



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

Menopausia: taller de psicoeducación para atender
síntomas de depresión y ansiedad: Propuesta.

T E S I S

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología.

P R E S E N T A

Alejandra Isabel Hernández Alarcón

D I R E C T O R A D E T E S I S

Maestra Gabriela Romero García.



Ciudad Universitaria, Cd.Mx., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Ala Sma. Trinidad, por su providencia en toda mi vida ¡Gracias Dios mío!

A mi Mama Ma. Isabel A. por darme la vida y apoyarme siempre hasta este momento tan importante en mi vida. Gracias.

A mis Hermanos: Marce y Yola, por ser quienes son, compañeros de vida, quererme y apoyarme, gracias.

A mis sobrinos: fabi, Checo, Marco, Valdo, Susi, Dani, Ángel, Vero, Mariana, Camila, Gael. Por ser mi aliciente para lograr lo que hoy se concreta y dejarles un ejemplo de vida para que sigan su camino con entusiasmo y alegría, pero sobre todo con perseverancia y trabajo, siempre dando gracias a Dios.

En memoria de mi padre, Marce, mi abue. Sabinita, mi tía Yaya, mi hna. Chivis, y mi sobrina Silvia, por su huella en esta vida, que me dejo enseñanza y un aliciente para seguir la vida aun sin su presencia, gracias.

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de Tesis, la Maestra Gabriela Romero García, por su guía, paciencia, profesionalismo, ayuda y comprensión para llegar a esta meta en mi vida, Muchas gracias.

A mis profesores de la facultad de psicología de quienes he aprendido a ser la profesionista que soy, gracias por su ejemplo y conocimientos.

A los sinodales de mi tesis, por su disposición y profesionalismo, gracias.

A la UNAM de quien soy orgullosamente alumna, ¡mi alma mater! Gracias.

A mis amigas, amigos, y compañeros de trabajo, gracias por su amistad, al llenar de luz mi existencia, por sus porras y palabras de aliento, pero sobre todo por su confianza.

A los pacientes que a lo largo de mi vida atendí, gracias por dejar que mi experiencia creciera con la atención dada, espero haber correspondido a tal honor.

“Gracias, a la vida que me ha dado tanto” ... Gracias Dios mío.

Menopausia: Taller de psicoeducación para atender síntomas de depresión y ansiedad: Propuesta

Contenido

Resumen	1
Introducción	3
CAPÍTULO 1 La menopausia	6
1.1.- Antecedentes	7
1.2.- Menopausia. Panorama médico general y tratamiento	10
1.2.1.- Abordaje Médico signos y síntomas	13
1.2.2.- Tratamiento Médico	17
1.3.- Síntomas psicológicos en la menopausia	22
1.3.1.- Depresión, definición y características	25
1.3.2.- Ansiedad, definición y características	29
1.4.- Repercusión de la menopausia en la calidad de vida de la mujer	34
1.4.1.- ¿Qué es la calidad de Vida?	34
1.4.2.- Repercusión de la menopausia en la de vida de la Mujer	36
1.4.2.1.- En el ámbito, social y psicosocial	38
1.4.2.2.- En el ámbito Familiar	44
1.4.2.3.- En la vida sexual de la mujer	46
1.5.- Evaluación y Diagnóstico Psicológico de la depresión y ansiedad en la menopausia	50
1.5.1.- Depresión	51
1.5.2.- Ansiedad	56
1.5.2.1.- Irritabilidad	56

1.5.3.- Evaluación y Tratamiento psicológico	59
1.5.3.1.- Evaluación psicológica de la Depresión	59
1.5.3.2.- Evaluación Psicológica de la Ansiedad	61
1.5.4.- Instrumentos Psicológicos para evaluar los síntomas de la Depresión y Ansiedad en la menopausia	61
1.6.- Tratamiento Psicológico de los síntomas de Depresión y Ansiedad en la Menopausia	63
1.7.- El tratamiento cognitivo conductual	66
1.8.- La Psicoeducación	73
1.8.1.- ¿Qué es la psicoeducación?	73
1.8.1.1.- Diferentes usos de la Psicoeducación	75
1.8.1.2.- La psicoeducación en la menopausia	76

CAPITULO 2 Propuesta de un Taller de psicoeducación para atender síntomas de depresión y ansiedad en mujeres que cursan con Menopausia.	77
“La vida es bella... aún con menopausia: cómo salir airosa de esta etapa de la vida, y no morir en el intento”	78
2.1.- Justificación	78
2.2.- Objetivos del taller	80
2.3.- Descripción del taller	81
2.4.- Evaluación del taller	83
2.5.- Sesiones propuestas	84
CONCLUSIONES	89
ANEXOS	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

Resumen

La menopausia es un cambio normal en la vida de la mujer cuando deja de tener su período menstrual. Por eso, algunas personas llaman a la menopausia “el cambio” o “edad crítica”. Durante la menopausia, el cuerpo de la mujer produce cada vez menos cantidad de las hormonas llamadas estrógeno y progesterona. Esto suele ocurrir entre los 45 y 55 años de edad; presentando diversos síntomas, relacionados con el cese de la función fisiológica a esta edad: tanto físicos como psicológicos, los cuales pueden empeorar o desencadenarse, según el caso particular.

En los últimos años el estudio y manejo de la menopausia y el envejecimiento ha adquirido relevancia en la consulta ginecológica. Sin embargo, este es un campo asistencial en constante evolución que además tanto en la prevención como en el diagnóstico y la terapéutica obliga a interactuar a diferentes especialistas además del ginecólogo como son reumatólogos, dermatólogos y psicólogos (G. Obsté Méx. 2015).

La menopausia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el cese permanente de la menstruación, tras un período de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica, se trata de una transición hormonal que va desde ciclos regulares y predecibles hasta el último período menstrual, asociado con la disminución ovárica. Las mujeres cuentan con una vida reproductiva en promedio de 36 años a partir de la menarquía hasta la menopausia (8,5-13 y 45-59 años respectivamente), esta comienza a disminuir progresivamente a una edad media de 38 años y concluye después de 10 años o más aproximadamente.

En esta edad se dan en las mujeres una serie de acontecimientos vitales importantes (preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, cuidado de padres y nietos, riñas con la pareja, emancipación de los hijos, problemas de índole sexual, etc.) que, como consecuencia, en algunas mujeres puede provocar una disminución en el bienestar y calidad de vida, conduciendo a síntomas depresivos y/o de ansiedad, que al relacionarse con los problemas físicos que aparecen asimismo en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de varices, osteoporosis, sequedad vaginal, sofocos, etc.) pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia.

Por este motivo, para prevenir o tratar patologías psicológicas, mejorar la salud y calidad de vida de las Mujeres; el tema ha de tratarse desde una visión integral de todos los factores que se incluyen en el mismo. Lo anterior sienta las bases para la importancia de un taller psicoeducativo que atienda esta situación de salud en la mujer.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una investigación documental acerca de la menopausia, sus antecedentes, signos y síntomas, así como su evaluación y tratamiento tanto médico como psicológico, para la realización de un taller como propuesta de intervención psicológica para las mujeres que están cursando por esta etapa en su vida, ya que se ha constatado que en nuestro país se pone muy poca atención a esta etapa de la vida de la mujer. Y todas las mujeres sin excepción, salvo las que mueren antes, pasarán por esta etapa.

La edad de la menopausia es naturalmente influenciada por la raza, los factores ambientales y fisiológicos, edad cronológica, edad de la madre en la menopausia y características del ciclo menstrual junto con factores externos como el tabaquismo, quimioterapia, cirugía ovárica y alteraciones endocrinas. Así como factores psicológicos que se suman a lo anterior, como síntomas de depresión y ansiedad. Según la edad de presentación se puede clasificar en cuatro tipos: precoz (<40 años), temprana (40-45 años), fisiológica (46-50 años) y tardía (≥ 55 años).

Se han identificado varios factores de riesgo para síntomas climatéricos o menopaúsicos; los cuales se enumeran a continuación: Estrato social, población, ingreso económico, escolaridad. Factores ambientales como: Altitud mayor a los 2,400 metros sobre el nivel del mar (no comprobado pero relacionado), Vivir en zonas cálidas (de altas temperaturas), Estilo de vida sedentaria, alimentación excesiva de calorías con predominio de grasas y proteínas de origen animal, hábito tabáquico, constitución corporal, índice de masa corporal bajo (menor de 18), e índice de masa corporal alto (mayor de 30).

Factores psicológicos: Historia de alteraciones de conducta, Historia de síndrome de ansiedad-depresión, Factores ginecológicos previos, Antecedente de algomenorrea, Menarca tardía, Atrofia vaginal, Antecedente de cirugía ovárica, Acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años, Alteraciones urogenitales, Antecedente familiar de padecimiento de síndrome climatérico. (Cochrane, 2015).

El capítulo 1 describe los conceptos teóricos de la menopausia, diagnóstico, signos y síntomas físicos y psicológicos; así como repercusiones en la vida de la mujer. La evaluación psicológica, así como el tratamiento correspondiente.

El capítulo 2 describe la propuesta del taller psicoeducativo para mujeres que cursan con pre y post menopausia, y así mejorar su calidad de vida.

El Taller consta de 9 sesiones con duración de 90 minutos, que abarquen los temas de interés, usando la psicoeducación como técnica terapéutica para saber qué hacer y cómo afrontar este periodo de la vida. Atenderse e informarse desde el punto de vista médico y psicológico, mejorando la calidad de vida de la mujer que lo padece.

El propósito del taller es enseñar a las participantes a manejar los síntomas que aparecen en la menopausia, ya que la mayoría de las investigaciones refieren alteraciones físicas importantes que tienen repercusión en las emociones de las mujeres (la ansiedad y la depresión) son común denominador.

Las técnicas propuestas para trabajar en el taller son: psicoeducación, relajación-respiración, reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos automáticos y modificación de creencias irracionales) y habilidades de afrontamiento. Esto permitirá a las mujeres con menopausia contar con información de la etapa de vida que están pasando,

los síntomas, las alternativas de tratamiento, así como también practicar algunas estrategias cognitivo conductuales para pasar por esta etapa de vida lo mejor posible.

CAPÍTULO 1. LA MENOPAUSIA

1.1.- Antecedentes

Si analizamos los datos proporcionados por el INEGI, en el censo del año 2000 había 6'776,314 mujeres mayores de 50 años, y en el año 2005, de acuerdo al recuento de población publicado por el INEGI en 2006 había 8'195,864, lo cual representa un aumento del 17.3% de aumento de la población femenina mayor de 50 años, en 5 años. Si consideramos las tendencias que marca el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de que en el año 2010 habrá aproximadamente 10'015,562 mujeres en esta etapa de la vida, en tan solo 10 años (2000-2010) aumentará la población de mujeres de 50 años o más en 35.4%, aproximadamente en relación al censo realizado a principios de este siglo.

Con el aumento de la esperanza de vida (de 49 a 77.6 años) y la reducción de la mortalidad perinatal, la población mayor de 50 años se ha incrementado; de 112 336 538 nacionales, predomina el sexo femenino con 57 481 307 (51.3 %), por lo que la mujer alcanzará a vivir casi un tercio de su vida después de la menopausia, la cual se presenta en México entre los 49 y los 50 años de edad. (G. Obste Méx. 2015).

En países desarrollados se estima que aproximadamente el 15 % de la población corresponde a mujeres posmenopáusicas, a diferencia de las regiones menos desarrolladas donde se presume una tasa entre el 5 % y el 8 %. Para el año 2030 Según información INE, en México aumentara. Hoy la población estimada al 30 de junio del 2015, de mujeres de 45 a 64 años alcanzara a 2 millones 191 mil 593 mujeres. Este grupo es susceptible de ser evaluado y de recibir acciones de medicina preventiva médica y psicológica.

A lo largo de la historia la sociedad ha establecido una estrecha relación entre el sexo femenino y el concepto de “alteración emocional” (Heredía, 2003). Estas atribuciones han

estado centradas particularmente con el sistema reproductivo de la mujer, y de forma especial en los siguientes acontecimientos de la vida femenina: la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia. Por tanto, es de esperar que la interpretación de la menopausia se haya visto influida por el género, por los estereotipos sociales y étnicos (Marín, 1996) y por vinculaciones con trastornos psíquicos (Delanoë, 2002).

Hasta 1800 las mujeres morían antes de la edad de la menopausia, y en consecuencia no había menopáusicas. Sólo a partir de la mitad del siglo XIX la vida media empieza a remontarse por encima de los 50 años, y empieza tener importancia el número de mujeres que han tenido la menopausia y siguen viviendo.

En el siglo XIX Kraepelin creó la primera entidad nosológica de la menopausia, la Melancolía involutiva, así, con la llegada de la menopausia las mujeres perdían su función primaria reproductiva, su atractivo físico y su principal rol vocacional como madres (Delanoë, 2002).

La importancia que hoy día se concede a toda esta sintomatología queda explicada por la curva de la evolución de la esperanza de vida en la mujer desde el siglo XVI hasta nuestros días.

Pero hoy las mujeres viven mucho más y se conservan mucho mejor, este accidente las sorprende mucho más jóvenes, en un momento en que se encuentran en una fase de actividad tanto física, como psíquica y social. En consecuencia, la desaparición de la regla introduce unos cambios psicológicos que antes no existían y la actitud de la mujer ante la misma cambia radicalmente.

La población de mujeres posmenopáusicas comienza a crecer poco a poco, constituyendo hoy día aproximadamente el 25% de toda la población femenina del mundo. Como

consecuencia de esto y en paralelo ha ido aumentando el interés y el número de consultas especializadas en los grandes hospitales. Pero también se ha producido un cambio en la actitud de la mujer: en el pasado la mujer, cuando se le retiraba la regla, se consideraba como muy anciana y no le prestaba mayor importancia. Para ella, era el anuncio de que la vida se acababa y lo aceptaba como un acontecimiento fatal.

La OMS en 1975 (OMS, 1975) suprimió el concepto de depresión involutiva como categoría autónoma en la Clasificación Internacional de Enfermedades, concluyendo que la depresión clásica de la menopausia nunca había sido demostrada en los trabajos epidemiológicos. Un estudio prospectivo realizado por demostró que la menopausia no se acompaña de problemas psiquiátricos, salvo en las mujeres que ya habían manifestado este tipo de alteraciones con anterioridad al proceso menopáusico.

En la actualidad el abordaje de la menopausia parte del concepto de salud y no del concepto de enfermedad. Dickson (1993) postula un nuevo modelo científico para abordar esta etapa de la mujer, considerando que la menopausia es una transición fisiológica que experimentan todas las mujeres, existiendo una gran idiosincrasia en esta transición.

La OMS (1981) establece que la mayoría de los problemas de salud que acontecen en el período peri menopáusico y post menopáusico, se derivan de factores sociales, más que de factores realmente patológicos, dependiendo fundamentalmente de la actitud de cada sociedad ante el proceso de envejecimiento, principalmente en el sexo femenino.

1.2.- Menopausia. Panorama médico general y tratamiento

Clasificación.

Peri menopausia, pre menopausia, transición menopáusica, es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Se denomina síndrome climatérico al conjunto de síntomas y signos que ocurren en un porcentaje variable de pacientes, originados por un descenso progresivo de los niveles sanguíneos de estradiol. Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia.

Es la fase en la vida de la mujer en la que se agota la capacidad reproductiva, extendiéndose desde aproximadamente dos años antes de la menopausia hasta diez o quince años después.

Se define, como resultado de la disminución de los niveles de estrógenos y la alteración en la relación estrógenos/andrógenos, dándose el cese definitivo de la regla en la mujer; se presenta pérdida de cabello, aumento de la extensibilidad cutánea con disminución de la elasticidad, disminución de la capacidad para mantener el agua, resequedad, entre otros, conformando así cambios notablemente marcados en la piel y anexos que generan un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres que están atravesando esta etapa, situación que favorece la labilidad emocional, y por ende síntomas de ansiedad y la depresión.

Algunas mujeres no tienen ningún síntoma durante la menopausia o tienen sólo pocos síntomas. Otras tienen síntomas perturbadores (que les preocupan), incluso severos e incapacitantes. Los estudios realizados en mujeres en todo el mundo sugieren que las diferencias en el estilo de vida, la dieta y la actividad pueden jugar un papel importante en

la severidad y el tipo de síntomas que se tienen durante la menopausia. Estos síntomas se pueden notar durante varios meses y hasta años antes del último período menstrual, e incluso pueden continuar varios años después de la menopausia.

La menopausia es el último periodo, que marca el cese (espontáneo o artificial) de la función normal y cíclica del ovario. Se le determina cuando se observa el cese de las menstruaciones por un espacio mayor de un año, consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Se correlaciona con la disminución de la secreción de estrógenos, por pérdida de la función folicular.

El momento de su presentación está determinado genéticamente y ocurre, en promedio, entre los 45 y 55 años; no se relaciona con la raza ni el estado de nutrición; sin embargo, ocurre antes en la mujer nulípara, fumadora, que habita en la altura y en aquellas que han sido sometidas a histerectomía. Se acompaña de un incremento de los trastornos médicos relacionados a la edad -osteoporosis y enfermedades cardiovasculares- y a la deficiencia de estrógenos. Estos periodos se caracterizan por el déficit de estrógenos, producto de la falla ovárica, la cual produce a corto plazo signos y síntomas a nivel vasomotor, neuropsiquiátrico, genitourinario, cardiovascular y osteomuscular. A largo plazo, condiciona osteoporosis y enfermedad cardiovascular. Todos ellos causan incremento de la morbimortalidad, lo cual muchas veces se acompaña de un costo familiar, social y de salud pública elevado.

La menopausia es un proceso normal del proceso de envejecimiento. Si la mujer tuvo una cirugía de extirpación (que le sacaron) los ovarios o una lesión de los ovarios por causa de radioterapia, estos procesos pueden causar la menopausia.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2015), muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, La longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina mundial. Por estos datos, es importante que este sector de la población sea el centro de atención de ginecólogos, epidemiólogos, cardiólogos, reumatólogos, psiquiatras, psicólogos, geriatras, entre otros.

Después de la menopausia cambia el origen y la naturaleza del estrógeno circulante, ya que durante la vida reproductiva predomina el estradiol y en la postmenopausia el estroma. El primero es producido por el ovario y la segunda proviene en su mayoría de la conversión periférica de los precursores androgénicos en el tejido adiposo, músculo e hígado.

El ovario postmenopáusicos no es un órgano inactivo ya que continúa produciendo tanto estrógeno como androstendiona, aunque en cantidades mínimas. Estudios clínicos sugieren que del 20 al 50 % de las mujeres postmenopáusicas tienen niveles de estrógenos indicativos de actividad folicular durante los primeros 6 a 12 meses después del cese de la menstruación y se estima que el 10% de las mujeres pueden continuar presentando froitis estrogénico hasta 10 años después de la menopausia.

La menopausia es un acontecimiento natural y no se puede prevenir. Los medicamentos, la dieta y el ejercicio pueden prevenir o eliminar algunos síntomas y mejorar la calidad de vida de la mujer mientras envejecen.

El 18 de octubre. Día Mundial de la Menopausia: “La prevención es la clave” 2015. La OMS Declaro que: Alrededor del 85% de las mujeres considera que los síntomas relacionados con la menopausia afectan a su calidad de vida y que la actitud de las mujeres es más positiva que hace unos años y más activa en la participación en las

decisiones clínicas y de tratamiento que afectan a esta. La mejor prevención es la información. (OMS, 2015).

1.2.1. Abordaje Médico signos y síntomas.

En primer lugar, muchos trabajos de investigación en el mundo apuntan, a que se trata de una entidad clínica infra diagnosticada e infra tratada. Menos de la mitad de los casos reciben tratamiento por los síntomas depresivos, ya que muchos de los cambios del humor son considerados como “normales” dentro del proceso de envejecimiento durante la menopausia y son valorados como síntomas transitorios que se resolverán con el paso del tiempo.

En las guías clínicas, del sector salud de México, tanto IMSS, ISSTE, Y SECTOR SALUD, (IMSS 2013, ISSTE, 2012). Está estipulado el tratamiento médico, y las recomendaciones generales de cuidado en el climaterio (pre menopausia) y postmenopausia en las Mujeres, pero no hay un apartado en el cual se haga hincapié en el tratamiento psicológico para las mujeres que cursan este periodo de vida.

La carencia de hormonas sexuales que trae aparejada la menopausia, especialmente de los estrógenos, tiene múltiples consecuencias sobre el estado físico y psicológico de la mujer. En la menopausia, las mujeres experimentan variedad de síntomas asociados a los cambios Hormonales, los cuales tienen repercusiones en la calidad de vida a lo largo de esta etapa y su intensidad varía de acuerdo a las condiciones propias de cada mujer. (Baber, 2016.)

La búsqueda de alternativas más eficaces para el control de los síntomas de la menopausia sigue siendo un reto. Se han estudiado los efectos de los Fito estrógenos en el manejo de síntomas, y se ha demostrado que se asocian a una disminución de las oleadas de calor, sin

embargo, la mayoría de los estudios son limitados y no evalúan los efectos adversos de estos componentes vegetales (Rojas, 2014).

Los síntomas físicos más frecuentes que alertan a la mujer sobre la llegada de la menopausia son los siguientes:

-Alteraciones del ritmo del ciclo menstrual: con menstruaciones muy próximas o muy separadas, cambios en la cantidad de menstruación, ya sea por exceso o por escasez.

-Existencia de sofocos; que se caracterizan por una oleada de calor en la cara, el cuello y el tórax, que pueden estar acompañados por enrojecimiento de la piel, palpitaciones y sudoraciones, consisten en una sensación repentina e intensa de calor interno acompañado de sudoración profusa y vasodilatación periférica. Clasificado como uno de los síntomas predominantes y principal motivo de consulta ginecológica de las mujeres en la edad media. Estos Son generados por pequeñas elevaciones de la temperatura corporal que sobrepasan los umbrales de autorregulación.

-Alteraciones en sus órganos genitales: los estrógenos mantienen la humedad de la mucosa vulvo-vaginal y la resistencia a procesos inflamatorios, por lo que su carencia genera Sequedad vaginal, favorece la aparición de infecciones y hace que las relaciones sexuales puedan ser molestas. El descenso de estrógenos durante esta etapa genera que el epitelio vaginal se adelgace, produciendo disminución de la capacidad de lubricación y Dispareunia, además de afectar la transmisión de los impulsos nerviosos al clítoris y vagina, reduciendo el deseo sexual en la mujer (Cochrene, 2015).

-Alteraciones en la vejiga: los estrógenos también ayudan a regular la frecuencia urinaria, por lo que su falta provoca alteraciones que pueden derivar en el aumento de la frecuencia urinaria y la aparición de infecciones como la cistitis.

-Alteraciones en la piel: La falta de estrógenos produce la pérdida de colágeno, lo que le da un aspecto de sequedad y deshidratación. (Cochrene, 2015).

-Pérdida de hueso y aumento del riesgo de padecer osteoporosis: las hormonas sexuales contribuyen al proceso constante de renovación ósea. Según los estudios el dolor en las Articulaciones es una queja muy común descrita por las mujeres en el momento de la menopausia y el climaterio. Los síntomas de las enfermedades musculo esqueléticas están Más asociados a la menopausia que a las sofocaciones. El 50% de las mujeres menopáusicas presentan dolor osteoarticular intenso-insoportable.

La artrosis es una enfermedad multifactorial donde están involucrados muchos factores, genéticos, metabólicos, profesionales (actividades repetitivas), hormonales, entre otros.

Con respecto a la mujer se sabe que el cartílago articular tiene receptores de estrógeno, también se han identificado receptores en los condrocitos articulares; el estradiol y sus metabolitos se han asociado con la artrosis de rodilla. Se ha demostrado la presencia de receptores de estrógenos en el cartílago, el hueso, la membrana sinovial, los ligamentos, y el músculo. Todo ello concuerda con las observaciones clínicas, las enfermedades osteoarticulares experimentan un fuerte incremento en la mujer a partir de los 45 años.

Estas circunstancias, condicionan en la mujer a partir de esta edad se presenten más casos de artrosis que en el varón, en una proporción de 3 a 1. Este riesgo es mayor para las mujeres delgadas, blancas o de piel clara.

La osteoporosis se puede prevenir obteniendo suficiente vitamina D a través de la luz del sol o tomando un multivitamínico diario, comiendo una dieta rica en calcio y haciendo ejercicio con regularidad. Las mujeres deberían comenzar estos hábitos mucho antes del inicio de la menopausia. Esto se debe a que la mujer comienza a perder masa ósea (hueso) a

los 30 años; sin embargo, las fracturas como consecuencia de las osteoporosis no ocurren hasta 10 o 15 años después de la menopausia. (Rev. Obst. Ginecol Venez, 2016).

La osteoporosis tipo I: es la osteoporosis de la menopausia, es decir la que se produce por una falta de la función ovárica y tarda unos años en aparecer dado que la disminución de los estrógenos no se produce de forma brusca, sino que el ovario ayudado por la grasa sigue produciendo estrógenos

La osteoporosis tipo II: corresponde clínicamente a la osteoporosis de la vejez y afecta por igual a las mujeres y a los hombres. De esta manera, toda mujer con osteoporosis tendrá un cierto componente de osteoporosis post-menopáusica y, si ya es de cierta edad, sumará una parte de osteoporosis de tipo II. Esta última se llama también osteoporosis senil o de la involución.

De todo lo expuesto hasta aquí podría deducirse que el hombre se libra de la osteoporosis, lo que ciertamente ocurre en cierto grado. Sin embargo, en los últimos años se ha visto que el hombre padece también los dos tipos de osteoporosis. Si en la mujer es la falta de estrógenos la que ocasiona una osteoporosis de tipo I, el hombre es la falta de andrógenos la que la determina. El hombre puede tener, por tanto, una osteoporosis por falta de testosterona y una osteoporosis senil. No obstante, en el caso del hombre las dos formas de osteoporosis se confunden en el tiempo dado que la edad a la que se produce la pérdida de testosterona (en la andropausia) es mucho más tardía en el hombre que en la mujer.

-Aumento de los riesgos de padecer colesterol elevado, diabetes e hipertensión: Los estrógenos contribuyen a mantener las arterias limpias y ejercen un efecto positivo sobre los niveles de colesterol en sangre, y su pérdida aumenta los riesgos cardiovasculares.

1.2.2.- Tratamiento Médico.

El tratamiento de las alteraciones clínicas se divide en farmacológico y no farmacológico.

El farmacológico contiene dos subgrupos:

- El tratamiento hormonal, que se hace con base en estrógenos o progestágenos.
- El tratamiento no hormonal, que se basa en inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina, como la clonidina, la gabapentina o la veraliprida.

Se debe ofrecer, de primera línea, tratamiento hormonal (estrógeno o estrógenos progestágenos) o no hormonal cuando haya contraindicación (desvenlafaxina, venlafaxina o clonidina) para el tratamiento de las alteraciones de la transición a la menopausia o menopausia.

Tratamiento hormonal

La terapia hormonal (TH) ha demostrado ser la más eficaz para el control de los síntomas vasomotores y la atrofia urogenital del climaterio. Las principales indicaciones para el uso de TH para controlar las alteraciones del climaterio son las siguientes:

- Síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones o taquicardias).
- Atrofia vulvovaginal (dolor al coito o dispareunia, quemazón, resequedad).
- Prevención de osteoporosis en post menopáusicas (en pacientes con factores de riesgo para osteoporosis) siempre y cuando no exista contraindicación. Diversos estudios observacionales han mostrado una asociación entre determinados factores de riesgo y la

frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores; los clasifican en no modificables y modificables.

Factores no modificables:

- Población afroamericana.
- Menopausia inducida o menopausia de inicio abrupto.
- Padecimientos crónicos.

Factores modificables.

- Obesidad o sobrepeso.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Escolaridad o nivel socioeconómico bajo.
- Historia de ansiedad y depresión. (E: Ia-IIb)

El personal de salud debe fomentar la modificación a estilos de vida saludables, como ejercicio físico regular, control de peso, reducción de tabaquismo o bebidas alcohólicas y alimentación rica en calcio. Es recomendable el consumo de alimentos ricos en calcio y bajos en grasas saturadas, cuando existe intolerancia a los lácteos se darán suplementos de calcio y vitamina D.

Sin embargo, un estudio desarrollado por Women's Health Initiative (WHI USA, 2016), demostró que, aunque la TRH disminuye efectivamente los síntomas vasomotores, los beneficios no superan los riesgos, tales como: mayor riesgo de trombo embolismo venoso (TEV), accidente cerebrovascular (ACV), cáncer de mama y colecistitis en mujeres mayores de 60 años. A pesar de ello, estudios realizados en mujeres entre los 50 y 59 años o con ≤ 10 años posmenopausia, demostraron que los efectos adversos eran mucho menores

en mujeres jóvenes y los beneficios sobre la calidad de vida superaban los riesgos, contrario a lo que sucedía en la población ≥ 60 años o con > 10 años post menopausia. Como resultado, el papel de la TRH se ha limitado al manejo de los síntomas posmenopáusicos con la mínima dosis y duración, la mayoría de los expertos recomiendan 5 años debido al aumento del riesgo de cáncer de mama. (Cochrane, 2015). En mujeres que reciben terapia hormonal después de 10 años de la menopausia el riesgo de enfermedad cardiovascular se incrementa de manera significativa.

En pacientes mayores de 60 años la terapia hormonal incrementa el riesgo de enfermedad cerebrovascular. Es recomendable no utilizar la TH combinada con acetato de medroxiprogesterona en pacientes de 60 años o más con comorbilidad, ya que aumenta el riesgo de eventos cerebrovasculares y trombóticos. El riesgo de trombo embolismo venoso se incrementa con cualquier terapia hormonal, sobre todo el primer año de uso con la administración por vía oral.

Contraindicaciones: No debe indicarse terapia hormonal en pacientes con:

- Cáncer de mama.
- Condiciones malignas dependientes de estrógenos.
- Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
- Hiperplasia endometrial no tratada.
- Trombo embolismo venoso idiopático o previo.
- Enfermedad tromboembólica arterial.

- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad hepática aguda.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes.
- Porfiria cutánea (contraindicación absoluta).

Los efectos secundarios de la TH que han sido reportados y poco frecuentes son:

Cambios en estado de ánimo (con terapia combinada).

- sangrado uterino (que inicia o que regresa).
- Sensibilidad mamaria.
- Náuseas.
- Distensión abdominal.
- Retención de líquidos en las extremidades.
- Cambios en la forma de la córnea.
- Cefalea o migraña.
- Mareo.

-Alteraciones cardiovasculares. Las más importantes son:

- Sofocos. Estos síntomas vasomotores se caracterizan por sentimiento de calor en cara, cuello y tórax, asociado con una vasodilatación irregular de la piel, con palpitaciones y

transpiración. Estos episodios presentan una frecuencia variable en cada mujer, llegando incluso ocasionalmente a estar presentes diez o más años después de la menopausia. (Rev. Obstet Ginecol Venez 2016).

La hipertensión en la menopausia es un fenómeno difícil de clasificar. Como es sabido hay dos tipos básicos de hipertensión:

- La hipertensión sistólica, casi siempre debida a una esclerosis vascular, se asocia a fenómenos de arteriosclerosis
- La hipertensión diastólica que se debe a un desarreglo del proceso básico de regulación de la presión arterial. También se la denomina hipertensión esencial.

Las mujeres que han tenido embarazos tienen menos tendencia que las nulíparas a padecer hipertensión durante el climaterio. Esto es debido a que el embarazo, per se, es un fenómeno generador de hipertensión, que si no estuviera bien regulado produciría grandes hipertensiones. De hecho, cuando este mecanismo de regulación de la hipertensión gravídica fracasa, se produce el conocido fenómeno de las toxemias gravídicas y de la eclampsia que son hipertensiones graves del embarazo.

Los trastornos venosos más frecuentes que se observan en la mujer menopaúsica son:

- Trombosis
- Varices
- Flebitis

En este caso, los estrógenos están contraindicados. En efecto, ya desde que se comenzó a estudiar la píldora contraceptiva en la década de los 60 se sabe que el tratamiento estrogénico aumenta las trombosis. Por este motivo, toda mujer sometida a tratamiento estrogénico de larga duración debe ser vigilada en lo que se refiere a su coagulación.

Las flebitis se deben siempre a la existencia de procesos inflamatorios que tienen lugar en las venas, probablemente debido a un ralentizamiento de la circulación sanguínea sobre todo en los miembros inferiores. Finalmente, las varices no se engendran en la menopausia, pero sí durante el embarazo. Son frecuentes en las mujeres que han tenido hijos siendo tanto más frecuentes y más severas cuantos más embarazos haya experimentado la mujer. Por el contrario, las varices son bastante raras en las nulíparas.

Después de la menopausia, se acelera la actividad de los osteoclastos, situación que predispone a una pérdida rápida de hueso, esta condición con el tiempo conduce a una osteoporosis conocida como un proceso de “falla ósea”. Igualmente es frecuente la aparición de artralgias y mialgias, consecuencia de la falta de actividad hormonal sobre los músculos y el tejido conectivo (Rev. Obstet Ginecol Venez 2016).

Igualmente es frecuente la aparición de artralgias y mialgias, consecuencia de la falta de actividad hormonal sobre los músculos y el tejido conectivo. Finalmente, aunque no es una de las manifestaciones más frecuentes, los síntomas cardiovasculares, asociadas a un incremento de los niveles séricos de colesterol, el desarrollo de hipertensión, insulino-resistencia y ganancia de peso corporal, principalmente, posterior a la etapa del climaterio son consecuencia de la desregulación hormonal producto de la menopausia.

1.3.- Síntomas psicológicos en la Menopausia.

La edad de la menopausia es naturalmente influenciada por la raza, los factores ambientales y fisiológicos, edad cronológica, edad de la madre en la menopausia y características del ciclo menstrual junto con factores externos como el tabaquismo, quimioterapia, cirugía ovárica y alteraciones endocrinas. Así como factores psicológicos que se suman a lo anterior, como síntomas de depresión y ansiedad.

Cambios en el Estado Psicológico.

Los cambios hormonales acarrearán diversas alteraciones en el estado psicológico, como irritabilidad, inestabilidad emocional, pérdida de memoria y de autoestima, ansiedad y depresión. Otros síntomas menos frecuentes son la sensación de adormecimiento de brazos, manos, piernas y pies; los más frecuentes: el insomnio; el sudor por las noches o día; los dolores articulares; fatigas; el aumento de peso; y los cambios de humor o psicológicos.

Entre los primeros pueden considerarse la tristeza, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, o la agresividad, entre otros. La forma en que estos trastornos afectan en la menopausia varía sensiblemente de unas mujeres a otras, dependiendo de múltiples factores aun insuficientemente investigados.

Sin embargo, es frecuente que cualquiera de estos trastornos aparezca acentuado en aquellas mujeres que anteriormente ya tenían una historia de algún modo afectada por el mismo. Normalmente no son continuos, sino que experimentan altibajos, fases más acusadas, y fases asintomáticas, y la duración de dichas fases también es variable, pero es frecuente su coincidencia con ciclos regulares similares al ciclo menstrual.

Cambios cognitivos, la mayoría de ellos están relacionados con problemas de la memoria, entre ellos se encuentran problemas para recordar las palabras y los números, dificultad para concentrarse, trastornos en la conducta cotidiana y olvido de eventos. Se empiezan a presentar fallas en el proceso de envío de información a los centros de almacenamiento de la memoria. (Cochrene, 2015).

Trastornos en el sueño: el sueño se altera a menudo por los sofocos. Un período largo sin poder dormir puede causar cambios en el estado de ánimo y las emociones. Se encuentran

principalmente relacionadas con las oleadas de calor y los síntomas de depresión y ansiedad, la frecuencia de este problema parece aumentar a medida que progresan a través de las etapas de la menopausia.

Depresión: los cambios químicos que se presentan durante la menopausia no aumentan el riesgo de depresión. Sin embargo, muchas mujeres tienen cambios importantes en la vida durante la mediana edad, incluyendo la menopausia y las alteraciones para dormir, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar depresión, sumando los problemas socioculturales.

Irritabilidad y ansiedad. Algunas mujeres notan irritabilidad u otros cambios en el estado de ánimo. Lo que puede llevar a la ansiedad. Generalmente, la causa de la irritabilidad es el poco descanso debido a los sofocos nocturnos. Sin embargo, varias mujeres no se sienten irritables, y algunas se ansían.

Todo lo anterior, son manifiesto de la ausencia de regulación de los estrógenos sobre los niveles de dopamina y serotonina, asimismo a causa de la capacidad reducida para mantener la homeostasis funcional en respuesta a los cambios impredecibles de estradiol y progesterona característicos de la menopausia. (Cochrene, 2015).

Sin embargo, es frecuente que cualquiera de estos trastornos aparezca acentuado en aquellas mujeres que anteriormente ya tenían una historia de algún modo afectada por el mismo. Normalmente no son continuos, sino que experimentan altibajos, fases más acusadas, y fases asintomáticas, y la duración de dichas fases también es variable, pero es frecuente su coincidencia con ciclos regulares similares al ciclo menstrual.

1.3.1.- Depresión: definición y características.

La tristeza, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar energía, para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984).

Según la idea mencionada anteriormente respecto a la relación entre las emociones negativas y la respuesta de estrés, la experiencia de estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando los estresores se cronifican (Beck *et al.*, 1983).

La depresión en general es una enfermedad del estado del ánimo caracterizada por la presencia de ánimo triste, vacío o irritabilidad, cansancio, alteraciones del sueño y la alimentación, dificultad para obtener placer con las actividades, desmotivación y desesperanza, síntomas que conllevan una repercusión en el funcionamiento normalizado del individuo. Es una entidad compleja y heterogénea, con grandes variaciones en cuanto a la duración, la presentación temporal o la posible etiología.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que la depresión es una de las causas de salud que provoca mayor discapacidad y es la segunda causa de enfermedad en los EE.UU. Se calcula que aproximadamente 20 millones de americanos y 19 millones en la Comunidad Europea la padecen, México no es la excepción.

Los factores de riesgo para padecer una depresión en la edad adulta son 5 veces mayores cuando se ha presentado en la juventud. Cuando existe un segundo episodio, este riesgo aumenta en casi 50 %; en más de 2 episodios, en 70 % y en más de 3, en 90 %.

En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria (relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente indefensión), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos. Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas, sienten fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo (Beck et al., 1983; Ellis, 1981; 1990).

Por lo tanto, la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico.

Así, la depresión define un estado personal, de distinta experiencia subjetiva según sea la «metáfora vivida» con la que se reconoce tal experiencia, por ejemplo, «estar-bajo» (bajo de ánimo, bajo de humor, bajo un peso o apesadumbrado), «no-ver-salida» (cuando el futuro se obtura, el tiempo se estanca y, entonces, uno no ve salida ni nada claro, sino todo oscuro) o «carecer-de-interés» (cuando nada llama la atención y todo aburre o, incluso, uno aborrece de todo, en el sentido de no dejarse llevar por el entretenimiento común).

Otras veces la depresión define, más que un estado personal, una reacción ante cierto evento, del que uno quiere protegerse o señalar su impacto («me da depresión», «me deprime»). Algunas veces es posible que se utilice el término como modismo para dar cuenta de cualquier inconveniente que se estime psicológico.

La depresión se utiliza también para definir situaciones, entornos o ambientes (sin excluir personas) y de paso el estado de ánimo que suscitan, cuando se dice, por ejemplo, que es deprimente o depresivo tal sitio, tal paisaje, tal tiempo o fulano de tal. No dejaría de señalarse también el posible uso de la depresión como conducta de enfermedad, dado su reconocimiento social y clínico (Pérez, García 2001).

De esta manera, la depresión puede tener, ante todo, una función de control frente o contra alguien. Así pues, el uso no sería sólo vivido o referido, sino también ejercido. Los clínicos utilizan el término depresión de una manera pretendidamente precisa. Forma parte de esta precisión la identificación de unos patrones definatorios y la clasificación de tipos. Los patrones definatorios de depresión consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de energía, así como otras molestias (Pérez, García 2001).

Tradicionalmente han sido dominantes dos dicotomías, no excluyentes entre sí. Una es la que distingue entre depresión endógena, cuya línea asociativa conlleva la condición psicótica (de carácter no-reactivo y de supuesto origen biológico), y la depresión no-endógena, cuya línea asociativa conlleva la condición neurótica de carácter reactivo y de supuesto origen psicológico (Pérez, García 2001).

Los síntomas físicos son fatiga, pérdida de energía, insomnio, ganancia o pérdida de peso, palpitaciones, mareo, síntomas gastrointestinales, dolores abdominales, acides, indigestión,

diarrea, constipación, aturdimiento, fibromialgia, dolor en cuerpo, cefalea, dolor en el pecho, dolor articular crónico, dolor en piernas, pérdida del deseo sexual. Al entrar a la etapa de la menopausia, las mujeres aún tienen múltiples actividades que involucran el cuidado de los hijos, marido y parientes, lo que por sí mismo son factores que aumentan su nivel de estrés social.

La depresión en general, se asocia a un importante sufrimiento en la persona que la padece, que puede llevar al suicidio hasta en el 15% de los casos. En la menopausia, estos cambios se asocian a variables múltiples como son el ambiente, una sensibilidad elevada, cambio en el ingreso socioeconómico, estado marital, la cultura, estilo de vida, educación, e historia de síntomas depresivos, el llamado Síndrome del Nido Vacío.

Tratamiento. Fármacos antidepresivos.

No se dispone de suficientes datos que permitan indicar un antidepresivo concreto que ofrezca mejor resultado clínico, de impacto de enfermedad en términos de funcionamiento y calidad de vida, o de coste para los trastornos depresivos en la pre menopausia.

Los antidepresivos convencionales han demostrado ser eficaces a las seis semanas en mujeres pre o post menopáusicas, recomendándose un periodo de mantenimiento de 6-12 meses tras la mejoría clínica. Se ha señalado que los ISRS serían más eficaces cuando la clínica depresiva es primaria y no va acompañada de síntomas vasomotores ni otros síntomas menopáusicos. Con respecto a los antidepresivos duales ISRN, datos procedentes de un estudio observacional con venlafaxina sugieren que este antidepresivo mejora el estado general, reduce los síntomas depresivos y puede reducir los síntomas vasomotores en pacientes depresivas pre menopáusicas. La mayor parte de los casos de depresión son manejados adecuadamente en atención primaria sin precisar la derivación a

dispositivos de salud mental; sin embargo, se calcula que solo el 50% de los sujetos con depresión mayor que son tratados en atención primaria responden al primer antidepresivo, un 20% dejan de tomarlo por los efectos secundarios y un 30% lo abandona por falta de respuesta (Iglesias García C, 2010).

1.3.2.- Ansiedad: definición y características.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real. En México son los trastornos psiquiátricos más frecuentes a lo largo de la vida, 14.3%, mientras que en los EUA esa cifra llega a 28.8% (E.S.M. MEX, 2003).

Síntomas físicos y signos psicológicos.

A pesar que los criterios de diagnóstico del DSM IV TR Y DSM-V estipulan que cualquier combinación de por lo menos cuatro síntomas son suficientes para realizar el diagnóstico de crisis de angustia, se ha visto que ciertos síntomas físicos son más frecuentes y más típicos de la crisis de angustia. Según el Manual diagnóstico y estadístico en su quinta edición (DSM-5 2016), los trastornos de ansiedad se dividen en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico (TP), agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado, de tal manera que es importante identificar en los estudios realizados si se evalúan «síntomas de ansiedad» o «trastornos de ansiedad» en pacientes específicos.

Por lo mismo lo podríamos clasificar en dos categorías según el grado de temor que llegan a tener los pacientes cuando los presentan:

- *De primer orden.* Palpitaciones y taquicardia, sensación de desmayo, sensación de falta de aire, sensación de ahogo, opresión torácica, sudoración y temblor.

- *De segundo orden.* Oleadas de calor o frío, adormecimiento u hormigueo en extremidades O cara y náusea o molestias abdominales. Dentro de las catástrofes temidas se encuentran:

Médicas: Esta categoría incluye las amenazas a la integridad física.

- Desmayarse.
- Auto agredirse:
- Morir súbitamente por infarto.
- Enfermedad vascular cerebral.
- Ahogo.

Psicológicas:

Esta categoría incluye las amenazas a la salud mental o intelecto:

- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Parecer como enfermo mental.
- Perder inteligencia.
- Temor de que no disminuya la angustia por no saberlo manejar.

Sociales:

Esta categoría está relacionada con la amenaza del status social que incluye:

- Rechazo
- Crítica de parte de los demás
- Abandono

- Humillación
- Vergüenza
- Hacer una “escena” o “hacer el ridículo”.

A pesar de que existen pocos datos de la frecuencia de los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia, se sabe que existe una elevada prescripción y automedicación de ansiolíticos en mujeres en esa etapa de la vida.

Los conceptos de ansiedad y estrés han constituido el punto de partida conceptual de dos disciplinas diferentes, la ansiedad es uno de los problemas fundamentales de la terapia de conducta, mientras que el estrés es el término de referencia en la psicología de la salud.

El miedo/ ansiedad se refiere a una emoción, es decir, una de las etiquetas cognitivas que recibe esta activación fisiológica generada cuando se pone en funcionamiento el mecanismo adaptativo denominado respuesta de estrés, (Piqueraz, Martínez y Colbs.2008).

Seguendo a Sandín y Chorot (1995) la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión).

Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes.

Sin embargo, la ansiedad se torna en clínica en las siguientes situaciones:

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.

- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología; cogniciones, neurofisiología y respuesta motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad (normal) es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz. Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismo de resolución de problemas) (Piqueraz, Martínez y Colbs.2008).

Según algunos estudios, un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano.

El análisis de la ansiedad como emoción negativa implica un triple nivel de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor. Así, a nivel fisiológico, la activación está mediada por dos sistemas: interrelacionados: el sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema neuroendocrino (SNE). El SNA es el primero en activarse en cuestión de segundos, una vez identificada cualquier amenaza, siendo capaz de responder a las exigencias del medio de un modo prácticamente automático e involuntario. En general, el sistema simpático adrenal regula actividades relacionadas con el gasto de energía almacenada, produciendo estimulación sobre todos nuestros órganos y funciones, liberando energía para prepararnos para la lucha o huida. Es el responsable de la elevación de la frecuencia cardíaca (taquicardia), de la presión arterial, la dilatación de los bronquios, el aumento de la tensión

muscular, entre otros efectos. El parasimpático, tiene una función inversa, es decir, inhibe y es ahorrador de energía. De ese modo disminuye la frecuencia cardiaca, relaja los músculos en general y produce un estado de relajación. El bienestar de la persona se basa en que ambos sistemas están en equilibrio u homeostasis.

El SNE o hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad, al igual que también con las respuestas de estrés, postulándose un incremento de activación en el citado eje. Por tanto, los sistemas hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y médulo-suprarrenal se activan significativamente durante las respuestas de estrés y ansiedad.

Por otra parte, algunos autores mantienen que los cambios psicofisiológicos y neuroendocrinos asociados a las manifestaciones clínicas de la ansiedad podrían ser secundarios a alteraciones en el funcionamiento de los propios mecanismos neurotransmisores de SNC (Piqueraz, Martínez y Colbs.2008).

Ansiedad anticipatoria y menopausia.

La ansiedad anticipatoria es una parte fundamental en las crisis de angustia, existen diversas formas en que la ansiedad anticipatoria puede ser definida. La mayor parte es referida como “miedo al miedo”, de manera más específica este miedo se refiere a las consecuencias anticipadas de las crisis de angustia. Las personas que desarrollan ansiedad anticipatoria tienen la creencia que los síntomas son peligrosos. Y se puede presentar en algunas mujeres menopaúsicas, lábiles emocionalmente.

Siendo la ansiedad una anticipación de un daño o desgracia futura que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. No es descabellado que algunas mujeres menopaúsicas presenten estos síntomas. En un estado emocional normal ante determinadas situaciones, constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones

cotidianas estresantes. Así, podemos decir que la ansiedad podría llegar a ser deseable para sobrellevar las exigencias del día a día. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva con relación al estímulo o si la duración es prolongada y recurre sin motivo, interfiriendo con la capacidad de análisis y ocasionando grave disfuncionalidad en el paciente.

1.4.- Repercusión de la menopausia en la calidad de vida de la mujer.

1.4.1.- ¿Qué es la calidad de Vida?

De acuerdo a la OMS (1994) la calidad de vida es, genéricamente, la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

La calidad de vida relacionada con la salud se percibe subjetivamente por la satisfacción de necesidades básicas y por la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciada por el estado de salud actual y sus consecuencias sobre su bienestar físico, emocional o social.

La calidad de vida está condicionada por la etapa del curso vital, los factores biopsicosociales, las enfermedades y su impacto en el funcionamiento diario de la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria (Maki, 2010)

Las principales dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en general son:

- El funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social.
- El rol funcional y los proyectos futuros.
- La percepción de salud general y bienestar.
- Los síntomas específicos de la etapa del curso vital y de las enfermedades.

Prevención de morbilidad:

- Control de salud.
- Exámenes preventivos y de tamizaje.
- Educación:
- Estilos de vida saludable.
- Educación sobre climaterio.
- Detección y derivación ante la presencia de conflictos psicosociales que afecta la calidad de vida.
- Manejo social: Derivar según riesgo a asistente social o psicólogo.
- Casos con daño físico que requiere constatación: derivar a médico.
- Abuso o violencia. Dar primera respuesta por profesional en centro de salud.



Fig. 1 factores que intervienen en la calidad de vida.

Cualquier intervención que se realice sobre los estilos de vida debe incluir la promoción de salud de las personas y la prevención de riesgos específicos. Los programas de promoción de la salud deben dar especial importancia a la educación para la salud e informar de las consecuencias negativas de hábitos nocivos, y los beneficios de mantener una serie de hábitos saludables, así como mantener los deseos de cambio y el mantenimiento de estilos de vida saludables. (Aps. Chile, 2014).

1.4.2.- Repercusión de la menopausia en la vida de la Mujer.

Es importante abarcar el concepto de la menopausia y la calidad de vida desde los tres principales factores que la influyen, y éstos son: aspectos sociales, familiares y fisiológicos (Sánchez- Cánovas, 1996). Se suma actualmente el psicológico, por su repercusión en las esferas anteriores.

Por lo que la llegada de la menopausia puede llegar a convertirse en algo verdaderamente estresante para las mujeres. Estos resultados tienen como implicaciones la generación de actitudes en las mujeres y expectativas negativas de algo inevitable, que será la experiencia traumática de la menopausia. Además, se está ignorando la importancia de otros factores como la dieta, estrés, pobreza, discriminación racial, acceso a cuidados médicos, ejercicio físico, y otros muchos, que cada vez son más importantes en el mantenimiento de un buen funcionamiento vital.

Por otra parte, hay sentimientos encontrados porque cuando se produce este acontecimiento, la mujer comprende que ya no se puede quedar embarazada oponiéndose este sentimiento de pérdida de femineidad a la tranquilidad de saber que puede tener relaciones sexuales sin consecuencias, una idea equivocada, ya que la mujer tiene una esterilidad relativa varios años antes del cese de la regla. Antiguamente, cuando las

mujeres no conocían los métodos modernos de contracepción y las familias tenían ocho o diez hijos, muchas de ellas recibían la menopausia como una liberación. Por el contrario, hoy día que se puede evitar un embarazo a voluntad, la mujer piensa que esto es algo que la disminuye o que reduce su prevalencia femenina.

Esta sensación de decadencia de su femineidad es la que provoca toda una serie de síntomas psicossomáticos que se abordan y que se dan independientemente de que la mujer tenga o no tenga hijos y mantenga o no relaciones sexuales.

En esta edad se dan en las mujeres una serie de acontecimientos vitales importantes (preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, cuidado de padres y nietos, riñas con la pareja, emancipación de los hijos, problemas de índole sexual, etc.) que, como consecuencia, en algunas mujeres puede provocar una disminución en el bienestar y calidad de vida, conduciendo a síntomas depresivos y/o de ansiedad, que al relacionarse con los problemas físicos que aparecen asimismo en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de varices, osteoporosis, sequedad vaginal, sofocos, etc.) pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia.

Por este motivo, para prevenir o tratar patologías, mejorar la salud y calidad de vida en esta etapa, el tema ha de tratarse desde una visión integral de todos los factores que se incluyen en el mismo. Lo anterior sienta las bases para la importancia de un taller psicoeducativo que atienda esta situación de salud en la mujer, así como la mejora de su calidad de vida.

Durante el climaterio las alteraciones endocrinas y biológicas conllevan un aumento del riesgo para diferentes problemas de salud. Pero también, la falta de recursos personales en cuanto a información y formación, así como recursos sociales y familiares, pueden provocar que la etapa menopáusica se viva en algunas mujeres de forma estresante, la

calidad de vida era peor en las mujeres postmenopáusicas que en las pre menopáusicas hace algunos años ahora parece ser igual y esto se podría prevenir con intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de información y formación de la mujer, así como su integración social y familiar mediante la prevención y tratamiento oportuno.

1.4.2.1.- Factores de riesgo social y psicosocial.

Entendemos por psicosocial la interacción entre la mente, factores conductuales y sociales, todos los cuales pueden ser modificados y funcionar como moduladores de la salud de los individuos. La menopausia tiene significación cultural además de médica y fisiopatológica. Importantes componentes psicosociales influyen en la percepción de salud de las mujeres en edad del climaterio. Algunas comunidades todavía valoran a la mujer en función de su potencial reproductivo, lo que puede cambiar ante la pérdida de la fertilidad y el avance al envejecimiento. En esos casos, la menopausia podría producir sentimientos de minusvalía, inutilidad, desmotivación, trastornos des adaptativos o sentimientos de culpa.

Las mujeres siguen siendo responsables del cuidado de los hijos y de las tareas domésticas, independientemente de su posición en el trabajo, estas responsabilidades se han considerado una fuente de sobrecarga, conflicto y estrés, afectando la salud de la mujer. Por otra parte, es una etapa caracterizada por importantes cambios de roles para las mujeres, que son vividos de distinta manera por cada una de ellas. La estructura familiar de la mujer puede cambiar en la peri menopausia, pudiendo afectar a la pareja, cuando sobreviene desencantamiento, o a la relación con los hijos, por metas cumplidas, sentimientos de nido vacío o nuevas tareas como abuela; algunos cambios podrían producir carencias afectivas o ser fuentes de ansiedad. También podrían aparecer dificultades sociales por aislamiento, dedicación excesiva al trabajo o a la familia, concentración de múltiples funciones,

atendiendo insuficientemente el ámbito personal o postergando sus cuidados personales de salud (Aps, Chile 2014). Otra fuente de dificultad puede estar relacionada con disminución de rendimiento y de la memoria semántica, afectando eventualmente al desempeño laboral. En lo que respecta a factores psicosociales y culturales, tenemos que tener en cuenta que la menopausia se da en una época de la vida que conlleva una serie de connotaciones culturales, sociales y personales que pueden influir en el estado anímico de la mujer. La teoría psicosocial defiende que la presencia de síntomas afectivos durante la peri menopausia puede explicarse por los problemas maritales, las enfermedades físicas y los problemas económicos. Por otra parte, es un tiempo en el que se dan una serie de factores estresantes, como por ejemplo el síndrome del nido vacío, tener que cuidar de padres ancianos e incluso aceptar su pérdida, que pueden influir en el humor y en estados depresivos (Jersey, 2013).

Algunos trabajos encontraron que independientemente de la presencia de sofocos, las mujeres peri menopáusicas deprimidas referían con frecuencia significativamente mayor la presencia de eventos vitales negativos y una menor autoestima cuando se las comparaba a un grupo de mujeres peri menopáusicas no deprimidas. Por otra parte, un buen soporte socio familiar, la satisfacción laboral y la existencia de una pareja positiva y solidaria podría servir como factor de protección, particularmente en las mujeres vulnerables. Un factor crítico que ha sido pobremente estudiado es la personalidad previa y los estilos adaptativos de las mujeres peri menopáusicas.

En un estudio se encontró que las mujeres que catalogaban a la menopausia como un acontecimiento estresante se caracterizaban por un mayor neuroticismo y por una mayor búsqueda de soporte social (Hershey, 2013).

Finalmente, también hay que tener en cuenta el medio cultural de la mujer, pudiéndose hipotetizar que la sintomatología depresiva sería más frecuente en las culturas en las que la menopausia tiene connotaciones negativas, como en EEUU donde el envejecer es devaluado, en contraste con lugares como Japón, donde el envejecimiento es la transición a una etapa de vida muy valorada. Hay culturas en las que la menopausia acarrea un mayor respeto y autoridad, mientras que en otras tiene connotaciones negativas. En un estudio se encontró que los síntomas depresivos se relacionan con una actitud negativa hacia la menopausia, pero también con niveles bajos de educación, percepción de estatus económico, estado de salud y soporte social (Guthrie, JR2004).

Un trabajo realizado para valorar la calidad de vida en la peri menopausia encontró que las mujeres peri menopáusicas con síntomas leves calificaron su calidad de vida como 0,65 y aquellas que presentaron síntomas severos dieron una calificación de 0,3, donde 0 equivale a la muerte y 1 equivale a un perfecto estado de salud; las mujeres con síntomas severos experimentan un sustancial deterioro de su calidad de vida (Guthrie, JR2004).

Los cambios socioculturales en la mujer de los últimos años, han repercutido en modificaciones en la actitud de la mujer ante la menopausia y, al mismo tiempo en la actitud de los ginecólogos en el manejo de los trastornos asociados a esta nueva etapa de la vida. Según el doctor Rafael Sánchez Borrego, presidente de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia (FEEM. 2015), comenta que: la actitud de las mujeres es más positiva que hace unos años y más activa en la participación en las decisiones clínicas y de tratamiento que afectan a su calidad de vida. En este sentido, el doctor asegura que la mujer es, por tanto, más protagonista que nunca de su bienestar y está cada vez más interesada en el concepto global de salud. No obstante, recalca este experto que sigue

siendo importante que la mujer no olvide acudir a su ginecólogo ante los Síntomas de la menopausia, sólo así le podrá ayudar, ya que la transición a esta nueva etapa de la vida de la mujer debe considerarse como una oportunidad para acudir al médico y si es necesario al psicólogo, evaluando los posibles factores de riesgos de las enfermedades más comunes en esa etapa como: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y osteoartritis, incontinencia, deterioro cognitivo y demencia, depresión y cáncer”.

Muchos de estos problemas pueden aliviarse con el tratamiento adecuado; además la menopausia constituye una oportunidad de desarrollar estrategias preventivas para mejorar la calidad de vida y aumentar la longevidad”.

Las Encuestas Nacionales de Salud (2004 y 2010 Méx.) detectaron mayor frecuencia de estrés y síntomas depresivos en esta edad. Sus resultados son consistentes con la evidencia internacional, y nacional. Entre las principales conclusiones psicosociales de estas encuestas se destaca la sobrecarga significativa de la mujer, derivada de las diferencias de género, que afectan la conciliación de aspectos de la vida familiar y/o laboral. Estas determinantes junto a otras, como, por ejemplo, síntomas depresivos, estrés permanente, personal o económico, bajos niveles de apoyo social, emocional y material, pueden influir sobre el riesgo de adquirir enfermedades crónicas o de responder insatisfactoriamente a sus tratamientos.

Circunstancias psicológicas y sociales pueden causar estrés crónico, con efecto acumulativo en el tiempo, pueden aumentar el riesgo de deterioro de la salud mental y muerte prematura. Factores individuales tales como estrategias de afrontamiento y apoyo social, actúan como modificadores de las respuestas a corto plazo y en los resultados de salud a más largo plazo.

Es imprescindible considerar las propias percepciones que tiene cada mujer en este periodo de sus vidas, que incluyen aspectos históricos y socioculturales, los cuales dan forma a la experiencia de salud y enfermedad

La otra dimensión del problema a la que hay que referirse es el socio-cultural. La menopausia supone el fin de la etapa reproductiva de la mujer, y dado que numerosas culturas, asignan como rol fundamental para la mujer el de la fecundidad y el de objeto de satisfacción sexual masculina. (Vaquero-Cristóbal R. 2013).

Esta etapa llega a ser percibida por muchas mujeres como el momento en que dejan de ser útiles; y como suele coincidir con la emancipación de los hijos y su marcha del hogar, la sensación de pérdida de sentido de la vida tiende a unirse frecuentemente a los trastornos mencionados, primeramente.

La sensación de infravaloración que muchas mujeres llegan a tener por parte de sí mismas frecuentemente las puede llevar a sospechar o asumir situaciones de infidelidad por parte de la pareja, muchas veces infundadas, aunque no siempre; llegando en ocasiones a tal grado de paranoia, que termina siendo precisamente esta situación la que deteriora y rompe la unión de la pareja.

En otros casos las mujeres aceptan con resignación la pérdida de ese rol sexual y de fecundidad, y se aferran a su rol de madres, volviéndose demasiado posesivas sobre unos hijos que ya suelen estar en edad de tomar las riendas de su vida; o bien se aferran intensamente al confort y la seguridad económica que gozan o que desean.

Pero todo ello depende de lo prejuiciada que la mujer esté por su cultura. Hay mujeres, por contra, que, en esta dimensión social de los efectos de la menopausia, viven la misma de

forma opuesta, disfrutando de la sexualidad sin el temor a quedar embarazadas, o felices porque se libraron de las típicas molestias inherentes al ciclo menstrual.

La mejor ayuda es la profesional, estos trastornos pueden afectar las relaciones sociales, interrelación con otras personas, con la pareja, los hijos y hasta presentar bajas laborales. Se dan casos de mujeres pre menopáusicas, que muestran desinterés en el trabajo, dejan de ser productivas y la falta de concentración en ocasiones interfiere en sus labores. Esto causa angustia sobre todo en mujeres profesionales o acostumbradas a llevar las riendas de todo, la gerencia del hogar, los hijos, la pareja y múltiples ocupaciones de las que se ha llenado.

Pero, esto para los especialistas, no es el fin de la vida ni nada que no tenga solución. La mejor medicina, es mantenerse en calma, tratar de observarse sin angustias. Y si este plan no es suficiente, recurrir siempre a la palabra mágica: ayuda profesional médica y psicológica.

Para casos que no revisten mayor gravedad, se recomienda empezar una rutina de ejercicios, actividades al aire libre, actividades recreativas, lectura o hacer yoga, la pre menopausia es un cambio y hay que asumirlo como tal: Con actitud positiva y mente abierta.

El estudio de esta etapa supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se genera una importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, oleada por factores personales, ambientales y culturales y en el que ocurre un evento fundamental: la menopausia (Vaquero, Cristóbal R. 2013).

El problema del climaterio y la menopausia adquiere mayor importancia con el transcurso del tiempo y el concepto de calidad de vida se ha ido convirtiendo en un elemento

importante cuando la mujer climatérica se presenta ante el especialista, con el objetivo de que su vida tenga la mayor calidad posible. Esto fundamenta la necesidad de atenderla no solo como organismo biológico, sino también en armonía con su entorno cultural y social.

1.4.2.2.- Repercusión en el ámbito Familiar.

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcance el climaterio y que pasa al menos un tercio de su vida después de la menopausia.

En esta etapa de la vida de la mujer es importante diferenciar qué síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no. La mujer, por su sexo, va a tener un “condicionamiento de género”, histórico y económico, en el cual concommitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables. En ese sentido, las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y, hoy día a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda.

Por ello, la mujer sintomática no diagnosticada ni atendida forma parte de una población demandante en la atención médica, por lo que se hace necesario contar con una información actualizada, con recomendaciones basadas en la evidencia científica, que permitan atender las necesidades de la población femenina con calidad.

Los aspectos familiares tienen un papel muy importante en la experiencia de la menopausia, pues hasta hace muy pocos años las mujeres han sido educadas para llevar la carga de una

familia, por lo que es lógico que, en este ciclo de sus vidas, las mujeres estén totalmente volcadas en sus familiares (padres, hijos, parejas y, en algunas ocasiones, nietos).

Por supuesto, no debemos olvidar los cambios que se producen a nivel fisiológico con la llegada de la menopausia. Por otro lado, los hábitos tóxicos en la menopausia también están presentes, y, como en cualquier etapa de la vida, con las connotaciones negativas para nuestro organismo que pueden derivar de los mismos. Connotaciones estas, que pueden llegar a tener mayor repercusión debido a las características propias del periodo en el que nos encontramos. Los tóxicos más frecuentes son alcohol y tabaco.

Respecto a este último, señalar que, sumados a los riesgos habituales al tabaco, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos específicos asociados a su género. Así, se ha evidenciado el hecho de que el tabaquismo va vinculado con una disminución de la fertilidad y mayor precariedad en la aparición de la menopausia, aumentando por tanto el riesgo de menopausia precoz con los aspectos negativos que de ello se derivan, especialmente en lo que respecta al metabolismo del calcio óseo, y la aparición de osteoporosis.

Además, es importante señalar la idea de que el consumo de tabaco va asociado a conductas de salud poco deseadas tales como: Sedentarismo, obesidad, dislipemia, malos hábitos alimenticios derivando en sentimientos de ansiedad, frustración estrés y baja autoestima. En España, el tabaquismo originó en 2006 53.155 muertes en mayores de 35 años, de las cuales más del 11% corresponden a mujeres. A todo esto, debemos sumarle la tendencia de aumentar en los próximos años la mortalidad femenina por esta causa. (Ramos, 2013).

1.4.2.3.- Repercusión en la vida sexual de la mujer.

Según la OMS, ‘‘la sexualidad humana es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo’’ (OMS, 2016).

Los problemas sexuales que pueden aparecer durante la menopausia se dividen en psicológicos, físicos, hormonales y sociales. Dentro de los psicológicos se incluye la disminución del deseo sexual, entre los físicos y hormonales se encuentran el dolor coital y disminución de la respuesta durante el acto; y, por último, el principal factor ‘‘social’’ es el relacionado con la pareja (Salvatierra, 1992).

Orientaciones en salud sexual, etapa de climaterio y menopausia.

Aunque la sexualidad no debería representar un problema, los condicionamientos sociales han causado que muchas personas y comunidades tengan dudas y preguntas respecto a esta importante área de la experiencia humana, por lo que con frecuencia se recurre a los profesionales de la salud para solucionarlos. La relación con la pareja y el estado general de la salud física y psicológica son factores decisivos en el funcionamiento sexual de la mujer en general, pero especialmente durante la etapa climatérica.

Existe una gran variabilidad individual, pues algunas mujeres refieren una disminución de la apetencia sexual, pero muchas otras sienten realmente un mayor interés durante estos años. Se plantea, a modo de hipótesis, que éstas últimas hayan podido sufrir durante muchos años una gran represión en lo que al sexo se refiere, y posiblemente se ha dado la coincidencia, con este periodo de la vida, de un mayor conocimiento en el tema, debido a la gran difusión de temas sexuales por diferentes medios.

A medida que aumenta la edad, generalmente existe una pérdida del interés sexual. Las diversas revisiones disponibles concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación vaginal) y la menopausia, pero los factores que influyen en esta pérdida del interés son complejos y múltiples. De estos factores, los más importantes son los psicosociales, y entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.

La experiencia de la sexualidad durante la etapa climatérica es una interacción entre los cambios fisiológicos y psicológicos y los aspectos sociales y familiares que se dan en este período. Muchas mujeres informan que la satisfacción marital aumenta a medida que los hijos se van de casa y las relaciones sexuales de pareja son más libres (Salvatierra 1992).

En la menopausia hay cambios influidos por factores hormonales, psicológicos y socioculturales que son los siguientes:

Factores hormonales: Los estrógenos son los que provocan la mayor parte de los cambios, aunque también influyen otras hormonas:

- Hay un déficit de estrógenos, el cual es el causante del adelgazamiento de la mucosa vaginal, la sequedad vaginal, fragilidad vascular y disminución de la elasticidad.
- La flora habitual de la vagina desaparece y ésta es sustituida por bacterias intestinales.
- Se produce vaginitis atrófica, dispareunia y frigidez, sobre todo en mujeres sexualmente no activas o nulíparas.
- Aparece la irritación e infección vaginal y prurito vulvovaginal.

- La vagina no es capaz de tolerar las penetraciones muy profundas, por lo que aparece una disfunción sexual de la fase de excitación. Esto puede llegar a ocasionar problemas de pareja, ya que el compañero sexual piensa que el hecho de que la mujer no se excite y no lubrique correctamente es una señal de rechazo.

- Disminuye la congestión genital, la “plataforma orgásmica”, la coloración y vascularización de labios mayores y menores, el tamaño del clítoris y los pezones y las contracciones uterinas que se producen durante la fase orgásmica. La sexualidad en la menopausia y la repercusión de la atrofia mucocutánea y la incontinencia urinaria,

- Todos estos cambios tardan más en aparecer, o incluso no aparecen, en aquellas mujeres que antes de la menopausia han tenido una vida sexual activa.

- La piel pierde brillo y elasticidad y la sequedad cutánea aumenta.

- Los músculos pierden fuerza y tono y los pechos se caen volviéndose planos.

- Debido a los cambios metabólicos, el depósito de grasa aumenta en la cintura y el abdomen. Este cambio hace que la mujer no se sienta tan atractiva como antes y puede llegar a provocar un trastorno del deseo sexual (De la Gandara, 2015).

- La disminución de estrógenos es la causante de la pérdida de memoria, alteraciones cognitivas, irritabilidad, depresión y ansiedad.

- También ocasiona cambios vasomotores, provocando sudoración profusa, sofocos y palpitaciones.

- La disminución de andrógenos disminuye la libido.

Como vemos, los implicados en que se inicie el impulso sexual son los estrógenos y los andrógenos. Los estrógenos mantienen la mucosa vaginal, la lubrican y estimulan el clítoris; la dopamina activa el impulso sexual; las endorfinas provocan el deseo y la

relajación tras el orgasmo; y la serotonina media la inhibición del impulso sexual y la saciedad.

Después de la menopausia, el adelgazamiento del epitelio de la vagina no afecta la función sexual cuando hay relaciones sexuales en forma regular. En los casos de atrofia severa o vaginitis atrófica puede existir dispareunia. Asimismo, la abstinencia sexual prolongada puede favorecer esta atrofia, produciendo dolor y malestar al reanudar la actividad sexual.

Aunque la función sexual permanece intacta, los cambios neuroendocrinológicos y circulatorios propios de la edad, pueden ser la causa de alteraciones en el tiempo y extensión de la respuesta a la estimulación sexual. Asimismo, se ha reportado tanto disminución del interés sexual como aumento del mismo durante la postmenopausia.

En la sexualidad es muy común la pérdida del interés sexual, la respuesta de la mujer menopáusica es muy variable. Los pequeños cambios en el interés sexual, no suelen ser problemáticos y no requieren tratamiento si la pareja se adapta al cambio.

Las personas que notan una disminución del interés sexual, las causas pueden ser: La existencia de una pareja, la calidad de la relación y comunicación con su pareja, la calidad de la vida sexual previa a la menopausia (cuanto más activa era su actividad sexual previa, es verosímil que sea en la actualidad), grado de fatiga, aburrimiento sexual, estrés o depresión, presencia de problemas biológicos como sequedad vaginal, uso de determinados medicamentos como antidepresivos, calidad de vida global. En los problemas de comunicación personal es importante mejorar las habilidades y el diálogo para adaptarse a los cambios. Los problemas de pareja no constituyen un serio lastre para la sexualidad, la variedad en la sexualidad puede contrarrestar el aburrimiento sexual.

1.5.-Evaluación y Diagnostico psicológico de la depresión y ansiedad en la menopausia.

La menopausia es un hecho indudablemente biológico, pero no se puede reducir a las mujeres a sus hormonas o capacidad reproductora. En este período de la vida de las mujeres ocurren muchos fenómenos fisiológicos y psicológicos no específicos de la menopausia, pudiendo ser consecuencia del propio envejecimiento o acontecimientos sociales (Sánchez, Cánovas, 1996).

El objetivo general de un programa de intervención en las mujeres durante el climaterio y menopausia, como en cualquier otro grupo de edad o colectivo, debe abarcar tanto la prevención de riesgos y problemas de salud,

Las mujeres están siendo privadas de una información más optimista asociada a los beneficios que puede suponer el final de la capacidad reproductora y el proceso del envejecimiento. La conducta de la mujer se vuelve pesimista porque hace sinónimo de la menstruación con su estatus femenino: piensa que empieza a dejar ser mujer cuando el sangrado periódico desaparece. Esto no es así, la femineidad continua con múltiples manifestaciones y no se puede decir que una mujer porque ya sea menopaúsica ha dejado de ser mujer.

Por otra parte, hay sentimientos encontrados porque cuando se produce este acontecimiento, la mujer comprende que ya no se puede quedar embarazada oponiéndose este sentimiento de pérdida de femineidad a la tranquilidad de saber que puede tener relaciones sexuales sin consecuencias, una idea equivocada, ya que la mujer tiene una esterilidad relativa varios años antes del cese de la regla. Antiguamente, cuando las mujeres no conocían los métodos modernos de contracepción y las familias tenían ocho o

diez hijos, muchas de ellas recibían la menopausia como una liberación. Por el contrario, hoy día que se puede evitar un embarazo a voluntad, la mujer piensa que esto es algo que la disminuye o que reduce su prevalencia femenina. Esta sensación de decadencia de su femineidad es la que provoca toda una serie de síntomas psicósomáticos que se abordan y que se dan independientemente de que la mujer tenga o no tenga hijos y mantenga o no relaciones sexuales.

1.5.1.- Depresión.

La depresión es más frecuente en la pre menopausia, y en la post menopausia, por los cambios hormonales y se ha asociado con los bochornos. También se han asociado la depresión con los niveles colesterol total y los niveles de LDL en estos periodos. La diferencia se debe indirectamente a la baja de estrógenos. Algunos investigadores sugieren que la disminución de colesterol puede disminuir la membrana de colesterol cerebral, una menor cantidad de lípidos micro viscoso y una disminución en la exposición de los receptores serotoninérgicos en la membrana, lo que resulta una deficiencia en su funcionamiento. Se han postulado mecanismos hormonales, psicológicos y socioculturales para entender la etiopatogenia de estos cuadros.

El tratamiento de la depresión en la pre menopausia viene determinado por la gravedad clínica e incluye antidepresivos, psicoterapia y, en ocasiones, terapia hormonal sustitutiva mediante estrógenos. La depresión pre menopáusica constituye un problema infra diagnosticado e infra tratado, que genera un alto nivel de sufrimiento y que merece una mayor atención por parte de los clínicos y el sistema sanitario (Sesma, 2013).

En lo que respecta al tratamiento de la depresión en la pre menopausia, los principales retos son la capacidad de identificar qué mujeres están en riesgo de presentar clínica depresiva y la elección del tratamiento que ofrezca mejor resultado con menos efectos secundarios.

A la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado, son diversos los factores a tener en cuenta, destacando entre ellos la gravedad del trastorno y la presencia de patología somática o factores de riesgo que contraindiquen el uso de algunos fármacos (Larroy García, 2011).

Asimismo, el profesor Antonio Cano (2008). Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valencia y jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico de Valencia, afirma que: las mujeres que han padecido síndrome de la tensión premenstrual durante la etapa reproductiva son más vulnerables a la depresión tras la menopausia. En cuanto a la depresión, se ha demostrado que mujeres pre menopáusicas sin historia de depresión anterior que entran en periodo menopáusico tienen un mayor riesgo de desarrollar un cuadro depresivo en comparación con un grupo control que permaneció en la pre menopausia durante más tiempo, especialmente si aparecían síntomas vasomotores asociados (Cano, 2008).

Aproximadamente 10 % de las mujeres en el climaterio atraviesan por una depresión, lo cual provoca que la mujer experimente sentimientos de desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual (libido) y nerviosismo.

Existen factores de riesgo que pueden causar los trastornos depresivos durante esta etapa, entre los cuales figuran: antecedentes de depresión, de disforia relacionada con anticonceptivos orales, de trastornos disfóricos premenstruales y de depresión posparto, así como síntomas vasomotores severos, mala calidad del sueño, pre menopausia prolongada

(más de 2 años), menopausia quirúrgica (doble ooforectomía), disfunción tiroidea, bajo nivel educacional, pérdidas significativas y afecciones crónicas de salud.

Algunos autores señalan que la disminución de las hormonas sexuales durante la menopausia, afecta el estado de ánimo y predispone a los trastornos depresivos; otros afirman que la menopausia natural, a diferencia de la quirúrgica, no aumenta el número ni la intensidad de los trastornos depresivos severos. Sin embargo, estudios realizados en Santiago de Cuba (2012) han mostrado que en la menopausia quirúrgica las alteraciones psicológicas son más severas por ser muy brusca; mientras que, en la natural, los ovarios continúan produciendo andrógenos que son aromatizados a estrógenos.

Dada la relación hormonal con la serotonina, en el periodo pre menopáusico aumenta la vulnerabilidad a episodios depresivos con o sin historia de trastornos afectivos. Los síntomas premenstruales entre 36-44 los años y en la menopausia temprana antes de los 40 tienen un aumento en problemas relacionados con el estado del ánimo. El estrés, y los problemas psicosociales en la edad madura aumentan el riesgo de una depresión. Diversos trabajos han estudiado la relación de la depresión con la Menopausia. En población normal la prevalencia de depresión se sitúa en torno al 10%, por tanto, se habla de una alta prevalencia de la depresión en el período climatérico. En esta misma línea, asociando los estados depresivos con la menopausia, Zhang y cols. (2003) estudiaron la morbilidad de la depresión en el climaterio, evaluando a 7.232 mujeres peri menopáusicas. Los resultados de este estudio mostraron que los síntomas depresivos correlacionaban positivamente con la duración de la menopausia, con la historia de abortos o nacimientos prematuros, con la hipertensión, con las fracturas de hueso, con el consumo de tabaco y con los problemas maritales.

Sin embargo, Avis (2003) afirma que no hay suficiente apoyo científico como para establecer de forma clara la relación entre menopausia y depresión. Los resultados de algunos estudios acerca de la utilidad de la terapia hormonal sustitutiva para reducir la ansiedad o la depresión no parecen ser concluyentes.

Se han postulado mecanismos hormonales, psicológicos y socioculturales para entender la etiopatogenia de estos cuadros. El tratamiento de la depresión en la pre menopausia viene determinado por la gravedad clínica e incluye antidepresivos, psicoterapia y, en ocasiones, terapia hormonal sustitutiva mediante estrógenos. La depresión pre menopáusica constituye un problema infra diagnosticado e infra tratado, que genera un alto nivel de sufrimiento y que merece una mayor atención por parte de los clínicos y el sistema sanitario (Sesma, 2013).

En lo que respecta al tratamiento de la depresión en la peri menopausia, los principales retos son la capacidad de identificar qué mujeres están en riesgo de presentar clínica depresiva y la elección del tratamiento que ofrezca mejor resultado con menos efectos secundarios. A la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado, son diversos los factores a tener en cuenta, destacando entre ellos la gravedad del trastorno y la presencia de patología somática o factores de riesgo que contraindiquen el uso de algunos fármacos (Larroy García, 2011).

La “teoría del dominó” plantea que los síntomas depresivos estarían causados por los fenómenos vasomotores, lo que causaría afectación del sueño con la consecuente fatiga, irritabilidad y disminución del rendimiento diurno. La mayoría de los autores coinciden en señalar que los sudores nocturnos desempeñan una función relevante en los síntomas

climatéricos en general, particularmente, en la depresión, y le conceden un valor especial como predictivas de trastornos depresivos en la pre menopausia.

Otros estudios han demostrado que la depresión en las mujeres climatéricas estaba significativamente influenciada por la ocupación, el estatus económico, la armonía matrimonial y la menopausia. Parry (2012); considera que las mujeres pre menopáusicas en particular, están en riesgo de padecer episodios de depresión mayor recurrentes o de reciente inicio. La depresión no tratada puede exacerbar la enfermedad cardiaca, la diabetes y la osteoporosis, así como contribuir con el aumento de riesgo de suicidio y con un curso más debilitante de la depresión que es más resistente a las intervenciones.

La declaración de Consenso de la Sociedad Norteamericana de Menopausia (2016), indica que es razonable prescribir terapia hormonal de reemplazo a mujeres sintomáticas en la pre menopausia y hasta 10 años después de la menopausia (post menopausia), puesto que los beneficios pueden superar los riesgos.

Mientras que algunos estudios, sugieren que la terapia hormonal sustitutiva parece tener efectos beneficiosos en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, otros afirman lo contrario, así el tratamiento hormonal no parece ser muy útil para la reducción de los síntomas depresivos, sobre todo porque no se ha establecido de forma clara la relación entre depresión y menopausia.

En las mujeres predomina la depresión de tipo unipolar, el subtipo depresivo del trastorno bipolar, y cicladas rápidas del trastorno bipolar y la depresión estacional. La terapia hormonal al uso de antidepresivos es útil cuando existe en mujeres menopáusicas depresiones refractarias al tratamiento. Cualquier antidepresivo está indicado para el tratamiento de los trastornos afectivos durante la menopausia (Epperson, 2012).

1.5.2.- Ansiedad.

Entre los síntomas psíquicos o cognitivo-emocionales de la menopausia se encuentra la ansiedad, la cual está relacionada con los cambios neurobiológicos y psico-sociales propios de este periodo y puede ir acompañada de las siguientes manifestaciones: aumento de irascibilidad, tendencia al comportamiento conflictivo, nerviosismo, alteraciones del sueño, dificultades en la concentración, sentimiento de inseguridad preocupación por eventos que previamente no les causaban inquietud, aumento de la sensibilidad emocional, disminución de la tolerancia.

Asimismo, la mujer que se encuentra en el climaterio o menopausia puede presentar los siguientes síntomas, que pueden dar indicio de la existencia de un probable trastorno de ansiedad: suspiros, palpitaciones o taquicardia, sensación de opresión en el pecho, dificultades para respirar, temblor fino, sudoración, problemas gastrointestinales, sensación de hormigueo, rubor o escalofrío, boca seca, mareos, aumento del número de respiraciones por minuto.

Debido a la disminución de la actividad hormonal de los ovarios, durante el climaterio, se reduce la producción de estradiol, el estrógeno (hormonas sexuales femeninas) principal y más potente secretado por los ovarios, lo que repercute en un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH), cambios hormonales que están relacionados con la aparición de cuadros de ansiedad.

1.5.2.1.- Irritabilidad

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia, está presente en un hasta el 70%. Harlow apunta que el 23% de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos, siendo la edad

de aparición a partir de los 41 años, con un pico de 31.6% entre los 42 a 44 años (Morgan, 2007)

La irritabilidad se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración, síntomas físicos, como la disforia, tristeza, vulnerabilidad, y alteraciones en la autoestima. La irritabilidad es uno de los síntomas que afecta más a las mujeres en sus actividades sociales.

Las mujeres que padecen de irritabilidad, describen el enojo como la sensación de estar “a punto de explotar”, deseos de gritarle a otros, irritable si las tocan, sentirse fuera de control, sentirse que el enojo “las invade”, dispuestas a criticar a otros, una mayor sensibilidad a los ruidos, en tono y volumen, coraje con ellas mismas, pérdida de control, tensión en todo el cuerpo, deseos de decir cosas que lastiman a otros sin querer, sentir que todo les molesta. Poco tolerante al menor estímulo y comportamiento hostil (Morgan, 2007).

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad, y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres. En la actualidad se desconoce si el riesgo de sufrir ansiedad como síntoma o algún trastorno de ansiedad específico se incrementa durante la peri menopausia.

En un estudio llevado a cabo por la Dra. Bromberger (2003) se observó que durante la premenopausia temprana se observaba incremento en la irritabilidad y nerviosismo. En un estudio de cohorte con una muestra de 2,956 mujeres llevado a cabo por la misma autora durante 10 años se observó que mujeres que presentaban síntomas leves de ansiedad antes de la menopausia incrementaron sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia, y mujeres que presentaban síntomas elevados de ansiedad antes de la

menopausia se mantuvieron constantes durante la transición a la menopausia. Lo encontrado en el estudio nos hace pensar que las mujeres que presentan poca ansiedad basal antes de la menopausia tienen mayor riesgo de aumentar sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia o en la post menopausia, y en mujeres que tienen altos niveles de ansiedad antes de la menopausia, el riesgo de desarrollar ansiedad durante la transición de la misma permanece alto (Jiménez, Marván, 2005).

A nivel general, un enfoque que permita ayudar a la persona a resituarse en un marco optimista y desde luego a un posicionamiento personal eficaz que evite o reduzca el temor a afrontar la ansiedad y seguramente también el temor al profesional de la psicoterapia, en la medida que le pueda proponer un tratamiento desmitificado y pragmático en cuanto al rumbo eficaz de su intervención. En numerosas ocasiones la perspectiva terapéutica de los trastornos ansiosos se basa exclusivamente en lo psiquiátrico y más aún en lo farmacológico es decir considerando preeminente y basándose en unas supuestas características orgánicas y psicológicas del problema.

En cualquier caso, se considera que la ansiedad, en sentido amplio deviene usualmente de un estado asociado a una mala interpretación de lo que se vive, por tanto, a una falta de encaje interno-externo que no está estrictamente vinculado a un trastorno orgánico, en el sentido en el que lo entendería la medicina convencional empírica.

Actualmente si bien se ha estudiado en profundidad y con rigor los planos endocrino y neurológico de la afección por tanto orgánicos no ha logrado todavía establecer una patología estructural implicada directamente en el disparo disfuncional reactivo ansioso. El carácter de la conexión interna-externa que mayoritariamente la rigurosa consideración de las hipótesis que baraja la medicina tradicional.

De esta forma, puede representar un recurso muy útil la administración de estrógenos mediante el uso de una Terapia Hormonal durante la menopausia, la cual deberá ser una decisión que tomes con ayuda del médico y después de una evaluación completa, así como para descartar problemas psicológicos más profundos que puedan relacionarse con crisis de ansiedad, en tal caso sería necesario complementar con otro tipo de tratamiento específico (Jiménez, Marván 2005).

El tratamiento del problema debe incluir la valoración del uso de terapia de reemplazo hormonal, psicofármacos y acompañamiento psicoterapéutico. Se dispone de algunos trabajos que muestran la utilidad de la psicoterapia cognitivo-conductual, ya sea aplicada en forma individual o de grupo, para tratar los síntomas propios del climaterio. Asimismo, se ha reportado que el entrenamiento en relajación sería beneficioso para los síntomas menopáusicos. Sin embargo, cuando se trata de trastornos del estado de ánimo específico, los tratamientos que tienen más respaldo proveniente de la investigación empírica son los antidepresivos, la terapia estrogénica o una combinación de ambos (Carbajal, Lhor 2013).

1.5.3.-Evaluación y Diagnostico Psicológico

1.5.3.1.- Evaluación Psicológica en la Depresión.

Entre los instrumentos para evaluar la depresión podemos observar que existen diversas modalidades de evaluación, entre las que se encuentran el auto registro, escalas de clasificación clínica, métodos de observación directa y evaluaciones de personas significativas. Algunos autores señalan que no existe ningún procedimiento de evaluación completo por sí mismo, sino que la combinación de ciertas entrevistas y auto informes

ofrece la opción ideal para llevar a cabo un examen de la depresión basado en la evidencia empírica (Joiner, Walter, Pettit, Pérez y Cukrowicz, 2005).

Así, desde el punto de vista de los auto informes que miden la intensidad de los síntomas, los instrumentos clínicos más empleados son las escalas auto aplicadas en psicología como: el inventario de depresión y ansiedad de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Entre las escalas de valoración psiquiátrica, la más usada es la de Hamilton (1960) y los Inventarios de Beck.

1.5.3.2.- Evaluación Psicológica en la Ansiedad

En cuanto a los instrumentos de evaluación de la ansiedad, a lo largo de la ya dilatada historia de la Psicología, el estudio de la ansiedad se ha revelado como la respuesta emocional más estudiada. Probablemente esto sea debido a dos razones fundamentales: la primera, su carácter de respuesta emocional específica y paradigmática; la segunda, porque los avances en su conocimiento revisten innumerables aplicaciones clínicas, dado su papel en numerosos trastornos psicopatológicos y psicosomáticos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Existen numerosos instrumentos de auto informe, pruebas de observación, medidas psicofisiológicas, etc., si bien al igual que en el caso de la depresión, sólo algunas de las pruebas han venido relacionándose en mayor medida que otras con los procesos de enfermedad física, para fines del presente trabajo se consideran las escalas de Beck.

1.5.4.- Instrumentos Psicológicos para evaluar los síntomas en la menopausia, depresión y ansiedad.

1.- Inventario de Depresión Beck (bdi).

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de Melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems¹⁷², publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979¹⁶ y la BDI-II en 1996¹⁷⁵. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975¹⁷⁶.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. También, destacan instrumentos como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959) o el Listado de 90 Síntomas de Derogatis (1983).

2.- Inventario de Ansiedad Beck.

Es un breve cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

El Inventario (BAI) fue creado por Aarón T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

1. Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
2. Neurofisiológico (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
3. Autónomo (por ejemplo, “sensación de calor”).
4. Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

3.- Escala de Medición Síntomas de Menopausia (bmi).

Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt (BMI, Blatt´s menopausal index; Kupperman y Blatt, 1953). El BMI está constituido por 11 síntomas, evaluados mediante una escala de intensidad de 0 a 3, donde 0 indica ausencia del síntoma y 3 intensidad máxima en el mismo. El índice menopáusico se obtiene multiplicando un factor, dado por los autores, por el índice de intensidad indicado por las mujeres. A aquellos síntomas más característicos de la menopausia (vasomotores) se les asigna un factor más elevado.

El rango de puntuación oscila de 0 a 48. Un índice por debajo de 15 se considera ligero,

entre 15 y 20 moderado, entre 20 y 35 de moderado a alto y por encima de 35, grave. El BMI es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de los síntomas de la menopausia, hasta el punto de haberse constituido en referencia obligada para la mayoría de los investigadores de la menopausia (De la Gándara- Martín, 1997). Los puntos de corte indicados son los se utilizan actualmente en España (Magnani, et al., 1999).

Los abordajes psicoterapéuticos de diferentes orientaciones se utilizan en la práctica clínica diaria con frecuencia en estos cuadros clínicos, especialmente las intervenciones de apoyo. Sin embargo, faltan estudios que valoren específicamente la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de los síntomas depresivos y de ansiedad en la pre menopausia. En un estudio piloto, la terapia cognitivo conductual fue eficaz para aliviar los síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión en la menopausia. (Larroy García 2011).

Los objetivos generales de tratamiento de estos programas podrían especificarse en cuatro niveles (Sperry, 1999):

1º nivel: Disminuir los síntomas

2º nivel: Modular la dimensión temperamental de la personalidad

3º nivel: Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral

4º nivel: Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad.

1.6.- Tratamiento psicológico de los síntomas de depresión y ansiedad en la menopausia.

La investigación de la eficacia y efectividad de los diferentes tipos de intervención es un tema clave para que la Psicología adquiriera el estatus de una disciplina científica. El primer paso para determinar la eficacia de la terapia psicológica es demostrar que los tratamientos

son superiores a la recuperación espontánea (no tratamiento). La recuperación espontánea, sin terapia psicológica formal, ha sido cifrada en un 30-40% de los casos, aunque los datos varían según los trastornos; por ejemplo, las remisiones son frecuentes en la depresión y raras en trastornos psicóticos, dependencia de sustancias, trastornos obsesivo-compulsivos, Hipocondría y agorafobia; además, la remisión espontánea se da sobre todo en los tres primeros años del trastorno. Según diversas revisiones (Botella y Feixas, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Elliott, Stiles y Shapiro, 1993; García, Bados y Saldaña, 1998; Giles, Neims y Prial, 1993; Lambert y Bergin, 1994; Matt y Navarro, 1997; Pérez, 1996), la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento.

Por lo tanto, los cambios psicológicos más notables se evidencian en estados de ánimo variables, mal humor, ansiedad, agresividad, falta de concentración y depresión, aunque los estudios e investigaciones médicas no asocian estados avanzados o prolongados de depresión con los trastornos propios de la pre menopausia y post menopausia.

Es interesante comparar los síntomas psíquicos y psicosomáticos antes, durante y después de la menopausia. La explicación de estos síntomas puede ser considerada en una doble vertiente:

- La basada en las motivaciones psicológicas y psicosociales antes señaladas
- La fundamentada en la falta de estrógenos consecuencia de la atrofia del aparato genital y en los muchos cambios endocrinos que se producen al llegar la menopausia.

Por lo tanto, el tratamiento deberá tener en cuenta ambos aspectos y la terapia hormonal sustitutiva no será por sí misma efectiva, sino que deberá ir acompañada de una ayuda psiquiátrica.

También es variable la intensidad y la persistencia en el tiempo de tales efectos. En algunas mujeres son leves y en otras son bastante acusados. Asimismo, en algunas duran pocos años, y en otras bastantes. Los tratamientos de reemplazo hormonal, independientemente de posibles riesgos a largo plazo que se están investigando, mitigan tales efectos psicológicos de la menopausia (Aps Chile, 2014).

Pueden aplicarse otros tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, pero siempre con el control de un especialista. Es importante también el reconocimiento y la comprensión del problema por parte de la sociedad, y en especial de los hombres, pues se trata de un problema real y natural.

Las mujeres en esta edad suelen estar más atendidas en su aspecto asistencial que en el preventivo o de promoción de la salud. Esto parece una contradicción, dado que este período en la vida de la mujer es uno de los más susceptibles de prevención y de mejoras, mediante la atención adecuada y promoción de la salud, la información es importante.

El objetivo general de un programa de intervención en las mujeres durante el climaterio, como en cualquier otro grupo de edad o colectivo, debe abarcar tanto la prevención de riesgos y problemas de salud, como la mejora de la calidad de vida.

Durante el climaterio las alteraciones endocrinas y biológicas conllevan un aumento del riesgo para diferentes problemas de salud. Pero también, la falta de recursos personales en cuanto a información y formación, así como recursos sociales y familiares, pueden provocar que la etapa menopáusica se viva en algunas mujeres de forma estresante, la calidad de vida era peor en las mujeres postmenopáusicas que en las pre menopáusicas. Esto se podría prevenir con intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de información y formación de la mujer, así como su integración social y familiar.

Algunos estudios, ponen de manifiesto que las mujeres, durante la transición menopáusica, reciben poco apoyo por parte de sus maridos, principalmente por una falta de información sobre este período. Como consecuencia de ello, no se ponen en marcha las habilidades para prestar el apoyo social y psicológico adecuado.

1.7.- El tratamiento Cognitivo Conductual

¿Qué es la TCC?

Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La TCC ayuda a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras terapias habladas, la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. Se ha demostrado que es útil tratando:

- Ansiedad
- Depresión
- Pánico
- Agorafobia y otras fobias
- Fobia social
- Bulimia
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia

¿Cómo funciona?

La TCC ayuda a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

De ella pueden derivarse: Pensamientos. Emociones. Sensaciones físicas. Comportamientos. Cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Los pensamientos sobre un problema pueden afectar cómo se siente física y emocionalmente una persona. También puede alterar lo que se hace al respecto.

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente, los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de éstos. Dicho proceso está guiado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático, entre otros (Ribes, 1990).

Además de las respuestas fisiológicas, otros factores psicológicos asociados a la ansiedad son las respuestas cognitivas y conductuales. El modelo cognitivo-conductual del papel

de los factores psicológicos en el curso de las enfermedades físicas se basa en la combinación de dos modelos: 1.- el modelo conductual, que destaca la influencia de la conducta misma en la salud-enfermedad y 2.- el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986).

Entendemos por cognitivo cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación, toma de decisiones, etc. (Ballesteros, 2000; D'Zurilla y Goldfried ,1971; Nezu, Nezu y Perri, 1989). Los pensamientos negativos automáticos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) y las creencias irracionales (Ellis, 1981, 1990) intervienen antes y durante el transcurso de una situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla frente a otro tipo de pensamientos positivos o de afrontamiento positivo. Así, en la ansiedad la dimensión cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios, etc.).

El abordaje de la menopausia desde la perspectiva cognitivo-conductual es muy reciente y los trabajos son escasos en esta materia, una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de los sofocos o síntomas menopáusicos, no se encuentra fácilmente. La terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de estos síntomas. En el tratamiento de la depresión y ansiedad durante la menopausia ha sido eficaz su uso (Magnani Y Col.1999).

En el caso del tratamiento psicológico, a estas pacientes se hace una evaluación inicial, sesiones de psicoeducación para el paciente para que tengan conocimiento del padecimiento y del tratamiento a seguir, así como para aclarar las dudas que tienen con

respecto al mismo. Las sesiones posteriores enseñan al paciente técnicas de relajación para manejar la ansiedad como respiración diafragmática.

Esta distinción es, quizás, algo artificiosa porque ya desde principios de este siglo, el gran biólogo y premio Nobel Alexis Carrel sostenía que la psicología era también biología y que las ciencias de la vida se dividían en ciencias morfológicas (anatomía, histología, etc.), ciencias fisiológicas (entre ellas la bioquímica y la biología molecular), ciencias psicológicas y ciencias sociológicas (Cochrene, 2015).

Hoy nos encontramos en una encrucijada de lo que se ha llamado la "Neurociencia" en la que un grupo piensa que todo el mecanismo de la mente humana se puede explicar a través de acciones de neurotransmisores en las neuronas, mientras que otra tendencia, más tradicional, niega la posibilidad de que la fisiología pueda llegar nunca a conocer los entresijos de la mente humana (Sesma, 2013).

Los cambios psicológicos más notables se evidencian en estados de ánimo variables, mal humor, ansiedad, agresividad, falta de concentración y depresión, aunque los estudios e investigaciones médicas no asocian estados avanzados o prolongados de depresión con los trastornos propios de la peri menopausia. Es interesante comparar los síntomas psíquicos y psicósomáticos antes, durante y después de la menopausia. La explicación de estos síntomas puede ser considerada en una doble vertiente:

- La basada en las motivaciones psicológicas y psicosociales antes señaladas
- La fundamentada en la falta de estrógenos consecuencia de la atrofia del aparato genital y en los muchos cambios endocrinos que se producen al llegar la menopausia.

Por lo tanto, el tratamiento deberá tener en cuenta ambos aspectos y la terapia hormonal sustitutiva no será por sí misma efectiva, sino que deberá ir acompañada de una ayuda psiquiátrica.

También es variable la intensidad y la persistencia en el tiempo de tales efectos. En algunas mujeres son leves y en otras son bastante acusados. Asimismo, en algunas duran pocos años, y en otras bastantes. Los tratamientos de reemplazo hormonal, independientemente de posibles riesgos a largo plazo que se están investigando, mitigan tales efectos psicológicos de la menopausia.

Pueden aplicarse otros tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, pero siempre con el control de un especialista. Es importante también el reconocimiento y la comprensión del problema por parte de la sociedad, y en especial de los hombres, pues se trata de un problema real y natural.

Los trastornos psicológicos o conductuales en la menopausia, deben de ser debidamente atendidos por psicólogos y médicos que trabajen en conjunto, tomados de la mano uno a otro, para que la mujer, que este pasando por esta etapa natural, llamada Menopausia, sea guiada a un buen entendimiento y conocimiento de todos los síntomas tanto orgánicos como psicológicos por los que probablemente pasará o pasa, para que, la mujer, pueda sentirse mayormente desligada de las convenciones o atributos sociales que la dañen psicológicamente y afecten su estilo de vida (Cochrene, 2015).

En diversos estudios hechos con 2 grupos las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron para controlar los sofocos fueron, lenguaje auto-tranquilizador, relajación respiración profunda e identificación y reducción de los precipitantes o exacerbantes de los sofocos (disputas, comidas picantes, etc.). El entrenamiento se llevó a cabo en cuatro

sesiones de una hora, distribuidas en torno a seis u ocho semanas. Se comparó la eficacia de ambos tratamientos en la disminución del número de sofocos y su grado de malestar. Del mismo modo, se comparó el grupo que pasó por el tratamiento cognitivo-conductual, con el grupo que se encontraba en lista de espera. La THS y el tratamiento cognitivo-conductual disminuyeron de forma significativa la frecuencia de los sofocos, pero la terapia cognitivo conductual también redujo significativamente la ansiedad y la valoración negativa de los sofocos. Los cambios se mantenían a los tres meses del seguimiento (Cochrene, 2015).

Por tanto, la terapia cognitivo-conductual podría ser especialmente útil para el tratamiento de los sofocos que interactúan con sentimientos de malestar y ansiedad, así como para aquellas mujeres que no deseen o no puedan ser tratadas mediante una THS (Hunter y Liao, 1992) vuelven a demostrar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en la reducción de los sofocos y los sudores nocturnos durante la etapa peri menopáusica.

Durante el programa se llevará a cabo una evaluación de las variables ansiedad y depresión. Planteándose como hipótesis que la depresión se da más frecuentemente en la mujer que en el varón durante el climaterio y que el bienestar durante el climaterio parece estar relacionado con tres situaciones personales: estar casada, tener hijos y trabajar fuera de casa, siendo esta última la que amortigua los problemas personales y familiares.

Esos hechos ocurren por una serie de razones que ellas enumeran:

1. Carencia de conocimiento y habilidades ante una nueva situación que se les plantea.
2. Pérdida de refuerzos positivos; cambios físicos que experimenta su propio cuerpo, y cambios en las relaciones familiares.

3. Bajo nivel de autor reforzamiento, lo que conduce a estados de desvalorización y a una falta de motivación, provocando la depresión.
4. Disfunción cognitiva: auto instrucciones negativas, ante la situación que se está viviendo, atribuciones sobre sí misma, atribuyéndose la responsabilidad de todo lo negativo que sucede, percepción selectiva y negativa de su realidad y también el hecho de magnificar y/o minimizar y generalizar sobre lo que acontece.
5. Este grupo investigador considera que la información es el punto de partida en cualquier programa de modificación de conducta.
6. Deben ofrecerse a estas mujeres alternativas para que les resulte más fácil adoptar un comportamiento nuevo y más saludable.

De este modo, las técnicas conductuales podrían considerarse como parte fundamental de las Intervenciones Basadas en la Evidencia ya que la mayor parte de este tipo de terapias son precisamente conductuales (Mustaca, 2004), lo cual fundamenta su utilización tanto en psicoterapia y educación como en prevención y promoción de la salud, entendiendo que la salud se relaciona con el bienestar del individuo y no sólo con la ausencia de enfermedad (Flórez, Alarcón, 2000).

Se ha observado empíricamente que las técnicas conductuales y cognitivas-conductuales son eficaces para el tratamiento de la depresión y diversos trastornos de ansiedad, (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990; Alvarado, Riveros, Gómez, Sagaceta & Raffo, 1992; Roca & Roca, 1998; Iruarrizaga, Gómez, Criado, Zuazo & Sastre, 1999; Olivares, Sánchez & Rosa, 1999; Caballo & Mateos, 2000; Sirgo, Gil & Pérez-Maga, 2000; Fernández & Fernández, 2001; Solano & Gallagher-Thompson, 2001; Vera-Villarroel,

Cáceres, Castillo, Morales, & Pérez, 2001; Walker & Clarke, 2001; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002; Espinoza & Herrera, 2004; Herrera & Vera-Villaruel, 2004; Ortega y Climent, 2004). En diversas publicaciones (Echeburúa y Corral, 2001; Mace, Moorey y Roberts, 2005; Nathan y Gorman, 1998; Pérez et al., 2003) figura una lista actualizada de los tratamientos psicológicos apoyados empíricamente para trastornos específicos, que está sujeta a revisiones periódicas.

Se trata de una verificación empírica (experimental) y no meramente clínica (subjetiva), con una referencia clara al coste/eficacia. De esta lista se pueden obtener varias conclusiones:

- a) la superioridad de las terapias cognitivo-conductuales como tratamientos de elección; y
- b) la ausencia generalizada de las terapias psicodinámicas, a excepción de la terapia interpersonal para la depresión y la bulimia y quizá algunas intervenciones psicodinámicas breves.

1.8.- La Psicoeducación.

1.8.1.- ¿Qué es la Psicoeducación?

Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la Calidad de Vida. La psicoeducación “conductual” se suele caracterizar por

programas largos —porque, al fin y al cabo, el cambio al que aspira también es mayor— en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc. Sus medidas de eficacia suelen ser variables clínicas “duras”: número de episodios, duración, lo que permite que el clínico se sienta más seguro de su implementación. La psicoeducación, por lo tanto, nace a partir de una necesidad clínica: dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su problemática (Bulacio, 2003).

Parte de la implementación exitosa de la psicoeducación en la clínica reside, precisamente, en que es un modelo nacido en un hospital, que, debido a sus buenos resultados, ha alcanzado un cierto reconocimiento académico.

El tratamiento psicoeducativo se organiza en las siguientes cuatro etapas:

- a) Brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad.
- b) Dar información sobre las recaídas.
- c) Revisión de síntomas y señales de recaídas.
- d) Brindar información sobre el tratamiento y los efectos colaterales.
- e) Se dirige a eventos de vida propios del paciente y a la conducta que agudiza los síntomas de la enfermedad.

La psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de

recaídas (Scott, 2008). La psicoeducación como herramienta terapéutica es viable de utilizar en diferentes tipos de abordajes: Individual, pareja, familiar, y grupal.

1.8.1.1.- Diferentes usos de la Psicoeducación.

De un modo más amplio podemos agregar, que la psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica.

Por lo tanto, puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o bien, en modo indirecto por los profesionales de los distintos ámbitos de salud.

En el marco del tratamiento individual debe impartirse desde la primera entrevista y probablemente por un largo tiempo, ya que deberá ser dosificada según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico del paciente. Debe adecuarse al nivel sociocultural de éste, a su personalidad, su patología y su información previa.

Los contenidos psico educativos deben centrarse en:

- 1) El diagnóstico y sus implicancias.
- 2) La necesidad de realizar un tratamiento integral.
- 3) El fundamento del tratamiento psicofarmacológico.
- 4) El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).
- 5) La importancia “per se” de la psicoeducación.
- 6) La importancia de desarrollar la creatividad en su propia vida y en el tratamiento mismo.
- 7) La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

La Psicoeducación puede utilizarse como un potenciador de las distintas instancias del tratamiento de los trastornos mentales, particularmente de los trastornos por ansiedad.

Puede implementarse en grupos específicos para tal fin. Es considerado por los pacientes

de gran valor para su mejoría. A pesar de lo reconocido de su utilidad falta desarrollar una metodología específica para su aplicación. Nosotros pretendemos utilizarla como parte de un tratamiento integral con el objetivo general de mejorar la calidad de vida (Bulacio, 2006).

1.8.1.2.- La psicoeducación en la menopausia.

El abordaje de la menopausia desde la perspectiva cognitivo conductual es relativamente reciente, por lo que los trabajos son escasos, pero pueden citarse algunos, como los de Hunter y Liao (1996), Sueiro et al. (1999), Camuñas et al. (2001), Larroy (2004), o Larroy, Gutiérrez y León (2003). En estos trabajos se aborda, con diversas técnicas conductuales, la reducción de todos o parte de los síntomas asociados a la menopausia. Así, el trabajo de Hunter y Liao se centra en el control de las alteraciones vasomotoras; el de Camuñas et al, incluye, además, intervención en ansiedad e irritabilidad; y los de Larroy y Larroy et al, abarcan toda la sintomatología menopáusica y la mejora de la calidad de vida de las pacientes. Casi todos los trabajos están enfocados a los síntomas físicos de la menopausia y a los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión. Fueron hechos tomando en cuenta los síntomas físicos para calmar los psicológicos, algunos mediante grupo control y experimental otros solamente registrando los cambios físicos y el bienestar en la calidad de vida, así como tomando solo un síntoma psicológico. Hay artículos de investigación y otras son tesis de Maestría y Doctorado (son las menos). Pero casi todos los estudios coinciden en que la información es un factor primordial en cualquier programa de intervención (Magnani et al., 1999; Marín, Sánchez-Cánovas, Dupuy, 1995; Sueiro et al., 1999;) y más en la menopausia.

CAPITULO 2

Propuesta de un Taller de psicoeducación para atender síntomas de depresión y ansiedad en mujeres que cursan con menopausia.

Taller de psicoeducación.

“La vida es bella... aun con menopausia: cómo salir airosa de esta etapa de la vida, y no morir en el intento”

2.1.- Justificación.

Este taller permitirá a las mujeres con menopausia contar con información pertinente de esta etapa de vida; los síntomas, las alternativas de tratamiento, así como también practicar algunas estrategias cognitivo conductuales que sirvan para manejar las circunstancias físicas y psicológicas que rodean a la menopausia y así poder reducir el impacto en la vida de las mujeres que la padecen, mejorando su calidad de vida.

El propósito del taller propuesto es enseñar a las participantes a manejar los síntomas que aparecen en la menopausia, ya que la mayoría de las investigaciones refieren alteraciones físicas importantes que tienen repercusión en las emociones de las mujeres (la ansiedad y la depresión) son común denominador.

Un taller de psicoeducación cuyo objetivo sea cubrir las necesidades de educación y tratamiento psicológico en la menopausia es fundamental, ya que muchas mujeres presentan depresión y ansiedad con consecuencias graves para su calidad de vida al no saber qué hacer y padecer complicaciones.

Esta propuesta se hace con base en la investigación documental realizada, teniendo como resultado que en la etapa de la menopausia; la vida de la mujer mejora si se le atiende psicológicamente usando técnicas de la terapia cognitivo conductual entre ellas, el psicoeducación para la atención de los síntomas de ansiedad y depresión referidos en este periodo de vida que aqueja a las mujeres.

Se sugiere que este taller sea dado por un Psicólogo y personal de apoyo de donde se impartirá el taller; para desarrollar los temas específicos, de acuerdo a las sesiones propuestas. La actividad permite compartir conocimientos, experiencias, reflexionar, analizar y adquirir un conjunto de habilidades que harán posible una buena actitud frente a la vida y una mejor adaptabilidad a los cambios.

Al compartir las experiencias y conocimientos que poseen las personas, su confrontación con los nuevos conocimientos y la comprensión real del tema estudiado. Requerirá la participación activa de cada uno de los integrantes del grupo. El facilitador o guía (psicólogo), motivará al grupo y creará las condiciones en un ambiente cálido que permita sentir confianza a las participantes para abrirse, conocerse a sí mismas, identificar actitudes dañinas para su salud y asumir cambios favorables para lograr una mejor calidad de vida.

Las Sesiones Psicoeducativas: Cada sesión está diseñada para una hora y media de duración 1 sesión por semana impartidas por psicólogos; durante estas sesiones se abordaron contenidos relativos a beneficios saludables, menopausia y salud, emociones y estrés, sexualidad y pareja, alimentación y salud y otros hábitos saludables en la menopausia.

Usando como Estrategias metodológicas; un intercambio de opiniones en donde todas puedan participar, y para ello se sugiere que el número de participantes por taller no supere las 15 personas. Contar con un área adecuada, en un salón, auditorio o consultorio grande. utilizando técnicas educativas como: lluvia de ideas, reflexión individual, trabajos individuales, trabajos grupales, análisis de situación, juegos, clases dialogadas, ejercicios prácticos etc. No obstante, dependerá del ritmo de aprendizaje del grupo.

Se recomienda adaptar el nivel de conocimiento y el lenguaje a las características y necesidades del grupo.

--- Rol del Psicólogo: Su misión principal es facilitar el aprendizaje, creando un clima cálido y de confianza. Deberá tener una actitud positiva frente a la vida, ser coherente en su pensamiento, sentimientos y acción, ya que es modelo para los educandos; evitar juicios personales o imponer sus valores por sobre los de los participantes. En cada sesión educativa, se debe lograr atraer la atención de los participantes, señalar los objetivos propuestos para la reunión. Al inicio, hacer una síntesis de lo más relevante tratado anteriormente.

En el desarrollo de cada sesión, se debe estimular al educando para que recuerde la información que posee del tema, presentar el material de trabajo captando su atención, orientar el aprendizaje, promover la participación de todos, retroalimentar las conductas correctas, estimular y evaluar a cada participante. Propuesta de un temario básico según las inquietudes de las participantes. Además de los encuentros grupales, se debe promover la educación individual en el control diario, donde la promoción de salud y el desarrollo de acciones preventivas constituyen un pilar fundamental.

2.2.- Objetivos del Taller.

a). - Objetivo General.

Al finalizar el taller las participantes, cubrirán la necesidad de educación y adaptación a esta etapa de la vida de la mujer llamada menopausia, desde el punto de vista psicológico mejorando su calidad de vida.

b) Objetivos Específicos.

- 1.- Conocer y analizar los síntomas que se presentan en la menopausia.
- 2.- Conocer los factores psicológicos que acompañan a los problemas de salud, en la menopausia.
- 3.- Dar información de una vida sana con menopausia.
- 4.- Dar herramientas para que las participantes puedan controlar los síntomas físicos y emocionales que aparecen con la menopausia.
- 5.- Obtener herramientas para hacer frente a situaciones que se presenten en su entorno social y como se podrían mejorarlo.

2.3.- Descripción del Taller.

Protocolo de intervención en 9 sesiones, taller de psicoeducación.

Está dirigido a mujeres de 40 a 60 años que cursan con pre y post menopausia. El taller de psicoeducación tiene como objetivo cubrir las necesidades de educación y atención psicológica para esta etapa de la vida, ya que muchas mujeres caen en depresión y ansiedad lo cual tienen consecuencias graves para su vida y no saben qué hacer.

Se necesita comprender los cambios que se producen en este período de la vida para contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer. La importancia de satisfacer las necesidades emocionales, reconocer individualmente las propias fortalezas y debilidades, base para mejorar la autoestima y obtener herramientas para identificar y manejar situaciones estresantes y aprender técnicas de relajación. Resolver inquietudes respecto a la sexualidad y los cambios que pueden aparecer en las diferentes etapas del curso de la menopausia. Así como Internalizar la necesidad de auto-cuidar la salud y desarrollar un

proyecto para la vida futura aplicando lo aprendido en el taller, abarcara evaluación de la situación de la paciente. Psicoeducación, tratamiento cognitivo conductual y cierre del mismo. Así como cuestionario de satisfacción diseñado por la autora de este programa.

Lugar

Se sugiere que este taller se lleve a cabo dentro de un auditorio, salón grande, centro de salud de primer nivel, hospitales u otro espacio acorde a las necesidades de psicoeducación en mujeres pre y post menopaúsicas.

Duración y frecuencia de sesiones

Semanal con duración de 1 hora con 30min.

Temas en general

- Menopausia y climaterio: mitos y realidades.
- Importancia del estilo de vida y hábitos saludables en condiciones de hipoestrogenismo.
- Sexualidad en la etapa post-reproductiva.
- Desórdenes del sueño.
- Salud mental (manejo de ansiedad y depresión) Autoestima y reconocimiento de su nuevo lugar en la familia, la sociedad y su nuevo proyecto de vida.

Técnicas y dinámicas

El tratamiento psicoeducativo se organiza en las cuatro etapas siguientes:

- a) Brindar información sobre las causas y los síntomas de la menopausia.
- b) Dar información sobre el aspecto psicológico.
- c) Proporcionar la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los síntomas.
- d) Se dirige a eventos de vida propios de las pacientes y a la conducta que agudiza los síntomas de la enfermedad.

2.4.-Evaluación del taller.

Para evaluar el impacto del taller se propone un Pre test y Post test de escalas de Depresión Beck (bdi) y Ansiedad Beck, síntomas menopáusicos, con el Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt. Así como Autor registros semanales y cuestionario de satisfacción por la participación en el taller.

A continuación, se presentan las cartas descriptivas del taller a manera de tabla en las cuales se presenta: Tema, Objetivos, Actividad y Material.

2.5.- Sesiones propuestas

TALLER: “La vida es bella... aun con menopausia: cómo salir airosa de esta etapa de la vida, y no morir en el intento”

SESIÓN 1

Temas	Objetivo	Actividad	Material
Bienvenida. Introducción al tema. Información general.	1.- Presentar del taller y quien que va a coordinarlo. Romper el hielo, e integrar al grupo. 2.- Dar a conocer la información pertinente de lo que acontece en la menopausia. 3.- Aplicar evaluación de síntomas menopáusicos y Pre-test de ansiedad y depresión (Beck).	1.- Presentación de la sesión 2.- Explicar los métodos que se usaran en el taller. 3.- Entrega del material acerca de las tareas para casa: llenar auto registro 4.- Dinámica de integración. La madeja de lana.	1.- Hojas, lápices. 2.- Grabadora, música ambiental. 3.- Pruebas escritas. 4.-Hojas de auto registró.

SESION 2

Temas	Objetivo	Actividad	Material
-Terapia cognitivo conductual; pautas de tratamiento: -como me ayuda esta terapia a mí. -Síntomas en general; depresión y ansiedad en la menopausia.	1.- Explicar síntomas de depresión y ansiedad presentes en la menopausia y su identificación. 2.-Describir la terapia psicológica que se usara.	1.- Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2.-Presentación audiovisual del tema 3.- Dinámica: Roll playing. 4.- Dinámica la pelota preguntona.	1- Computadora, cañón. 2. Hojas de auto registró.

SESION 3

Temas	Objetivo	Actividad	Material
<p>1.- Control de la depresión y la ansiedad; por medio de la relajación.</p> <p>2.-Control de síntomas físicos por medio de técnicas de relajación y respiración</p>	<p>1- Lograr que las participantes cambien sus pensamientos erróneos con respecto a la menopausia que viven, dando pautas positivas para un cambio de vida más saludable.</p>	<p>1.- Presentación de la sesión y revisión de las tareas.</p> <p>2.- Explicar los métodos para reducir los sofocos.</p> <p>3.- Explicar la relajación progresiva y mental, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso.</p> <p>4.- Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva.</p> <p>5.- explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso.</p> <p>6.- Llevar a cabo el entrenamiento en respiración.</p> <p>7.- Practicar los ejercicios de relajación y respiración en casa.</p>	<p>1.- Entrega del material acerca de las técnicas de relajación y respiración y tarea para casa:</p> <p>2.- Dar hojas de auto registro.</p> <p>3.- Pedir tapete para acostarse y dar las técnicas de relajación y respiración.</p> <p>4.- Grabadora, música de relajación.</p>

SESION 4

Tema	Objetivo	Actividad	Material
<p>1.- Control de la depresión y la ansiedad; relajación, 2.-Identificación de los pensamientos automáticos, distorsionados y falsas creencias, 3.- Critica reflexiva, cambio de conducta.</p>	<p>1.- Seguir practicando las técnicas de respiración y relajación. 2.- Que aprendan las técnicas cognitivo conductuales para pensamientos automáticos y distorsionados, y toma de decisiones.</p>	<p>1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar los métodos para reducir los sofocos. 3. Seguir entrenamiento en relajación progresiva, dudas. 5. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso. 6. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración. 7.- Aplicar las técnicas cognitivo conductuales para pensamientos automáticos y distorsionados.</p>	<p>1.- Papel, lápices, plumas. 2.- Tapete. 3.- Hojas de registro semanal. 4.- Computadora, cañón.</p>

SESION 5

Tema	Objetivo	Actividad	Material
<p>1.- Vida saludable; ciclo de vida, calidad de vida, 2.- Uso realista del tiempo y recursos personales. 3.- Redes sociales.</p>	<p>1.- Lograr visualizar un cambio de vida más saludable por la información recibida.</p>	<p>1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Desarrollo del tema, información. 3. Planeación, como hacerla. 4. Identificación de fortalezas. 5. Presentación de material audiovisual. 6. Dinámica. ¿Quién eres?</p>	<p>1.- Computadora, cañón. 2.- Papel, lápiz, plumas. 3.- Hojas de auto registró. 4.- Tapete.</p>

SESION 6

Temas	Objetivo	Actividad	Material
1.- Educación y prevención para la salud.	1.- Obtener información para prevenir complicaciones de vida en este periodo y dar conocimiento para poder resolver las mismas	1.- Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2.- Aprender resolución de problemas. 3.- Aprender a Tomar decisiones. 4.- Dinámica. Imagen de espejo.	1.- Computadora, cañón. 2.- Hojas de auto registró. 3.- Papel, lápiz, plumas.

SESION 7

Temas	Objetivo	Actividad	Material
1.- Implicaciones de la menopausia en la vida sexual, familiar y social.	1.- Obtener información puntual en estas áreas de vida para poder contar con recursos que les apoyen en esta etapa de la menopausia.	1.- Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2.- Dinámica social y familiar. Su significado. 3.- Sexualidad humana información en la menopausia. 4.- Dinámica. ¿Qué estoy sintiendo?	1.- Computadora, cañón. 2.- Hojas, lápiz, plumas. 3.- Hojas de auto registro

SESION 8

Temas	Objetivo	Actividad	Material
1.- Planeación de vida. 2.- Visualizar calidad de vida	1.- Obtener un plan de vida que les haga vivir esta etapa y las posteriores con mayor calidad de vida.	1.- Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2.- Información respecto a cómo hacer un plan de vida. 3.- Reconocer sus necesidades en esta etapa de vida. 4.- Proponerse objetivos realistas con respecto a su etapa de vida,	1.- Computadora, cañón. 2.- Hojas de papel, lápiz, plumas. 3.- Hojas de auto registró. 4.- Música de fondo.

SESION 9

Temas	Objetivo	Actividad	Material
1.- Evaluación final. Post test evaluando nivel de depresión y ansiedad. 2.- Conclusión y cierre de taller.	1.-Resumir y evaluar la información obtenida en el taller, dejando la posibilidad de buscar ayuda cuando la necesiten. 2.-Realizar evaluación del taller y hacer cierre del mismo.	1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2.- Presentar Material audiovisual del tema. 3.- Hacer resumen y contestar dudas. 4.- Aplicar post-tés 5.- Aplicar encuesta de satisfacción. 6.- Cierre del taller, convivencia grupal.	1.- Computadora, cañón. 2.- Hojas de papel, lápiz, plumas. 3.- Hojas de las pruebas. 4.- Hojas de evaluación del taller.

CONCLUSIONES

Las culturas imprimen características peculiares que hacen que las mujeres de distintas épocas y diferentes partes del mundo, vivan en forma distinta esta etapa de la menopausia en su vida, que da una impronta particular al envejecimiento, y aunque existen cambios universales, cada mujer la transita de una manera especial, que depende, sobre todo, de sus características personales, de los logros que ha alcanzado y del entorno psicosocial en que vive.

Al realizar una investigación documental acerca de la menopausia, sus antecedentes, signos y síntomas, así como su evaluación y tratamiento tanto médico como psicológico, se diseñó la realización de un taller como propuesta de intervención psicológica para las mujeres que están cursando por esta etapa en su vida.

En esta investigación documental se encontró, una abundante información médica con respecto al tratamiento de los síntomas físicos de la menopausia, sin embargo, desde el punto de vista psicológico, la información no es tan abundante. Los síntomas de depresión y ansiedad fueron el común denominador de los trabajos, así como el uso de la teoría cognitivo conductual para el tratamiento de algunos síntomas físicos sufridos en la menopausia. Pero no un taller específico de psicoeducación que abarque la información suficiente desde el punto de vista médico y psicológico en la menopausia, lo cual es abarcado en el presente trabajo como propuesta.

España, Estados Unidos, algunos países de centro y Sudamérica, así como México, presentan el mayor número de artículos de investigación. Tesis de maestría y doctorado, así como los Programas Institucionales gubernamentales de asistencia a la salud, incluido

México, parten del punto de vista médico, y solo un apartado menor al área de tratamiento psicológico, pero no para un taller de las características expuestas en este trabajo.

Se encontró la importancia de dar información veraz y oportuna a las mujeres con menopausia considerando los problemas derivados de la problemática emocional y social sufrida por las mujeres ya que esto “pasará con el tiempo” provocando que esta sea la peor etapa de la vida de las mujeres y con miedo a llegar a ella.

1.- Dentro de la investigación realizada se encontró que al informar a las mujeres de lo que acontece en esta etapa de vida, se logra concluir que las consecuencias son mucho menores en la vida de la mujer con menopausia y puede vivir con una mejor calidad de vida, según estudios realizados con psicoeducación en España.

2.- Los factores psicológicos, juegan una gran importancia en la vida de las mujeres y si logran tener un dominio de si en este rubro, la transición en esta etapa de vida será mejor.

3.- Una calidad de vida sana juega una importancia crucial en esta etapa de vida ya que el envejecimiento se encuentra a la puerta y este puede complicar aún más la vida de las mujeres.

4.- La obtención de herramientas psicológicas para enfrentar esta etapa de vida es desconocida por muchas mujeres, el taller puede ser una gran oportunidad de darlas a conocer y manejar.

5.- Mejorar la interacción de las mujeres con menopausia ayuda a su entorno social y familiar creando un ambiente más sano.

Por último, en nuestro país la incomprensión del tema por la sociedad en general es mucha, además del peso de la connotación social al respecto. Un taller de psicoeducación sobre menopausia paliaría de forma considerable esta etapa de vida en las mujeres con menopausia, que se presenta ya en nuestro país. Por lo que se pretende contribuir a ello.

4.- ANEXOS

ANEXO 1

DINÁMICAS.

1.- LA MADEJA DE LANA.

Se colocan todas las personas en círculo y el guía toma una madeja de lana y cuenta cómo se llama, qué hace, sus pasatiempos, etc. Cuando termina, le tira la madeja de lana a cualquier persona que quiera, pero sin soltar la punta. Luego los demás hacen lo mismo, tiran la madeja sujetándola de una punta y se va creando una especie de tela de araña.

Lo ideal es que después se pueda desenredar.

2.- LA PELOTA PREGUNTONA

- El animador entrega una pelota a cada equipo, invita a los presentes a sentarse en círculo y explica la forma de realizar el ejercicio.
- Mientras se entona una canción la pelota se hace correr de mano en mano; a una señal del animador, se detiene el ejercicio.
- La persona que ha quedado con la pelota en la mano 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 mayoría. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

3.- ¿QUIÉN ERES?

Pida que un voluntario salga del salón. Mientras el voluntario está afuera, el resto de los participantes escogen una ocupación para él/ella, tal como chofer o pescador. Cuando el voluntario regresa, el resto de los participantes actúan las actividades. El voluntario debe adivinar la ocupación que ha sido escogida para él/ella según las actividades que sean actuadas.

4.- IMAGEN DE ESPEJO

Los participantes se dividen entre ellos en parejas. Cada pareja decide cuál de ellos va a ser el 'espejo'. Entonces esta persona imita (refleja) las acciones de su pareja. Después de un tiempo, pida a la pareja que cambie de papeles y así la otra persona puede ser el 'espejo'.

5.- ¿QUÉ ESTOY SINTIENDO?

Los participantes se sientan formando un círculo. Cada persona toma un turno actuando una emoción. Los otros participantes tratan de adivinar qué sentimientos está actuando esa persona. La persona que adivina correctamente actúa la siguiente emoción.

ANEXO 2

Cuestionario de Kupperman y Blatt Para medir síntomas menopaúsicos

Indicar de 0 a 3 la severidad de cada síntoma.: 0.- poco o nada 1.-molestia controlable 2.- molestia importante
3.- molestia incapacitante

SINTOMAS	Califique de 0-a 3
Numero de bochornos	
Intensidad de bochornos	
Diaforesis	
Parestesias	
Insomnio	
Dolores articulares	
Fatiga	
Cefaleas	
Irritabilidad	
Vértigos	
Depresión	
Adinamia	
Palpitaciones	
Labilidad emocional	
Resequedad vaginal	
Disminución de la libido	
Dispareunia	

ANEXO 3

AUTOREGISTRO

NOMBRE _____

Describa con detalle según el síntoma que sienta predominante en el día y escriba en las columnas correspondientes lo que se le pida.

Síntoma, fecha	Circunstancias alrededor del síntoma	Emoción experimentada	¿Cómo manejo la conducta, pensamiento o sentimiento?

Califique del 1 al 10, que tanta molestia sintió en esta semana _____

ANEXO 4

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en la última semana.

Durante la última semana me he sentido...

<p>1) Torpe o entumecido</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p> <p>2) Acalorado</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p> <p>3) Con temblor en las piernas</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p> <p>4) Incapaz de relajarse</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p>	<p>5) Con temor a que ocurra lo peor</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p> <p>6) Mareado, o que se le va la cabeza</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p> <p>7) Con latidos del corazón fuertes y acelerados</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p> <p>8) Inestable</p> <p><input type="radio"/> En absoluto</p> <p><input type="radio"/> Levemente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Severamente</p>
--	---

9) Atemorizado o asustado

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

10) Nervioso

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

11) Con sensación de bloqueo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

12) Con temblores en las manos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

13) Inquieto, inseguro

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

14) Con miedo a perder el control

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

15) Con sensación de ahogo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

16) Con temor a morir

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

17) Con miedo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

18) Con problemas digestivos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

19) Con desvanecimientos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

20) Con rubor facial

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

21) Con sudores fríos o calientes

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

ANEXO 5

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Subraye la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en la última semana.

Durante la última semana me he sentido...

<p>1) -No me siento triste -Me siento triste. -Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello. -Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.</p> <p>2) -No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. -Me siento desanimado con respecto al futuro. -Siento que no puedo esperar nada del futuro -Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.</p> <p>3) - No me siento fracasado - Siento que he fracasado más que la persona normal. - Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos. - Siento que como persona soy un fracaso completo.</p> <p>4) - Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes - No disfruto de las cosas como solía hacerlo - Ya nada me satisface realmente - Todo me aburre o me desagrada</p> <p>5) No siento ninguna culpa particular Me siento culpable buena parte del tiempo Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo Me siento culpable todo el tiempo</p> <p>6) -No siento que esté siendo castigado -Siento que puedo estar siendo castigado -Espero ser castigado -Siento que estoy siendo castigado</p>	<p>7) -No me siento decepcionado en mí mismo -Estoy decepcionado conmigo. -Estoy harto de mí mismo -Me odio a mí mismo</p> <p>8) -No me siento peor que otros -Me critico por mis debilidades o errores -Me culpo todo el tiempo por mis faltas. -Me culpo por todas las cosas malas que suceden.</p> <p>9) -No tengo ninguna idea de matarme --Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. -Me gustaría matarme -Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10) - No lloro más de lo habitual - Lloro más que antes. - Ahora lloro todo el tiempo - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera</p> <p>11) -No me irrito más ahora que antes - Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes - Me siento irritado todo el tiempo - No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme</p> <p>12) -Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar. - He perdido la mayor parte de mi interés en los demás - He perdido todo interés en los demás</p>
---	---

<p>13) -Tomo decisiones como siempre -Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes -Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones -Ya no puedo tomar ninguna decisión</p>	<p>18) - Mi apetito no ha variado - Mi apetito no es tan bueno como antes - Mi apetito es mucho peor que antes - Ya no tengo nada de apetito</p>
<p>14) - No creo que me vea peor que antes - Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o interactivo (a). - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer interactivo (a)... - Creo que me veo horrible</p>	<p>19) - Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo - He perdido más de 2 kilos - He perdido más de 4 kilos - He perdido más de 6 kilos</p>
<p>15) - Puedo trabajar tan bien como antes - Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo. - Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa. - No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>	<p>20) - No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual. - Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación -Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.</p>
<p>16) - Puedo dormir tan bien como antes - No duermo tan bien como antes - Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir - Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme</p>	<p>21) -No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo. - Estoy interesado por el sexo de lo solía estar - Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora - He perdido por completo mi interés por el sexo.</p>
<p>17) - No me canso más de lo habitual - Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme - Me canso al hacer cualquier cosa - Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa</p>	

ANEXO 6

Encuesta de satisfacción

Marque con una X, según corresponda.

	SI	NO
1.- ¿El contenido del taller fue adecuado según el tema?		
2.- ¿El material audiovisual fue adecuado según el tema?		
3.- ¿El contenido del taller fue claro y fácil de entender?		
4.- ¿El material escrito fue entendible y fácil de manejar?		
5.- ¿La exposición fue adecuada y clara para usted?		
6.- ¿Las dinámicas usadas fueron adecuadas al tema tratado y fácil de llevar a cabo?		
7.- ¿Considera que el taller le ayudo a manejar, esta etapa de su vida?		
8.- ¿Pudo aplicar en su vida diaria la información obtenida en este taller?		
9.- ¿Recomendaría a otras mujeres el tomar el taller estén o no en la menopausia?		

10.- Sugerencias para mejorar el taller

Gracias por su participación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto revisado (2010). DSM-IV-TR, *Edit. Masson*.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2014). DSM-5 *Edit. Médica Pan Americana*

Avis, N. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of women quarterly. Am J Epidemiology* 27 (91-100).

Baber, R. Panay, N. Fenton, A. y el grupo colaborativo Sociedad Internacional de Menopausia. (2016). Recomendaciones sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia *Menopause and exercise. Menopause* 2015 Sep. 21.

Baber, R. (2016). Obstetrics and Gynecology, Sydney Medical School North, The University of Sydney, Sydney, Australia; email: rod@rodbaber.com.au *Societal International of Menopause*.

Ballesteros, S. (2000). Psicología general, un enfoque cognitivo. *Madrid: Editorial Universitas*.

Ballinger, C.B. (1990): Psychiatric Aspects of the Menopause. *British Journal of Psychiatry*, 156, 773-787.

Basavilvazo, R. Bravo, R. Carranza, L. Celis, G. Hernández, M. et al. (2012) Consenso de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio para la indicación de veraliprida a pacientes con síntomas vasomotores. *Ginecol Obstet Méx.* 2012; 80 (7):467-72.

Beck, A. Rush, A. Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bernard, P. y Brisset, CH. (1989): *Tratado de Psiquiatría*. París: Masson.

Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (comps.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promo Libro.

Bromberger, J. Assmann, S. Avis, N. Schocken, M. Kravitz, H. Cordal, A. (2003) Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and peri-menopausal women. *Am J Epidemiol.*; 158:347---56.8.

Bulacio, J.M. (2006) Factores Inespecíficos en Psicoterapia, desde el modelo cognitivo constructivista realista. *Bs. As. Akadia*.

Bulacio, J.M Y Vieyra, M.C (2003) Psicoeducación en Salud. Disponible en <http://www.intramed.net>.

Cano, A. (1996): Aspectos Clínicos de la Menopausia. En Sánchez- Cánovas, J. *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel.

Cano, A. y Miguel, T. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121. *Barcelona: Ariel*.

Cano, A. (2008). Alteraciones del estado de ánimo tras la menopausia. Disponible en <http://www.libertaddigital.com/salud>.

Carvajal, L. Marín, M. Morales, V. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia A. *revisión Perinatol Reprod Hum*. 30 (1):39---45.

Consejo Nacional De Población. Salud Reproductiva www.conapo.gob.mx/

Couto, N. y Nápoles, M. (2014); Aspectos socio- psicológicos del climaterio y la menopausia, Social and psychological aspects of climaterium and menopause. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, Cuba. *MEDISAN*; *18(10):1388*.

Couto, D. y Nápoles, M. (2014). Aspectos socio psicológicos del climaterio y la menopausia. *Medisan 18(10)*, pp. 1409-1418

Chambless, D.L. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Delanoë, D. (2002). La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia Investigación en Salud, vol. IV, núm. 1, abril, p. 0 *Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, México*.

De la Gándara, J. Puigvert A. (2005) Sexualidad Humana: Una aproximación integral. *Madrid: Editorial medical pan americana*.

De la Gandara, M. J. (1997). Menopausia y Trastornos psicósomáticos. *Burgos: Cauces de Opinión*.

Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Administración de Medicamentos y Alimentos. La menopausia y las hormonas. 2015. www.fda.gov/womens/menopause/pdfFiles/FSspan.pdf.

Derogatis, L. (1983). Symptoms Check List 90 Reviews (SCL-90-R). Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90. Baltimore: *John Hopkins University Press*.

Díaz, M. (2002). Aspectos psicosociales de la menopausia. *Psiquiatria.com: Interpsiquis* 2002.

Dickson, Psicología. (1993). *Ed, Medical panamericana, Madrid.*

D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

Elliott, R. y Shapiro, D. (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 455-479). *Nueva York: Plenum.*

Ellis, A. y Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional- emotiva. *Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1977).*

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional-emotiva: *Vol. II. Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1985).*

Epperson, C. Amin, Z. Ruparel, K. Gur, R. Loughead, J. (2012) Interactive effects of estrogen and serotonin on brain activation during working memory and affective processing in menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*. Mar; 37(3):372-82.

Fernández, E. (1993): Hipertensión. *Intervención Psicológica. Madrid: Eudema.*

Flórez, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.

Forero, J. (2015). Trastorno de ansiedad en el climaterio Universidad El Bosque.

Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Disponible en:

<http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno9403-Trastorno.htm>.

García, E. Bados, A. y Saldaña, C. (1998). La eficacia de la intervención psicoterapéutica: Una reflexión crítica. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 23-48.

Gázquez, L. Pérez, F. Molero, J. Mercader, R. Barragán, M. (2015). *Edita: ASUNIVEP: Investigación en Salud y Envejecimiento Volumen II*.

Guía práctica clínica Gobierno de Chile (2014). Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de la Mujer en edad de Climaterio en el nivel Primario de la Red de Salud.

Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales Guías de Práctica Clínica 2017; licencia MDPI, Basel, Switzerland. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Giles, T. Neims, D. y Prial, E. (1993). The relative efficacy of prescriptive techniques. End T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 21-39). Nueva York: Plenum.

Guthrie, JR, Dennerstein, L, Taffe JR. (2004). the menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. *The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climacteric Dec; 7(4):375- 89*.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine Psychology*, 32, 50-55.

Heredia, M. (2003): La Menopausia vista a través de distintas épocas y culturas. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (1), 46-47.

Heredia, H. y Lugones, B. (2007) Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33(3), 1-8. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo: 1561-3062>.

Hershey, D. Henkens, K. Van Dalen H. (2010); Aging and financial planning for retirement: Interdisciplinary influences viewed through a cross-cultural lens. *Int J Aging Hum Dev*; 70(1):1-38.

Iglesias, G. Ocio, L. Ortigosa, D. et al. (2010). Comparison of the effectiveness of venlafaxine in peri- and postmenopausal patients with major depressive disorder. *Acts Esp. Psiquiatría. Nov-Dec*; 38(6):326-31.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2000). *Censo general de Población y vivienda*. www.inegi.gob.mx.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Peri menopausia y postmenopausia, *México. IMSS*.

Jiménez, S, Marván, G. (2005) Psicología 70 Y Salud, Vol. 15, Núm. 1: 69-76, enero-junio de Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media. *Departamento de Psicología, Universidad de las Américas, Artículo aceptado el 27 de febrero de 2005*.

Kaunitz, y Manson, (2015). Manejo de Síntomas de la Menopausia. *The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2015; 126:859-76)*

Kloss, JD, Tweedy, K, Gilrain, K. (2004). Psychological factors associated with sleep disturbance among perimenopausal women. *Behav Sleep Med.*; 2(4):177-90.

Lambert, M. y Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. End A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change (4ª Ed.)* (pp. 143-189). Nueva York: Wiley.

Larroy, G. Gómez-Calcerrada, S. (2011). Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: *a pilot study*. *Span J Psychol May*.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: *Martínez Roca* (Publicación original: 1984).

Lewinsohn, P. Gotlib, I. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión. En V.E. Caballo, Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Madrid: Siglo XXI*.

Magnani, E. Sánchez-Arcilla, I. Aranda, D. Campillo, F. Campillos, M. García, P. y Rodríguez, A. (1999). Programa de Menopausia: Un buen momento para pensar en sí misma. Ayuntamiento de Madrid Área de Salud y Consumo. *Madrid: Ediciones Díaz Santos*.

Marín, R. (1996). Menopausia y Salud. Atención Integral a la Mujer de Mediana Edad. En J. Sánchez-Cánovas, Menopausia y Salud. *Barcelona: Ariel*.

Marín, R. Sánchez-Cánovas, J. Donat, F. Dupuy, M. (1996). Acontecimientos vitales más frecuentes en mujeres de 45-64 años. Repercusión como estresores psicofísicos. *Atención Primaria, 17(8), 512-516*.

Marín, R. (1996). Menopausia y Salud. Atención Integral a la Mujer de Mediana Edad. En Sánchez- Cánovas, J. Menopausia y Salud. *Barcelona: Ariel*.

Matt, G. y Navarro, A. (1997). What meta-analysis has and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*.

Maki, P. Freeman, E. Greendale, G. Henderson, V. Newhouse, P. Schmidt, P. Scott, N. Shively, C. Soares, C. (2010). Summary of the National Institute on Aging-sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition. *Menopause. Jul; 17(4):815-22*.

Medina, M. Y cols. Salud Mental. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*.

Montes, A. Pérez, M. Y Gestal, J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones, Madrid, 2(16), 75-81*.

Morgan, M. Cook, I. Rapkin, A. Leuchter, A. (2005) Estrogen augmentation of Antidepressants in perimenopausal depression: a pilot study. *J Clin Psychiatry.*; 66:774-80.

National Institute of Mental Health. The impact of mental illness on society. Available at: http://masterdocs.com/fact_sheet_files/pdf/mental_illness.pdf. Accessed June 3, 2007.

Mustaca, E. (2004). El ocaso de las Escuelas de Psicoterapias. *Revista Mexicana de Psicología, 21, 105-118*.

Nezu, A. Nezu, C. y Perri, M. (1989). Problemsolving therapy for depresión. Theory, research and clinical guideleness. *Toronto: John Willey and Sons*.

North American Menopause Society, (2014) *Menopause practice: a clinician's guide. 5th ed. Mayfield Heights (OH)*.

Obstetricia y Ginecología, Universidad Peruana Cayetano Heredia Jefe de Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia: *Rev. Per Ginecol Obstet. 2008; 54:6178*.

Organización Mundial de la Salud, (1981). Investigaciones sobre la menopausia: Informe de un grupo científico de la OMS, Ginebra: OMS. (*Serie de informes técnicos n° 670*).

Organización Mundial de la Salud, (1996). Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: Informe de un grupo científico de la OMS. *Ginebra: OMS (Serie de informes técnicos n° 866)*.

Organización Mundial de la Salud (2000). España: [actualizado 2 Abr 2016; citado 14 Abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/ Who.int [Internet].

Organización Mundial de la Salud, (2012): Investigaciones sobre la menopausia: Informe de un grupo científico de la OMS, *Ginebra: OMS*.

Parry, B. (2013). Manejo óptimo de la depresión peri menopáusica. *Rev. Climat. 2013* [Citado 12 Abr 2014]; 15(85) 26-36.

Pelcastre, V. Garrido, F. De león, V. (2001). "Menopausia Representaciones Sociales y Practicas", *Salud Pública de México, México, 43 (5):408*.

Pérez, M. (1996). Tratamientos psicológicos. *Madrid: Universitas*.

Pérez Á. y García, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión Universidad de Oviedo y Universidad de Almería *Psicothema. Vol. 13, nº 3, pp. 493-510*.

Pérez, P. J. (2007). Escala cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico. Resultados de su aplicación en provincias seleccionadas 1999-2004 (*Tesis de doctorado, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana*) Recuperado de: <http://tesis.repo.sld.cu/46/1/9789591607249.pdf>.

Piqueras, R. Martínez, G. Y colbs. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica, vol. 15, núm. 1, marzo, pp. 43-73 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia*.

Piña, L. (2004). "La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras", *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(1), 191-205*.

- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.*
- Rojas, S, Lopera, J. Cardona, J, Vargas N, Hormaza, MP. (2014). Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave. *Rev. Chil Obstet Ginecol.*; 79(2):121
- Ruiz, D. Salud articular y artrosis en la menopausia *SAMEN-16 febrero 2016.*
- Revista de Obstetricia y Ginecología. Venez. 2016; 76(1):60-66.
- Salvador, J. (2008) *Climaterio y Menopausia, Epidemiología y Fisiopatología, Profesor,*
- Salvatierra, V. (1992): Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. En *Palacios, S. Climaterio y Menopausia. Madrid: Mirpal.*
- Sandín, B. y Chorot P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología: Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.*
- Sánchez C. J. y Colbs. (1995). Relaciones entre salud física, estrés, estilos de vida saludables y apoyo social: un estudio exploratorio en mujeres climatéricas. *Memoria de investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo, Proyecto FISS nº 94/0565.*
- Sánchez, C. J. (coordinador) (1996). *Menopausia y Salud. Barcelona: Ariel.*
- Sánchez, C. J. (1999). Cuestionario de valoración de la calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años. *Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la Mujer.*
- Scott, J, Colom, F. (2008). Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychother Psychosom.* 2008; 77:4-11.

Secretaría de salud. Norma oficial mexicana nom- 035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. México: *Secretaría de Salud*; 2002.

Sesma, P. Finkle B, González T. Gaviria D. (2013). Depresión peri menopáusica: una revisión *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 33 pág.

Sievert, LL. (2014) *Menopause across cultures: clinical considerations. Menopause*; 21: 4213.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano. (2015). Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia*, www.cochrane.es/files/GPC-menopausia-definitiva.pdf.

Sociedad Internacional de Menopausia (2011). Recomendaciones actualizadas sobre terapia hormonal de la postmenopausia y estrategias preventivas para la salud de la mediana edad, pp. 1-48 Recuperado en:

http://www.imsociety.org/pdf_files/ims_recommendations/ims_updated_recommendation_postmenopausal_hormone_therapy_27_02_07_spanish.pdf

Sperry, L. (1999). Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders. *Philadelphia, PA: Brunner/Mazel*.

Spielberger, C. Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). Manual for the State Trait Anxiety Inventory. *Palo Alto: Consulting Psychological Press*.

Sueiro, E. Carballeira, M. Perdiz, C. Rodríguez, J. y González, A. (1999). Promoción de la salud. Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio. Una experiencia práctica. *Psicología conductual*, 7, 155-167.

The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (2011). (update). Retrieved April 22, from <http://guidance.nice.org.uk/CG90>

Uriza, G. Alwers, R, Guerra-Ardila, O. et al (2014). Guías de práctica clínica basadas en evidencia: Menopausia. *Asociación Colombiana de Facultades de Medicina*. www.bago.com/Bolivia/html/doc_pdf/menopausia.pdf.

Vaquero-Cristóbal, R. Isorna, M. y Ruiz, C. (2013). Situación actual del consumo de tabaco y su relación con la práctica físico-deportiva en España. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 131-148.

Wang, P. Demler, O. y Kessler, R. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92, 92–98. 2014