FORMATO L**

EVALUACIÓN: Sobre la técnica de triple columna.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Contesta breve y sinceramente las siguientes cuestiones.

1.- ¿Cuáles son los pensamientos automáticos?

2.- Anota las emociones que te traen los pensamientos automáticos negativos:

3.- Completa el formato de la triple columna.

Situación	Pensamientos negativos	Respuesta racional (pensamientos positivos alternativos)
Mi jefe me pide capacite a la persona que cubrirá mi puesto, cuando termine el trámite de mi jubilación.	"No soy indispensable para nadie" "Una persona más joven ocupara mi puesto, porque yo ya soy demasiado vieja para hacer algún trabajo"	
Mis hijos cancelan la reunión del fin de semana.	"No fui una buena madre, por eso mis hijos ya no me necesitan" "Sin mis hijos ya no tengo nada más de que ocuparme"	
Mi último hijo se va de la casa a estudiar en otro estado de la república.	"Yo ya no puedo disfrutar de la vida" "Ya no soy útil para nadie"	

(Sesión tres, evaluación)

ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO N

EVALUACIÓN: Sobre la reatribución de responsabilidades.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Reflexiona y analiza las siguientes cuestiones y contesta de manera breve y sincera, de acuerdo a tus pensamientos.

1.- ¿Consideras que la función única de la mujer, es ser madre y/o esposa, por lo que no debe preocuparle alcanzar una posición social o profesional?

2.- Estas de acuerdo con la afirmación: ¡Una mujer de edad media ya no es productiva, ni propositiva para una sociedad que constantemente está generando cambios!

3.- Crees que ¿las mujeres con la edad pierden femineidad y los hombres ganan atractivo?

4.- ¿Qué te interesaría aportar a tu sociedad? (Incluye ideas y acciones)

5.- Describe a la mujer climática:

(Sesión cuatro, evaluación)

ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO Ñ

EVALUACIÓN: Sobre la técnica: búsqueda de soluciones alternativas

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Analiza de manera sincera y específica tus pensamientos y llena cada uno de los siguientes pasos.

1.- Situación problemática específica con mi pareja: _____

2.- Torbellino de ideas (anota todas las alternativas de solución que vengan a tu mente, sin importar su éxito o fracaso): _____

3.- Elige dos alternativas que consideres más convenientes para el enfrentamiento de la situación problemática, piensa y anota en el siguiente esquema, las ventajas y desventajas de llevarlas a cabo.

(Sesión cinco, evaluación)

Solución alternativa

Solución alternativa

ventajas

ventajas

Desventajas

Desventajas

4.- Elige la que consideres más factible para ponerla en práctica con tu pareja:

(Sesión cinco, evaluación)

ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO T

EVALUACIÓN: Asignación gradual de tareas.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Responde de manera sincera y concreta a las siguientes cuestiones:

- Menciona los nombres de tres tipos de errores o distorsiones cognitivas que te llevan a sentirte apática o desanimada:
 - 1.- _____
 - 2.- _____
 - 3.- _____
- Anota tres errores cognitivos y las respuestas racionales que los sustituyan.

Error cognitivo	Respuesta racional (pensamiento positivo)
- ¿Qué te motiva para buscar un cambio positivo en tu estado de ánimo?

- Anota dos actividades que haz decidido realizar durante la próxima semana:
 - 1.- _____
 - 2.- _____

(Sesión siete, evaluación)

ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO X

EVALUACIÓN: Sobre el uso de autoafirmaciones y entrenamiento asertivo.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Contesta de manera sincera a las siguientes preguntas.

1.- ¿Qué significa actuar de manera asertiva?

2.- Anota tres autoafirmaciones sobre tu persona:

- _____
- _____
- _____

3.- ¿A que se refieren las conductas no verbales?

4.- Modela una respuesta asertiva para la siguiente situación:

Ana una mujer de 40 años divorciada, va caminando por la calle de camino a su trabajo y encuentra a uno de sus compañeros que la pretende desde hace varios meses, comienzan a caminar conversando muy amablemente y él de repente le toma la mano, en ese momento aunque ha Ana le agrada el detalle, le sobreviene un bochorno, entonces ella.....

(Sesión ocho, evaluación)

ANEXO 3: CAMBIANDO JUNTAS

FORMATO Z2

EVALUACIÓN: Programación de actividades.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucción: De manera concreta planea tus actividades de acuerdo a la tabla siguiente:

Actividad que me gustaría realizar	Fecha límite para realizarlo	Conductas concretas que debo realizar para lograr llevar a cabo mi actividad

(Sesión nueve, evaluación)

ANEXO 4

FORMATO DE EVALUACIÓN FINAL

CAMBIANDO JUNTAS

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: De manera concreta y sincera responde los cuestionamientos.

1. El climaterio es: _____

2. La depresión es: _____

3. Anota tres síntomas físicos climatéricos en los cuales hallas notado algún cambio positivo durante el desarrollo del taller.

a) _____ b) _____ c) _____

4. ¿De qué forma tus relaciones familiares y sociales afectan tu forma de pensar y actuar? _____

5. Escribe el pensamiento automático negativo que hayas identificado como recurrente a lo largo de las sesiones: _____

6. Describe tu estado de ánimo actual: _____

7. Anota las actividades que realizas en un día normal: _____

8. Actuar de manera asertiva consiste en: _____

9. ¿Consideras que una mujer de entre 35 y 55 años se encuentra en la última etapa de su vida y ya no debe tener metas a mediano plazo (de 1 a 5 años posteriores)? _____
¿Por qué? _____

10. ¿Qué es, a tu parecer, lo más significativo que aprendiste de este taller? _____

11. Redacta una breve descripción de quien eres tú:

**“Mil gracias
por haber compartido parte
de tu tiempo y vida con nosotras”**

ANEXO 5

LISTA DE MATERIALES PARA EL TALLER

CAMBIANDO JUNTAS

MATERIAL BASICO	
MATERIAL	UNIDADES
Aula amplia, ventilada y limpia	1
Aula con pared de espejo	1
Ventilador	1
Pupitre cómodo	17
Grabadora	1
Reproductor de D/D	1
Cañón proyector o televisor	1
CD con pistas relajantes	5
Pizarrón blanco	1
Marcadores de colores, para pizarrón blanco	16
Hojas blancas tamaño carta	200
Hojas de colores	16
Lápiz del número 2.5	17
Goma	17
Sacapuntas	17
Bolígrafo negro	17
Bolígrafos de colores	16
Colores	40
Plumón base agua	16
Ficha de trabajo	16
Planilla de estampas	3
Pliego de papel bond	8
Cinta adhesiva	4
Fotografía	6
Rompecabezas	2
Cobija o tapete	16
Pelota de plástico mediana	1
Cuadernillo de trabajo (engargolado de fotocopias de los formatos requeridos para todas las sesiones del taller) Anexo 1	17
Cuadernillo de evaluación (engargolado de fotocopias de los formatos requeridos para todas las sesiones del taller) Anexo 2	17

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Adkhasians, B. S. (1996). The Long-Living people of the caucasus. Estados Unidos: Reinhart and Winston
- Alexopoulous, G. (2001). Depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Geriatric Review Suyllabus, 4, 133-139
- Antología, (2005). Psicología Clínica. El proceso de evaluación en la terapia cognitivo-conductual. México: UNAM FES Iztacala
- Asociación Americana de Psiquiatría, (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Barcelona: Masson
- Ausin, J. (1993). Definición y epidemiología de la menopausia. En: Palacios Santiago: Climaterio y Menopausia. Madrid: Mirpal. p.37
- Badiano, J. (1991). Libellus de Medicina Libus Indorum Herbis. ("Pequeño Libro de las hierbas medicinales de los indios"). México: Instituto Mexicano del Seguro Social
- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Nueva York: Universidad de Oxford
- Baranchuk, J. (2000). Atención, aquí y ahora. La terapia gestáltica. Buenos Aires: Abaddon
- Baron, R. (1999) Psicología. México: Pearson Hall
- Bayes, R. (1980). Una introducción al método científico en psicología. Barcelona: Fontanella
- Becerra, F. A. (2003). La edad de la menopausia. México: Díaz de santos
- Beck, A.T. (1976). Terapia cognitiva y los desordenes emocionales. Nueva York: Universidad de Press
- Beck, A., Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós, 5ª ed.

- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1999). Terapia cognitiva para la depresión. Chichester: Wiley. 22ª Ed.
- Bernard, M. y Ellis, A. (1985). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Bello, A. y Crego, A. (2003). Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Blazer, D. (2001). Trastornos psiquiátricos. Depresión. México: Manual Merk de Geriatria
- Caballo, V. (1993). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI, 2ª ed.
- Calderón, N. (1990). Depresión. México: Trillas
- Calderón, G. (1994). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas
- Caparrós, A. (1996). Historia de la Psicología. Barcelona: Círculo Editor Universo
- Caro, I. (1998). Cognición y psicoterapia. Barcelona: Paidós. 8ª Ed.
- Carranza, L. S. (2003). Atención integral del climaterio. 2ª edición México: Masson Doyna
- Carranza, L. y Murillo, U. (2003). La mujer ante el climaterio. México: Mc Graw Hill.
- Compas, G. (2003). Introducción a la psicología clínica. México: Mc Graw-Hill
- Cuadernos de Nutrición. Instituto Nacional de Perinatología. México: Vol.24 Núm.4
- Cutler, W. y García, C. (2004). Tratamiento médico de la menopausia. Barcelona: Medici
- Cuenca, R.; Rangel, V. y Rangel, V. (2004). Psicología. México: Thompson
- Chateau, J. (1999). Las grandes psicologías modernas. Barcelona: Herder
- Christy C. (2003). Vitamina E en la menopausia.
- Darley, J.; Glucksberg, S. y Kinchla, R. (1990). Psicología. México: Prentice Hall
- Dattilio, F. y Padesky, C. (1995). Terapia cognitiva con parejas. Bilbao: Desclée De Brouwer

- Deutsch, H. (2000). La psicología de la mujer. Buenos Aires: Losada
- Diamanti, E.; Rodríguez, B. y Buceta, A. (2000). Depresión y climaterio. Acta de Congreso Argentino de Climaterio.
- Dolto, F. (2002). Sexualidad femenina. Barcelona: Paidós
- Ellis, A. (1998). Terapia Cognitiva: una evaluación preliminar. México: Pearson Hall
- E. L. A. (2004). Menopausia y salud mental. Madrid: Anagrama
- Emery, G.; Hollon, S. y Bedrosian, R. (2001). Nueva dirección en terapia cognitiva. New York: Guilford Press
- Fagan, J. y Sheperd, I. (1996). Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández, A. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. México: Paidós
- Feixas, G. (2001). La psicología de los constructos personales. Textos escogidos de George A. Kelly. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). Constructivismo y Psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 3ª ed.
- Fisner J. (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. Salud Mental, 23 (3).
- Froján, P. (1998). Consultoría conductual. Terapia psicológica breve. Madrid: Pirámide
- Gambrell, R. (2004). La menopausia: beneficios y riesgos del uso de estrógenos y progestágenos en la Terapia Hormonal de Reemplazo. Estados Unidos: McGraw Hill.
- Gavino, A. (1997). Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual. México: Paidós
- Germain, J. (2000). Revista de Psicología General y Aplicada. Madrid: Instituto de Orientación Educativa y Profesional
- González I. y Guemez J. (1999). Depresión en mujeres perimenopáusicas. Climaterio; medicina integral para la mujer, 2(9): 9.

- Guilly, P. (2005). La edad crítica. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA).
- Gutiérrez, R. (2000). Psicología. México: Esfinge.
- Greer, G. (2004). El cambio. Barcelona: Anagrama
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. (Una escala de calificación para la depresión). *Neurol Neurosurg Psychiatry* (23): 56-62.
- Haynes, P. y Parry, B. (1998). Desordenes afectivos durante la menopausia y el periodo premenstrual. *Ciclo reproductivo y desordenes*, 34: 313-318.
- Heiby, E. y García H. (1994). Evaluación de la depresión. *Evaluación conductual hoy*. Un enfoque para el cambio de psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide
- Hothersall, D. (2001). Historia de la psicología. México: Mc Graw Hill.
- Ibarra, R. (2003). Menopausia. De los bochornos a la osteoporosis y la depresión. México: Trillas.
- Jadresic, M. (2009). Climaterio: depresión y alteraciones del ánimo. *Revista médica de la Clínica de Condes*, 20(1):61 – 65.
- Jurgen, K. (2001). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Argentina: Amorroutu.
- Kanfer, F. y Phillips, J. (2003). Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. México: Trillas 4Ed.
- Kivela, S. (1998). Síntomas y signos de la depresión. Estados Unidos: Mc Graw Hill
- Langer, M. (1999). Maternidad y sexo. México: Paidós
- Mahoney, M. (2004). Psicoterapias cognitivas y constructivas. Teoría, investigación y práctica. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Martín, M. y Sánchez J. (1993). Menopausia sin síntomas. La endocrinología de la menopausia entre las indias mayas y el entorno rural. México: Ginecología Obstétrica. P.45.
- Meinchenbaum (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwe

- Meléndez, J. (1999). Correlatos sociales de la depresión durante el climaterio. México: UNAM. 2-90.
- Montoya, R. Situación laboral y social de la mujer climatérica. En: Zárate A. y Mc Gregor, C. (1997). Menopausia y cerebro. Aspectos psicosexuales y neurohormonales de la mujer climatérica. México: Trillas. p. 185-6.
- Muñoz, M. (1998). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En: Labrador, J. y Muñoz, M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide. Capítulo 9.
- Navarro, C.; Calaf, A.; Camino, F.; Ferrer, J.; Magnani, E.; Parrilla, J. y Pérez, R. (2000). El climaterio. México: Masson.
- Olivares, R. y Méndez, C. (2005). Técnicas de Modificación de conducta. Madrid: Biblioteca nueva. 4ª Ed.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994). Las condiciones de la salud en las Américas. Estados Unidos
- Ostrosky, S. (1996). La neuropsicología del envejecimiento normal y patológico. Citado en Corsi, M. (2000). Aproximaciones a las Neurociencias de la conducta. UNAM: México.
- Papalia, D.; Wendkos, O. y Duskin, F. (2002). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.
- Parks, C. y Hollon, S. (1993). Evaluación cognitiva. En: Bellack y Hersen. Manual práctico de evaluación de conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer. Capítulo 6.
- Phares, J. y Trull, T. (2000). Evaluación conductual. En: Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno. Capítulo 9.
- Petit, M. (1987) La terapia Gestalt. Barcelona: Kairós
- Ramírez, E. (1999). Aplicación de la terapia cognitiva de Beck en pacientes depresivos. México: UNAM. 1-70.
- Ramos y Brieva, J. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. España: Actas Luso de Psiquiatría (14): 324-334.

- Robert, L. y Hagen, E. Test y técnicas de medición en psicología y educación. México: Trillas, 271-309.
- Rodríguez, B. (2000). Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Robert, S. (2002) Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. México: Mc Graw Hill
- Ruiz, D. (1998). Climaterio: criterios actuales. México: Diseño y publicidad. En Carranza, L. (2003). Atención integral del climaterio. México: Masson Doyna. 2ª ed. pág. 5
- Ruiz, C. (2001). Estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos en mujeres menopáusicas de la población mexicana que acude al Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 13, 9-13.
- Sabanes, F. (1993). La depresión. España: Temas de hoy. pág. 30-147
- Salvatierra, M. (1993). Climaterio y menopausia. Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. Madrid: Palacios
- Singer E. (1996). Conceptos fundamentales de psicoterapia. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Stevens, J. (2000). Esto es Gestalt. Chile: Cuatro Vientos
- Utiah, W. (2002). Perspectiva moderna de la menopausia. New York: Appleton Century Crofts
- Valdez, R.; Rodríguez, C.; Ángeles, E.; Salinas, R.; Soria, T.; González, A.; Vargas, F.; Anguiano, S.; Rentería, R.; Jiménez, R. y Olvera, M., (2005). Psicología clínica. El proceso de evaluación en la terapia Cognitivo-Conductual. México: UNAM FES Iztacala.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. Madrid: Mc Graw-Hill
- Videla, M. (1992). La mujer, su climaterio y menopausia. Buenos Aires: Ediciones cinco

Young, J. y Beck, A. (1982). Terapia cognitiva: aplicaciones clínicas. Manchester.

Zepeda, H. (1997). Introducción a la Psicología. México: Alambra Mexicana.