



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TRATAR
LA ANSIEDAD EN LA PERIMENOPAUSIA**

T E S I N A

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

P R E S E N T A:

ZAIRA KAREN MARTÍNEZ SÁNCHEZ

**DIRECTORA:
MTRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS**

**REVISORA:
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**

**SINODALES:
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE**



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Febrero, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios por tu constante presencia en mi vida.

A mi esposo, por su amor enmascarado de apoyo y confianza incondicional sobre cada una de mis decisiones.

A mi familia, que me encaminó a la culminación de un logro más.

A mi Directora, Maestra Claudia Jaen Cortés por su guía y apoyo entusiasta durante este proceso.

A mi comité de Sinodales por el tiempo que me brindaron y por ser parte de este momento.

Gracias a todas aquellas personas que contribuyeron en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. ESTADOS MENOPÁUSICOS Y CLIMATÉRICOS EN LA MUJER	
1.1. Perimenopausia	9
1.1.2. Definición	9
1.1.2.1. Menopausia.....	10
1.1.2.2. Posmenopausia.....	11
1.1.2.3 Climaterio	11
1.2. Clasificación STRAW	11
1.3. Perfil Sociodemográfico de las mujeres adultas en México	14
1.4. Datos epidemiológicos sobre la perimenopausia y menopausia en mujeres mexicanas	15
1.5. Cambios fisiológicos.....	17
1.6. Síndrome climatérico	19
1.6.1. Síntomas vasomotores.....	20
1.6.2. Síntomas genitourinarios.....	20
1.6.3. Síntomas cardiovasculares	22
1.6.4 Osteoporosis	24
1.6.5. Síntomas psicológicos.....	26
1.7. Terapia hormonal de Reemplazo (THR) en el climaterio	29
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD	
2.1. Definición.....	32
2.2. Características de la ansiedad	33
2.3. Síntomas	34
2.4. Etiología de la ansiedad	35
2.5. Causas neurobiológicas	37
2.6. Perfil epidemiológico de la ansiedad	40
2.7. Clasificación del Trastorno de Ansiedad	41
2.8. La Ansiedad presente en la perimenopausia	43

CAPÍTULO 3. TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA TRATAR LA ANSIEDAD

3.1 Fundamentos de la terapia cognitivo conductual	50
3.1.1 Terapia conductual	51
3.1.2 Terapia cognitiva	53
3.1.2.1 Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis	53
3.1.2.2 Terapia Cognitiva de Beck	54
3.2 Técnicas empleadas en la terapia cognitivo conductual para tratar ansiedad	56
3.2.1 Psicoeducación	56
3.2.2 Técnicas de reestructuración cognitiva	57
3.2.3 Técnicas de exposición	58
3.2.4 Técnicas de Relajación	59
3.2.5 Entrenamiento en Solución de Problemas	62
3.3 Evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad	63
3.4. Tratamiento cognitivo-conductual en el climaterio.....	67

CAPITULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TRATAR LA ANSIEDAD EN LA PERIMENOPAUSIA

4.1. Método	71
Planteamiento del problema	71
Justificación	71
Objetivo general	73
Objetivos específicos	73
Meta	74
Hipótesis	74
Hipótesis Conceptual	74
Hipótesis Estadísticas	74
Definición de Variables.....	74
Tipo de estudio.....	75
Diseño de estudio.....	75

Participantes.....	75
Escenario	76
Instrumentos.....	76
Procedimiento	77
Posible Análisis de Resultados	86
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
Discusión	87
Sugerencias y Limitaciones.....	89
Conclusiones.....	90
Referencias	91
Anexos	104

RESUMEN

La perimenopausia es el periodo inmediato previo a la menopausia en el que se manifiestan cambios endocrinos y hormonales derivados del reajuste biológico que marca el cese de la función reproductiva. Estas alteraciones se reflejan en síntomas físicos y psicológicos que ocasionan consecuencias adversas en la salud, bienestar y calidad de vida en algunas mujeres de edad adulta. La importancia de estudio radica en que la esperanza de vida en esta población en México se ha incrementado, por lo que es mayor el porcentaje de mujeres que presentan dificultades físicas, psicológicas y en la esfera social en este período. Durante este proceso, se presentan trastornos mentales como la depresión y la ansiedad que incrementan la comorbilidad de otros padecimientos tanto físicos como psicológicos, por lo que el propósito de este estudio es diseñar una propuesta de intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales para reducir la ansiedad en mujeres adultas en periodo perimenopáusico residentes de la Ciudad de México. El programa está compuesto por siete sesiones que incluyen reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, técnicas de relajación, entre otras. El desarrollo de este estudio se respalda en literatura científica que enfatiza la efectividad del uso de este tipo de técnicas para disminuir la ansiedad.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, MUJERES ADULTAS, CLIMATERIO, TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

ABSTRACT

Perimenopause is the immediate period prior to menopause in which endocrine and hormonal changes are manifested as a result of the biological readjustment that marks the cessation of reproductive function. These alterations are reflected in physical and psychological symptoms that cause adverse consequences in health, well-being and quality of life in some adult women. The importance of study lies in the fact that life expectancy in this population in Mexico has increased, so that currently, the percentage of women who present psychological difficulties and in the social sphere in this period is higher. During this process, the presence of mental disorders such as depression and anxiety that increase the comorbidity of other physical and psychological conditions has been documented, so the purpose of this study is to design an intervention proposal based on cognitive-behavioral techniques to reduce anxiety in adult women in perimenopausal period residents of Mexico City. The program is composed of seven sessions that include cognitive restructuring, diaphragmatic breathing, relaxation techniques, among others. The development of this study is supported by scientific literature that emphasizes the effectiveness of the use of this type of techniques to reduce anxiety.

KEY WORDS: ANXIETY, OLDER WOMEN, CLIMACTERIC, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

INTRODUCCIÓN

El climaterio se define como el período fisiológico que caracteriza la transición de la vida reproductiva a la vida no reproductiva de las mujeres. Durante este proceso comienza un decaimiento en la función ovárica de la mujer y disminuye paulatinamente su capacidad reproductiva lo que deriva en desajustes hormonales que ocasionan afectaciones físicas y psicológicas. La etapa en que inician estos cambios se conoce como perimenopausia y la atención oportuna integral durante este proceso se reflejará en las etapas posteriores de menopausia y postmenopausia.

En el Capítulo 1 se explica el proceso que comprende el climaterio, que son perimenopausia o transición a la menopausia, menopausia y posmenopausia; haciendo énfasis en la perimenopausia planteada en este trabajo como un periodo crítico de atención primordial, por los síntomas asociados, así mismo se describen los cambios fisiológicos y psicológicos durante ésta etapa.

En el Capítulo 2 se define a la ansiedad, así como la sintomatología asociada. Se describen las causas neurobiológicas y psicológicas, así como su magnitud en las mujeres con perimenopausia. Este problema de salud mental se asocia con la perimenopausia, pues diversos estudios señalan que el climaterio exacerba los síntomas de la ansiedad por causas tanto fisiológicas, como psicológicas y sociales.

Dado que en este trabajo se realizó una propuesta de intervención, en el Capítulo 3 se describen los fundamentos teóricos y empíricos de la terapia cognitiva conductual, así como algunas técnicas basadas en la evidencia que se utilizan bajo este enfoque. Posteriormente, se mencionan diversas investigaciones que han demostrado eficacia para tratar la ansiedad en mujeres que están en la etapa de climaterio, por lo que se concluye que las intervenciones cognitivo-conductuales funcionan como herramientas viables que coadyuvan con la terapia hormonal de remplazo (THR).

El Capítulo 4 contiene la propuesta de intervención que comprende siete sesiones para atender la ansiedad en la etapa perimenopáusica y finalmente, en el Capítulo 5 se analiza dicha propuesta con la evidencia científica sobre la relación entre la ansiedad y la transición a la menopausia, así también se mencionan los alcances y limitaciones de este estudio y se proponen algunos supuestos para investigaciones posteriores.

CAPÍTULO 1. ESTADOS MENOPÁUSICOS Y CLIMATÉRICOS EN LA MUJER

1.1. PERIMENOPAUSIA

1.1.2 Definición

El desarrollo humano involucra diversas etapas en las que ocurren cambios fisiológicos y psicológicos que repercuten directamente en la calidad de vida, así como en el bienestar personal, que se marcan por diferencias tanto en el sexo, como en cada individuo. Los seres humanos, al igual que el resto de los seres vivos tienen la capacidad de reproducción, quienes se preparan para ello desde su nacimiento.

Existen diferencias reproductivas entre hombres y mujeres, en el caso de las mujeres, el ciclo menstrual les permite llevar a cabo la concepción de un nuevo ser vivo a través del sistema reproductivo que funcionalmente es capaz de albergar a otro ser viviente. Independientemente de que se haya llevado a cabo o no, un embarazo, esta compleja red biológica, comienza a decrecer. La función ovárica merma gradualmente en la adultez, durante un lapso de 4 a 6 años (Salvador, 2008).

Una vez que va disminuyendo la actividad ovárica, comienza un nuevo estadio en la vida femenina que se conoce como: **menopausia**. De forma adyacente a esta fase, se producen y manifiestan evidencias de cambios endocrinos y biológicos significativos, incluso éstos se presentan hasta 12 meses después de la última menstruación, periodo distinguido como **perimenopausia** (Carvajal, Flores, Marín & Morales, 2016).

La palabra perimenopausia proviene del prefijo “*peri*” que significa “alrededor”, que se traduce como el período que sucede “alrededor de la menopausia”. La Norma Oficial Mexicana NOM 035-SSA2-2012 para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la mujer, la define como “el periodo comprendido desde el inicio de las irregularidades menstruales

que anteceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma (...). En este periodo se presenta con mayor frecuencia la patología endometrial y la sintomatología climatérica” (Diario Oficial de la Federación, 2013, p.4.).

La Organización Mundial de la Salud (1996), la define como las características clínicas, endocrinológicas, y biológicas que se producen al acercarse a la menopausia, pero se extiende hasta el primer año después de la menopausia.

La perimenopausia es el periodo inmediato anterior a la menopausia, sin duración definida, pues varía de acuerdo a cada mujer. En esta etapa se manifiestan cambios endocrinos y síntomas físicos como consecuencia de un reajuste biológico con implicaciones endocrinas y hormonales que reflejan cambios en el comportamiento, así como en el estado de ánimo, por lo que podría describirse como un lapso crítico (Ibarra, 2003) que regularmente requiere de tratamiento a nivel clínico.

1.1.2.1. Menopausia

La menopausia es un proceso que encierra cambios orgánicos, psicológicos e incluso sociales. Etimológicamente la menopausia proviene de dos vocablos griegos, “*mens*” (mensualmente) y “*pausis*” (cesación o fin). De manera que se entiende como la suspensión de los ciclos menstruales en la mujer (Diccionario de la Real Lengua Española, 2002, párr.1).

En términos biológicos se define como el límite de la función ovárica, relacionada con la pérdida de folículos; ya sea de forma natural o quirúrgica, y se le denomina así hasta que se cumple un año después de la última menstruación (Salvador, 2008).

En la Norma Oficial Mexicana NOM 035-SSA2-2012, existe una clasificación de la menopausia que se enlista a continuación:

- Menopausia natural, que corresponde a la última menstruación, y se identifica después de doce meses de amenorrea.
- Menopausia prematura, cuando ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia.
- Menopausia tardía, cuando la menopausia ocurre a una edad mayor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia.

Martínez (2005) hace referencia a la menopausia artificial, que es inducida de manera quirúrgica o por radioterapia, presentándose de manera rápida y no gradual como la natural.

1.1.2.2 Posmenopausia

La *posmenopausia* es la etapa que se inicia tras la menopausia y se prolonga hasta la muerte en las mujeres. De acuerdo con el Taller de Etapas del Envejecimiento Reproductivo, *STRAW* por sus siglas en inglés, (Soules, et al., 2001) se divide en posmenopausia temprana, que comprende cinco años después de la última menstruación, y posmenopausia tardía que culmina hasta la muerte.

1.1.2.3 Climaterio

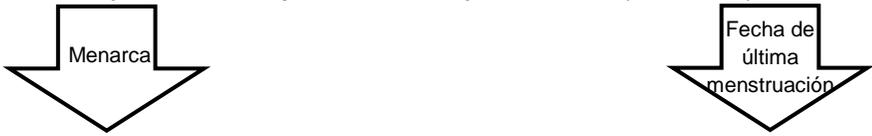
En la antigüedad, los griegos usaban la palabra *klimakter* para referenciar un escalón o peldaño, también fue usada para hacer alusión a un periodo crítico de la vida. En el año 1976, se celebró el Primer Congreso de Menopausia, en donde se acuñó el término menopausia refiriéndose al periodo de transición de la etapa reproductiva hasta al cese de la misma (Ibarra, 2003). A partir de esta definición, se concluye que el climaterio es el espacio que comprende la manifestación de la peri y posmenopausia, así como la menopausia misma.

1.2. Clasificación STRAW

En el año 2001 en Utah, Estados Unidos de América, se llevó a cabo el Taller de Etapas del Envejecimiento Reproductivo (*STRAW, Stages of Reproductive Aging*

Workshop) compuesto por 27 expertos en el tema, con la meta de crear un sistema de etapas del envejecimiento reproductivo femenino (Soules, et al., 2001). A continuación se muestra la clasificación de manera esquemática:

Figura 1. Etapas de envejecimiento reproductivo (STRAW)



Etapa	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminología	Reproductiva			Transición a la menopausia		Posmenopausia	
	Temprana	Pico	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía
				Perimenopausia			
Duración de la etapa	Variable			Variable o de 1 a 3 años		a	b 4 años Hasta el fallecimiento
Ciclos menstruales	Regulares			Variación en la duración de los ciclos >7 días	Irregulares. Intervalos >60 días de amenorrea	Ninguno	
Endocrinos	Nivel normal de Hormona Folículo Estimulante (HFE)		Aumento de HFE	Aumento de HFE		Aumento de HFE	

Figura 1. Etapas de envejecimiento reproductivo (STRAW) por sus siglas en inglés. Adaptado de *Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)*, por Soules, et al. (2001). *Journal of women's health & Gender-based medicine*.

A continuación, se explica los componentes del período de envejecimiento reproductivo que se indican en la Figura 1.

Etapa Reproductiva:

Etapa Reproductiva temprana -5. Dura varios años después de la primera menstruación.

Etapa Reproductiva pico -4. Ciclos regulares, la menstruación se presenta en un rango de 21-35 días.

Etapa Reproductiva tardía -3. Comienza a incrementar la Hormona Folículo Estimulante (HFE), cuyo incremento en un ciclo menstrual basta para clasificar a la mujer en esta fase.

Perimenopausia:

Etapa de Perimenopausia Temprana -2. Hay variabilidad de 7 días o más en la duración del ciclo menstrual. Aumento de HFE.

Etapa de Perimenopausia Tardía -1. Se caracteriza por la ausencia de dos o más ciclos o 60 días de amenorrea.

Posmenopausia:

Etapa de Posmenopausia Temprana +1. Referida a los primeros 5 años posteriores a la última menstruación.

Etapa de Posmenopausia Tardía +2. Sigue a la etapa posmenopáusica temprano y se prolonga hasta el deceso.

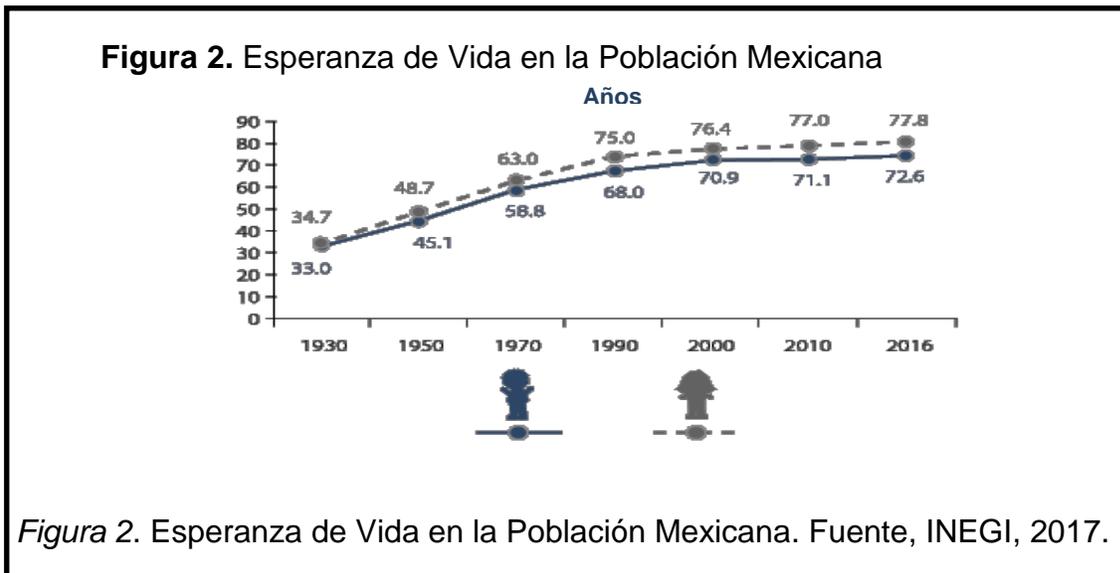
En el año 2011, un nuevo consenso de expertos se reunió con el fin de evaluar y actualizar la información del STRAW, con el objetivo de mejorar la escala con base en los avances de los conocimientos en el tema (Harlow, et al., 2012). Los cambios al STRAW quedaron de la siguiente manera:

1. Se acordó conservar su nomenclatura.
2. Etapa reproductiva tardía (-3):
 - a) Fluctuaciones extremas hormonales, niveles de HFE desde rangos menopáusicos hasta rangos de mujer en etapa reproductiva temprana.
 - b) Concentraciones de HFE mayores a 25UI/L sanguíneos.
 - c) Aumento en la prevalencia de la anovulación.
 - d) Síntomas vasomotores.
3. Etapa de posmenopausia temprana (+1) dividida en tres sub-etapas:
 - a) +1a: La HFE y es estradiol se estabilizan. Un año de duración.
 - b) +1b: Siguen los cambios en las concentraciones hormonales. Un año de duración.

- c) +1c: La alta concentración de HFE y la baja de estradiol se estabilizan. 3-6 años de duración.

1.3. Perfil Sociodemográfico de las mujeres adultas en México

De acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2017), durante los últimos años se ha registrado un incremento importante en la esperanza de vida al nacer en la población mexicana. En el año 2016, la esperanza de vida era de 75.2 años de edad (aproximadamente de 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres), lo que se ha logrado gracias al aumento en los avances en el Sistema de Salud Mexicano (Véase Figura 2).



El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) estimó que en México existían alrededor de 121 millones de habitantes en el país, de los que más de la mitad son mujeres (55%) (Véase Figura 3). De acuerdo con la Encuesta Intercensal, por grupos de edad, 13.45% de la población total está conformada por mujeres con edades entre 49 a 59 años, quienes se encuentran en etapa perimenopáusica o menopáusica (INEGI, 2017). (Véase Figura 4).

Figura 3 Población 2015

Proyecciones de población a mitad de año

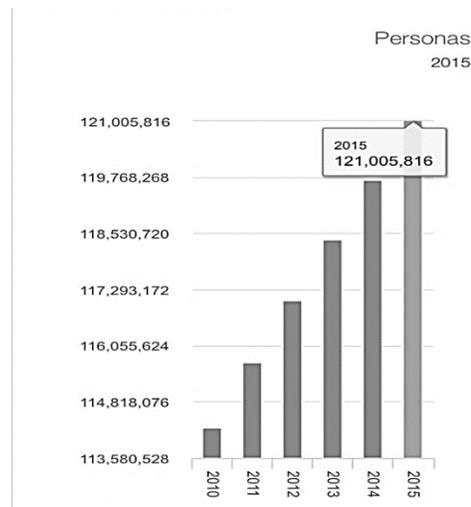


Figura 3. Proyecciones de población para el año 2015. Fuente: CONAPO, Proyecciones de la población de México 2010-2050.

1.4. Datos epidemiológicos sobre la perimenopausia y menopausia en mujeres mexicanas

En México, en el Estudio sobre el Climaterio y la Menopausia que se realizó entre 2007 y 2008 se estimó que la edad promedio para que se presente la menopausia en mujeres mexicanas es a los 49 años de edad, con un rango de edad entre los 41 a los 55 años (Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, COMEGO, 2009).

Bassol (2006) realizó un estudio para conocer la prevalencia de menopausia en algunos estados de la República Mexicana como Guanajuato, Yucatán y Coahuila, tanto en zonas urbanas como rurales y encontró que en promedio, la menopausia se presenta a los 48 años, sin embargo, existen diferencias por zona geográfica, que pudieran deberse al estilo de vida en cada región, por ejemplo, en las

comunidades rurales de Coahuila y Yucatán se presenta en edades más tempranas (47.3 y 47 años de edad), mientras que en la zona rural de Guanajuato, el promedio de edad se presenta hasta los 49 años y en las zonas urbanas de Yucatán y Coahuila, el promedio de edad es de 48 años.

Figura 4 Población mexicana de mujeres por edad

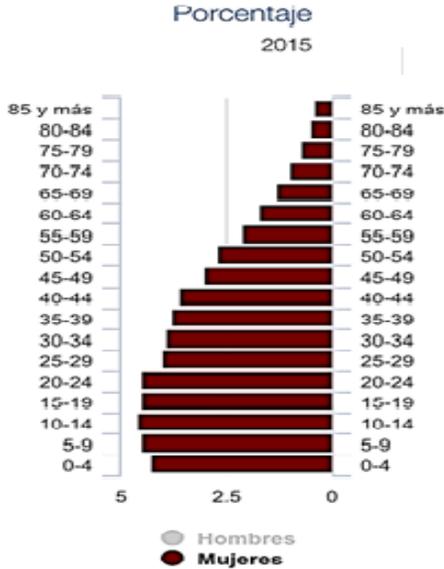


Figura 4 Porcentaje de mujeres mexicanas por edad. Encuesta Intercensal. Fuente: INEGI (2017).

Torres (2010) indicó que el promedio de edad en el que se presenta la menopausia es a los 49.3 años de edad, destacando que las variables que intervienen son: la diversidad étnica y socioeconómica, por ejemplo, la mala nutrición se relaciona con la aparición de la menopausia en edades más tempranas; asimismo, la aparición temprana de la primera menstruación, ligada al agotamiento de la reserva ovárica dan como resultado una menopausia prematura, y el tabaquismo, ocasionando un efecto tóxico en los folículos, de

manera que acelera la pérdida de cantidad y calidad de los mismos. Tomando en consideración el promedio de edad de la menopausia y el incremento en la esperanza de vida en el país, las mujeres pasarán casi una tercera parte de su vida en una etapa posmenopáusica (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

1.5. Cambios Fisiológicos

A lo largo de la vida femenina ocurren diversos cambios fisiológicos, por ejemplo, durante la menstruación regular, el ovario produce múltiples hormonas estimuladas por la hipófisis a través de las hormonas gonadotropinas. La producción de hormonas sexuales depende de la existencia de ovocitos y un estroma ovárico sano, así como de la producción de la Hormona Folículo Estimulante (HFE) y la Hormona Luteinizante (HL) (Martínez, 2008).

Durante la perimenopausia también se perciben cambios en las concentraciones de hormonas gonadales, que provocan la disfunción ovárica y la disminución de sus folículos, por lo que la respuesta a la HFE secretada por la glándula pituitaria disminuye. Como respuesta de la glándula para estimular a los folículos restantes, se produce un aumento en la secreción de HFE (Flores & Ontiveros, 2008). El conjunto de estos cambios propician el cese de la función reproductiva.

Las alteraciones que se presentan en el lapso de la fase reproductiva a la no reproductiva son graduales y reguladas por un sofisticado sistema Hipotálamo-Adenohipófisis-Ovario que opera desde la vida reproductiva que inicia en el Sistema Nervioso Central (SNC) con el centro de regulación de la Hormona liberadora de Gonadotropinas (GnRH) hacia el hipotálamo, conectado a la hipófisis mediante el sistema porta y sus gonadotropos ubicados en la hipófisis anterior o adenohipófisis, en especial HFE y HL. El SNC también trabaja para la regulación de producción de estrógenos y progesterona en los ovarios, así como el sistema de asa corta compuesto por activina-inhibina-folistatina (Hernández & Hernández 2009). Ver Figura 5.

Figura 5. Regulación del ovario, a través del sistema Hipotálamo- Adenohipófisis-Ovario

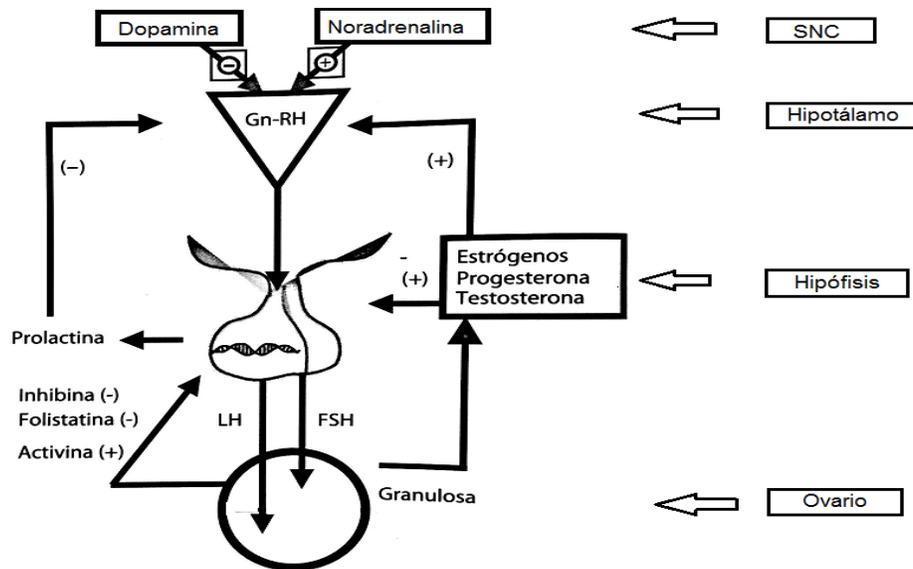


Figura 5. Gn-RH=Hormona liberadora de gonadotropinas; LH=Hormona Luteínizante; FSH=Hormona Foliculo Estimulante. Regulación del ovario, a través del sistema Hipotálamo-Adenohipófisis-Ovario. Adaptado de Hernández y Hernández (2009).

El núcleo arcuato del hipotálamo regula la secreción de las GnRH, las cuales liberan en la adenohipófisis dos hormonas gonadotropinas: la HFE y la HL, a su vez, estas gonadotropinas son fundamentales para el funcionamiento de los ovarios responsables de la producción de estrógenos que retroalimentan positiva y negativamente la producción gonadotropinas en la hipófisis y GnRH en el hipotálamo, este proceso es conocido como circuito de retroalimentación (Ramos & Vital, 2009).

El ovario tiene dos funciones: la primera consiste en la producción de esteroides sexuales y la segunda involucra el desarrollo de sus folículos. Cuando las mujeres se acercan a la menopausia, el número y tamaño de los ovarios decrece, así como sus folículos (antrales y primordiales). Este envejecimiento ovárico trae consigo, variaciones en el circuito de retroalimentación. Debido a las bajas cantidades de

estradiol e inhibina producidas por la granulosa ovárica, la cantidad de HFE incrementa como una respuesta de la hipófisis anterior para estimular la producción de estrógenos e inhibina (Ramos & Vital, 2009). Los valores de HFE mayores a 40 UI/L son asociados con el término de la función ovárica. (Salvador, 2008).

1.6. Síndrome Climatérico

La Norma Oficial Mexicana, NOM 035-SSA2-2012 define al síndrome climatérico como “el conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia, incluye los síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital” (Diario Oficial de la Federación, 2013, p. 4).

Durante el climaterio, la deficiencia de estrógenos es la causa principal de los signos y síntomas clínicos que se presentan, ya sea de manera inmediata o posterior. Se sabe que durante este periodo las mujeres experimentan por lo menos uno de los síntomas asociados al climaterio (Salvador, 2008) que con frecuencia merman la calidad de vida de las mujeres, ya que los síntomas asociados, en algunas mujeres, frenan su capacidad para desarrollarse satisfactoriamente a nivel personal, familiar, laboral y social (Geukes et al., 2016).

Couto y Nápoles (2012), mencionan que cuando la mujer se aproxima a los 50 años, su estado biológico tiende a ser más lábil, ocasionado por los cambios fisiológicos del climaterio, situación que se adiciona a la exigencias del aspecto social; la mujer se convierte en el centro de la dinámica familiar, de la administración económica en el hogar, se vuelve cuidadora de padres o suegros, así como de los nietos. Estos cambios sociales pueden propiciar una sobrecarga física y mental que repercute directamente sobre la percepción y calidad de vida durante el climaterio.

1.6.1. Síntomas Vasomotores

De acuerdo con la NOM 035-SSA2-2012, los síntomas vasomotores se caracterizan por el enrojecimiento repentino de la piel, principalmente del tórax, cuello y cabeza, asociado a una sensación intensa de calor y sudoración. (Diario Oficial de la Federación, 2013).

Dichos síntomas también se conocen como bochornos y se presentan con una sensación de calor en la cabeza y cuello que desciende por el cuerpo, predominando en la parte superior, además vienen acompañados de sudoración. La duración de estos síntomas varía de 15 a 30 minutos, y pueden presentarse durante el día o por la noche. Se piensa que los bochornos son el resultado de una alteración provocada por la baja cantidad de estrógenos involucrados con las catecolaminas encargadas de regular la temperatura (Hernández, 2009). Pueden acompañarse de palpitaciones y las mujeres pueden presentar síntomas de ansiedad y si su ocurrencia es nocturna; podrían presentarse escalofríos o perturbaciones para dormir (Salvador, 2008). El inicio de los síntomas vasomotores inicia cuando los ciclos menstruales se tornan irregulares y desaparecen de forma progresiva (Hernández, 2009).

1.6.2. Síntomas Genitourinarios

El Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) es un término recientemente agregado por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer (ISSWSH, por sus siglas en inglés) y por la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS, por sus siglas en inglés) para referirse a los signos y síntomas vulvo-vaginales y a los del tracto urinario inferior relacionados con la disfunción estrogénica y otros esteroides sexuales (Escribano, et al., 2016).

Las estructuras urogenitales comparten su génesis embriológica, razón que explica el motivo por el cual estas estructuras y las de soporte como el piso pélvico y diafragma urogenital comparten propiedad fisiológicas que son afectadas por los

distintos niveles hormonales que las mujeres presentan a lo largo de su vida, en especial por los receptores de estrógenos que tienen (Antonio, 2009).

Las alteraciones estrogénicas durante la menopausia y posmenopausia repercuten sobre la función de la vejiga y la vagina, causando atrofia en sus tejidos, algunos de los síntomas del SGM se mencionan a continuación:

Atrofia genital. La NOM 035-SSA2-2012 la refiere como “la disminución del grosor epitelial y tono muscular de vulva, vagina y uretra, secundarios a la deficiencia estrogénica; lo que produce resequeidad vaginal, dispareunia y mayor susceptibilidad a infecciones vaginales y urinarias” (Diario Oficial de la Federación, 2013, p.3). La falta de estímulo estrogénico, repercute en el adelgazamiento epitelial, al grado de lacerarse o sangrar (Antonio, 2009).

Sequedad vaginal. Es consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo capilar, dejando al tejido sin oxígeno, lo que impide que la vagina sea lo suficientemente elástica para propiciar una penetración sin dolor. (Salvador, 2008).

Dispareunia. Se define como la presencia de dolor genital en la relación sexual, a causa de la falta de lubricación, provocando también cambios en el comportamiento y respuesta sexual de la mujer. Alrededor del 45% de las pacientes lo padece de acuerdo con Antonio (2009).

Incontinencia urinaria. Se percibe como un síntoma asociado al envejecimiento, consecuencia de la capacidad del piso pélvico para contraerse, además de la pérdida de tono muscular. La vejiga se encarga de reservar la orina e ir acumulando más gracias a la pared uterina que puede expandirse y a la alta resistencia a la presión de la uretra y son los músculos de esta última los que operan como esfínter. La eliminación de la orina comienza con la relajación de los músculos pélvicos, seguida de la contracción del músculo detrusor de la vejiga, aumentando la presión vesical y disminuyendo la de la uretra para que la vejiga comience a vaciarse (Antonio, 2009).

La presencia de los síntomas urogenitales se da principalmente en la posmenopausia, siendo la edad media de las mujeres, a los 60 años, los primeros en manifestarse son los relacionados con la resequedad vaginal y posteriormente los de vías urinarias (Antonio, 2009).

1.6.3. Síntomas Cardiovasculares

Se sabe que las enfermedades cardiovasculares (ECV) es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y en México, es la primera causa en mujeres mayores a 50 años, incluso por encima del cáncer de mama, pulmón y endometrio (Clark, 2016).

La función de los estrógenos resulta ser primordial en las mujeres antes de la menopausia, pues actúan como protectores para la prevención de sufrir ECV, debido a su trabajo sobre las concentraciones de lípidos y glucosa, así como en los vasos sanguíneos al estimular la vasodilatación coronaria. (Saucedo, 2009). Existen algunos factores de riesgo relacionados con las ECV, algunos inherentes a las personas como la edad, género y antecedentes familiares, además de los siguientes factores que de cierta manera son posibles de cambiar:

Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). Es la causa mundial principal de EVC, así como de muerte prematura (Carranza, 2016). De acuerdo con el Estudio del Climaterio y la Menopausia (Vázquez-Martínez, Morfin, & Motta, 2009); los niveles de HAS se clasifican de la siguiente manera (Tabla 1).

Padró y Pelegrín (2011) realizaron una investigación sobre la perimenopausia y las ECV, quienes encontraron que la menopausia precoz se relaciona con un aumento puntual de la Presión Arterial (PA), sobre todo la diastólica (PAD). En la menopausia no prematura se observa una tendencia ascendente, de manera más pausada en la PA, aunque en ésta también influyen otros factores como la edad.

Colesterol. Las altas concentraciones de colesterol en suero, aumentan el riesgo de infarto al miocardio, así como el aumento en los niveles de lipoproteínas de

baja densidad (LDL-C), por el contrario se cree que las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) son cardio-benéficas (Carranza, 2016).

Tabla 1.

Clasificación de la Hipertensión Arterial Sistémica

Categoría	Sistólica	Diastólica
Normal	<120	<80
Hipertensión nivel 1	140-159	90-99
Hipertensión nivel 2	>160	>100

Nota: Adaptado de la Clasificación Norteamericana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en el Estudio del Climaterio y la Menopausia (Vázquez-Martínez, et al., 2009).

Diabetes. En los últimos años, esta enfermedad ha figurado entre las principales causa de muerte en México, debido al incremento de personas que la padecen. Los valores <126mg/dL de glicemia en ayuno son considerados para el diagnóstico de diabetes mellitus, misma que acelera la aterosclerosis y acentúa el riesgo de isquemia cardiaca (Vázquez-Martínez, et al., 2009).

Obesidad. Se caracteriza por el aumento de la masa corporal al grado de ser perjudicial para la salud, su desarrollo está ligado a factores genéticos, metabólicos, sociológicos y psicológicos. La ganancia de peso corporal durante la menopausia se asocia al aumento y redistribución de grasa. El nivel de obesidad determinado por el Índice de Masa Corporal (IMC) se muestra en la Tabla 2.

Tabaquismo. Aumenta el riesgo de muerte por ECV, este es directamente proporcional al número de cigarrillos que se fuman al día. Para las mujeres, fumar 10 cigarros diarios aumenta en un 50% el riesgo de muerte por ECV de aquellas que no son fumadoras (Carranza, 2016).

Alcoholismo. El alcoholismo es una enfermedad relacionada con desenlaces cardiovasculares y agravante para la obesidad. Aunque el consumo excesivo de alcohol es principalmente en los hombres, la ingesta ha aumentado en las mujeres los últimos años. (Carranza, 2016).

Sedentarismo. En México, el sedentarismo es considerado como uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades crónicas y cardiovasculares (Carranza, 2016). Se sabe que para eliminar este riesgo basta con realizar ejercicio moderado 30 minutos diarios o más, 5 días por semana. El sedentarismo también es un factor directo asociado a la obesidad.

Tabla 2.

Valores de Índice de Masa Corporal para la obesidad

OBESIDAD	IMC (kg/ m²)	Comorbilidad
Clase I	30.0 > 34.9	Moderado
Clase II	35.0 > 39.9	Severo
Clase III	> 40	Muy severo

Nota: Adaptado de Estudio del Climaterio y la Menopausia (2009).

Los padecimientos cardiovasculares durante y después de la menopausia derivan en gran medida de la falta estrogénica, pero también se encuentran relacionados con factores como los que se mencionaron anteriormente que aumentan el riesgo y la gravedad de las ECV.

Hernández y Basavilbazo (2016) señalan recomendaciones preventivas que pueden realizar las mujeres para cuidar y mantener el peso corporal idóneo a través de la actividad física, perseguir siempre los niveles óptimos de presión arterial (120/80), colesterol (<200 y HDL- C >50 mg/dL), triglicéridos (< 150 mg/dL) y glucosa en ayuno (<100 mg/dL).

1.6.4 Osteoporosis

La osteoporosis se caracteriza por la disminución de masa ósea y el deterioro del tejido óseo, que ocasiona fragilidad en los huesos e incrementa el riesgo de sufrir fracturas (Clark, 2016). La menopausia es la principal causa de osteoporosis en las mujeres, como consecuencia de las bajas concentraciones de estrógenos. El principal componente orgánico del hueso es el colágeno de tipo I, mientras que el

componente cristalino más importante es la hidroxiapatita. La remodelación del hueso está a cargo de los osteoclastos (resorción) y osteoblastos (mineralización) en un ciclo que dura de tres a seis meses. En la menopausia existe un remodelado óseo importante y aumento de la actividad osteoclástica que acelera la pérdida de hueso trabecular (Preciado & Zúñiga, 2016).

La Organización Mundial de la Salud, OMS (1994) propuso la clasificación de la osteoporosis con base en los valores de la Densidad Mineral Ósea (DOM), estos valores tienen una relación directamente proporcional con la probabilidad de fractura y se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3.

Categorías de Clasificación de la OMS para la osteoporosis con base en la densidad mineral ósea

Categoría	Desviación estándar (DOM) del promedio de densidad mineral ósea (DOM) del adulto joven
Osteopenia	-1.0 y -2.49 DE del promedio del adulto joven
Osteoporosis	-2.5 DE o más por debajo del promedio el adulto joven
Osteoporosis severa	-2.5 DE o más por debajo del promedio del adulto joven en presencia de una o más fracturas

Nota: Adaptado de Temas selectos en el Climaterio, Carranza, 2016.

Entre las fracturas más frecuentes en adultos mayores de 50 años se encuentran las de cadera, fracturas vertebrales y fracturas de antebrazo, muñeca, húmero y pelvis.

Aguilera-Barreiro, Rivera-Márquez, Trujillo-Arriaga, Ruiz-Acosta y Rodríguez-García (2013) realizaron un estudio con el objetivo de conocer los factores modificables para prevenir la osteoporosis. Mencionan que las prácticas a modificar en el estilo de vida de las mujeres son: eliminar el consumo de refresco de cola, el hábito de fumar y beber alcohol, pues estos hábitos repercuten directamente sobre la densidad mineral ósea. También señalan características que no se pueden modificar y que están relacionadas con el índice de masa ósea

como la herencia, la edad en que aparece la primera menstruación, pues entre más temprana aparezca, habrá una mayor densidad de masa ósea y será menor el riesgo a padecer osteoporosis durante la menopausia, y el bajo peso corporal que se asocia con una masa ósea baja y a su vez con un mayor riesgo de fracturas.

1.6.5. Síntomas Psicológicos

Dos de cada tres mujeres padecen el síndrome climatérico, siendo sus síntomas más recurrentes los de origen psicológico (Aldana, Gómez, Morales, & Gaviño, 2007). Durante el climaterio son evidentes los síntomas clínicos que afectan a las mujeres, ya sea en la perimenopausia, menopausia y después de ésta, debido al gran número de procesos fisiológicos y endocrinos que se llevan a cabo a nivel cerebral. Estas alteraciones hormonales también provocan cambios sobre el estado emocional en las mujeres que pasan por esta etapa de su vida, simultáneos a las situaciones personales y sociales a las que enfrentan durante estos años.

Una de las realidades que las mujeres tienen que afrontar durante esta etapa, paralelo al climaterio, es conocido como el *Síndrome del Nido Vacío*, que se percibe como la sensación de que el hogar se ha quedado solo, como consecuencia de que los hijos inician una vida independiente lejos del hogar de los padres, también se presentan otras condiciones sociales como la jubilación o el divorcio, aspectos que de acuerdo con normas sociales pudieran traer consecuencias emocionales negativas debido a que las mujeres sienten que han perdido su rol principal en la sociedad (Lugones, 2001).

Durante la perimenopausia se ha observado un incremento en la presencia de síntomas afectivos, en esta etapa también puede presentarse el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) y el estado anímico conocido como "*baby blues*" o depresión posparto, llegándose a sugerir que sean denominados como trastornos relacionados con la vida reproductiva de la mujer (Flores & Martínez, 2012).

Durante el climaterio, se ha registrado que las mujeres experimentan algunos de los siguientes síntomas psicológicos: depresión, ansiedad, sentimientos de minusvalía, la disminución en la capacidad de toma de decisiones, la irritabilidad, la apatía y el mal carácter (Heredia & Lugones ,2007). Tan sólo en México, la prevalencia de depresión en las mujeres es de 5.8%, por lo que la coexistencia entre los periodos de cambios hormonales y la presencia de síntomas afectivos han fortalecido la idea de que los factores hormonales pueden ser una causa que marca la diferencia entre hombres y mujeres que presentan depresión. (Flores & Martínez, 2012).

Sesma, Finkle, Gonzales y Gaviria (2013) señalan que la perimenopausia es un periodo vulnerable asociado a la aparición de síntomas y trastornos depresivos, sobre todo si existe un historial personal o familiar; en donde los elementos hormonales, culturales, sociales y familiares influyen en la aparición de la depresión, pues al menos 20% de las mujeres que están en el período de la premenopausia reportan síntomas depresivos, durante la perimenopausia el porcentaje se incrementa, pues la prevalencia es entre el 30 y el 40% y en la posmenopausia desciende nuevamente al 20%. La psicoterapia, la suscripción de fármacos antidepresivos y el Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS) son las prácticas clínicas que se utilizan para tratar la depresión en las mujeres que atraviesan este período.

Parry (2011) destaca que durante la perimenopausia existe el riesgo de padecer episodios de depresión mayor recurrentes o de reciente inicio, lo que agrava la enfermedad cardiaca, la diabetes y la osteoporosis, así también se puede incrementar el riesgo de suicidio en las mujeres.

Estudios recientes han planteado que el cambio en los niveles de estrógenos sexuales pueden desencadenar el origen y permanencia de los trastornos de ansiedad durante las etapas del climaterio (Hernández & Basavilbazo, 2009), pues la prevalencia de ansiedad es mayor en mujeres que en hombres y aumenta

durante la perimenopausia, potenciado por los cambios hormonales (Carvajal et al., 2016).

Otro aspecto emocional que se presenta durante el climaterio es la irritabilidad, hasta en 70 % de las mujeres. Se caracteriza por la presencia de enojo, tensión, hostilidad, sensibilidad y frustración, afectando las relaciones sociales de la mujer. (Couto & Nápoles, 2014).

La autoestima también puede afectarse por los cambios hormonales de la menopausia, ya que las condiciones familiares y sociales que se dan alrededor de estos años repercuten sobre la percepción de su imagen, la sensación de no lograr metas importantes y la idea de no haber alcanzado la realización personal.

Heidari, Ghodusi y Rafiei (2017) investigaron el autoconcepto sexual y su relación con la depresión, el estrés y la ansiedad en 300 mujeres posmenopáusicas a través del Cuestionario de Autoconcepto Sexual Multidimensional y la Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión 21 (DASS-21, por sus siglas en inglés) para medir la relación entre las variables y encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones negativas del autoconcepto sexual con el estrés, la ansiedad y la depresión, lo que implica que la forma en que las mujeres se autoperciben influye en el grado de severidad de aspectos psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión.

Calderón y Chio (2008) realizaron un estudio con mujeres en etapas de perimenopausia y posmenopausia para evaluar la vivencia de la sexualidad durante el climaterio y encontraron que durante la perimenopausia, las mujeres se perciben a sí mismas de manera positiva, sin afectar su autoimagen, lo que tampoco repercute sobre su calidad de vida; no obstante al momento de pensar en los años posteriores a la menopausia se encuentran temerosas ante la pérdida de su juventud, atributos físicos y por la posibilidad de aumentar de peso, estas percepciones tienen una repercusión sobre su autoestima y de manera directa sobre su sexualidad. Las participantes indicaron renuencia a las relaciones sexuales en la postmenopausia, ocasionada principalmente por sequedad vaginal

(como consecuencia de la pérdida de estrógenos), disminución en el deseo sexual y sensación de dolor durante el sexo.

La sintomatología física y psicológica durante las etapas del climaterio es variada y está sujeta a cambios hormonales así como a situaciones personales y sociales presentes durante este periodo. La atención a estas afectaciones requiere de un trabajo médico y psicológico que logre mermar la gravedad de sus síntomas.

1.7. Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) en el climaterio

Dado que el Síndrome Climatérico es consecuencia de un desajuste hormonal, el tratamiento empleado para menoscabar los síntomas vasomotores, cardiovasculares, urogenitales consiste en el uso de Terapias Hormonales de Reemplazo o sustitutivas (THR) con el objetivo de regular el nivel de esteroides sexuales, que sufren alteraciones antes, durante y después de la menopausia. La Terapia Hormonal (TH), se refiere a la combinación de estrógenos y progestágenos, mientras que la terapia Estrogénica (TE), como su nombre lo indica, se compone solo a base de estrógenos.

Los estrógenos naturales se producen en el ovario, derivados del estrano y son el estradiol (E2), la estrona y el estriol; los que se obtienen mediante la extracción (equinos) y los conseguidos por síntesis (esterificados). Durante el climaterio no se recomienda el uso de los estrógenos sintéticos, etinilestradiol y mestranol (Carranza, 2016). Los progestágenos también se presentan de forma natural (progesterona) y sintética (progestinas), en la TH disminuyen el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio, y mejoras en la calidad del sueño (Carranza, 2016).

El esquema de tratamiento de la TH se puede clasificar de acuerdo al estado menstrual, ya sea de perimenopausia o posmenopausia; al número de fármacos, monoterapia o terapia combinada; al tipo de fármaco, estrógenos, estrógenos y progestágenos o únicamente progestágenos; a la manera de administración, secuencial, continua o trimestral; según la vía de administración, oral,

transdérmica o vaginal y con base en la dosis, convencional, baja o ultra baja (Carranza, 2016).

Los riesgos y beneficios de la TH varían de acuerdo a cada mujer, asimismo, las mujeres candidatas a TH deben ser informadas sobre el aumento del riesgo de cáncer de mama, accidentes cardiovasculares, cerebrales y eventos trombóticos; tal riesgo dependerá de la edad y causas de la menopausia, así como del uso previo de alguna hormona. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

La terapia hormonal se prescribe tomando en cuenta características individuales en cada mujer, además de ciertas contraindicaciones médicas que restringen su uso (Carranza, 2016), las cuales se enuncian a continuación:

- Neoplasia estrógeno-dependiente
- Sangrado uterino de etiología no determinada
- Trombosis Vascular
- Infarto al miocardio
- Insuficiencia hepática aguda
- Antecedente personal de enfermedad vascular cerebral hemorrágica o trombótica

El Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), refiere otra contraindicación absoluta para la porfiria cutánea, enfermedad producida por un déficit hereditario o adquirido en la enzima uroporfirinogéno decarboxilasa, que participa en la fabricación de un componente fundamental de proteínas para la hemoglobina y mioglobina llamado grupo HEM, se manifiesta a través de ampollas en la piel (Bioxeda de Miquel & Foruny, 2010).

Además de que la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) suele ser una alternativa que trae consigo un costo en salud debido a las reacciones secundarias que frecuentemente presenta, está implícito el costo económico que conlleva el suministro de la misma, pues incluye las visitas al médico, los

medicamentos, las pruebas de laboratorio y el tratamiento de los efectos secundarios.

En un estudio se compararon los gastos económicos producidos por los síntomas menopáusicos con otras enfermedades, se sabe que mujeres norteamericanas de 45 a 65 años gastan mayores cantidades anuales como consecuencia de los efectos de la menopausia que de enfermedades como la osteoporosis, trastornos del metabolismo lipídico y trastornos del esófago (Assaf et al., 2017).

Los costos económicos del tratamiento de los síntomas menopáusicos se compararon con enfermedades prevalentes como la gripe, el asma, el trastorno de ansiedad, la hipertensión y la cefalea en esta población. Dicho estudio demuestra es que además de la merma en la calidad de vida de las mujeres, los síntomas menopáusicos representan una carga económica, que incluso supera el gasto de otras enfermedades presentes durante la menopausia.

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional natural ante situaciones que pueden ocasionar estrés, esta emoción llega a ser funcional para las exigencias del entorno, sin embargo, puede convertirse en patológica cuando los sentimientos desagradables aparecen ante la ausencia de un estímulo que ocasiona estrés o cuando la emoción sea exagerada. En este capítulo se abordará la ansiedad, así como algunos modelos que explican las causas.

2.1 Definición

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que hace alusión a un estado de inquietud o zozobra. En términos de salud mental, este concepto resulta mucho más complejo pues se encuentra determinado en la mayoría de los casos por un contexto de presiones y exigencias provenientes de la vida cotidiana (Clark & Beck, 2012).

Clark y Beck (2012) señalan que la ansiedad es un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que se activan al prever situaciones que se califican como aversivas, debido a su imprevisibilidad, incontrollabilidad y peligro potencial.

Cía (2007) la describe como un malestar psicofísico, en el cual se encuentra presente una inquietud e inseguridad ante lo que se presenta como algo amenazador; si es poca la ansiedad, puede ocasionar una sensación de intranquilidad, pero cuando es severa puede llegar a bloquear a la persona produciendo pánico.

Barlow (2002) marca la diferencia entre la ansiedad y el miedo, pues el segundo es un mecanismo de alerta ante un peligro real e incluye la valoración racional del peligro, mientras que la ansiedad es una emoción que se genera ante situaciones futuras que se perciben como aversivas los cuales no se

pueden controlar ni predecir, a diferencia del miedo, que es un estado de alerta en respuesta a un peligro presente.

Beck, Emery y Greenberg (1985/2014) hacen una diferencia entre las definiciones de la ansiedad y el miedo, pues este último es la apreciación intelectual del peligro; mientras que la ansiedad es el sentimiento negativo a dicha apreciación, y se experimenta como un estado emocional desagradable, acompañado de taquicardia, náuseas y mareos.

2.2 Características de la Ansiedad

De acuerdo con Clark y Beck, (2012) las características de la ansiedad se enuncian a continuación:

Cognición disfuncional. La ansiedad es evocada por una valoración equivocada de la amenaza, por lo que la respuesta no va acorde con la situación real.

Deterioro del funcionamiento. Se relaciona con la adaptación y manejo de la ansiedad frente a la amenaza percibida, en ocasiones las personas se quedan pasmadas ante la activación del miedo.

Persistencia. Experimentar la sensación de aprensión, tan sólo con el pensamiento de algún peligro que puede o no llegar a ser real, por lo que es probable que la ansiedad sea muy frecuentemente y por un largo tiempo.

Falsas alarmas. Ocurren cuando una persona presenta una crisis de angustia sin la presencia de un estímulo que la propicie.

Hipersensibilidad a los estímulos. Es la respuesta ansiosa a un gran número de estímulos, incluyendo aquellos que para otras personas resultan inofensivos.

2.3. Síntomas

Los trastornos de ansiedad en general, manifiestan una serie de síntomas que se expresan particularmente en diversos aspectos de un individuo y pueden ser cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos (Beck et al., 1985/2014). A continuación se presentan dichos síntomas:

Cognitivos. Se refieren a los síntomas relacionados con la percepción, pensamientos y concepción errática de las personas ansiosas, quienes pueden manifestar la sensación de irrealidad, la percepción del entorno diferente o irreal, olvidar cosas importantes, manifestar confusión o dificultad para concentrarse (fácil distracción), pérdida de objetividad y perspectiva, miedo a perder el control y/o ser capaz de afrontar una situación, hipervigilancia ante algún evento amenazador, miedo a sufrir daño físico o morir, miedo a un trastorno mental, miedo a ser blanco de evaluaciones negativas e ideación temerosa.

Emocionales. Son los síntomas que se describen como estados de irritabilidad, inquietud, impaciencia, nerviosismo, tensión, angustia, temor, agitación y frustración.

Conductuales. Estos síntomas suelen reflejar hiperactividad o la inhibición de una conducta, como la huida o evitación de una amenaza, inmovilidad tónica (paralizarse), mala coordinación y alteraciones del habla, agitación e inquietud, muecas, movimientos con las manos o con otras partes del cuerpo.

Fisiológicos. Expresan la disposición del organismo para resguardarse de cualquier peligro y por lo tanto son regulados por diferentes sistemas del cuerpo, por ejemplo, el sistema cardiovascular es el responsable de que existan palpitaciones, aumento o disminución en la presión sanguínea, desmayos, mareos y disminución de pulsaciones. Entre los síntomas respiratorios, se pueden presentar dificultad para tomar aire, respiración agitada, falta de aire, presión en el pecho, nudo en la garganta, jadeos, sofocos, sudoración y escalofríos; a nivel neuromuscular se puede presentar un incremento de reflejos, insomnio,

espasmos, adormecimiento o temblor de extremidades, músculos tensos, rigidez, debilidad y sequedad de boca; entre los problemas gastrointestinales pueden presentarse dolor abdominal, pérdida de apetito o repulsión a la comida, náuseas, molestias intestinales y vómito.

La sintomatología se presenta de forma e intensidad distinta en cada persona que experimenta ansiedad.

2.4. Etiología de la ansiedad

Además de las características de la ansiedad patológica, se sabe que existen factores que predisponen a la condición ansiosa, entre éstos se pueden mencionar: la herencia de un sistema nervioso muy susceptible a la activación, la experiencia de revivir algún trauma o vivencias similares o aversivas que las personas identifican e impulsan la ansiedad; así que la falta de elementos de afrontamiento para dar frente a ciertas situaciones, ya que las personas que presentan ansiedad se perciben como incapaces de encarar las situaciones generadoras de estrés (Beck et al., 1985/2014). Se sabe que los trastornos de ansiedad son originados por múltiples factores como los genéticos, rasgos de personalidad, situaciones estresantes o traumáticas que se experimentan a lo largo de la vida (Cía, 2007).

A continuación se mencionan algunos modelos con distintos enfoques para entender las causas de la ansiedad:

Algunos autores han propuesto teorías o modelos para explicar la etiología y desarrollo del trastorno de ansiedad desde diferentes perspectivas. A continuación se mencionan de manera breve algunos modelos:

Cognitivo-Conductual. Beck et al. (1985) y Clark (1989) sugieren la existencia de pensamientos recurrentes automáticos, elaborados por una persona durante el día o que evoca en situaciones adversas y estas mismas cogniciones ocasionan que las personas ansiosas perciban de manera distorsionada situaciones de daño o

peligro sobre ambientes o contextos futuros o probables. Cabe hacer mención que este modelo teórico se abordará con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

Procesamiento de la información. MacLeod, Mathews y Tata (1986). Se basa en la idea de que las personas ansiosas muestran esquemas cognitivos exagerados que promueven con mayor facilidad el procesamiento de información relacionada con el peligro. Mientras que las personas que no presentan ansiedad usan una especie de umbral que les permite evaluar el peligro sólo cuando éste supera dicho umbral, en las personas ansiosas, éste último no existe, puesto que evidencian un sesgo general que facilita la captación de cualquier estímulo como emocionalmente amenazante, cuya respuesta puede ser intensa o prolongada.

Modelo Bidimensional del afecto de Watson y Tellegen (1985). Estos autores realizaron una revisión sobre el afecto y señalan que existen dos dimensiones básicas: afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo consta de una sensación placentera, a través de la motivación, energía y éxito. El afecto negativo representa una emocionalidad desagradable, exteriorizada por miedo, inhibición, inseguridad y frustración. La ansiedad y la depresión comparten un elevado nivel de afecto negativo, pero sólo la depresión se caracteriza por un nivel bajo de afecto positivo, por ejemplo, en aquellas personas en las que desataca el afecto negativo, tienen visiones negativas del entorno, si este afecto contiene el elemento del miedo, la persona experimentará ansiedad, si hay tristeza presenta depresión. Adicionalmente, Clark y Watson (1991) detallaron el modelo de dos dimensiones presentando su modelo tripartito en el cual señalan que la ansiedad y la depresión presentan la misma bidimensionalidad, pero la ansiedad se diferencia de la depresión por su activación fisiológica, mientras que la depresión se caracteriza por la anhedonia.

Herencia y ambiente de Kendler (1996). Este autor propuso que la herencia juega importante papel en el desencadenamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y del Trastorno de Depresión Mayor, empero, el entorno es el que determina el desarrollo de cualquiera de los dos en los individuos, por

ejemplo, en las mujeres, la depresión mayor y el TAG son el resultado de los mismos factores genéticos y son los factores de riesgo ambientales que predisponen a un trastorno de otro.

Existen muchas explicaciones para comprender las causas de la ansiedad, tal como se describió anteriormente, sin embargo, existen otras teorías que señalan que la ansiedad se debe a causas neurobiológicas, como se menciona a continuación:

2.5. Causas neurobiológicas

Como otros trastornos psicológicos, los trastornos de ansiedad tienen una base neurobiológica así como los sucesos estresantes que los desencadenan y que son el objeto de dicha ansiedad, además de su componente hereditario (Pinel, 2007). Para entender las estructuras cerebrales que están implicadas en la respuesta ansiosa, se hace alusión al miedo, de manera particular al miedo condicionado.

Watson y Rayner (1920) observaron una respuesta de miedo ante un estímulo que anteriormente no provocaba dicha reacción sino hasta el momento que este estímulo se presentaba de manera inmediata a un estímulo aversivo, dando paso a la asociación de estímulos y miedo.

Ressler y Mayberg (2007) proponen los procesos de aprendizaje emocional relacionados con el miedo, que se explican en la Figura 6. En este esquema se observa que la regulación de los recuerdos se ve influida por diversos factores antes y después del suceso traumático, anterior a éste, se encuentran el componente genético y el ambiente, posteriormente los recuerdos del trauma que pasan por un estado de consolidación se convierten en permanentes, algunos recuerdos recientes aún después de consolidarse vuelven a ser lábiles cuando se evocan nuevamente, este proceso se conoce como reconsolidación. La expresión del recuerdo traumático (miedo) se manifiesta de diversas formas, este miedo puede ser disminuido por el proceso de extinción a través de la exposición terapéutica al estímulo que lo provoca, por el contrario si se trata de evitar a través

de la exposición a recuerdos intrusivos se llegará a la sensibilización de la respuesta al miedo, aumentando su expresión, esta respuesta se observa en la ansiedad.

Los estudios realizados mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Resonancia Magnética (RM) han mostrado que la Corteza Prefrontal (PFC) y el Córtez Cingulado anterior (Cg25) están involucrados en las experiencias emocionales y su procesamiento, así también, el hipocampo subcortical y la amígdala se relacionan con la formación de la memoria emocional, lo que lleva a la conclusión de que los circuitos, prefrontal –límbico, las áreas del Cg25 y la amígdala en particular, se encuentran fundamentalmente implicados en el procesamiento emocional y en la regulación de los trastornos de ansiedad (Ressler & Mayberg, 2007).

Figura 6. Aprendizaje emocional relacionado con el miedo

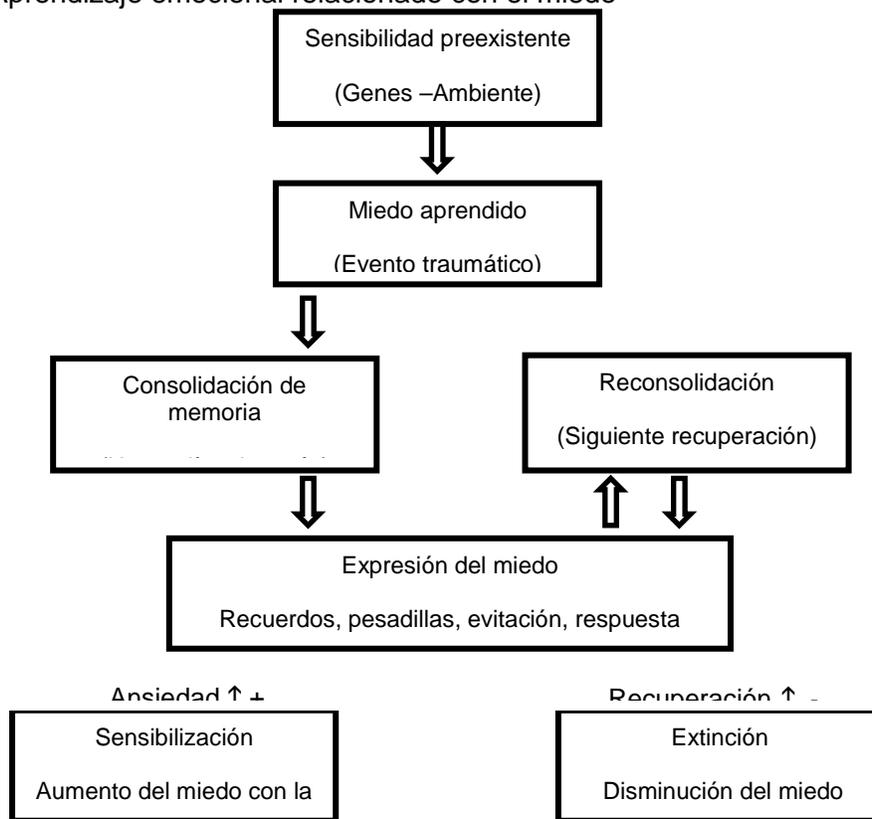


Figura 6. Aprendizaje emocional relacionado con el miedo. Adaptado de Ressler y Mayberg (2007).

En otro estudio, se descubrió que la estimulación optogenética cesaba la conducta ansiosa en ratones, la optogenética usa opsinas microbianas activadas por luz, capaces de cambiar su configuración mediante la frecuencia electromagnética y abrir poros en las membranas neuronales, para alterar su polaridad (Redondo, 2017). A través de esta biotecnología se realizó estimulación optogenética a las terminales de neuronas del núcleo basolateral de la amígdala que hacen sinapsis con neuronas del núcleo central terminando con la conducta ansiosa en ratones, mientras que la inhibición de las terminales incitaba al comportamiento ansioso (Tye et al., 2011).

De acuerdo con Reyes-Ticas (2010) la manera en que trabajan las distintas estructuras cerebrales en la ansiedad se resume de la siguiente forma: el tálamo anterior recibe la entrada sensorial del estímulo amenazador y éste llega al núcleo central de la amígdala, pasando por su núcleo lateral. En el núcleo central se procesa la información y se coordina la respuesta autonómica y conductual. Esta envía señales a diversas regiones que originan reacciones específicas:

- *Activación moto-esquelética* (ataque o huida). Se da en la conexión con el *striatum*.
- *Aumento de la frecuencia respiratoria*. Conexión con el núcleo parabranchial.
- *Activación del sistema nervioso simpático*. A través del núcleo lateral del hipotálamo.
- *Aumento de la liberación de norepinefrina* (contribuye al incremento de la presión arterial, sudoración, piloerección, y dilatación de pupilas. Mediante su conexión con el locus coeruleus.
- *Liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides*. A través del núcleo paraventricular del hipotálamo.
- *Comportamiento defensivo o paralización*. A través de la región gris periacueductal.

- *Bradycardia y úlceras gastrointestinales.* Mediante la acción del núcleo dorsal del vago que también recibe señales del locus ceruleus y del hipotálamo activando el sistema parasimpático.
- *Expresión facial del miedo y la ansiedad.* A través de su conexión con el núcleo trigémino facial.

La Corteza Orbito-Frontal a través de su interacción con distintas regiones límbicas, resulta muy importante para la interpretación de estímulos emocionales significativos, seleccionar y planear una acción ante una situación peligrosa, además de evaluar la efectividad de esta respuesta. (Reyes-Ticas, 2010).

Gómez (2007) expresa que la investigaciones realizadas en animales y la respuesta de pacientes ansiosos a sus tratamientos implican a tres neurotransmisores en la ansiedad, (1). La noradrenalina (NA) que regula actividades involuntarias entre las que se encuentran la presión arterial, el ritmo cardíaco y la sudoración, el sistema noradrenérgico se encuentra principalmente en el locus coeruleus, en donde se ha observado que su estimulación provoca la respuesta de miedo; (2) la serotonina (5HT), estos neurotransmisores se localizan mayormente en los núcleos del rafe y se extienden hacia el sistema límbico, el hipotálamo y la corteza, su implicación en la ansiedad se ha sugerido por el efecto terapéutico de los antidepresivos serotoninérgicos sobre la ansiedad y (3) el ácido γ -aminobutírico (GABA), que al igual que la serotonina, su uso terapéutico a través de la benzodiacepinas para potenciar la actividad de este neurotransmisor en el receptor GABA-A, ha apuntado a la intervención de GABA en la ansiedad.

2.6. Perfil epidemiológico de la ansiedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que entre 1990 y el año 2013, las personas afectadas con ansiedad y depresión se ha incrementado en un 50% aproximadamente, teniendo cerca de un 10% de personas afectadas a nivel mundial (OMS, 2016), por lo que resulta imprescindible la respuesta global al tratamiento de las afecciones mentales.

En México, se realizó un estudio para conocer las terapias alternativas que la población mexicana utiliza para sobrellevar su depresión o ansiedad, (que padecen o padecieron en algún momento de su vida), en dicha encuesta se encontró que la prevalencia de ansiedad en la ciudad de México fue de 16.3 % en mujeres y 9% en hombres (Berenzon, Alanís, & Saavedra, 2009). En cuanto a los trastornos de ansiedad, se sabe que las mujeres son más susceptibles a sufrir ansiedad (OMS, 2016).

La Organización Mundial de la Salud, promovió la iniciativa 2000 en la que México fue partícipe, mediante la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) con el objetivo de conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y el uso de servicios de salud, por lo que este estudio es de crucial importancia para conocer los principales problemas de salud mental, pues se encontró que las mujeres presentaron prevalencias más altas para cualquier trastorno en los últimos doce meses, asimismo, los trastornos afectivos y la ansiedad son más recurrentes en las mujeres (Medina-Mora et al., 2003).

Gran parte de la población mexicana se ve aquejada por alguna afectación psiquiátrica, se sabe que tiene una proporción muy alta en casos severos, parecida a la de Estados Unidos y Colombia y dicha severidad está relacionada con la falta de algún tipo de tratamiento. México está entre los países con menor número de personas sin tratamiento, ocupando el antepenúltimo lugar de 17 países con diversos ingresos, arriba de Ucrania y Líbano (Wang et al., 2007).

2.7. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), los trastornos de ansiedad son los siguientes:

Trastorno de ansiedad por separación. Se caracteriza por miedo o ansiedad exagerada para el nivel de desarrollo de la persona, ante la separación de personas por la que siente apego. Se experimenta la ansiedad recurrente al

separarse del hogar, al pensar en la posible pérdida de las figuras de apego, o de la persona que la padece, que lo lleve a alejarse de las mismas; ante la situación de estar solo o salir lejos de casa. Su duración es de mínimo cuatro semanas en niños y adolescentes y seis o más meses en adultos.

Mutismo selectivo. Se experimenta como la alta dificultad para hablar en escenarios sociales específicos, aun cuando no existe problema para comunicarse en otros lugares. El mutismo no es producto de falta de conocimiento o fluidez del habla (tartamudeo), además llega a interferir en el desempeño escolar, profesional o en la comunicación social.

Fobia específica. Su rasgo particular es el miedo excesivo por un objeto o situación específica, quien la padece evita el detonante de su miedo, ya que puede experimentar molestias clínicas o dificultades en su entorno social. El miedo se presenta por seis o más meses.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). Se caracteriza por la evitación de una persona a encontrarse expuesta a la evaluación de otras personas, ya que dicha situación le provoca ansiedad intensa. El miedo exacerbado se produce en situaciones específicas, como por ejemplo, al ser observado, al entablar una conversación o estar con personas desconocidas. Dura 6 o más meses.

Trastorno de pánico. Su rasgo esencial son los ataques de pánicos recurrentes, producidos de manera imprevisible. Durante el ataque de pánico hay presencia de síntomas físicos como taquicardia, sudoración, temblor, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas o mareos, escalofríos, hormigueo, sensación de irrealidad y miedo a perder el control, o, a morir.

Agorafobia. Se presenta como el miedo exagerado a dos o más situaciones específicas las cuales pueden ser: el uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, encontrarse en una multitud, estar solo fuera del hogar. El miedo se experimenta al pensar que dentro de alguna de las situaciones anteriores es imposible escapar o recibir atención ante la presencia de

incapacitación repentina. El miedo no es proporcional al peligro que pudiera encontrarse en los escenarios descritos.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El ataque de ansiedad o pánico es producto por la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o después de la exposición a un medicamento. Los síntomas clínicos provocan malestar y dificultades sociales (trabajo, escuela, entre otras.)

Trastorno de ansiedad debido a otra afectación médica. Hay presencia de ataques de ansiedad y la historia clínica sustenta que la ansiedad es el producto fisiopatológico de otra afección médica.

Otro trastorno de ansiedad especificado. Este criterio se usa cuando el clínico de la salud deduce que la ansiedad no cumple con los criterios de un trastorno de ansiedad ya especificado, se usa el término “Otro trastorno de ansiedad especificado” añadiendo el motivo específico como “Ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente.” Para el criterio de TAG la ansiedad debe presentarse más días de los que está ausente.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se caracteriza por una preocupación persistente, que no se puede controlar y se relaciona con diversos sucesos del entorno de la persona como el trabajo o la escuela, la ansiedad generalizada puede ser limitante para que la persona se desarrolle socialmente. Se presentan síntomas clínicos como fatiga, dificultad para concentrarse, tensión muscular y dificultades para dormir.

Otro trastorno de ansiedad no especificado. Existen los síntomas de un trastorno de ansiedad pero no tiene todos los criterios de algún trastorno de ansiedad ya clasificado, es decir alguno de los mencionados anteriormente.

2.8 La ansiedad presente en la perimenopausia

Como se mencionó en párrafos anteriores la ansiedad tiene una base neurobiológica, también se sabe que las mujeres presentan mayor riesgo y

prevalencia de trastornos de ansiedad (OMS, 2016), por lo que el riesgo de trastornos de ansiedad es un problema mayor para las mujeres, dado que en ellas es el doble que en los hombres 22.6% y 11.8% respectivamente, y que además este riesgo se extiende a lo largo de los años reproductivos (Freeman & Sammel, 2016).

Esta condición podría explicarse debido a que el nivel hormonal de las mujeres varía cíclicamente en cantidades mayores que el de los hombres, afectando las regiones del cerebro involucradas en la modulación del estado de ánimo (Faravelli, Scarpato, Castellini, & LoSauro, 2013).

Solomon y Herman, (2009) mencionan que el descenso recurrente de estrógenos se interpone con la capacidad de los estrógenos para neutralizar los efectos de los glucocorticoides liberados durante el estrés, haciendo que las mujeres sean más vulnerables a éste y por lo tanto, se incrementa el riesgo de ansiedad y depresión, además son más propensas a sufrir de depresión y ansiedad durante períodos de marcadas fluctuaciones hormonales, incluyendo los períodos premenstrual, postparto y perimenopáusico, por lo que el estado de ánimo depresivo y la ansiedad se intensifican durante esta etapa (Santoro, 2016).

A continuación se presentan los estudios que han abordado la relación entre la perimenopausia y la ansiedad:

Bromberger et al. (2013) realizaron un estudio para conocer el curso de la ansiedad durante la transición a la menopausia en mujeres de edades de 42 a 52 años. Encontraron que aquellas mujeres que presentaban baja ansiedad al inicio del estudio tenían más alta probabilidad de alcanzar una sintomatología propia de un nivel elevado de ansiedad durante la perimenopausia que durante la premenopausia y aquellas mujeres con alta ansiedad existente continuaban con los mismos niveles durante la perimenopausia y en etapas posteriores.

En Noruega, Tangen y Mykletun (2008) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión

relacionados con las etapas de la menopausia pre, peri, y posmenopáusicas y se observó que los periodos críticos para la ansiedad y depresión (puntuaciones significativamente mayores) son la etapa perimenopausica y posmenopáusicas, en comparación con el periodo premenopáusicas. Además de reportarse un pico en las puntuaciones en la subescala HADS-A (*Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety*, usada para medir la ansiedad en ambientes hospitalarios) en el periodo perimenopáusicas, posiblemente relacionado con los cambios a nivel sérico de las hormonas gonadales.

Entre los síntomas asociados a la ansiedad en el periodo perimenopáusicas y posmenopáusicas, se encuentra la migraña y otros dolores de cabeza (Tangen & Mykletun, 2008), otros autores reportan que el entumecimiento se asocia significativamente con la ansiedad (Terauchi et al., 2013) y otros más con la presencia de los síntomas vasomotores, como los sofocos (Juang et al., 2005).

Li et al. (2016) realizaron una investigación en Shanghái, China con mujeres en edades de 40 a 60 años para conocer la prevalencia y gravedad del síndrome perimenopáusicas, así como la relación con los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y sus posibles factores de riesgo. Se encontró que más del 70% de las participantes, experimentó al menos un síntoma de la perimenopausia, la ansiedad tuvo una prevalencia de casi el 25 % informando desde síntomas leves hasta severos. También se encontró que el grupo de mujeres con síndrome perimenopáusicas experimentó ansiedad (cerca de 28%), mientras que el grupo sin síndrome perimenopáusicas sólo reportó el 10%, por lo que se encontró una correlación positiva y fuerte entre este síndrome y la ansiedad.

Los factores de riesgo para el síndrome perimenopáusicas fueron los siguientes: la edad, ingreso mensual, situación laboral, relaciones familiares, sexuales, tipo de menstruación y parto y el consumo de alcohol, mientras que los asociados con la ansiedad fueron la actitud hacia la maternidad y la manera en que experimentaron los partos (Li et al., 2016).

Muslić y Jokić-Begić (2016) estudiaron el rasgo de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad para conocer si estas características contribuyen a la angustia experimentada en el periodo perimenopáusico (caracterizado por cambios hormonales, parecidos a los que se producen durante un periodo menstrual) de mujeres de mediana edad. Colaboraron 660 mujeres en edades de 35 a 52 años, que fueron subdivididas en edades de 35-40 años, 41-45 años y de 46-52 años; tenían que haber presentado su menstruación regular durante el último año o por lo menos tres períodos menstruales en los últimos 6 y haber experimentado por lo menos un parto.

El rasgo de ansiedad fue medido a través de la Escala de rasgo de ansiedad (STAI-T, por sus siglas en inglés) subescala del Inventario Estadístico de Ansiedad (STAI, por sus siglas en inglés) que permite conocer la predisposición a las reacciones de ansiedad, mientras que la sensibilidad a la ansiedad fue evaluada por el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, por sus siglas en inglés) y así medir el miedo a los síntomas de la ansiedad.

Los subgrupos de 35-40 años y de 41-45 años reportaron mayor experiencia de angustia perimenopáusica en aquellas mujeres que tuvieron cambios más severos del patrón menstrual y niveles altos de rasgo de ansiedad. El subgrupo medio además refirió preocupación por su bienestar psicológico.

En el subgrupo de mujeres con mayor edad (46-52 años) la angustia perimenopáusica tuvo una correlación con los altos niveles de sensibilidad a la ansiedad en la dimensión de las preocupaciones psicológicas, a diferencia de los grupos anteriores cuya angustia se relacionó con el rasgo de ansiedad. Los tres grupos mostraron también una correspondencia entre la angustia y una exacerbación de los síntomas premenstruales y menstruales durante el último año (Muslić & Jokić-Begić, 2016). Los resultados de la investigación demostraron que el rasgo de ansiedad y la sensibilidad a la misma, tienen un papel importante en la predicción del trastorno perimenopáusico.

Los primeros cambios físicos y psicológicos relacionados con la transición a la menopausia incorporan una situación de angustia, especialmente para las mujeres con un rasgo de ansiedad elevado. Cuando los síntomas relacionados con la perimenopausia se vuelven más visibles después de los 45 años, la sensibilidad a los síntomas psicológicos de la ansiedad (nerviosismo, incapacidad para concentrarse y sentimientos de pérdida de control) se convierte en un factor más importante (Muslić & Jokić-Begić, 2016).

Se han realizado pocos estudios sobre la relación entre la ansiedad y la perimenopausia sin embargo, los hallazgos sugieren que la transición menopáusica (perimenopausia) es un momento de mayor vulnerabilidad de aparición o exacerbación de los síntomas de ansiedad, y de otras quejas psicológicas (Abdelrahman, Abushaikha, & Motlaq, 2014). La Tabla 4 muestra la síntesis de las investigaciones anteriores. La relación entre la ansiedad y los síntomas vasomotores, incluidos los sofocos que son altamente frecuentes durante el climaterio, ha sido investigada debido a que los síntomas somáticos de la ansiedad, son similares a las quejas físicas de los sofocos.

El estudio más reciente que aborda esta relación fue realizado por Freeman y Sammel (2016) quienes encontraron que la ansiedad, específicamente sus síntomas somáticos, se relacionan significativamente con los sofocos en la transición de la menopausia aún después de ajustar factores relacionados a éstos como la edad, la etapa menopáusica, los niveles de hormonas reproductivas, la obesidad, el estrés percibido, el consumo de alcohol y el tabaquismo. Estos resultados reafirmaron la investigación de Lerner et al. (2011) para conocer la contribución de la ansiedad somática y afectiva sobre las puntuaciones de los sofocos, en donde encontraron que la puntuación más alta en la ansiedad somática se asoció significativamente con un puntaje más alto de sofocos, mientras que la asociación con ansiedad afectiva no fue significativa.

Estas investigaciones demuestran que existe una asociación entre ambas variables para poder así considerar distintos tratamientos para reducir la ansiedad

y que además sean potencialmente beneficiosos para reducir los síntomas somáticos como los sofocos.

Dada la fuerte asociación entre los sofocos y la ansiedad somática, que refleja una condición cognitiva sobre el significado de los síntomas, algunos autores han sugerido las intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales, como tratamientos prometedores para considerarse (Bryant, Judd, & Hickey, 2012; Freeman & Sammel, 2016), aspecto que se analiza a continuación.

Tabla 4.

Estudios que relacionan la ansiedad en la etapa perimenopáusica.

Autor y año	Objetivo	Metodología	Resultados
Bromberger et al. (2013)	Conocer si el riesgo de ansiedad aumenta durante la transición a la menopausia.	Se realizó un análisis longitudinal de los datos de salud de 2956 mujeres de diferentes etnias en edades de 42 a 52 años.	Las mujeres con baja ansiedad en la premenopausia son susceptibles a una alta ansiedad durante y después de la transición menopáusica. Aquellas mujeres que ya presentaban altos niveles de ansiedad al comienzo del estudio continuaron con el mismo nivel durante y después de la menopausia.
Tangen y Mykletun (2008)	Conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión relacionados con la pre, peri, y posmenopausia.	El estudio se realizó con 16,080 mujeres de edades entre 35 y 60 años, que se clasificaron de acuerdo a su estado reproductivo en pre, peri- y posmenopáusico. Para conocer la prevalencia de los síntomas se aplicó la escala HADS (Escala de ansiedad y depresión de hospital).	Los periodos críticos para la ansiedad y depresión (puntuaciones significativamente mayores) son la etapa perimenopausica y posmenopáusica. Se observó un pico en las puntuaciones en la escala HADS-A (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety</i>) en el periodo perimenopáusico, dando evidencia de un alto grado de síntomas ansiosos durante esta etapa, relacionados con los cambios en las hormonas gonadales.
Li et al. (2016)	Investigar la prevalencia y la gravedad del síndrome perimenopáusico y los trastornos del estado de ánimo y analizar sus relaciones y factores de riesgo en mujeres perimenopáusicas.	Se realizó un estudio transversal a 1062 mujeres de 40 a 60 años. Se aplicaron: el cuestionario de condiciones generales, el índice de Kupperman, SDS y SAS.	Más del 70% de su población total experimentó al menos un síntoma de la perimenopausia, entre ellos la ansiedad tuvo una prevalencia de casi el 25 % informando desde síntomas leves hasta severos. Se encontró una correlación positiva entre el síndrome perimenopáusico y la ansiedad.
Muslić y Jokić-Begić (2016)	Conocer si el rasgo de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad contribuyen a la angustia experimentada en el periodo perimenopáusico.	El estudio se realizó con 660 mujeres en edades de 35 a 52 años, subdivididas en edades de 35 -40, 41-45 y de 46- 52 años. El rasgo de ansiedad se midió a través de la Escala de rasgo de ansiedad (STAI-T, por sus siglas en inglés), mientras que la sensibilidad a la ansiedad fue evaluada por el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, por sus siglas en inglés).	Del subgrupo de 35-40 años y de 41-45 años reportaron mayor experiencia de angustia perimenopausica aquellas mujeres que tuvieron cambios más severos del patrón menstrual y niveles altos de rasgo de ansiedad. En el subgrupo de mujeres con mayor edad (46-52 años) la angustia perimenopausica tuvo una correlación con los altos niveles de sensibilidad a la ansiedad en la dimensión de las preocupaciones psicológicas

CAPÍTULO 3. TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA TRATAR LA ANSIEDAD

3.1 Fundamentos de la terapia cognitivo conductual

Dentro de la práctica clínica psicoterapéutica existe una diversidad de enfoques y modelos para tratar los trastornos mentales como el psicoanálisis, el conductismo, el humanismo, la terapia breve, la terapia emotivo-racional, la terapia cognitivo-conductual y un número más de modelos psicoterapéuticos (Bernstein & Nietzel, 1982). Este capítulo se centrará en la terapia cognitivo-conductual (TCC) ya que ha mostrado evidencia científica para el tratamiento de diversos problemas de salud mental.

La terapia cognitivo conductual se basa en la modificación de comportamientos y pensamientos disfuncionales de manera simultánea y se orienta a trabajar el presente de las personas, aunque también considera los antecedentes a través de una historia clínica. Su método es práctico y breve en comparación con otros modelos psicoterapéuticos (Sánchez, 2008).

Biglieri y Vetere (2011) distinguen dos modelos constructivistas en los que se divide la terapia cognitivo conductual, el primero, se basa en el constructivismo crítico que sustenta una realidad externa a la cual es imposible acceder completamente, y por otro lado, un constructivismo radical que afirma que la realidad es distinta para cada interpretación, por lo que no existe una sola realidad y es inaccesible. Si una persona crea su realidad lo hace mediante la interacción de estructuras y procesos que le permiten dar significado y sentido a sus experiencias.

La realidad que un individuo crea tiene implícita la posibilidad de alteraciones que desemboquen en disfunciones y problemas adaptativos, por lo que el trabajo de un terapeuta será centrarse en esa forma particular que tiene cada persona de significar y construir su propia realidad (Biglieri & Vetere, 2011) para lograr un reajuste en esta última y desenvolverse funcionalmente en su entorno.

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012), identifican cuatro características que definen a la TCC actualmente:

- Es una intervención que trata respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas que fueron aprendidas y se convirtieron en hábitos para una persona que por lo general no tienen control sobre ellos.
- Cuenta con técnicas y programas puntuales para distintos trastornos, con tiempo limitado de terapia debido a que trabaja con problemas específicos.
- Tiene una naturaleza educativa, pues en la mayoría de sus procedimientos existe una parte psicoeducativa como parte del tratamiento.
- Tiene un rasgo auto-evaluador sustentado en la metodología experimental y la validación empírica.

La terapia cognitivo conductual se originó de la fusión de dos enfoques terapéuticos que en un principio surgieron distantes. Parte de una visión conductual centrada en la modificación del comportamiento, y de una perspectiva cognitiva en donde su eje principal se centra en los elementos que procesan la información en una persona, por ello a continuación se mencionarán los aportes fundamentales de ambos enfoques que dieron lugar a la TCC.

3.1.1 Terapia Conductual

La terapia conductual (TC) surge como efecto del desarrollo de los estudios en psicología del aprendizaje, esta terapia se centra en la idea de que las conductas, incluso aquellas poco o nulamente adaptativas se aprenden y pueden ser modificadas mediante los principios del aprendizaje, estos últimos son utilizados en la TC. En cuanto al aprendizaje, se sabe que existen tres modelos clásicos para su explicación (Martorell, 2004):

El condicionamiento clásico. Fue descubierto por el fisiólogo Pavlov (1927 en Gutiérrez, 1999) mientras realizaba estudios sobre la secreción de saliva, en donde se percató que después de varias repeticiones de un estímulo (neutro) que

precedía a la comida que le daba a un perro, adquirió la capacidad de producir la respuesta de salivación.

Cuando a un estímulo incondicionado (comida), que provoca una respuesta incondicionada (saliva), se le asocia con un estímulo neutro (sonido), el estímulo neutro se volverá condicionado y logrará producir una respuesta condicionada (salivación) similar a la incondicionada, es decir se crea un aprendizaje asociativo y se logra a través de la presentación de dos estímulos inmediatos uno del otro, primero el incondicionado (generador de la respuesta incondicionada, seguido del neutro cuya asociación con el anterior generará una respuesta, volviéndose un estímulo condicionado y generando una respuesta condicionada.

El condicionamiento operante. Cuando una respuesta (picotear una palanca) es reforzada (con comida) en presencia de un estímulo discriminativo (luz), la presencia del estímulo hará que aumente la probabilidad de aparición de la respuesta. El comportamiento se fortalece por sus consecuencias, es por ello que estas consecuencias se denominan reforzadores. (Skinner, 1974/1994).

Cuando una conducta tiene una consecuencia reforzante (comida, cuando se está hambriento) tiene mayor probabilidad de ocurrir nuevamente, de la misma manera, el comportamiento o respuesta que reduce una condición aversiva, se ve reforzado por la consecuencia y esta respuesta tiende a volver a ocurrir en las mismas condiciones para evitar el daño. La diferencia entre el condicionamiento operante y el reflejo es que el primero es voluntario mientras que el último no lo es (Skinner, 1974/1994).

El *análisis experimental de la conducta*, es una metodología centrada en el estudio de la relación entre la conducta y los estímulos ambientales, que se desarrolló a partir de las aportaciones de Skinner (Ruíz et al., 2012).

El Modelado (Aprendizaje por observación). Una persona es capaz de aprender una conducta compleja a través de la observación de cómo realiza esa conducta otra persona (modelo). Durante una entrevista a Bandura (2008 en Bunge, 2008)

se menciona que durante el tiempo en que el conductismo se basaba en el aprendizaje por experiencia directa (condicionamiento clásico y operante), él comenzó a desarrollar la idea de que mediante la observación se obtienen una gran cantidad de aprendizajes.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) resaltó tres puntos importantes: primero, demostró que las eventualidades ambientales influyen en la conducta de un individuo y que recíprocamente el mismo individuo puede influirse a sí mismo y a otros; segundo, mostró que los refuerzos percibidos tenían mayor influencia que los reforzadores reales y por último, logró demostrar que para una persona era suficiente observar a otra realizando una acción y siendo reforzada para realizar una conducta (modelado), lo que lo llevó a señalar que el condicionamiento operante no era un proceso automático, sino que en este proceso también interviene la cognición humana (Dowd, 1997).

En un principio, la terapia conductista no prestó importancia a la capacidad cognitiva, pues, tanto el condicionamiento clásico y operante prescindían de los procesos del pensamiento, porque se creía que no eran susceptibles al control voluntario, sin embargo conforme fueron avanzando las ideas conductistas se fue agregando el valor de la naturaleza adaptativa y voluntaria de los procesos cognitivos (Goldfried & Davison, 1981).

3.1.2 Terapia Cognitiva

Al tiempo que la terapia conductual evolucionaba, se desarrollaron teorías cognitivas que se empleaban en la llamada terapia cognitiva (TC), los dos autores más sobresalientes de esta corriente fueron Albert Ellis y Aaron Beck, ambos formados en un inicio como psicoanalistas (Dowd, 1997).

3.1.2.1 Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (1997)

La Terapia Racional Emotiva (TRE) que en un principio fue sólo Terapia racional (TE) evolucionó hasta convertirse en terapia racional-emotiva-conductual (TREC)

(Dowd, 1997). Sobre esta aproximación, Ellis (1997) menciona que los pensamientos, sentimientos y conductas interactúan relevantemente unos con otros y que para efectuar grandes cambios en la personalidad es necesario realizar cambios en la forma de pensar, sentir y en las propias acciones, esta terapia fue la pionera en aportar el aspecto cognitivo–conductual (Ellis, 1997).

La TREC se centra en el modelo ABC en donde A son los acontecimientos activadores, B el universo de creencias de la persona y C las emociones y conductas que resultan de la interpretación que hace de A y B. Las percepciones erróneas, de lo que sucede en el punto A responden a pautas disfuncionales y dificultan el funcionamiento eficaz de la persona, por lo que no hay claridad racional (B) y ello provoca consecuencias emocionales y/o conductuales (C) (Ellis, 1980). Las emociones y conductas de un individuo son el resultado de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad. (Ellis, 1997).

Este mismo modelo lo explica el autor realizando la siguiente clasificación en donde *B* del modelo anterior se encuentra dividido en creencias racionales e irracionales: Adversidades (As) en la vida de un individuo, estas casi siempre están acompañadas de Creencias Racionales negativas de autoayuda (Rbs) y Creencias Irracionales negativas contraproducentes (lbs) sobre esas Adversidades (As). Las Rbs ayudan a enfrentar efectivamente las As mientras que las lbs incitan a encarar ineficazmente las adversidades (Ellis, 1997).

Ellis (1997) expresa que gran parte de las creencias irracionales negativas se relacionan y resultan del “debería” y “tengo que” que lleva a una persona a autocondenarse.

3.1.2.2 Terapia Cognitiva de Beck

El modelo cognitivo sustenta que la destreza para procesar información y crear representaciones mentales de uno mismo y de su ambiente es fundamental para la adaptación y supervivencia de un individuo. Está basado en *esquemas* y éstos son el resultado de las interacciones repetidas entre el ambiente y estructuras ya

existentes e innatas. Lo que una persona cree y comprende es más importante que los pensamientos, es por ello que los esquemas participan de manera primordial guiando los pensamientos, emociones y conductas, a través de la interpretación de las exigencias ambientales que afectan a una persona (Clark & Beck, 1997).

El modelo cognitivo de ansiedad de Beck sostiene que una persona ante una situación no responde de forma automática, sino que antes de manifestarse emocional o conductualmente percibe, clasifica, interpreta, evalúa y da un significado a dicha situación en función de sus supuestos previos o esquemas (Ruíz et al., 2012).

Los esquemas, a su vez, están principalmente constituidos por creencias nucleares, descritos como enunciados absolutos con respecto a si mismo, las demás personas y el entorno. En los trastornos de ansiedad, estas creencias disfuncionales se observan en los pacientes con autopercepciones negativas con relación al mundo, pues lo perciben como peligroso, en el que además consideran que no recibirán ayuda de otros (Biglieri & Vetere, 2011).

La interpretación particular que cada individuo da a una situación de manera involuntaria y sin aparente esfuerzo, se le conoce como *pensamientos automáticos*, asociados a respuestas emocionales intensas, que van de acuerdo con su interpretación; cabe señalar que estos pensamientos, da lugar a la activación de los esquemas (Biglieri & Vetere, 2011).

Beck (1997) señala que los esquemas se ligan en suborganizaciones más extensas con características cognitivas-afectivas-conductuales nombradas *modos*, y estos dominan el procesamiento de la información que originan *distorsiones cognitivas* (sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento absolutista dicotómico, etcétera), y pensamientos negativos. La terapia cognitiva para el tratamiento de trastornos psicológicos incluye la modificación de distorsiones cognitivas y esquemas disfuncionales, así como la creación de modos constructivos más racionales.

Con respecto al estudio de la ansiedad, Beck et al. (1985/2014) plantean que las conductas y los esquemas cognitivos giran en torno de la situación u objeto amenazante, en donde las personas los perciben como reales y potenciales.

En conclusión, la terapia cognitiva pretende cambiar las construcciones que hace una persona sobre sus experiencias, llevándola al planteamiento de la influencia que tienen sus sistemas cognitivos, emocionales y conductuales, en la manera en que ve las cosas. Se buscan opciones válidas y viables para reexperimentar el entorno y aportar nuevos significados a los sistemas de funcionamiento personal (Caro, 1997).

Tanto en el modelo cognitivo de Beck (1997) y el propuesto por Ellis (1997), el punto primordial a identificar y trabajar es la cognición errada del paciente, sin embargo, las emociones y la conducta no dejan de ser importantes en ambas teorías, pues son el objetivo final a modificar.

3.2 Técnicas empleadas en la terapia cognitivo conductual para tratar ansiedad

Dado el hecho de que la terapia cognitivo conductual está compuesta por dos enfoques distintos, el cognitivo y el conductual, es de esperarse que las técnicas que actualmente se emplean son derivadas de ambos enfoques y además en cada uno se encuentran modelos particulares propuestos por distintos autores. A fin de sintetizar la extensa variedad de técnicas, se presentarán algunas de las muchas que existen y que resultan viables en esta investigación.

3.2.1 Psicoeducación

La psicoeducación dentro de la terapia cognitivo conductual pretende dar a conocer al paciente factores clave sobre el problema a tratar, en el caso de este trabajo, la ansiedad.

Benjamin et al. (2010) expresan que la psicoeducación sienta las bases para la reestructuración cognitiva de la misma forma que para los componentes conductuales de la terapia. Además el hecho de hablar al inicio del tratamiento

sobre la ansiedad, definición causas, síntomas etcétera, el paciente logrará identificar emociones y reacciones corporales relacionadas a la ansiedad.

3.2.2 Técnicas de reestructuración cognitiva

Estas técnicas se emplean para cambiar aquellas cogniciones erráticas por pensamientos racionales adaptados a la realidad, el primer paso consiste en ayudar al paciente a identificar los pensamientos o creencias distorsionadas y/o disfuncionales que le ocasionan conflictos emocionales y conductuales. A continuación se mencionan algunas:

Descubrimiento guiado. Reconocer los problemas derivados de los pensamientos distorsionados. Es el proceso realizado mediante preguntas guía para auxiliar al paciente a obtener nuevas perspectivas que enfrentan sus conclusiones erróneas (De Rubeis, Tang, & Beck, 2001, en Caro, 2011).

Registro de pensamientos automáticos. Son aquellas creencias o ideas irracionales que son involuntarios al paciente. En esta técnica, el paciente debe detectar aquello que le afecta, para entender por qué le ocasiona problemas. Caro (2011) señala que un registro aporta al paciente el contenido cotidiano de sus pensamientos, emociones y comportamientos, le enseña al paciente la relación ABC del modelo cognitivo, le permite categorizar por temas aquellas cogniciones erradas y se conoce el grado de compromiso del paciente con la terapia a través de sus registros.

Detección de creencias irracionales. Las creencias irracionales encierran aquellos pensamientos ilógicos que no se basan en la realidad y que además dificultan o impiden que una persona logre sus objetivos (Ellis, 1962, en Caro, 2011). De ahí la importancia de identificarlas y modificarlas.

Refutación de ideas irracionales. En esta técnica el individuo detecta y debate la verdad o falsedad de sus creencias irracionales, así también discrimina entre exigencias y deseos, absolutos y preferencias (Caro, 2011). En esta última parte

se trabaja con los “debería” y “tengo que” del paciente ya mencionados en la TREC.

3.2.3 Técnicas de exposición

Estas técnicas son esenciales para una intervención eficaz en los trastornos de ansiedad, tienen origen en la técnica de Desensibilización Sistemática (DS) propuesta por Wolpe (1958 en Ruiz et al., 2012) y consisten en inducir en una persona una respuesta de relajación mientras confronta un estímulo al que le teme a través de la imaginación. Posteriormente, se comenzaron a introducir las confrontaciones del paciente al objeto temido en vivo

En la ansiedad, la evitación a un estímulo o situación específica temida es un rasgo esencial de estos trastornos, por lo que se busca con la exposición, producir familiarización a lo que provoca temor y una sensación de dominio para poder así, reducir o anular la respuesta de miedo y ansiedad.

La exposición repetida a una situación temida puede modificar la respuesta a dicha situación (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

Los tipos de técnicas de exposición de acuerdo con Ruíz et al. (2012) son principalmente:

En vivo. Se emplean mediante el contacto directo con el estímulo o situación temidos, de manera gradual o una exposición directa al objeto más temido que provocan alto grado de ansiedad (*inundación*). Una variante de este tipo de exposición es la *simulada* en donde se realiza una especie de actuación por varias personas para recrear la situación temida, se utiliza para trastornos de ansiedad social para acercar al paciente (en un ambiente controlado) a una situación que le produce ansiedad.

Simbólica. Se hace el contacto con el objeto temido mediante representaciones mentales, visuales (fotografías, películas), auditivas (grabaciones o sonidos) y actualmente también a través de programas de realidad virtual. Este tipo de

técnica puede usarse como una preparación para las técnicas en vivo (Benjamin et al., 2010) y en casos donde el acceso o la manipulación de la situación u objeto temido no son accesibles.

En grupo. Se realiza la exposición en un contexto grupal, pero el contacto a lo temido es individual, esta modalidad permite optimizar el tiempo de la sesiones y trabajar con varias personas con problemas afines, beneficiándose de la retroalimentación de otros. La motivación también se encuentra de manera implícita en las intervenciones grupales.

Cuando se pretenden disminuir sentimientos desagradables a situaciones específicas, se recomienda una exposición gradual y en algunas ocasiones la experiencia determinará si se debe afrontar la situación total o por aproximaciones sucesivas (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

En cuanto a la duración, Benjamin et al. (2010) mencionan que las técnicas de exposición en general, deben tener un tiempo de ejecución idóneo, de lo contrario, abandonar demasiado rápido puede impedir que el temor sea desafiado exitosamente y el nivel de ansiedad se presente nuevamente en situaciones futuras. También aclaran que la exposición puede durar de minutos a más de una hora, dependiendo de la naturaleza y grado de la ansiedad.

Se sabe que las sesiones de exposición prolongada resultan más eficaces que las de tiempo corto y que el intervalo entre sesiones no debe ser muy largo (Ruiz et al., 2012).

3.2.4 Técnicas de Relajación.

De la misma manera que las técnicas de exposición, estas técnicas se instrumentan a partir del trabajo de Desensibilización Sistemática de Wolpe (1958 en Ruiz et al., 2012) quien uso la relajación como respuesta opuesta a la ansiedad provocada por un estímulo. La relajación tiene como objetivo principal reducir la activación fisiológica, facilitando el equilibrio mental.

Dentro de estas técnicas se encuentran algunas como la relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, meditación y biofeedback, entre otras (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

Mediante las técnicas de relajación, una persona experimenta una respiración tranquila, profunda y rítmica; relajación muscular, latido cardíaco rítmico y suave, reducción de ansiedad, sensación de bienestar. En ocasiones durante el entrenamiento de estas técnicas algunas personas pueden experimentar espasmos, mareos, reacciones emocionales intensas como llanto o risa, por lo que es recomendable hablar sobre esto al paciente (Ruiz et al., 2012).

A continuación se mencionan algunos de los principales métodos de relajación:

- *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. La meta de este entrenamiento es la reducción de activación mediante una diseminación gradual de la tensión muscular. Se realiza mediante la tensión y distensión de grupos musculares. Durante la contracción del músculo se deben percibir las sensaciones asociadas a la tensión. En la segunda fase (distensión) la persona debe permanecer pasiva sintiendo el alargamiento muscular que produce al soltar toda la tensión.

Como se muestra en la Tabla 5, se realiza el procedimiento inicial tensando y destensando 16 grupos musculares.

La tensión de cuatro grupos musculares se realiza de la manera siguiente:

1. Brazos y manos dominantes y no dominantes
2. Tronco
3. Cara y cuello
4. Piernas y pies dominantes y no dominantes

Tabla 5.
Tensión de 16 grupos musculares

Grupo muscular	Acción para la tensión
1.Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño
2.Brazo dominante	Apretar el codo contra una superficie
3.Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño
4.Brazo no dominante	Apretar el codo contra una superficie
5.Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente
6.Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
7.Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia afuera y presionar el paladar con la lengua
8.Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho pero hacer fuerza para que no lo toque
9.Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como si se fueran a unir los omóplatos
10.Region abdominal	Poner el estómago duro y tenso
11.Muslo dominante	Apretar el muslo contra una superficie
12.Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
13.Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo
14. Muslo no dominante	Apretar el muslo contra una superficie
15. Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
16. Pie no dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo

Nota: Fuente: Ruíz, Díaz y Villalobos. (2012). Manual de Técnicas de Intervención cognitivo conductuales.

- *Entrenamiento en relajación autógena.* Fue propuesto por Shultz & Luthe (1969, en Reynoso-Erazo & Seligson, 2005). En esta técnica se entrena al paciente a crear un estado de relajación a través de la generación de autoafirmaciones positivas encaminadas a diversas partes del cuerpo, relacionándolas con sensaciones de paz, tranquilidad, calma, etcétera. Para esta técnica deben tomarse en cuenta las características de cada persona, como su grado de motivación y sugestión, así como su personalidad.

Este entrenamiento, se compone de dos grados, el grado inferior y grado superior. El grado inferior se recomienda en una duración de tres a cinco minutos en donde se autosugestionan sensaciones de reposo, pesadez y calor en extremidades, descenso del ritmo cardíaco y respiratorio, calor en plexo solar y frescor en la frente (Ruiz et al., 2012).

El grado superior trabaja los problemas a través de la sugestión e imaginación con la finalidad de solucionarlos, para realizar este entrenamiento se requiere la dominación del grado inferior.

- *Técnicas de Respiración.* La respiración es un proceso esencial del organismo y participa en el metabolismo del mismo. Existen tres tipos de respiración:

La respiración costal que es una respiración superficial pues el aire se concentra en la parte superior de la caja torácica y la ventilación que se produce no es suficiente (Ruíz et al. 2012).

La respiración *diafragmática* es el segundo tipo y se produce a través de la actividad en las costillas inferiores y abdomen, esta respiración es la más adecuada.

La respiración *abdominal*, como su nombre lo indica sólo se produce a través de la gran cantidad de actividad del abdomen, pues el tórax no interviene.

Algunos de los ejercicios empleados en estas técnicas son para la respiración profunda, la respiración contada (entrenamiento en respiración diafragmática) y respiración alternada que involucra el bloqueo de los orificios nasales alternadamente.

3.2.5 Entrenamiento en solución de problemas

En esta técnica se realiza un proceso de aprendizaje para crear alternativas y tomar decisiones. En este entrenamiento los pacientes entienden los problemas cotidianos y se esfuerzan para cambiar la naturaleza problemática de la situación y la reacción hacia estas situaciones (Nezu, Nezu, Deaner, & D´Zurilla, 1997).

D´Zurilla y Golfried (1971, en Oblitas 2013) describen las cinco fases de las técnicas para solución de problemas propuestas de la siguiente manera:

1. *Orientación general hacia el problema.* Se enfoca en que el paciente acepte que la vida cotidiana está llena de situaciones problemáticas y que se pueden afrontar eficazmente. En esta fase, la detección del problema, la valoración del mismo, así como el esfuerzo y tiempo que deberán emplear las personas para solucionarlo son las variables más importantes.
2. *Definición y formulación del problema.* Se parte de la idea de que si el problema está definido, la creación de alternativas de solución será sencilla. Se aspira a obtener información relevante del problema y establecer una solución realista, así como a evaluar nuevamente la importancia de esta última en beneficio de la persona.
3. *Generación de soluciones alternativas.* En esta fase se pretende crear el mayor número de distintas soluciones posibles, con la finalidad de garantizar que la mejor solución se encuentra entre ellas, se generan con base en tres principios: cantidad, aplazamiento de juicio y variedad.
4. *Toma de decisiones.* Esta fase implica en primer lugar, evaluar las alternativas de solución que se generaron y elegir la mejor para llevarla a cabo para solucionar la situación problemática. Para poder elegir la solución más certera, se analizan los costos y beneficios a corto y largo plazo de cada una de las soluciones.
5. *Puesta en práctica o verificación.* Se lleva a cabo la solución para el problema y se evalúa el resultado de la misma. Se puede llevar a cabo en un principio de manera simbólica y posteriormente en la situación real del paciente.

3.3 Evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad

La terapia cognitivo conductual se ha posicionado desde su aparición como una terapia aceptada debido a dos factores importantes; primero, es sustentada empíricamente dado que una parte de su origen proviene de la terapia conductual basada en el aprendizaje, y segundo, su carácter dual resulta muy pertinente para

distintos trastornos mentales al ocuparse tanto de factores cognitivos como de observables (conductas y respuestas fisiológicas).

Oblitas (2013) menciona que las terapias cognitivo conductuales componen un conjunto de terapias eficientes, aplicables a un gran número de problemas clínicos. Además, gracias a su aceptación por la comunidad médica ha sido necesaria durante las dos últimas décadas, siendo en este momento la orientación teórica más destacada de todas las existentes.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) menciona que los diversos trastornos de ansiedad pueden ser atendidos satisfactoriamente a través del tratamiento cognitivo-conductual (TCC). La parte cognitiva ayuda al paciente a entender la contribución de sus pensamientos a los síntomas de ansiedad y cómo modificarlos, mientras que la parte conductual de esta terapia los ayuda a disminuir o anular las conductas no deseadas relacionadas al trastorno.

Para conocer la eficacia del TCC se han realizado diversas revisiones sistemáticas de investigaciones y metaanálisis de procedimientos terapéuticos llevados a cabo con TCC y análisis de estudios mediante neuroimagen para constatar los cambios a nivel cerebral efectuados por esta terapia a través de sus diferentes técnicas. Estos estudios se mencionan en la Tabla 6.

En esta revisión se observa que se ha evidenciado que el TCC es una medida terapéutica fiable para los trastornos de ansiedad, su eficacia se relaciona con los cambios observados mediante la técnica de neuroimagen en diversas áreas relacionadas a la fisiopatología ansiosa. (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010; Moreno de la Torre, 2016).

La manera en que el TCC actúa sobre la anatomía del cerebro depende del trastorno de ansiedad que se trató, en el caso del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se observa la actividad del flujo sanguíneo en el córtex orbitofrontal, córtex del cíngulo anterior, ganglios basales, tálamo (Martínez-González & Piqueras-

Rodríguez, 2010) y sobre circuitos frontoestriados relacionados con en el control emocional y conductual (Moreno de la Torre, 2016).

Tabla 6.
Investigaciones que muestran la eficacia del TCC para tratar trastornos de ansiedad

Autores y año	Objetivo	Metodología	Resultados
Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010	Revisión de estudios realizados a través de neuroimagen para conocer las implicaciones a nivel cerebral después de la TCC para tratar la ansiedad	Búsqueda bibliográfica a través de la base de datos SCOPUS. Se revisaron los estudios realizados con pacientes de TOC, fobias específicas, fobia social, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico y depresión.	La TCC ha aportado evidencia empírica de que se puede incidir en la disminución de la actividad cerebral en ciertas áreas asociadas a la sintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión.
Moreno de la Torre, 2016	Analizar los cambios cerebrales tras la TCC y la contribución de las técnicas de neuroimagen para valorar la eficacia de la psicoterapia.	Búsqueda bibliográfica de estudios publicados del 2016 al 2011 en las bases de datos SCOPUS, PubMed y Psycinfo. Se revisaron 20 estudios.	Se encuentran cambios funcionales y morfológicos tras la terapia en regiones cerebrales (corticales, principalmente prefrontales, estructuras límbicas) relacionadas con la fisiopatología de la ansiedad.
Fullana, Fernández de la Cruz, Bulbena y Toro, 2012	Comparar la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales frente a otros tratamientos.	Revisiones sistemáticas estudios y metaanálisis publicadas entre 2003 y 2010, en las bases de datos MEDLINE o EMBASE. Los estudios tenían muestras de pacientes de 18 a 65 años para adultos, y de 6 y 18 años para la revisión sobre niños y adolescentes.	La TCC es el tratamiento de primera elección para un número importante de trastornos mentales no psicóticos, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Se mostró superior al placebo, al tratamiento farmacológico, así como a otros tratamientos psicológicos excepto en el caso del Trastorno depresivo mayor.
Tolin, 2010	Determinar si la TCC tiene resultados superiores a formas alternativas de psicoterapia	Se realizó una búsqueda bibliográfica desde 2007 en adelante. Revisión de 28 estudios.	La TCC fue superior a la terapia psicodinámica, en el post-tratamiento y en el seguimiento. La superioridad de la TCC fue evidente entre los pacientes con ansiedad o trastornos depresivos por lo que debe ser considerada como tratamiento de primera elección de elección para estos pacientes.

En el trastorno de pánico, las regiones más significativas son el córtex prefrontal y el hipocampo, (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010; Moreno de la Torre, 2016), mientras que en el trastorno por ansiedad generalizada (TAG) se observa reducción de producción límbica tras el TCC (Moreno de la Torre, 2016).

Lo anterior demuestra que el tratamiento cognitivo-conductual ha asistido evidencia empírica de que puede favorecer la disminución de la actividad cerebral en ciertas áreas asociadas a la sintomatología ansiosa, (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010). La superioridad de la TCC es más evidente para los paciente son ansiedad y trastornos depresivos (Tolin, 2010).

3.4. Tratamiento cognitivo-conductual en el climaterio

Anteriormente, se discutió sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para tratar los diversos trastornos de ansiedad, por lo que a continuación, se mencionarán algunos estudios que reportan el uso del TCC para aminorar los síntomas relacionados con el climaterio, en los cuales también se ha considerado a la ansiedad como uno de los síntomas psicológicos presentes durante este periodo. Los estudios se muestran en la Tabla 7.

El análisis de dichas investigaciones evidencia la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para tratar no sólo la sintomatología física presente durante la menopausia sino también aquellos síntomas de naturaleza psicológica que afectan a las mujeres durante esta etapa, ansiedad y depresión principalmente; de la misma manera estas intervenciones han indicado que los beneficios otorgados por las distintas técnicas empleadas en las sesiones, contribuyen al mantenimiento de los resultados obtenidos en las evaluaciones post- tratamiento.

Tabla 7.

Intervenciones que muestran la eficacia de la TCC para tratar la sintomatología asociada a la menopausia.

Autores y año	Objetivo	Metodología	Instrumentos	Resultados
Hunter y Liao (1996)	Reducir los sofocos menopáusicos.	La intervención consistió en cuatro sesiones. Se hicieron tres grupos: TCC (N = 24), THR (N = 12) y sin tratamiento (NT) (N = 16), con una comparación aleatorizada de las participantes.	El Cuestionario de Salud de la Mujer (Hunter, 1992), WHQ.	La THR y TCC 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. A los tres y cinco meses posteriores se mantuvieron los cambios.
Sueiro et al., (1999)	Manejo de la ansiedad.	El programa se aplicó a ocho mujeres con menopausia, mediante once sesiones. Se evaluó la ansiedad y depresión a través del inventario de Hamilton.	Inventarios de depresión y ansiedad de Hamilton(1959, 1960). Cuestionario de calidad de vida (Ruiz & Baca, 1991).	Las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de ansiedad y depresión tuvieron un descenso significativo tras el programa, a pesar de que la muestra fue muy pequeña.
Camuñas et al. (2001)	Disminuir la tensión arterial a través del manejo de la ansiedad y la mejora sobre el control y la expresión de la ira.	La intervención fue de 15 sesiones y la muestra de diez mujeres con menopausia e hipertensión.	Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) (Tobal & Vindel, 1994). Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI) (Spielberger, 1988, 1991).	Los resultados indicaron una disminución significativa en la ansiedad, el rasgo de ira y en las medidas de presión (sistólica y diastólica). A los cinco meses del tratamiento se mantenían los resultados obtenidos.
Larroy, Gutiérrez y León (2004).	Instaurar un programa de intervención cognitivo-conductual para mujeres climatéricas con sintomatología menopáusica.	La intervención se realizó en diez sesiones. Se formó un grupo clínico (N=13) y un grupo subclínico (N= 17), en relación a las puntuaciones de las escalas utilizadas (HADS y BMI).	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés) Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt. (BMI por sus siglas en inglés) (Kupperman & Blatt, 1953) Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en mujeres de 45 a 64 años.(Sánchez-Cánovas, 1999).	Las puntuaciones en la escala de Ansiedad-Depresión descendieron en ambos grupos, siendo la reducción significativa para el grupo clínico. Con respecto a la variable ansiedad se produjo un descenso significativo en las puntuaciones de la subescala de ansiedad del HADS.
Keefer y Blanchard (2005)	Probar la efectividad de un tratamiento grupal cognitivo-conductual para tratar lo sofocos de la menopausia.	El tratamiento constó de 8 sesiones, la muestra fue de 19 mujeres en transición a la menopausia sin THR y otro grupo más de 10 mujeres con THR.	El Cuestionario de calidad de vida específico de la menopausia (Hilditch, 1998) El Cuestionario de Salud de la Mujer (WHQ, por sus siglas en inglés) (Hunter, 1992).	El tratamiento redujó la frecuencia de los síntomas vasomotores, sin embargo no hubo significancia estadística.

Larroy y González (2009)	Analizar los resultados a largo plazo de una intervención cognitivo-conductual, que ha demostrado su eficacia a corto plazo sobre la sintomatología menopáusica.	La intervención se llevó a cabo en ocho sesiones, el grupo experimental tuvo una muestra de N =28, mientras que el control fue de N= 25. Conforme se realizó el seguimiento las muestras se redujeron a 9 y 11 mujeres para los grupos experimental y control respectivamente.	Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS, por sus siglas en inglés) Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt. (BMI, por sus siglas en inglés) (Kupperman & Blatt, 1953) Cuestionario de valoración de calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años.(Sánchez-Cánovas,1999).	El grupo experimental mostró una clara reducción de la sintomatología asociada a la menopausia física y psicológica con respecto al pretratamiento. Tanto la ansiedad como la depresión remitieron de forma significativa en la muestra experimental y mejoría se mantuvo en la evaluación de seguimiento.
--------------------------	--	--	--	---

Nota: TCC= Tratamiento cognitivo conductual; THR= Terapia hormonal de remplazo.

Para concluir con este capítulo, se exponen los beneficios de los tratamientos cognitivo-conductuales sobre la terapia hormonal de remplazo como lo menciona Gutiérrez (2006), la TCC muestra:

- Ausencia de efectos secundarios
- Ahorro del gasto farmacéutico
- Ausencia de contraindicaciones
- Eficacia en la remisión de sintomatología asociada a la menopausia
- Técnicas específicas para el control de la sintomatología psicológica
- Incluye profilaxis de trastornos que puedan desarrollarse a largo plazo

Dada la revisión anterior, a continuación se propone una intervención cognitivo-conductual para reducir la ansiedad en mujeres con perimenopausia.

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCION PARA TRATAR LA ANSIEDAD EN LA PERIMENOPAUSIA

MÉTODO

Planteamiento del problema

Justificación

En México, existen 121 millones de habitantes (CONAPO, 2015) de los cuales, más de la mitad son mujeres y de éstas, cerca del 13% tienen entre 49 a 59 años, quienes atraviesan por el período del climaterio, que se caracteriza por la presencia de signos y síntomas físicos y psicológicos que pueden tener efectos negativos en la salud y calidad de vida. En México, el promedio de edad de la menopausia es de 49 años (Vázquez-Martínez, et al., 2009); las cifras de las mujeres que atraviesan por este período ha aumentado, debido a que se ha registrado un incremento importante en la esperanza de vida de la población, que es de 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres (INEGI, 2017)

El climaterio comprende tres períodos: la perimenopausia, la menopausia y la posmenopausia, en donde se presentan síntomas vasomotores como bochornos y sofocos, hasta síntomas genitourinarios, cardiovasculares, dermatológicos, incluyendo osteoporosis, entre otros, que resultan de las alteraciones hormonales (Carranza, 2016; Clark, 2016; Escribano, et al. 2016) y cuyo tratamiento hormonal implica resultados adversos para la salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013) asimismo, estos tratamientos involucran costos económicos que con frecuencia son más significativos que otras enfermedades presentes durante la menopausia, tal es el caso de la osteoporosis (Assaf et al., 2017), también se presentan afectaciones psicológicas que repercuten en el estado anímico de la mujer, como depresión, ansiedad e irritabilidad (Aldana, et al., 2007) que merman el bienestar, la productividad (Geukes et al., 2016) y las actividades cotidianas (Couto & Nápoles, 2014) .

La perimenopausia, comprende un período crítico en donde se presentan cambios biológicos y socioculturales significativos (Ibarra, 2003), que se manifiestan a través de malestares a nivel corporal y mental, pues se ha documentado que tiene implicaciones en los niveles personal y social, ya que con frecuencia conduce a las mujeres a un estado de ansiedad que se origina por cambios en el sistema endocrino y cerebral debido a las fluctuaciones hormonales, así también se tiene la percepción de que este período significa la pérdida de la fertilidad y la feminidad, aspectos que ocasionan un desequilibrio emocional, y por otro lado, en esta etapa de la vida, se presentan sucesos interpersonales relevantes como “el nido vacío” (Lugones, 2001), separaciones, como divorcios, jubilación, enfermedades crónicas propias de la edad, entre otros, que afectan la homeostasis de las mujeres (Sesma et al., 2013).

Los trastornos de ansiedad constituyen un problema de salud mental que afecta mayormente a las mujeres, dado que las prevalencias son mayores en comparación con los hombres y este riesgo se extiende a lo largo de los años reproductivos (Freeman & Sammel, 2016). También se ha documentado que las mujeres experimentan trastornos de depresión y ansiedad, durante ciclos de marcados cambios hormonales incluyendo los períodos: premenstrual, postparto y perimenopáusicos que resultan de las interacciones hormonas y ambientales (Solomon & Herman, 2009).

La literatura refiere una estrecha relación entre los síntomas vasomotores como sofocos que se experimentan durante la transición a la menopausia (perimenopausia) con un mayor riesgo de presentar síntomas somáticos de la ansiedad lo que significa que esta asociación puede ser un blanco potencial en el tratamiento clínico de las mujeres perimenopáusicas (Lerner et al. 2011).

Por lo anteriormente expuesto, es imperante instrumentar estrategias de intervención a nivel preventivo, enfocadas en brindar atención integral y multidisciplinaria en la orientación y psicoeducación sobre los efectos de la perimenopausia en el organismo desde una perspectiva biopsicosocial.

Es fundamental crear intervenciones psicológicas que coadyuven con el tratamiento médico para manejar y reducir la ansiedad, así como los síntomas somáticos del climaterio, proporcionándoles conocimientos y herramientas de cambio conductual que potencialicen pensamientos adaptativos, dado que existe evidencia basada en estudios que indican que las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado eficacia a nivel cerebral (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010; Moreno de la Torre, 2016) y superioridad frente a otras terapias para el tratamiento de la ansiedad (Fullana, Fernández de la Cruz, Bulbena & Toro, 2012; Tolin, 2010).

La finalidad de esta intervención es convertirse en una opción psicoeducativa para el psicólogo, que junto con otros profesionales de la salud apoyen y formen parte de una atención integral a las mujeres que pasan por la perimenopausia y de esta manera prevenir la exacerbación de ansiedad en etapas posteriores; menopausia y postmenopausia. Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de una intervención cognitivo-conductual para reducir la ansiedad en mujeres que se encuentran en periodo perimenopáusico?

Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales para reducir la ansiedad en mujeres adultas en periodo perimenopáusico residentes de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Diseñar un programa de tratamiento que integre técnicas cognitivas y conductuales para la reducción de la ansiedad.

2. Evaluar el nivel de ansiedad de las mujeres adultas que están en el periodo de la perimenopausia antes y después de la intervención.

Meta: Reducir el nivel de ansiedad en mujeres adultas que pasan por la perimenopausia.

Hipótesis

Hipótesis conceptual: Las intervenciones psicológicas son útiles para manejar y reducir la ansiedad, así como los síntomas somáticos del climaterio, a través del incremento de los conocimientos y herramientas de cambio conductual que potencialicen pensamientos adaptativos, dado que existe evidencia basada en estudios que indican que las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado eficacia (Martínez-González & Piqueras-Rodríguez, 2010; Moreno de la Torre, 2016).

Hipótesis estadísticas

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la ansiedad en las mujeres con perimenopausia antes y después de la intervención.

H_1 = Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la ansiedad en las mujeres con perimenopausia antes y después de la intervención.

Definición de Variables

- Dependiente: Ansiedad en mujeres que pasan por la perimenopausia.

Definición conceptual: La ansiedad es un *conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas afectivas y cognitivas que se activan al prever situaciones que se califican como aversivas, debido a su imprevisibilidad, incontrolabilidad y su potencial peligro* (Clark & Beck, 2012).

Definición operacional: Se utilizará la subescala de ansiedad del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) de Jurado (2017).

- Independiente: Taller psicoeducativo.

Definición conceptual: Es una intervención que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje, que se realiza colectivamente mediante la participación activa, que ayudan a generar puntos de vista y soluciones alternativas a problemas dados (Candelo, Ortiz & Unger, 2003).

Definición operacional: El taller consta de siete sesiones de 90 minutos, que se llevarán a cabo dos veces por semana con un grupo de 40 mujeres distribuidas en dos grupos. En donde se realizará una evaluación inicial, una intervención cognitivo- conductual, una post evaluación y un seguimiento a tres y seis meses. Algunos de los contenidos se adaptaron del Manual de Operaciones del programa de intervención de Jaen (2016).

Tipo de estudio

Transversal

Diseño de estudio

El diseño de esta investigación es pre-experimental con evaluaciones de pre test- pos test de un solo grupo con dos mediciones subsecuentes de tres y seis meses (Campbell & Stanley, 1966/1995).

Participantes

El taller estará dirigido a mujeres adultas en periodo perimenopáusico que presentan sintomatología ansiosa con edades de 46 a 52 años. El tamaño del grupo será de 40 participantes, distribuidas en dos grupos quienes deberán comprometerse a asistir a todas las sesiones y colaborar en las actividades.

Criterios de inclusión

Las mujeres deberán estar en periodo perimenopáusico, previa valoración médica y que de acuerdo con la Clasificación de Straw (2001) presentan variabilidad de 7 días o más en la duración del ciclo menstrual y/o por la ausencia de dos o más ciclos menstruales o 60 días de amenorrea, sin ser producto de algún padecimiento fisiológico, cotejado por personal médico.

Criterios de exclusión

Mujeres que presentan algún trastorno de ansiedad diagnosticado antes de la transición a la menopausia. Alteración neurológica u otro desorden psiquiátrico.

Criterios de eliminación

Mujeres que no completen el 80% de asistencia a las sesiones.

Escenario

El taller se llevará a cabo en una Institución pública o privada de atención a la salud como por ejemplo, centros de salud comunitarios, centros comunitarios, clínicas de salud que brinden atención especializada a las mujeres.

El espacio requerido para llevar a cabo las sesiones que componen el taller será un aula con iluminación y ventilación adecuada con mesas y sillas.

Instrumentos

Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) de Jurado (2017) (Anexo 1). Para fines de este estudio se utilizará la subescala de ansiedad que está compuesta por 21 reactivos y que evalúan los aspectos; cognitivos, conductuales y fisiológicos. Tiene formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones. El nivel de consistencia interna de ansiedad es de (0.96).

Procedimiento

1. Se acudir  con las instituciones para firmar un acuerdo de colaboración.
2. Se identificarán a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y a quienes se les invitara a participar.
3. Las mujeres que hayan aceptado firmaran un formato de consentimiento informado (Anexo 2) en donde se explicarán los objetivos, riesgos y beneficios de la intervención
4. Los datos que proporcionen las participantes serán tratados bajo un carácter de confidencialidad y de uso exclusivo para esta investigación.
5. Se realizará una evaluación inicial para establecer línea base.
6. Se evaluar  de forma inicial el grado de ansiedad en las personas que formaran parte del taller (Anexo 1).
7. Se llevará a cabo la instrumentación del taller cognitivo conductual dirigido por un profesional de la psicología; que guiará y apoyar  a las participantes.
8. Se aplicará una evaluación posterior al finalizar el taller. Se llevará un diario de campo para registrar las actividades de cada de las sesiones, y para evaluar la efectividad del taller, se realizará un seguimiento a 3 y 6 meses.

A continuación se detallarán cada una de las sesiones, incluyendo el título, objetivo, materiales y técnicas, en las cartas descriptivas.

El taller se compone de siete sesiones con una duración de 90 minutos. Las sesiones serán dos veces por semana.

Las sesiones contienen los siguientes temas:

Sesión 1: Bienvenida, Presentación, Encuadre y Evaluación inicial.

Sesión 2: Perimenopausia y Ansiedad.

Sesión 3: Modelo ABC.

Sesión 4: Reestructuración cognitiva (Pensamientos automáticos) y Técnicas de Relajación.

Sesión 5: Las conductas como factores de riesgo para la salud física y mental.

Sesión 6: Entrenamiento en solución de problemas

Sesión 7: Resumen del Taller, Cierre del taller y Post- evaluación

A continuación se muestran las cartas descriptivas de cada sesión.

SESIÓN 1

CONTENIDO	Bienvenida Presentación Encuadre Evaluación inicial
------------------	--

OBJETIVO GENERAL:

Que las participantes conozcan el propósito del taller, se presenten y se integren al mismo, así como realizar la evaluación inicial para conocer el nivel de ansiedad en el grupo.

Objetivos específicos

- Realizar la presentación de cada una de las participantes y el psicólogo que impartirá el taller.
- Informar a las participantes sobre la duración, objetivo y enfoque terapéutico del taller.
- Evaluar el nivel de ansiedad inicial de las mujeres.

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Bienvenida	El psicólogo (a) dará la bienvenida formal del taller y agradecerá la participación en el mismo.	10 min	No aplica	No aplica
Presentación	Se realizará la presentación de cada una de las participantes para la cual se usa una bola de estambre que se dará en un inicio a una de las participantes y consecuentemente se pasarán entre ellas, pidiéndoles que al momento de recibirla mencionen su nombre, estado civil y expectativas del taller.	30 min	Bola de estambre	Bola de estambre
Encuadre	El psicólogo (a) expondrá el nombre y objetivo del taller, así como el número de sesiones y el tema principal de cada una de ellas, su duración y los días a la semana en que se impartirá. Se dará el horario y tolerancia para la asistencia, y se les explicará a las mujeres sobre la confidencialidad de datos y evaluaciones que se llevarán a cabo. Para finalizar con el encuadre, se dará a las participantes una Carta de Consentimiento informado, que deberán firmar.	30 min	Carta de consentimiento informado (Anexo 2) Bolígrafos	No aplica
Evaluación inicial	Se aplicará el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) de Jurado, 2017.	20 min	Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) de Jurado (2017) (Anexo 1).	No aplica

SESIÓN 2

CONTENIDO Perimenopausia
Ansiedad

OBJETIVO GENERAL:

Que las participantes identifiquen signos y síntomas derivados de la perimenopausia y la ansiedad.

Objetivos específicos

- Definir y mencionar las manifestaciones psicológicas y físicas que se presentan durante la perimenopausia.
- Definir y mencionar las manifestaciones psicológicas y físicas que se presentan durante la ansiedad.
- Conocer la relación de la ansiedad a causa de los cambios hormonales durante la perimenopausia.

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Perimenopausia	El psicólogo (a) explicará la definición y clasificación de Straw de las etapas no reproductivas. Asimismo, puntualizará los cambios y síntomas que se producen durante la perimenopausia a niveles: fisiológico, físico y psicológico.	30 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón	No aplica
	Se les pedirá a las mujeres que en una hoja anoten aquellos pensamientos negativos que tienen sobre la menopausia y posteriormente se les pedirá que pasen a "desecharlos" al cesto de basura.	10 min	Hojas de papel Bolígrafos	Cesto de basura
Ansiedad	El psicólogo abordará el tema de la ansiedad; definición, características, síntomas y estadísticas. Explicará la relación de la ansiedad a raíz de cambios en el sistema endocrino durante la perimenopausia.	20 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón	No aplica
	Para puntualizar los síntomas de la ansiedad, se pedirá a las mujeres que formen dos grupos: uno será "Físicos" y otro grupo se denominará "Psicológicos". Se les entregará en un papel tres síntomas de la ansiedad relacionados con el nombre del equipo. Cada equipo pasará a caracterizar los síntomas, mientras el equipo contrario tratará de adivinarlos. Al finalizar el juego el psicólogo señalará los síntomas de la ansiedad y dará el cierre de la sesión.	30 min		Caras y gestos

SESIÓN 3

CONTENIDO Modelo cognitivo ABC

OBJETIVO GENERAL:

Que las participantes comprendan la relación de sus pensamientos y creencias sobre sus conductas

Objetivos específicos

- Enseñar el modelo cognitivo ABC
- Identificar las emociones, pensamientos y conductas ante una situación específica

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Modelo cognitivo ABC	Se expondrá a las participantes en que consiste el Modelo cognitivo ABC y la influencia de sus pensamientos y creencias irracionales ("tengo que" y "debería") de Ellis (1997).	30 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón	No aplica
	Para que las participantes pongan en práctica la distinción de A(Situaciones) , B (Pensamientos) y C (Consecuencias emocionales y de comportamiento) se realizará el siguiente ejercicio (Vázquez, 2007) (Anexo 3): 1. Se les pedirá que cierren los ojos y se imaginen la emoción más intensa que hayan experimentado durante las últimas 24 horas (miedo, ansiedad, tristeza, enojo, etc.) Se les otorgan dos minutos para que lo anoten. 2. Se les pide que recuerden a qué hora pasó, con quién se encontraba, en qué lugar ocurrió, en que momento comenzó a cambiar su ánimo y si ocurrió algo especial antes de notar algún cambio de humor. Se les otorgan dos minutos para que lo anoten. 3. En la tercera parte se pide que identifiquen que paso por su mente cuando experimentaron la emoción de la que se está hablando, ¿evocó alguna imagen?, ¿tuvo alguna idea o pensamiento? Se les otorgan dos minutos para que lo anoten. Una vez que las participantes han realizado el ejercicio se abre un espacio para la retroalimentación del ejercicio por parte del psicólogo (a).	20 min	Hoja de registro de ABC en situación imaginaria Bolígrafos	Registro de distinción de ABC
	Para abordar las creencias irracionales se realizará una dinámica en la cual las participantes identificarán sus "tengo que" y "debería" del día a día mediante la dinámica de la "papa caliente". Se les pedirá que en el momento que la "papa" caiga en sus manos completen cualquiera de las dos frases con aspectos de su vida familiar. Al finalizar la dinámica el psicólogo abordará a manera de reflexión, la sentencia de las creencias "tengo que" y "debería" sobre sus futuras conductas y emociones.	20 min	Una pelota	La papa caliente
	Tarea: Se entregará una hoja de registro para ayudar al aprendizaje de las relaciones ABC (Anexo 4) que deberán llenar y llevar la próxima sesión. Se dará el cierre formal a la sesión de ese día.	10 min	Hoja de registro de distinción ABC (Anexo 4)	No aplica

SESIÓN 4

CONTENIDO Reestructuración cognitiva
Técnicas de relajación

OBJETIVO GENERAL:

Las participantes reconocerán las cogniciones que contribuyen a su ansiedad.

Objetivos específicos :

- Identificarán aquellos pensamientos que propician la ansiedad.
- Aprenderán a controlar y disminuir la activación fisiología presente durante la ansiedad a través de técnicas de relajación

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Reestructuración cognitiva	Se revisará el ejercicio que quedó como tarea la sesión anterior. Se pide la participación de algunas de las mujeres para compartir sus hojas de registro.	10 min	No aplica	No aplica
	El psicólogo (a) hablará acerca de los pensamientos automáticos y cómo éstos contribuyen o exacerban su ansiedad, retomará lo necesario sobre el tema anterior (Modelo ABC).	20 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón	No aplica
	Para lograr el aprendizaje de la sesión se llevará a cabo un ejercicio en grupo a través de un registro en donde se les presentan tres situaciones específicas a las mujeres, y varias consecuencias emocionales que se desprenden de cada situación para las cuales las participantes tendrán que completar con pensamientos que consideren que pueden inducir dichas consecuencias emocionales (Anexo 5). Se presenta en un proyector para que las mujeres participen.	20 min	Computadora Portátil Proyector Hoja de ejercicio (Anexo 5). Plumón para pizarrón	Trabajo en grupo
	El siguiente ejercicio consistirá en detectar dos situaciones en las cuales las mujeres identifican que se sienten inseguras así como los pensamientos que se relacionan con ese sentimiento. En seguida proporcionarán una respuesta racional ante los pensamientos registrados, el registro se lleva a cabo mediante la técnica de la triple columna que cuenta con un ejemplo para facilitar la comprensión del ejercicio (Anexo 6).	20 min	Hoja de registro de la Triple Columna (Anexo 6) Bolígrafos	Técnica de la triple columna
Técnicas de relajación	Se explica brevemente a las participantes en qué consisten las técnicas de relajación que se llevarán a cabo durante la sesión.	10 min	No aplica	No aplica
	Se comienza a reproducir la música relajante y en seguida se dan las siguientes instrucciones a las mujeres para iniciar con la técnica de respiración profunda: 1. Se solicita a las participantes que coloquen una mano sobre su abdomen y la otra sobre el pecho. 2. Se les pide que inhales aire de tal manera que sientan que el abdomen se "infla". 3. Se les pide que mantengan el aire por tres segundos. 4. Se les dice que una vez que han mantenido el aire, comiencen a exhalar de manera lenta con la boca semiabierta. 5. Se practica la respiración profunda 6 veces más.	10 min	Reproductor de CD CD de música instrumental	Respiración profunda
	Para la Técnica de relajación progresiva se llevarán a cabo las siguientes instrucciones: 1. Levantar las cejas y cerrar los ojos apretándolos durante 6 segundos, pasados los segundos distensar lentamente. 2. Apretar la mandíbula, sacar la barbilla y presionar la lengua contra el paladar durante 6 segundos y distensar. 3. Empujar la barbilla contra el pecho y al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo toque durante 6 segundos y distensar. 4. Arquear la espalda como si se fueran a unir los omoplatos y al mismo tiempo apretar la región abdominal durante 6 segundos y después relajar. 5. Apretar los codos contra la mesa y apretar los puños simultáneamente por 6 segundos y posteriormente distensar. 6. Apretar los muslos contra la silla y al mismo tiempo doblar los dedos del pie hacia arriba durante 6 segundos y relajar lentamente. 7. Por último, doblar los dedos de los pies hacia adentro sin despegar los pies del suelo.		Reproductor de CD CD de música instrumental	Relajación muscular

SESIÓN 5

CONTENIDO Las conductas como factores de riesgo para la salud física y mental.

OBJETIVO GENERAL:

Las participantes conocerán la manera en que el comportamiento constituye un factor de riesgo para su salud.

Objetivos específicos

- Identificar la forma en que algunas conductas pueden ser un factor de riesgo para la salud.
- Aprender a modificar comportamientos negativos que dañan la salud.
- Aprender a adoptar conductas saludables.

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Las conductas como factores de riesgo para la salud física y mental.	El psicólogo (a) expondrá cómo es que el comportamiento merma el bienestar físico y mental, a través de hábitos poco saludables que se relacionan e incrementan los síntomas de la perimenopausia y la ansiedad. Entre los ejemplos de hábitos poco saludables se mencionarán los siguientes: Alimentación: Ingerir cualquier tipo de aperitivo con la finalidad de reducir la ansiedad. Consecuencias: Mala alimentación, obesidad. Sueño: Quedarse despierto hasta altas horas de la noche a causa del insomnio, en lugar de establecer un horario para dormir. Consecuencias: La falta de sueño produce cansancio, irritabilidad, dolor de cabeza etc. Hábitos: Comenzar o incrementar el uso del tabaco para reducir la "ansiedad". Consecuencias: Fumar predispone al padecimientos de enfermedades cardiovasculares y pulmonares.	40 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón	No aplica
	Al terminar con el tema, el psicólogo (a) formará equipos de tres para realizar la dinámica "Ángeles y Diablitos" y dará las siguientes instrucciones: Cada equipo propondrá una conducta saludable para disminuir la ansiedad y se escribirá con letras grandes en una hoja, misma que se pegará a la altura del pecho una integrante de cada equipo, quién será "Pepita" De las dos integrantes restantes de cada equipo, una hará el papel de angelito tratando de convencer a "Pepita" de adoptar la conducta saludable, mientras que la última integrante será el "Diablito", quién se encargará de refutar los argumentos para cambiar la conducta por una no saludable. Las "Pepitas" de cada compartirán la decisión y por qué la tomaron ante todo el grupo.	50 min	Hojas de papel Plumones	Ángeles y Diablitos".

SESIÓN 6

CONTENIDO Entrenamiento en solución de problemas

OBJETIVO GENERAL:

Las participantes aprendan a crear alternativas y tomar decisiones en situaciones problemáticas específicas.

Objetivos específicos

Las participantes:

- Identificarán situaciones problemáticas.
- Generarán alternativas cognitivas y conductuales eficaces para resolver las situaciones que les producen ansiedad.

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Entrenamiento en solución de problemas	El psicólogo(a) dará el tema sobre Entrenamiento en solución de problemas, se explicará la utilidad de esta técnica, así como sus distintas fases: 1. Orientación general hacia el problema. 2. Definición y formulación del problema. 3. Generación de soluciones alternativas. 4. Toma de decisiones. 5. Puesta en práctica o verificación.	30 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón	No aplica
	Para ilustrar el tema y realizar un ejercicio de identificación, se les proyectará a las participantes el fragmento de una película en la cual deberán identificar la situación problemática en la que se encuentra el personaje señalado, su actitud ante dicha situación y deberán proponer 2 opciones de solución para que el personaje resuelva su conflicto. Se entregará un formato a cada participante para que se lleve a cabo la actividad (Anexo 7). Se darán 10 minutos para que se complete el ejercicio y al finalizar las participantes compartirán aquellas soluciones que consideraron pertinentes para el personaje. Discutirán las opciones dadas y el grupo concluirá con ayuda del psicólogo cual es la mejor.	50 min	Computadora Portátil Proyector Pizarrón Película en formato DVD Formato en hoja correspondiente al ejercicio. (Anexo 7). Bolígrafos	No aplica
	Tarea: Se entrega a las mujeres una hoja de registro para la solución de una situación problemática relacionada con la perimenopausia, y con base en ella deberán contestar una serie de preguntas contenidas en la hoja de registro (Anexo 8) que llevarán la siguiente sesión. El psicólogo concluye formalmente la sesión.	10 min	Hoja de Registro de solución de problemas (Anexo 8)	No aplica

SESIÓN 7

CONTENIDO Resumen del Taller
Post- evaluación
Cierre del taller

OBJETIVO GENERAL:

Hacer una síntesis de los temas abordados durante las sesiones anteriores del taller

Objetivos específicos.

Que las participantes:

- Recuerden los principales aspectos de la perimenopausia y la ansiedad.
- Repasen el modelo cognitivo ABC y el entrenamiento en solución de problemas
- Que reflexionen acerca de las conductas negativas hacia su salud.
- Sean post-evaluadas para conocer su nivel de ansiedad al término del taller a través del IMADIS (Jurado, 2017).

Contenido	Actividad	Duración	Materiales	Dinámica
Resumen del Taller	El psicólogo (a) mencionara que siendo la última sesión del taller, se llevará a cabo un resumen de los temas que se abordaron a lo largo del mismo a través de la dinámica "Estrellas de Televisión". Para dicha dinámica se les pedirá a las participantes que se unan en triadas. A cada equipo se le dará un tema (Ansiedad, perimenopausia, Modelo ABC y Solución de problemas) y se les pedirá que lo expongan como si fueran un reportero que da una noticia.	40 min	No aplica	Estrellas de Televisión
Post- evaluación	Se aplicará el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) de Jurado, 2017.	20 min	Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) de Jurado, 2017. Bolígrafos	No aplica
Cierre del Taller	El psicólogo (a), abrirá un espacio para escuchar si se cumplieron o no las expectativas del taller y las opiniones de las participantes	20 min		No aplica
	Para finalizar con el taller se dará a las mujeres un breve ejercicio de relajación muscular con música tranquila de fondo. Dará las gracias a las integrantes del taller por su participación y constancia.	10 min	Computadora Portátil Disco compacto con música relajante y reproductor de sonido	

Posible Análisis de Resultados

Se realizará una prueba t de Student para muestras correlacionadas para saber si se incrementa o decremanta el nivel de ansiedad en las participantes antes y después de la intervención. Los datos se analizarán con el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 15.

Con el diario de campo, se analizará el impacto cualitativo que tuvo la intervención en las participantes.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo es diseñar una propuesta de intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales para reducir la ansiedad en mujeres adultas en periodo perimenopáusico residentes de la Ciudad de México, que sea breve y capaz de coadyuvar en la práctica clínica pública relacionada con la sintomatología somática y psicológica presente durante el climaterio, su importancia destaca en el enfoque preventivo que se propone, pues se sabe que la aparición o agudeza sintomatológica, se presenta durante la etapa perimenopáusica, también catalogada como transición a la menopausia (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

La propuesta está basada en un modelo cognitivo conductual grupal, diseñada para disminuir la ansiedad en el mayor número de mujeres posibles que se encuentran en periodo perimenopáusico y si bien este trabajo se limita a proponer un tratamiento, se puede esperar que debido a la evidencia que existe sobre otras intervenciones similares cuyos objetivos fueron fundamentalmente eliminar aspectos somáticos, han demostrado ser idóneos para tratar aspectos psicológicos como la ansiedad y la depresión (Camuñas et al., 2001; Hunter & Liao, 1996; Larroy & González, 2009; Larroy, Gutiérrez, & León 2004; Keefer & Blanchard, 2005; Sueiro et al., 1999).

Las investigaciones sobre el climaterio y la menopausia son muchas y en cierta medida aportan un amplio panorama sobre el tema, sin embargo lo que este trabajo plantea es indagar en la etapa perimenopáusica como un lapso crítico en donde no sólo se presenta la depresión que se ha estudiado enfáticamente durante el climaterio; lo que se propone es mirar hacia otras afectaciones psicológicas como la ansiedad, pues se propone como una afectación adicional para la salud mental, distinta a los cambios fisiológicos característicos de la transición a la vida no reproductiva (Carvajal et al., 2016).

Los trabajos realizados para conocer la relación entre la perimenopausia y la ansiedad han dejado ver en primer lugar que la perimenopausia es un periodo susceptible en el que la ansiedad se presenta con mediciones pico en las distintas escalas usadas para medirla (Bromberger et al., 2013; Li et al., 2016; Muslić & Jokić-Begić, 2016; Tangen & Mykletun, 2008), también se ha encontrado que aquellas mujeres con baja ansiedad durante la premenopausia son susceptibles a que se incremente durante la transición a la menopausia (Bromberger et al., 2013) ya que la presencia de síntomas ansiosos se encuentra relacionada con los cambios hormonales propios de esta etapa.

Se pretende que la aplicación de esta propuesta genere cambios positivos en el conocimiento de los síntomas asociados a la perimenopausia, así como en la solución de problemas de la vida cotidiana derivados de esta condición hormonal, asimismo, se pretende que las participantes aprendan el uso de técnicas de relajación cuando presenten grados elevados de ansiedad y/o estrés (Freeman & Sammel 2016; Lerner et al., 2011).

Para lograr el objetivo de la intervención, se elaboraron cada una de las sesiones con base en las principales técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual; para lo cual se incluyeron la Psicoeducación, con el fin de sentar las bases para una posterior reestructuración cognitiva (Benjamin et al., 2010); técnicas de relajación, para reducir los síntomas somáticos de la ansiedad así como los bochornos característicos del climaterio; la reestructuración cognitiva y el modelo cognitivo ABC; para comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas y de esta forma sustituirlos por adaptativos. También se han integrado estrategias de solución de problemas, para identificar situaciones en la vida cotidiana que pudieran acarrear conflictos y por ende, que aprendan a crear alternativas de solución que permitan a las mujeres, tomar un papel más activo en el proceso de afrontamiento. Finalmente se incluyó el fomento de conductas saludables a través de la autoevaluación, pues se ha documentado que la presencia de conductas nocivas como el fumar o consumir alcohol en exceso afectan la salud física y

mental, por lo que se pretende que esta intervención permita la adquisición de patrones y estilos de vida saludables (Pardo-Torres & Núñez-Gómez, 2008).

Aunque la literatura apunta a que los Tratamientos cognitivo-conductuales son efectivos e incluso tienen ventajas sobre la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) como la ausencia de efectos secundarios, ahorro en el gasto farmacéutico y remisión tanto de sintomatología física, como psicológica (Gutiérrez, 2006), este trabajo se remite a su carácter teórico, de tal forma que su efectividad en términos clínicos queda abierta a futuras investigaciones y aplicaciones clínicas dirigidas a mujeres a través de programas de salud, así como a la espera de ser aplicado y evaluado para conocer su impacto, realizar posibles modificaciones que pudiera requerir a fin de cumplir con el objetivo del taller, incluyendo diferentes técnicas para abordar la ansiedad, cambiar el número y tiempo de sesiones, así como su forma de aplicación grupal a una adaptación individual e incluso la participación de otros profesionales de la salud para apoyar durante el desarrollo de la intervención.

Sugerencias y Limitaciones

Se propone incluir aspectos personales que pudieran estar relacionados con la salud mental de la mujer durante la transición a la menopausia, así como otros trastornos del estado anímico que similar a la ansiedad, aparecen o se exacerban durante esta etapa como la depresión, estrés e irritabilidad.

Se sugiere la inclusión de la actividad física en el taller, pues se sabe que la práctica física tiene un efecto positivo sobre la salud mental a través de la liberación de endorfinas (B endorfinas) lo que provoca la reducción de la ansiedad, depresión y estrés (Arruza et al., 2008). Así mismo se ha documentado la existencia de una relación inversa entre la practica regular del ejercicio físico y la ansiedad (Akandere & Tekin, 2005), por lo que resultaría conveniente incluir una rutina física en el taller diseñada por personal capacitado que considere parámetros como frecuencia, duración, intensidad y tipo de ejercicio adecuados

para las participantes, así como la participación de un médico que valore y certifique las aptitudes físicas de las mujeres para realizar la rutina.

En comparación con las investigaciones anteriores, la valía de este trabajo radica en la propuesta de intervención que se sugiere para tratar los síntomas de la ansiedad de manera preventiva, para apoyar a las mujeres antes de la menopausia y de esta forma evitar que la sintomatología persista o aumente en la postmenopausia y así contribuir a la calidad en vida en las mujeres mexicanas.

CONCLUSIÓN

La menopausia causa un impacto en la vida de las mujeres, esta etapa trae consigo diversos síntomas y padecimientos ya mencionados en el capítulo 1; entre sus repercusiones, se encuentran aspectos psicológicos, especialmente aquellos relacionados con el estado de ánimo como la irritabilidad, depresión y ansiedad.

La ansiedad afecta en mayor proporción a mujeres en comparación con los hombres, se sabe que la transición a la menopausia es un periodo de susceptibilidad para sufrir algún trastorno de ansiedad, sin embargo su estudio no ha tenido un gran avance, en respuesta a lo anterior, este trabajo plantea la importancia de promover la investigación de la ansiedad en la perimenopausia y realiza una propuesta interventiva encaminada a reducir la ansiedad que se genera a partir de la transición a la menopausia.

Se busca aportar al campo de la salud, en específico de la psicología, una herramienta más a partir de la cual se brinde una atención preventiva a aquellas mujeres que sufren de ansiedad a través del empleo de técnicas, que la literatura documenta ser eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Además de contribuir al desarrollo del estudio de la perimenopausia y su relación con la ansiedad.

REFERENCIAS

- Abdelrahman, R., Abushaikha, L., & Motlaq al-, M. (2014). Predictors of psychological well-being and stress among Jordanian menopausal women. *Quality Life Research*, 23, 167–173. DOI 10.1007/s11136-013-0464-z
- Aguilera-Barreiro, M. A., Rivera-Márquez, J. A., Trujillo-Arriaga, H. M., Ruiz-Acosta, J. M., & Rodríguez-García, M.E. (2013). Impacto de los factores de riesgo en osteoporosis sobre la densidad mineral ósea en mujeres perimenopáusicas de la Ciudad de Querétaro, México. *Archivos latinoamericanos de nutrición: Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 63 (1), 21-28.
- Aldana, C.E., Gómez L .M. E., Morales, C. F. A., & Gaviño, G. F. (2007). Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75 (5), 268-276. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075f.pdf>)
- Aldana, C.E., Gómez L .M. E., Morales, C. F. A., & Gaviño, G. F. (2007). Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75 (5), 268-276. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075f.pdf>)
- Antonio, M. L. (2009). Atrofia Urogenital en relación con el hipoestrogenismo progresivo. En M. V. Hernández & M.A. R. Basavilbazo (Eds.), *Menopausia: Cambios fisiopatológicos y atención médica* (pp. 61-72). México: Editorial Prado.
- Asociación Americana de Psicología. (2010). Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx> 23 de agosto 2017
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: Arlington VA.

- Assaf, A. R., Bushmakin, A.G., Joyce, N., Louie, M. J., Flores, M., & Moffatt M. (2017). The relative burden of menopausal and postmenopausal symptoms versus other major conditions: A retrospective analysis of the medical expenditure panel survey data. *American Health & Drug Benefit*, 10 (6), 311-321.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd. ed.). New York: Guilford.
- Bassol, M.S. (2006). La edad de la menopausia en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14 (3), 133-136.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985 / 2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias: Una perspectiva cognitiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Benjamin, C. L., Podell, J.L., Mychailyszyn, M. P., Puleo, C.M., Tiwari, S., & Kendal, P.C. (2010). Terapia Cognitiva Comportamental para la ansiedad en niños: componentes clave. En M. Gomar, J. Mandil, & E. Bunge (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes* (pp. 207-239). Buenos Aires: Polemos.
- Berenzon, G. S., Alanís, N. S., & Saavedra, S. N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 107-115.
- Bernstein, D., y Nietzel, M. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*: México: Mc Graw Hill.
- Biglieri, R. R. & Vetere, G. (2011). Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de los trastornos de ansiedad. En R. Biglieri & G. Vetere (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 26-64). Buenos Aires: Polemos.
- Bioxeda de Miquel. D. & Foruny, O. J. R. (2010). Porfiria hepatocutánea o cutánea tarda. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 102 (4), 281. (Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000400010&lng=es&tlng=es).

- Bromberger, J.T., Kravitz, H.M., Chang, Y., Randolph, J.F. Jr., Avis, N.E., Gold, E.B., & Matthews, K. A. (2013). Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 20 (5), 488-495. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182730599
- Bryant, C., Judd, F. & Hickey, M. (2012). Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 141–148.
- Bunge, E. (2008). Entrevista con Albert Bandura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (2), 183-188.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. (Disponible en: <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>).
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D., & Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psiquiatría.com*. (Disponible 18/10/2017 en: <https://psiquiatria.com/tratamientos/intervencion-psicologica-en-mujeres-menopausicas-con-hipertension/>).
- Candelo, C., Ortiz, G., & Unger, B. (2003) Hacer talleres: una guía para capacitadores. (Disponible 10 de octubre de 2017, en: [de wsassets.panda.org/downloads/hacer_talleres___guia_para_capacitadores_wwf.pdf](http://wsassets.panda.org/downloads/hacer_talleres___guia_para_capacitadores_wwf.pdf)).
- Cañizales Mendoza, M. Á. (1994). *La ansiedad: su relación con un curso gestacional*. Tesis de Doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM.
- Caro, G. I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias Cognitivas. Modelos y técnicas principales*. España: Desclée de Brouwer.

- Caro, G.I. (1997). Las Psicoterapias Cognitivas: Modelos Básicos. En I. Caro (comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (3a. ed.). (pp. 37-52). Barcelona: Paidós.
- Carranza, L.S. (2016). *Temas selectos en Climaterio*. México: Editorial Alfil.
- Carvajal, L.A., Flores, R. M., Marin, M.S.I., & Morales, V.C.G. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30 (1), 39-45.
- Chappa, H. J. (2007). El tratamiento cognitivo-comportamental en el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 57-60.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. (2a. ed.). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de Ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. El estado de la cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. (1997). En I. Caro (comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (3a. ed.). (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.
- Clark, D. A. & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications, *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336. En: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Clark, P. (2016). Epidemiología e impacto de la enfermedad cardiovascular en la mujer posmenopáusica. En S. Carranza (Ed.). *Temas selectos en Climaterio* (pp. 9-18). México: Editorial Alfil.
- Couto, N.D. & Nápoles, M.D. (2012). Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. *Medisan*, 16 (8), 1186-1195. (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001).
- Couto, N.D. & Nápoles, M.D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Medisan*, 18 (10), 1409-1418. (Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es&tlng=en

- Diario Oficial de la Federación. (2013). Norma Oficial Mexicana. NOM-035-SSA2-2012. Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. (Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013).
- Down, E. T. (1997). La Evolución de la Psicoterapias Cognitivas. En I. Caro (comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (3ª. Ed.) (pp. 25-35). Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la Terapia Racional-Emotiva-Conductual. En I. Caro (comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (3ª. ed.). (pp. 91-101). Barcelona: Paidós.
- Escribano, T.J.J., Rodea, G.G., Martín, J. A., Cristobal, G.I., González, R.P.J., Salinas P. J., & Sánchez, B.R. (2016). Tratamiento del síndrome urogenitario de la menopausia mediante laser fraccionado CO2: una opción terapéutica emergente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81 (2), 138-151. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v\(1n2/art11.pdf\)](http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v(1n2/art11.pdf))).
- Faravelli, C., Scarpato, M. A., Castellini, G. & LoSauro, C. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, 210, 1301–1303. (Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.027>).
- Flores, R. M. & Martínez, M.L. (2012). Perimenopausia y trastornos afectivos: aspectos básicos y clínicos. *Salud Mental*, 35 (3), 231-240.
- Flores, R.M. & Ontiveros, U. M. (2008). Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (2), 236-246.

- Freeman, E. W. & Sammel, M.D. (2016). Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: Evidence from the penn ovarian aging cohort. *Menopause*, 23 (9), 942–949.
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138 (5), 215–219.
- Geukes, M., Aalst van, M., Robroek, S., Laven, J., & Oosterhof, H. (2016). The impact of menopause on work ability in women with severe menopausal symptoms. *Maturitas*, 90, 3-8.
- Goldfried, M.R. & Davison G.C (1981). *Técnica Terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, B. G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. *Informes Psicológicos*, 9 ,101-119.
- González, T, A. (2011). *Propuesta de un taller para la detección de ansiedad y angustia dirigido a niños de edad escolar*. (Tesis de licenciatura inédita), Universidad, Nacional Autónoma de México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia*. (Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>).
- Gutiérrez, G. (1999). Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (3), 557-560.
- Gutiérrez, G. S. (2006). *Tratamiento cognitivo- conductual en la menopausia*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid.
- Gutiérrez, S. & Larroy, C. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica: Resultados de un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (3), 165-179.
- Harlow, S.D., Gass, M., Hall, J.E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R.W., & Villiers, T.J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 17, (4), 387-395. DOI: 10.1097/gme.0b013e31824d8f40.

- Heidari, M., Ghodusi, M., & Rafiei, H. (2017). Sexual Self-concept and Its relationship to Depression, Stress and Anxiety in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 23 (1), 42-48. (Disponible en: <https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.1.42>).
- Heredia, H. B. & Lugones, B. M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33 (3), 1-8.
- Hernández Q. T. & Hernández V. M. (2009). Ciclo Menstrual y ovulatorio. En M. V. Hernández & M.A. R. Basavilbazo (Eds.), *Menopausia: Cambios fisiopatológicos y atención médica* (pp. 17-32). México: Editorial Prado.
- Hernández, V. M. (2009). Descripción clínica de las principales manifestaciones del Climaterio. En M. V. Hernández & M.A. R. Basavilbazo (Eds.), *Menopausia: Cambios fisiopatológicos y atención médica* (pp. 47-60). México: Editorial Prado.
- Hunter, M. S. y Liao, K. L. M. (1996). Evaluation of a four session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health Psychology*, 1, 113-125.
- Huppert, J.D. & Sanderson (2004). Psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada. En Stein, D. J. & Hollander E. (Eds.). *Tratado de los trastornos de Ansiedad* (pp. 173-190). España: Lexus.
- Ibarra, A. (2003). *Menopausia: De los bochornos a la osteoporosis y la depresión*. México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Esperanza de vida al nacimiento/ Sexo y entidad federativa, 2010 a 2016*. (Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P> 29 de mayo de 2017).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Censo de población y vivienda 2010*. (Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx> 29 de mayo de 2017).
- Jaen, C. C. (2016). *Estrategias psicológicas para el fomento de estilos de vida saludables en derechohabientes del IMSS. MANUAL DE*

PROCEDIMIENTOS. Universidad Nacional Autónoma de México. Manuscrito inédito. pp. ISBN En trámite.

- Juang, K. D., Wang, S.J., Lu, S. R., Lee, S. J., & Fuh, J. L. (2005). Hot flashes are associated with Psychological symptoms of anxiety and depression in peri and post- but not premenopausal women. *Maturitas*, 52 (2), 119-126. DOI:10.1016/j.maturitas.2005.01.005
- Keefer, L. & Blanchard, E. B. (2005). A behavioral group treatment program for menopausal hot flashes: results of a pilot study. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 30 (1), 21-30.
- Keegan, E. (2007). La Ansiedad generalizada como fenómeno: Criterios Diagnósticos y Concepción Psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (1), 49-55.
- Kendler, K. S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments—revisited. *British Journal of Psychiatry*, 30, 68-75.
- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P. (1986). Attentional Bias in Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 95 (1), 15-20. DOI: 10.1037/0021-843X.95.1.15
- Larroy, C., Gutiérrez, S., & León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 77-88.
- Lerner, M.A., Morra, A., Moineddin, R., Manson, J., Blake, J., & Tierney, M.C. (2011). Somatic and affective anxiety symptoms and menopausal hot flashes. *Menopause*, 18 (2), 129-32.
- Li, R., Ma, M., Xiao, X., Xu, Y., Chen, X., & Li, B. (2016). Perimenopausal syndrome and mood disorders in perimenopause: prevalence, severity, relationships, and risk factors. *Medicine*, 95 (32), 1-11. (Disponible en: www.md-journal.com).
- Lugones, B. M. (2001). El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (2), 206-208. (Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi17201.pdf).

- Lugones, B. M. (2001). El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 206-208. (Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi17201.pdf).
- Martínez, P. X. (2005). Método citológico en el diagnóstico y tratamiento de la menopausia. *Ginecología y Obstetricia Mexicana*, 73(6), 336-339. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2005/gom056i.pdf>).
- Martínez-González, A. E. & Piqueras-Rodríguez, J.A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista de Neurología*, 50 (3), 167-178.
- Martorell, J.L. (2004). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.
- Medina-Mora, Ma. E., Borges, G., Lara, M.C., Benjet, C., Blanco, J.J., Fleiz, B. C., (...) & Aguilar-Gaxiola, S.(2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.
- Moreno de la Torre, V. (2016). *Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad*. Recuperado del Depósito Digital de Documentos de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona). (Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2016/169278/Informe_Victor_Moreno_1196727_DD.pdf).
- Muslić, L. & Jokić-Begić, N. (2016). The experience of perimenopausal distress: examining the role of anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 37 (1), 26-33. DOI: 10.3109/0167482X.2015.1127348
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C., Deaner, S., & D´Zurilla, T. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de solución de problemas. En I. Caro (comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (3ª. ed.). (pp. 181-194). Barcelona: Paidós.

- Oblitas, L.A. (2013). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/> Consultado el 7 de julio de 2017
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud de la mujer*. (Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/> Consultado el 7 de julio de 2017).
- Padró, S.L. & Pelegrín, M. A. A. (2011). Perimenopausia y riesgo cardiovascular. *Medisan*, 15 (10), 1489-1492. (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Pardo-Torres, M.P., y Núñez-Gómez, N.A. (2008). Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. *Aquichán*, 8 (2), 266-284.
- Parry, B.L. (2011) Manejo óptimo de la depresión perimenopausica. *Revista del climaterio*, 14 (85), 26-36. (Disponible en: <http://eds.b.ebschohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail/detail?sid=8dd0c9e8-1e1a-40d2-8ef5->).
- Preciado, R. R. & Zúñiga, M. J. A. (2009). *Tratamiento de osteoporosis en la menopausia*. En M. V. Hernández & M.A. R. Basavilbazo (Eds.), *Menopausia: Cambios fisiopatológicos y atención médica* (pp. 263-274). México: Editorial Prado.
- Ramos, G. R. & Vital, R. V. (2009). Envejecimiento ovárico. En M. V. Hernández & M.A. R. Basavilbazo (Eds.), *Menopausia: Cambios fisiopatológicos y atención médica* (pp. 33-46). México: Editorial Prado.
- Real Academia Española. (2002). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Escasa Caple.
- Redondo, R. (2015). La optogenética revoluciona la neurociencia. *Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular*, 183, 17-20. (Disponible en: <http://www.sebbm.es/revista/pdf.php?id=75> Julio 2017).

Referencias

- Ressler, K. J. & Mayberg, H. S. (2007). Targeting abnormal neural circuits in mood and anxiety disorders: from the laboratory to the clinic. *Nature Neuroscience*, 10 (9), 1116-1124. DOI:10.1038/nn1944
- Reyes-Ticas, A. J. (2010). *Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. (Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>).
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Ruíz, M.A., Díaz, M.I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclée de Brouwer.
- Salvador, J. (2008). Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 39 (2), 71-78. (Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428188003>).
- Sánchez E.P. (2008). *Psicología Clínica*. Manual Moderno: México.
- Santoro, N. (2016). Perimenopause: From Research to Practice. *Journal of women's health*, 25 (4), 332-339. DOI: 10.1089/jwh.2015.5556
- Saucedo, G. R. P. (2009). Enfermedad cardiovascular en la menopausia. En M. V. Hernández & M.A. R. Basavilbazo (Eds.), *Menopausia: Cambios fisiopatológicos y atención médica* (pp. 119-132). México: Editorial Prado.
- Sesma, P. E., Finkle, J., González, T. M. A., & Gaviria, M. (2013). Depresión perimenopáusica: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (120), 681-691. DOI 10.4321/S0211-57352013000400002
- Solomon, M. & Herman J. (2009). Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness. *Physiology & Behavior*, 97 (2) 250-258.
- Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Journal of women's health & Gender-based medicine*, 10 (9), 843-848.

- Sueiro, E., Carbulleira, M. M., Perdiz, C., Rodríguez, J. A., & González, A. (1999). Promoción de la salud. Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio. Una experiencia práctica. *Psicología conductual*, 7, 155-167.
- Tangen, T. & Mykletun, A. (2008). Depression and anxiety through the climacteric period: An epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (2), 125–131.
- Terauchi, M., Hiramitsu, S., Akiyoshi, M., Owa, Y., Kato, K., Obayashi, S., (...) & Kubota, T. (2013). Associations among depression, anxiety and somatic symptoms in peri- and postmenopausal women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Reserch*, 39 (5), 1007–1013. DOI:10.1111/j.1447-0756.2012.02064.x
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710–720.
- Torres, R.J. (2010). *La edad de la menopausia en México y factores que la modifican*. Tesis inédita de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. (Disponible en: <http://132.248.9.195/ptb2010/septiembre/0662383/Index.html>).
- Tye K.M., Prakash R., Kim S.-Y., Fenno L.E., Grosenick L., Zarabi H., (...) & Deisseroth K. (2011). Amygdala circuitry mediating reversible and bidirectional control of anxiety. *Nature*, 471, 358-62. DOI: 10.1038 / nature09820
- Vázquez-Martínez, V.J., Morfin, M. J., & Motta, M. E. (2009). Guías de práctica clínica. Estudio del climaterio y la Menopausia. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 77 (9), 253-276.
- Vázquez, V. C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., (...) & Wells, J.E .(2007). Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *The Lancet*, 370, 841–850. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (07) 61414-7.

- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. (Disponible en :<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>).
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reaction. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.
- Yanes, C. M. & Chio, N.I. (2008). Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 1-9. (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200005&lng=es&tlng=es).

ANEXOS

ANEXO 1 . Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida,
(IMADIS).

Datos Sociodemográficos

N° de registro: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M () F ()

Lugar de origen: _____

Estado civil: Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

Unión Libre ()

Otro () _____

Ocupación:

Estudiante ()

Empleado ()

Comerciante ()

Otro () _____

El sustento económico de su familia proviene de:

() Trabajadores temporales, inmigrantes, comerciantes informales,
desempleados o gente que vive de la asistencia social.

() Obreros y campesinos.

() Oficinistas, técnicos supervisores y artesanos calificados.

() Hombres de negocios y profesionales con ingresos económicos estables.

() Familias que son ricas.

() Familias ricas por tradición.

ANSIEDAD

Instrucciones: Por favor conteste marcando con una "X" la opción que represente su estado actual o el estado con el que mejor se identifique, sin que se deba a alguna causa médica.					
	Nunca	De vez en cuando	Usualmente	Muy a menudo	Siempre
1. He tenido dificultad para concentrarme.					
2. Me pongo nervioso cuando estoy con un grupo de personas.					
3. Me molesta tener temblores y sacudidas.					
4. Experimento sofocos o escalofríos.					
5. Hablar con extraños me atemoriza.					
6. Me dan miedo las fiestas y acontecimientos sociales.					
7. Me molesta ruborizarme delante de la gente.					
8. Me pone tenso y nervioso que me presenten a otras personas.					
9. Evito hacer cosas o hablar con la gente por temor al ridículo.					
10. Me siento cómodo en un grupo grande de gente.					
11. Sufro mareos.					
12. Se me dificulta expresar desacuerdo o desaprobación a personas que no conozco demasiado.					
13. Me siento seguro de mí mismo.					
14. Se me dificulta mirar a los ojos a alguien que no conozco demasiado.					
15. Me siento inquieto.					
16. Me siento fatigado.					
17. Mi sueño no es satisfactorio.					
18. Me zumban los oídos.					
19. Me es difícil tragar el alimento.					
20. Los vellos de mi piel se levantan ("piel de gallina").					
21. Estoy molesto por hormigueos o temblores en las manos.					

Anexo 2. Formato de Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL TALLER DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD

Título del Programa: Atención preventiva durante el climaterio

Se le solicita atentamente su aprobación para participar en una intervención psicológica de modificación de estilos de vida para reducir la ansiedad. A continuación se mencionan los puntos a considerar:

EVALUACIÓN: Se me realizarán dos evaluaciones para conocer el nivel de ansiedad al inicio y al término de las sesiones, asimismo, se llevarán a cabo dos evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores al término del taller.

SEGUNDA FASE: Acudiré a siete sesiones psicoeducativas de entrenamiento para que desarrolle estrategias de modificación de estilos de vida que incluyen técnicas de cambio de pensamientos y conductas en la vida cotidiana que me permitirán mejorar mi estado de salud.

- A. Estoy enterada de que mi participación NO afectará la estancia, atención, derechos u obligaciones dentro de la institución que imparte el taller.
- B. La intervención psicoeducativa tiene riesgos mínimos, entre éstos podrían surgir estados emocionales durante el desarrollo de las sesiones, sin embargo, un psicólogo estará al pendiente para el adecuado manejo.
- C. En caso de ser necesario, se me referirá al servicio de atención clínica que se requiera.
- D. Asistiré a siete sesiones de 90 minutos aproximadamente, los días _____ en el horario de:_____.
- E. Estoy enterada de que las sesiones son grupales.
- F. Estoy enterada de que la información y los resultados obtenidos de la intervención serán de carácter confidencial y para uso exclusivo del estudio.
- G. El material requerido para la intervención será totalmente gratuito y será proporcionado por el facilitador.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo y no se hará alguna compensación económica por mi participación.-----

Lugar _____ Fecha: __/_____/2017

Sí acepto participar

No acepto participar

Anexo 3. Hoja de registro de ABC en situación imaginaria (Vázquez, 2007).

Nombre:

Instrucciones: Cierra los ojos e identifica la emoción más intensa que hayas tenido durante las últimas 24 horas (enojo, ansiedad, tristeza, miedo etc...) trata de recordarla y concentrarte en ella. Posteriormente contesta las siguientes preguntas.

<p>Emoción intensa (C)</p> <p>¿Cuál fue?</p>
<p>Situación (A)</p> <p>¿A qué hora pasó?</p> <p>¿Con quién se estaba?</p> <p>¿En qué lugar ocurrió?</p> <p>¿En qué momento comenzó a cambiar mi ánimo?</p> <p>¿Ocurrió algo especial antes de notar algún cambio en mi humor?</p>
<p>Pensamientos (B)</p> <p>¿Qué paso por mi mente cuando experimenté esa emoción?</p> <p>¿Evocó alguna imagen?</p> <p>¿Tuve alguna idea o pensamiento cuando me sentía así?</p>

Anexo 4 Hoja de registro de distinción de ABC (Vázquez, 2007).

Nombre:

Instrucciones: En la siguiente tabla se presentan tres columnas (A, B y C) en las cuales tendrás que identificar y escribir tres situaciones de tu vida cotidiana que te generen ansiedad y posteriormente mencionar que pensamientos y conductas acompañan a dichas situaciones.

A (Situación generadora de ansiedad)	B (Pensamientos)	C (Conductas)
1.		
2.		
3.		

Anexo 5. Hoja de ejercicio grupal. "Identificando pensamientos" (Vázquez, 2007).

Instrucciones: Lee las siguientes situaciones y completa la columna "B" con pensamientos que consideres que se relacionan con las consecuencias de la columna "C".

<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">(Situación)</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">(Pensamientos)</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">(Consecuencias)</p>
<p>"La próxima semana te entregarán los resultados de un estudio médico que te realizaste el mes pasado, debido a un malestar"</p>	<p>1. "Podría tener una enfermedad grave". <i>Ejemplo</i></p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p>	<p>1. Te asustas</p> <p>2. Te enfadas</p> <p>3. Te deprimes</p> <p>4. Te sientes ansiosa</p> <p>5. Te sientes contenta</p> <p>6. Te sientes segura</p>
	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p>	<p>1. Te asustas</p> <p>2. Te enfadas</p> <p>3. Te deprimes</p> <p>4. Te sientes ansiosa</p> <p>5. Te sientes contenta</p> <p>6. Te sientes segura</p>
	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p>	<p>1. Te asustas</p> <p>2. Te enfadas</p> <p>3. Te deprimes</p> <p>4. Te sientes ansiosa</p> <p>5. Te sientes contenta</p> <p>6. Te sientes segura</p>

Anexo 6. Hoja de registro de triple columna (Caro, 2011).

Nombre:

Instrucciones: En las siguientes columnas menciona dos situaciones en las cuales sientes inseguridad y posteriormente escribe los pensamientos asociados a esa situación. Concluye el ejercicio proporcionando una respuesta racional ante esa situación como se muestra en el ejemplo.

Situación	Pensamientos (s)	Respuesta racional
Preparar una cena romántica	Mi pareja se burlará de mi Es muy cursi Saldrá mal porque nunca lo había hecho Se enojará conmigo	Será una sorpresa Me ha pedido que sea más detallista Agradecerá mi esfuerzo aunque no sea una cena perfecta

Anexo 7. Hoja de registro de análisis de película. Solución de problemas.

Nombre:

Instrucciones: Con base en el fragmento de la película, identifica la situación problemática en la que se encuentra el personaje señalado, su actitud ante dicha situación y propón 2 opciones para que el personaje resuelva su conflicto. La siguiente tabla tiene los espacios destinados a cada instrucción.

Situación problemática de "X"	Actitud hacia su problema	Solución 1	Solución 2

Mejor solución:

Anexo 8. Hoja de Registro en Entrenamiento en solución de problemas (Caro, 2011).

Nombre:

Instrucciones: Para la siguiente actividad deberás identificar una situación problemática relacionada con tu vida sexual, y con base en ella deberás contestar una serie de preguntas.

¿Cuál es el problema que tengo que solucionar?	
¿Qué tengo que decidir?	
¿Qué me lo impide?	
¿Qué pienso sobre ello?	
¿Cómo puedo cambiar lo que pienso y que puedo pensar en su lugar?	
¿Qué alternativas tengo?	
¿Qué decido hacer?	
¿Qué pasa después de decidir?	