

83
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CORRELATOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA
DEPRESION DURANTE EL CLIMATERIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ENRIQUE GUTIERREZ CAMPOS
JULIO DIEGO MELENDEZ MONTIEL

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR LARA TAPIA



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

272082-



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el valioso apoyo que nos brindó el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez para la elaboración de ésta investigación; de la misma manera, al Programa de Becas de Apoyo a la Titulación por brindarnos el apoyo económico para la realización de ésta Tesis

También agradecemos a todos los que participaron en el desarrollo de ésta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Dr. Larita (con todo respeto) por haberme permitido realizar mi trabajo de Tesis bajo su dirección y en su cubículo de la ciencia, le doy gracias por haberme aceptado en su equipo de trabajo lo cual me ha permitido ampliar mucho más mis conocimientos sobre Psicología; y ahora la Psicología ya no es sólo teoría, sino que, ahora es algo tangible.

Además de ser nuestro guía en esta investigación tuve la oportunidad ser su amigo. En su compañía no sólo aprendí la parte académico o científica, sino también muchos otros aspectos muy importantes de la vida cotidiana, y lo más importante aprender y entender el significado ser universitario.

Agradezco mucho a mis padres la oportunidad que me dieron al iniciarme en la "carrera del estudio", así como su apoyo incondicional y dedicación, sin olvidar todo su cariño.

Agradezco mucho a tía Mary, Gris y Ericka, ya que sin su ayuda no estaría en estos momentos escribiendo estas líneas.

Agradezco mucho a Inés, fuente importante de mi motivación en la vida. Sin su apoyo la vida no tendría colorido ni alegría.

Agradezco a Gaby Morales y a Uriel, por haberme permitido imprimir cuantas veces lo necesité, y por prestarme su "compu".

A Dios gracias por haberme puesto en éste camino

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a un gran profesor que conoce bien a los psicólogos y utiliza este conocimiento para ayudarlos a superarse.

Por ser como él mismo lo reconoce, un "agitador" de las cosas buenas para el profesionista.

De la misma manera agradezco a los miembros del jurado:

Al Doctor Francisco Morales C.

Al Licenciado Néstor Fernández S.

A la Licenciada Leticia Bustos de la Tijera.

A la Licenciada Marcela Miranda.

Todos gente de valer como profesionistas y como personas.

También agradezco a mis padres y familiares por "soportarme" en mis malos ratos.

Por último agradezco a la UNAM por todo lo que le debo.

Al poder supremo que influye nuestros destinos.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3-5
CAPITULO I DEPRESIÓN	
DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN	6-7
CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	7-14
EL MMPI COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	14-16
PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	16-17
HIPÓTESIS AMINOBIOGÉNICA DE LA DEPRESIÓN	18-19
DESAMPARO APRENDIDO	19-20
EFFECTOS NEUROENDOCRINOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN	20-21
ENFOQUES DE ABORDAJE PARA LA DEPRESIÓN	21-22
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN	23-25
CAPITULO II CLIMATERIO	
DEFINICIONES DE CLIMATERIO	25-28
MENOPAUSIA	28-30
LA FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA Y DE LA MENSTRUACIÓN	30-32
SÍNDROME MENOPÁUSICO	32-33
EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISIARIO	33-34
CICLO MENSTRUAL	34-36
SOCIOCULTURA Y EXPECTATIVAS DE LA EDAD MADURA	36-42
SEXUALIDAD Y CLIMATERIO	42-43
CAPITULO III ESTUDIOS SOBRE DEPRESIÓN Y CLIMATERIO	
DEPRESIÓN DURANTE EL CLIMATERIO	43-47
REVISIONES SOBRE CLIMATERIO Y DEPRESIÓN	48-58
UN ESTUDIO EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA	58-59
UN ESTUDIO EN EL REINO UNIDO	59-60
UN ESTUDIO EN MÉXICO	60-61
CAPITULO IV TERAPIA DE REMPLAZO HORMONAL	
GENERALIDADES	62-63
CAPITULO V METODOLOGÍA	
HIPÓTESIS	64-65
VARIABLES	66-67
DEFINICIÓN DE VARIABLES	67
POBLACIÓN	67
TIPO DE ESTUDIO	68

DISEÑO EXPERIMENTAL	68
INSTRUMENTOS	68-69
PROCEDIMIENTO	69-71
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	71-73
RESULTADOS	74-81
DISCUSIÓN	82-86
CONCLUSIONES	87-91
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	93-107
ANEXOS	108-114

CORRELATOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL CLIMATERIO

Gutiérrez Campos Enrique, Meléndez Montiel Julio Diego

RESUMEN

El presente estudio pretende determinar la relación entre ciertas características psicológicas, biológicas y sociales de algunas mujeres pacientes del INNN MVS y la depresión durante el climaterio que presentan, y por la otra determinar si existe alguna diferencia estadísticamente significativa en la capacidad discriminativa entre el MMPI y el registro de trastorno depresivo mayor DSM-IV respecto a los tipos de depresión evaluados.

Éste estudio forma parte del trabajo clínico que se realiza en la División de psiquiatría del INNN MVS; la muestra para éste estudio se conformó con pacientes del mismo Instituto, en dos grupos, un grupo con 20 mujeres que padecen depresión mayor, que no manifiestan síndrome menopáusico, y otro con 20 mujeres que padecen depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico. Todos los sujetos con una edad dentro del rango de 40 a 60 años. A cada uno de los sujetos se les aplicó el MMPI - español, un registro ad hoc basado en los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor propuestos por el DSM-IV; la escala autoadministrada de la depresión de Zung, un registro de antecedentes ginecoobstétricos y el perfil hormonal de los sujetos (antes de recibir cualquier tratamiento). Posteriormente se categorizaron de acuerdo a la clasificación de la depresión propuesta por Kielholz (1966). Los resultados mostraron que existe una asociación entre los puntajes de depresión de la escala del MMPI y los niveles de estradiol en el grupo que manifestaba síndrome menopáusico, mostrando la importancia que tiene el factor biológico en la generación de la depresión durante el climaterio y sosteniendo la idea de la existencia de subtipos de depresión lo que resalta la importancia de tomar en cuenta las características distintivas para el tratamiento de esta patología.

INTRODUCCIÓN

Desde hace tiempo se conoce que los padecimientos depresivos han venido incrementado su presencia en la población (Calderón, 1987) a tal grado de representar uno de los principales problemas psicopatológicos (Caraveo; Martínez Ribera; Saldivar y Colmenares, 1997) (Lara y Ramírez, 1975; Lara y Espinosa, 1976), por lo que se afirma que actualmente dichos padecimientos se sitúan dentro del campo de la salud pública (Calderón, 1987). Sin embargo, esta situación contrasta con el hecho de que aún en nuestros días existen algunos tipos de depresión poco estudiados, y debido a éste desconocimiento la eficacia de la intervención psicológica se ve disminuída; con ésta situación no sólo resulta afectado el paciente, pues se ha determinado que algunas mujeres que son el apoyo fundamental en el cuidado de un familiar (cuidador primario) con un padecimiento psicótico, presentan un trastorno afectivo en un período específico de su vida: el climaterio; que al no ser tratado adecuadamente influye negativamente en la capacidad de ésta mujer para cuidar de su familiar (Morfin y Lara, 1995).

En la práctica clínica se ha encontrado que algunos tipos de depresión para su etiología, están comprendidos dentro de rubros ambiguos en algunos de los sistemas de clasificación nosológica actuales, P.ej., el DSM-IV, por lo que tipos de depresión tal como la que se presenta durante el climaterio, son incluidos dentro de rubros más generales como el de depresión mayor o el de enfermedad debida a causa médica, realizándose así un diagnóstico impreciso y por ende la planeación de un tratamiento de menor eficacia para dicho padecimiento.

La situación familiar del paciente al que se le ha asignado un tratamiento inadecuado, se puede también ver alterada, es probable que el enfermo debido a la intensidad de sus síntomas, pierda eficacia en su trabajo y sea despedido o que él mismo abandone su trabajo, que pierda su motivación para superarse, que

se aíse etc., convirtiéndose en una carga económica y afectiva para su familia, y que ésta por su parte desarrolle actitudes negativas hacia el paciente (Hernández, 1998) y con éste rechazo crear un ambiente que agrave el estado emocional del enfermo.

Con respecto de toda la situación descrita anteriormente es posible concluir que se requiere un mayor conocimiento acerca de algunos tipos de padecimientos depresivos, es por ésto que se realizó un estudio referente a uno de esos tipos de depresión poco investigados: La depresión durante el climaterio. Los resultados arrojados por el estudio llevarán a una afinación del diagnóstico de depresión durante el climaterio, lo que a su vez permitirá no sólo al psicólogo la planeación de un tratamiento eficaz para esta enfermedad. Por otra parte, consideramos que nuestro estudio colaborará en cierta forma en las acciones de prevención de la depresión, pues creemos que toda acción de prevención comienza con el acopio y revisión de los conocimientos respecto del problema (enfermedad) que se desea evitar.

También esperamos como consecuencias que el enfermo diagnosticado y tratado eficazmente no mal gaste sus recursos económicos, que no pierda confianza en las instancias médicas, que no se constituya en un factor de conflicto dentro de su familia, y que al ya no ser los síntomas un impedimento para el paciente, permitirá que éste trabaje, que sea socialmente activo y que además desarrolle sus capacidades plenamente, es decir, que se rehabilite psicosocialmente.

Kielholz (1972) comenta que durante los últimos 15 años se ha determinado un cambio en la sintomatología de la depresión, que este cambio se caracteriza por un aumento progresivo de la tendencia a la somatización, también comenta que en varias publicaciones se ha apuntado que tipos de depresión como la enmascarada y la psicógena se han incrementado, por otra parte, señala

que no obstante que se ha mejorado en el campo del diagnóstico para la depresión, gran cantidad de casos de depresión no son reconocidos a tiempo debido a que la condición depresiva está enmascarada por gran diversidad de síntomas nerviosos, somáticos y autónomos; agrega que para tener éxito en el tratamiento de la depresión es muy importante que se establezca un adecuado diagnóstico nosológico y fenomenológico; que una clasificación nosológica adecuada de un caso sólo puede ser lograda estudiando en conjunto los antecedentes hereditarios del paciente, su personalidad premórbida, su historia de vida, las características psíquicas y somáticas que presenta, así como también su situación laboral, su situación familiar y económica.

Posteriormente el autor señala que el diagnóstico de la depresión no sólo debe quedarse en una mera clasificación nosológica sino que debería constituirse en un análisis dual en el que los aspectos fenomenológicos también sean considerados, además que se debería tomar como regla la siguiente: que el diagnóstico nosológico sea decisivo para determinar que fármaco o psicoterapia se utilizará mientras que dependerá de los aspectos fenomenológicos del síndrome depresivo la elección del antridepresivo a usar.

Este autor afirma que la dificultad para cuantificar los síntomas y síndromes depresivos no ha sido resuelta satisfactoriamente, continúa diciendo que una de las tareas más urgentes es ocuparse de la investigación biológica para proporcionar los recursos para una nueva clasificación de la depresión y para una terapia causal basada en los principios biológicos.

CAPITULO I DEPRESIÓN

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Es previsible que no se pueda postular una definición de depresión que agote todas y cada una de sus características, o que agrade a todos, sobre todo por que como Mendels (1982) menciona la palabra depresión se utiliza para describir un estado de ánimo, un síntoma, un síndrome o también para designar un grupo particular de enfermedades.

En un diccionario de psicología (Dorsch) se puede leer respecto a la depresión lo siguiente: "es un estado de ánimo triste, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas externas que la explican y sin una base normal suficiente y en grado intenso se presenta en diversas enfermedades mentales".

Kolb (1983) define a la depresión como: "un tono afectivo de tristeza", agrega que esta "tristeza puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo".

Como se puede observar, estas definiciones hacen referencia a la tristeza, y es éste uno de los síntomas en los que la mayoría de los autores concuerdan cuando hablan de depresión, sin embargo hay otros signos y síntomas en los que no hay un acuerdo total como por ejemplo en la inhibición motriz que algunos autores consideran como síntoma de una patología distinta, mientras que otros afirman que es parte del cuadro clínico de la depresión. Esta falta de acuerdo nos remite a la cuestión de la existencia de algunos tipos de depresiones con características distintivas ya sea en cuanto a la intensidad, la cantidad o las características de los síntomas de dicho cuadro.

Se puede considerar en forma general a la depresión como una alteración del estado del ánimo que se manifiesta mediante una disminución en varias de las capacidades del sujeto como: la capacidad para realizar actividades físicas e intelectuales y que se acompañan de sentimientos de tristeza, inutilidad, desesperación irritabilidad, sentimientos de muerte y que representan un cambio en la manera de ser del individuo que la padece.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Ayuso (1981) señala que en el fondo del tema de las distintas categorías clínicas que surgen alrededor del término depresión se encuentra el tema de la nosología, señala que se han establecido distinciones respecto a la dimensión exógena y endógena, distintos autores han partido de la base de la idea de que existe un tipo de depresión que se origina como reacción o respuesta a un evento traumatizante (exógena) y otra que no mostraba ninguna influencia de situaciones externas (endógena), también que partiendo de este criterio surgen divisiones como entre la categoría, reactiva, la autónoma y la involutiva (Guillespie) donde la depresión autónoma se caracterizaba por no mostrar variación en función de acontecimientos externos y la involutiva se asemejaba mucho a la definición de melancolía involutiva propuesta por Kraepelin (citado por Ayuso 1981).

También se establecen las categorías neurótica versus psicóticas en la que el parámetro a considerar es el grado de contacto con la realidad que mantiene el enfermo deprimido, Woodruff, Goddwin y Guze (1978) señalan que se suponía que el trastorno de la afectividad denominado neurótico resultaba directamente de eventos precipitantes o de respuestas individuales únicas a una tensión ambiental o psicológica, que tales trastornos respondían menos a una terapéutica somática y que se caracterizaban por mostrar una menor intensidad que los trastornos afectivos clasificados como psicóticos-endógenos; también se suponía que la

depresión psicótica estaba determinada esencialmente por factores biológicos, mientras que la depresión neurótica se originaba de la dinámica personal.

Para algunos autores, lo que otros llamaban endógeno representaba para ellos la dimensión de psicoticismo y la característica exógena representaba la dimensión de neurotismo; por otra parte algunos autores proponían que la depresión endógena incluía dentro de su cuadro clínico síntomas de origen más físico, como el estreñimiento, resequedad de boca, pérdida de peso, etc., es decir, más apegadas al aspecto fisiológico, mientras que su contra parte era el tipo de depresión más cercana al aspecto psicológico del paciente, sin embargo también se propuso un tipo de reacción depresiva que era un punto medio entre la reacción psíquica y la reacción biológica (López - Ibor, 1966, citado por Ayuso 1981).

Otra clasificación se origina sobre el criterio de la cronología y en la presencia o ausencia de enfermedades asociadas es la dicotomía primaria-secundaria, así un trastorno afectivo primario es aquel que aparece en un individuo sin antecedentes psiquiátricos, excluyendo por supuesto los episodios previos de depresión o manía; y en el que no existe un trastorno somático precediendo o coexistiendo al síndrome afectivo. El término secundario no deberá ser entendido como un sinónimo de sintomático, tampoco implica el establecimiento de una relación causa efecto con otro trastorno psíquico y somático, simplemente busca comunicar que la depresión se encuentra condicionada por la historia personal y los trastornos psíquicos o somáticos.

En 1957 se propone una división de las enfermedades afectivas sobre los criterios de evolución, fenomenología y además considerando a la polaridad como factor decisivo en la distinción de las psicosis afectivas. Posteriormente, el estudio de los datos genéticos y evolutivos permite establecer una distinción entre

las depresiones en las que existe una historia de episodios maníacos (bipolar) y aquellas en las que sólo se han presentado episodios recurrentes de depresión (unipolares); con base en diversos estudios se demostró un tipo de herencia dominante ligada al sexo al menos en un subgrupo de trastornos bipolares, mientras que para las depresiones unipolares las evidencias apuntaban más hacia un mayor peso de los variables personales y de los factores psicosociales.

Estos antecedentes derivaron en un sistema general de clasificación de los trastornos psiquiátricos que se fundamentaba en los siguientes puntos:

La descripción clínica, los datos de laboratorio, la exclusión de otros síndromes, estudios de antecedentes familiares y en los estudios demográficos.

También partiendo del planteamiento de depresión unipolar-bipolar y aprovechando las aportaciones de algunos investigadores de la Universidad de Columbia, se desarrolla el RCD (Research Diagnostic Criteria) que representaba un novedoso esquema de definiciones operacionales de los trastornos psiquiátricos, que contribuyó en el desarrollo del DSM III de la Asociación Psiquiátrica Americana. Siguiendo esta dirección, algunos autores proponen criterios operacionales para el diagnóstico de trastornos afectivos primarios. Posteriormente otros autores plantean una clasificación ahora de las depresiones unipolares dividiéndolas en "enfermedad de espectro depresivo" caracterizadas por una aparición temprana, por la existencia de antecedentes familiares de alcoholismo y sociopatía y una frecuente variación diurna; y en "enfermedad depresiva pura" caracterizada por un comienzo tardío, más episodios posteriores y menor riesgo de cronificación.

CLASIFICACIÓN DE KIELHOLZ

Kielholz (1966) propone una clasificación nosológica que establece una diferenciación entre los diferentes tipos de depresión, sobre la base de si su etiología es orgánica, endógena o psicógena, respecto a esta clasificación el mismo autor comenta que permite obtener conclusiones no solo acerca del tipo de farmacoterapia o psicoterapia más adecuada para un caso, sino también acerca del curso clínico y pronóstico del mismo. Este autor plantea los siguientes tipos:

- **Depresiones orgánicas:** Este tipo, se refiere a la depresión originada por alteraciones cerebrales orgánicas, puede aparecer en los cuadros de arteroesclerosis, en los cuadros de epilepsia o en traumatismos craneoencefálicos.

- **Depresión sintomática:** Este tipo, se refiere a la depresión en la que aparecen variados síntomas formando una mezcla con otro cuadro clínico. P.ej., en los cuadros postinfecciosos, hemodinámicos, endócrinos, tóxicos, etc.

- **Depresión esquizofrénica:** Este tipo se caracteriza por la presencia de trastornos en el curso del pensamiento tales como bloqueos; alucinaciones, empobrecimiento de la emotividad, ambivalencia, presencia de estereotipias, etc. Dentro del cuadro depresivo, es frecuentemente desencadenada por experiencias no reales.

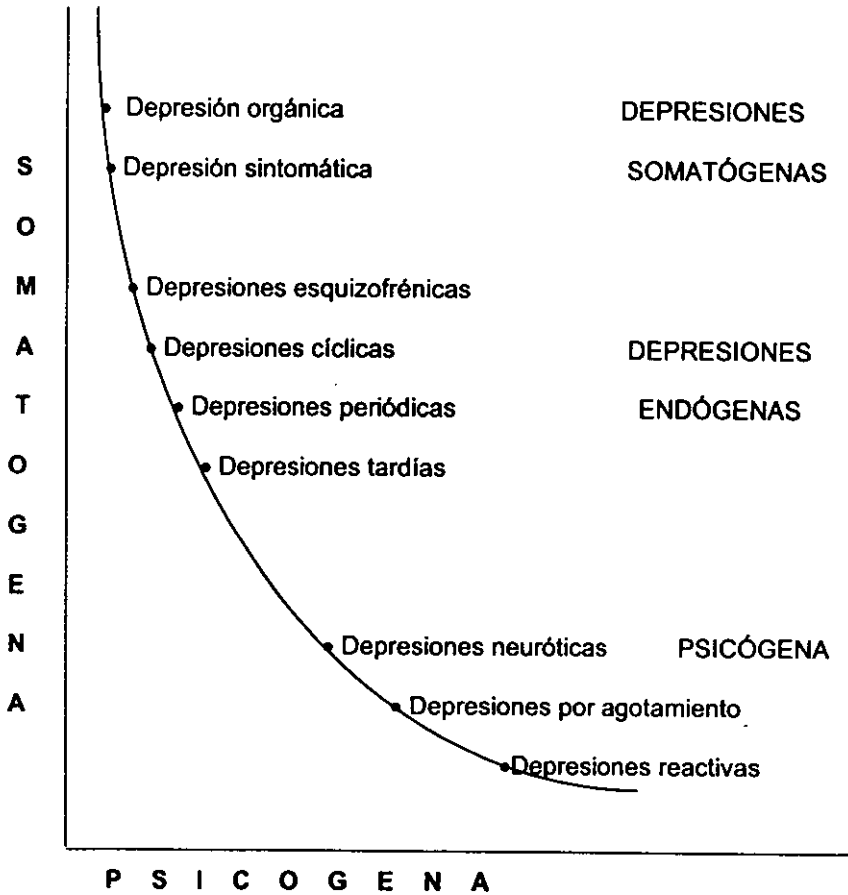
- **Depresiones cíclicas:** Este tipo se caracteriza por su aparición intermitente, de un estado de depresión a un estado de euforia excesiva y nuevamente regresa al estado depresivo (TAB).

- **Depresión periódica:** Este tipo se caracteriza por la aparición de un período depresivo, una fase de aparente remisión, y nuevamente la presencia de un período depresivo, presentándose con la misma intensidad en cada ocasión.

- **Depresión tardía:** Se refiere a aquella depresión en la vejez para la cual no existen en el paciente antecedentes depresivos personales o familiares previos.

Tabla1

Clasificación de la depresión de Kielholz



- **Depresiones neuróticas:** se refiere a la tristeza que da paso a un estado de humor residual y al consecuente desajuste social, la apariencia y conducta general de tal depresión pueden ser influenciadas por los grados de ansiedad y agitación que le acompañan; la personalidad de base del paciente es siempre neurótica.

- **Depresión por agotamiento:** Se refiere a un estado disfórico de tristeza que aparece en sujetos sometidos a una tensión emocional prolongada o a traumas afectivos repetidos.

- **Depresión reactiva:** se refiere a el estado depresivo que surge en relación con experiencias de estrés (como respuesta). Para considerarse como "normal" la reacción depresiva deberá estar en estrecha relación con el trauma psicológico que la desencadenó, y dicha relación debe ser hasta cierto punto, comprensible al observador.

Clasificación de depresión mayor según el DSM-IV

Trastornos depresivo mayor.

F32.X trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2X)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

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

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión Parcial / en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (Para el episodio actual o para el más reciente) (Para CIE-9-MC especificaciones de gravedad/psicosis/remisión).

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en posparto

Criterio para el diagnóstico de F06.xx Trastorno del estado del ánimo debido a ... (indicar la enfermedad médica) [293.83]

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

- (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
- (2) estado de ánimo, expansivo o irritable

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

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej.; un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

.32 Con síntomas depresivos: Sin el estado de ánimo predominante es depresivo pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: Si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)

.30 Con síntomas maniácos: Si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

.33 Con síntomas mixtos: Si hay tantos síntomas de **mania** como de depresión sin que ninguno predomine

Nota de codificación: se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, P.ej, F06.32 trastorno del estado del ánimo debido al hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad mental en el

Eje III.

Nota de codificación: si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, P.ej, F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo deprimido [290.21].

EL MMPI COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN.

Nuñez (1994) comenta que la escala dos del MMPI frecuentemente se toma como la escala del "estado de ánimo", pues permite encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios, también comenta que Guthrie (1952) encontró que pacientes que manifiestan una puntuación alta en ésta escala, frecuentemente tienen un pronóstico pobre, pues no responden al tratamiento y que los pacientes mencionados por Guthrie manifestaban una combinación de depresión y síntomas somáticos, posteriormente Nuñez señala que Marks y Seemann (1963) afirmaron que las personas con alta puntuación en la escala dos reconocen fácilmente su propia autodevaluación, su estado de ánimo bajo y su gran preocupación por circunstancias leves porque aparentemente carecen de importancia; el autor comenta que los pacientes que obtienen una calificación moderadamente elevada en la escala dos al parecer responden adecuadamente a la psicoterapia, que en particular responden mejor aquellos que evidencian un cuadro de reacción depresiva originada por circunstancias ambientales, también comenta que según Hathaway y Meeh las mujeres que obtuvieron una puntuación moderada en la escala dos son adaptables, prácticas, cooperadoras, razonables y sociales.

Nuñez comenta que Welsh y Dahlstrom (1956) indicaron que cuando la elevación de la escala dos se encuentra entre T 55 y 85, es bastante favorable la terapia electroconvulsiva.

Mendels (1982) señala que los deprimidos obtienen frecuentemente altos puntajes también en la escala siete (psicastenia) y sus puntajes son más bajos en la escala nueve (manía), agrega que la escala D contiene un conjunto de factores heterogéneos y que Harris y Lingoies (1955) distinguieron en ella otras cinco escalas que son: depresión subjetiva, retardo psicomotor, quejas sobre disfunciones físicas, embotamiento mental y preocupación; y que también

O'Connor y cols. (1967) determinaron cinco escalas que denominaron como hipocondria tendencia, cicloide, hostilidad, inferioridad y depresión.

El autor comenta que con el objetivo de incrementar la comprensión de la relación que existe entre depresión neurótica y depresión psicótica Rosen (1952) elaboró la escala Dr del MMPI, que se originó, básicamente, de un grupo de pacientes con un diagnóstico de depresión psicótica que habían sido empleados para derivar la escala D original. La derivación de estas subescalas nos sugiere la existencia de subtipos de depresión.

Nuñez (1996) comenta con respecto a la primera versión del MMPI que es un instrumento muy eficaz para obtener expresiones estandarizadas del sistema "yo soy", es decir descripciones con la suficiente complejidad y finura sobre el estado del paciente, que es un instrumento útil para la investigación en psicoterapia, pues es capaz de valorar el índice de psicopatología previa al tratamiento, así como de los cambios después del mismo, para brindar una evidencia objetiva del impacto de un tratamiento psicoterapéutico. Reconoce la validez del MMPI, señalando que como instrumento estructurado que fue concebido para la clasificación del diagnóstico de sintomatología psiquiátrica es el mejor instrumento que existe en la actualidad, que aunque se le han formulado críticas todas ellas se han ido superando mediante la investigación.

En su artículo presenta un cuadro en el que se observan los coeficientes test-retest del MMPI de 40 pacientes (ver cuadro) antes de haber recibido tratamiento; con fines comparativos también se presentan los coeficientes de una muestra de estudiantes universitarios normales que fueron evaluados mediante el mismo sistema test-retest del MMPI, con un intervalo de una semana entre la primera y la segunda evaluación.

Coeficientes de test-retest del MMPI en grupos normales, pacientes control y pacientes bajo tratamiento											
		Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(0)
Rosen VA											
(1983) Hosp.	40	.85	.80	.88	.88	.64	.75	.80	.83	.56	.76
Cottle Est											
(1990) Univ.	100	.81	.66	.72	.80	.82	.56	.90	.86	.76	.80
Nuñez Cons											
(1992) Ext. . .	25	.66	.42	.66	.57	.83	.37	.71	.80	.80	.68

Prevalencia de los trastornos depresivos

Caraveo (1997) señala que la depresión ha llegado a ser uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población de diferentes países, y que actualmente ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, prevé que para el año 2020 ocupará el segundo lugar.

También señala como en un estudio realizado por él mismo y sus colaboradores (Caraveo y cols. 1996) en México encontraron que el porcentaje de personas a nivel nacional con depresión neurótica era de 3.7 y que en otra investigación (Caraveo y cols., 1997), se encontraron como resultado preliminar una prevalencia del 4.3% para la Ciudad de México, así como una prevalencia total del 8.7% de episodios depresivos en la vida.

Con respecto a los factores y condiciones de riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos, el autor afirma que hay evidencia de que los trastornos afectivos presentan una base familiar, que una parte de dicha base puede ser genética y otra de las partes puede ser aprendida durante la crianza.

Con respecto a la aparición de eventos adversos o a condiciones amenazantes, la información arrojada por varios estudios señala hacia el hecho de que la repercusión de los eventos asociados a la depresión está estrechamente relacionado con el grado en que se afectan las redes sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.). Las redes sociales son incluidas dentro de la variable de los recursos personales, junto con los recursos psicológicos los cuales están determinados por las características de personalidad, en particular la autoestima y las habilidades.

De manera indirecta los estudios sociológicos han demostrado la importancia del apoyo social, pues se ha demostrado mayores tasas de enfermedad en situaciones de aislamiento, marginación y desorganización social, sin embargo hasta hoy el soporte social no ha mostrado un peso específico en relación a la depresión clínica, simplemente se le considera como mediador en la génesis de dicho trastorno.

Respecto a los recursos psicológicos generales se ha subrayado la importancia de aspectos como las respuestas de enfrentamiento que pone en acción el individuo en el momento de encontrarse ante situaciones problemáticas, muy relacionadas con estas respuestas está el proceso de percepción-cognición enfrentamiento; las teorías cognitivas han señalado con mucha frecuencia que existen muchas construcciones aprendidas acerca de la realidad que anteceden y desembocan en el ánimo deprimido.

También comenta que se ha encontrado que las cargas de la vida o los estresores crónicos incrementan los síntomas depresivos y que son los estilos de enfrentamiento ante las situaciones problemáticas y el soporte social los factores que median en la aparición o no de la depresión.

HIPÓTESIS AMINOBIOGENICA DE LA DEPRESIÓN

Carlson (1993), y que de la investigación de varios fármacos que alivian la depresión derivó en el planteamiento de la hipótesis aminobigénica de la depresión, tal hipótesis plantea que las aminas biogénicas (noradrenalina, dopamina y serotonina) participan en este trastorno, el autor plantea que una conducta maniaca puede ser originada por un exceso de catecolaminas, mientras que un déficit puede provocar depresión y fatiga muscular.

También comenta que los antidepresivos tricíclicos modifican la transmisión de las catecolaminas, pues actúan impidiendo la recaptación de las aminas biogénicas, con lo que fomentan la actividad en la sinápsis, agrega que otros antidepresivos al ser inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) provocan un incremento de la concentración cerebral de noradrenalina y serotonina, otra información que sugiere que la depresión se debe a cierta falla en la transmisión en la sinápsis de las aminas biogénicas, es el hecho de que la rese pina usada para tratar la esquizofrenia agota los depósitos de amina biogénicas en el cerebro y produce síntomas de depresión.

Según Carlson, se ha utilizado un examen de concentración de metabolitos de las aminaş en la orina de los pacientes como medio para determinar su tratamiento, en varios estudios se han examinado las concentraciones de 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol (MHPG, que es uno de los metabolitos de la noradrenalina) en la orina de pacientes deprimidos, como ejemplo cita trabajos de Schildkraut, (1974), Maas, (1975) Beckmann y Goodwin (1975), agrega que al examinar los datos de tales análisis se encontró que algunos de los pacientes deprimidos presentan altos niveles de MHPG mientras que otros muestran bajos niveles, el autor señala que fue interesante descubrir que los pacientes que presentaban bajos niveles basales respondían mejor al tratamiento con la imipramina que es un buen inhibidor de la recaptación noradrenérgica, mientras los que tenían altos niveles respondieron mejor a otro que es un inhibidor de la

recaptación de la sinapsis serotoninérgicas, menciona que de este hallazgo se puede desprender la enseñanza de que existe subpoblaciones en el trastorno de depresión aunque todos compartan los mismos síntomas

DESAMPARO APRENDIDO.

En 1967 Seligman y Maier observaron que si a un perro se le sometía a una serie de descargas eléctricas que producían dolor y se le impedía escapar de esta situación, al principio el animal se esforzaba por escapar, pero ninguna de sus conductas le resultaban eficaces, esta situación se repetía varias veces, cuando posteriormente se colocaba al perro en un lugar en el que también se le aplicaban descargas, pero ahora si tenía posibilidad de escapar saltando a otra parte de la caja experimental, se encontraron con el hecho de que el animal ahora no buscaba escapar sino que soportaba inmóvil todas las descargas que se le daban, a este comportamiento lo denominaron desamparo aprendido.

Seligman (1981) planteó la posibilidad de que mediante esta reacción se pudieran explicar algunas conductas en el ser humano .

Así por ejemplo sugirió que cierto tipo de depresiones y el desamparo aprendido presentaban características comunes como:

- Una disminución de la iniciación de respuestas voluntarias: si un organismo animal o humano percibe que el iniciar una conducta determinada no modifica las circunstancias adversas en las que se halla tenderá a dejar de repetir tal conducta.
- Una disposición cognitiva negativa: El organismo que es sometido a una situación de la que él no tiene control directo, tendera a percibir la realidad general de manera "sesgada", manifestando pesimismo respecto a los efectos de

sus propias acciones, por ejemplo, las personas deprimidas se consideran a sí mismas aún más ineficaces de lo que realmente son.

- **Muestran una evolución temporal:** la intensidad de algunas depresiones se ve modificada al transcurrir el tiempo, algunas pasan por ciclos regulares, el desamparo también se disipa con el transcurrir del tiempo si ha sido inducido en una sola sesión de descargas eléctricas incontrolables, si se ha repetido por varias sesiones el desamparo persistirá.

- **Presencia de agresión disminuida:** las personas o animales sometidos a situaciones que están fuera de su control, inician menos respuestas agresivas hacia los demás, también manifiestan menos respuestas competitivas y su estatus de dominancia disminuye.

- **Pérdida de apetito:** los sujetos deprimidos a veces comen menos, muestran una pérdida de peso, también pueden evidenciar deficiencias de tipo sexual y lo sociales. Algo semejante sucede con los animales expuestos a descargas incontrolables.

- **Presencia de cambios fisiológicos:** se conoce de los cambios fisiológicos que suceden en los sujetos deprimidos; en las ratas expuestas a descargas eléctricas que no puedan controlar se ha observado un descenso de Norepinefrina, y en los gatos se ha observado una hiperactividad colinérgica

EFFECTOS NEUROENDOCRINOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN

Con respecto a los aspectos neuroendocrinológicos de las depresiones Ayuso (1981), comenta que las hormonas y la conducta guardan entre sí una íntima relación y especialmente con los trastornos afectivos, esas relaciones se evidencian en el hecho de que en el cuadro clínico de las depresiones endógenas se incluyan síntomas (pérdida de la libido, del apetito, del sueño, alteraciones del sistema nervioso autónomo, variaciones diurnas, etc.) que sugieren la existencia de una afectación hipotalámica y por lo tanto también hipofisaria.

Los autores Fernández del castillo y Ayala (1983) señalan en su artículo acerca de los problemas endócrinos del climaterio que en el trabajo de Grodin, Siiteri y MacDonald (1973) se ha apuntado que las concentraciones de estrógenos encontradas en mujeres postmenopaúsicas pueden ser resultado de un proceso de "aromatización" extragonadal, que andrógenos específicamente la androstenediona son producidos por la glándula suprarrenal, y que su conversión(aromatización) a estrógenos se realiza en sitios extraglandulares fuera del ovario o de las glándulas suprarrenales, en sitios aún no identificados.

Fernández y Ayala afirman que la disminución gradual de la función ovárica es la causante de los cambios hormonales durante la menopausia; que los signos y síntomas climatéricos mas frecuentemente reportados son la inestabilidad vasomotora ("bochornos"), resequedad e irritación vagina, disminución del tamaño del útero y atrofia mamaria, sin embargo que no todas las mujeres presentan alteraciones por deficiencia estrógenica, lo que según ellos puede deberse a una aromatización extragonadal , y que se ha sugerido que algunos elementos de origen neuroendócrino pueden ser capaces de producir cambios en la concentración de las catecolaminas como reacción a los bajos niveles de estrógenos señalando como ejemplo de esta situación el que al efectuarse una gonadectomía, los niveles de dopamina disminuyen, mientras que los de norepinefrina aumentan y cita el trabajo de Fuxe; Hockefield y Nollsson como base para su afirmación.

ENFOQUES DE ABORDAJE PARA LA DEPRESIÓN

Morales y Nieto (1994) en su tesis recepcional, comentan que existen diferentes enfoques teóricos que ubican a la depresión, cada uno desde su particular punto de vista, dichos enfoque son:

- Psiquiátrico. Las depresiones se dividen en endógenas y exógenas. Las primeras se originan en el individuo por factores bioquímicos y genéticos, y los

segundos son originados por situaciones externas al individuo. A su vez se dividen en neurosis depresivas y psicosis depresivas.

- Psicoanalítico. Para Freud la depresión es un estado donde las personas regresan la agresión a sí mismas en lugar de dirigirla a los individuos que son objeto de esos sentimientos. Cualquier sentimiento negativo que antes estuvo ligado en la mente de otra persona no puede expresarse abiertamente.

- Cognitivo. Este enfoque argumenta que la depresión es el resultado de los pensamientos negativos que tiene el sujeto de sí mismo, de lo que le rodea y de su futuro. Esta teoría propone que las experiencias tempranas proveen las bases para formar conceptos negativos (esquemas) que están latentes pero se activan cuando se presentan circunstancias específicas.

- Conductual. Considera a la depresión en términos de la teoría del aprendizaje, como producto de las contingencias del reforzamiento. Existen dos formas de considerarla: 1. Por pérdida del refuerzo positivo o 2. Por la experiencia del refuerzo negativo o ambos. Así, la depresión se refuerza a partir de otras de sus interacciones.

- Sociocultural. Calderón N.(1987), comenta que como lo demuestran los estudios etiológicos los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y el desarrollo de nuestra especie. Ostow (1980) afirma que la depresión puede concebirse como un fenómeno biológico característico de la vida comunitaria o como un método de adaptación a un medio adverso, como la familia y la sociedad, ahí donde la relación normal ha llegado a hacerse imposible.

Características clínicas de la depresión.

ESTADO DE ÁNIMO	PENSAMIENTO	CONDUCTA Y ASPECTO
Tristeza	Pesimismo	Desaliño
Insatisfacción	Ideas de culpabilidad	Retardo psicomotor
Abatimiento	Autoacusación	Agitación
Llanto	Pérdida de interés	
	Pérdida de motivación	
SÍNTOMA SOMÁTICO	RASGOS DE ANSIEDAD	CONDUCTA SUICIDA
Pérdida de apetito	Ansiedad	Pensamientos
Pérdida de peso	Estados neuróticos	Amenazas
Estreñimiento	Tensión	Intentos
Sueño poco profundo	Indecisión	
Dolores y males	Temores vagos	
Tr. En la menstruación		
Pérdida de la libido		

Tomado de Mendels (1982)

Mendels (1982) afirma que los deprimidos son incapaces de reaccionar ante las cosas que comúnmente proporcionan alegría, estos pacientes presentan una dificultad para concentrarse por lo que se pueden volver ineficientes paulatinamente, los autores Woodruff, Goodwin y Guze (1978) señalan al respecto, que puede existir en ellos una incapacidad para enfocar correctamente los pensamientos, que es frecuente que presenten cognición simultánea de tener el curso del pensamiento lentificado y rumiación suicida.

Por otra parte, Mendels menciona que los pacientes deprimidos se quejan de sentimientos de abatimiento, también existen en ellos sentimientos de inutilidad y de vacío.

Ciertos pacientes se describen como desalentados, irritables, temerosos, preocupados o solamente como desanimados, a veces el paciente puede informar que sus sentimientos de disforia son mínimos, pero puede aceptar que padece insomnio o anorexia, se puede llegar al caso de que al estar informando verbalmente acerca de no sentirse triste, puede presentar llanto continuo. Woodruff, Goodwin y Guze comentan que es frecuente que el deprimido albergue pocas esperanzas de recuperación y este hecho debe ser interpretado como un aviso de que tal paciente es realmente un deprimido, pues explican que el enfermo con un padecimiento orgánico rara vez desecha toda esperanza de curación; con respecto a la agitación en el cuadro clínico de la depresión, afirman que a veces esta es tan notoria que otros síntomas de la depresión pueden pasar casi desapercibidos, pero que en otros pacientes el retardo psicomotor puede ser tal que el enfermo enmudece o se vuelve estuporoso. El DSM-IV señala que los cambios psicomotores pueden tomar formas distintas, que pueden manifestarse como una incapacidad para permanecer sentado, o por un andar continuo, por retorcimiento de las manos, estiramiento o manoseo del cabello, de la piel, de la ropa o de cualquier objeto, mientras que el enlentecimiento psicomotor puede evidenciarse en un lenguaje lento, en el incremento de las pausas antes de contestar, en los movimientos corporales lentos en el bajo volumen de la voz, en una menor cantidad variedad de contenido del discurso o en el mutismo. Agrega que siempre hay pérdida de intereses y de la capacidad para el placer de intensidad variable, los pacientes pueden manifestar el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones previas y que sus familiares frecuentemente atestiguan el aislamiento social y el abandono de aficiones de su pariente.

Mendels señala que es frecuente que el deprimido se enjuicie así mismo evidenciando sentimientos de culpabilidad, y cuando se le menciona sus éxitos y habilidades pasadas el paciente las niega, haciendo poco caso de la realidad, reaccionando mínimamente a la confianza y al reforzamiento que se les brinda, los sentimientos de culpabilidad se pueden originar en hechos reales, pero una vez que el deprimido exagera el suceso ya no puede diferenciar entre la fantasía o la realidad.

Con respecto a la conducta suicida Belsasso y Lara (1971) realizaron un estudio en el INNN, revisaron 200 expedientes de pacientes que asistieron al mencionado Instituto entre los años 1968 a 1970 y que se caracterizaban por tener ideas, deseos o intentos suicidas, con el fin de diferenciar este grupo de la población general que se atiende en el INNN, se compararon estadísticamente los datos socioeconómicos de los pacientes suicidas con los datos de 200 pacientes no suicidas elegidos al azar de tal forma, se logró determinar los datos específicos de los pacientes suicidas de este estudio, que son: escolaridad más alta (nivel de secundaria y preparatoria) y con respecto a la ocupación, en cuanto al número que se ocupan a labores del hogar, por otra parte, considerando ahora sólo a los pacientes suicidas se encontró que en el 70% de los casos la causa desencadenante de la conducta fue la existencia de conflictos importantes o en las relaciones interpersonales de tipo afectivo, en el 82% de los casos la conducta de suicidio fue fallida y que el 93% de los pacientes dieron antes alguna indicación preverbal o verbal de sus intenciones suicidas.

CAPITULO II CLIMATERIO

DEFINICIONES DE CLIMATERIO

Marin Torrens (Citada por Canovas,1996) comenta que la palabra climaterio se deriva de las palabras griegas "Klimar" que significa escalera gradación y "Ther y Theo" que significa animal, agrega que el climaterio es una

etapa de la vida de la mujer con límites imprecisos, que la OMS sitúa esta etapa entre los 45 y 65 años.

Por su parte Krymskaya (1991), plantea la siguiente descripción de climaterio: "Es el período de la vida de la mujer que se caracteriza por trastornos involutivos generales relacionados con la edad ocurridos en el organismo, en cuyo fondo se presentan los cambios climatéricos de acuerdo a la edad del sistema reproductor" ; agrega que se caracteriza por una " perturbación de los procesos cíclicos regulares del sistema de reproducción y que alteran la homeostasis hormonal"

Benson y Pernoll (1994), establecen que el climaterio es "la etapa del proceso de envejecimiento en la que la mujer pasa de un estado de capacidad reproductiva a uno de incapacidad reproductiva", además señalan que la menopausia es "la vida después de la última menstruación" y que se denomina premenopausia a la fase de la vida de la mujer antes de que suceda la menopausia y posmenopausia a la fase posterior.

En las definiciones anteriores resaltan dos aspectos, uno es que se dejaron de lado los aspectos psicológicos que suceden durante el climaterio, y otro es que a la menopausia, tal vez por ser un fenómeno ampliamente conocido (más no el único), se le toma como el hecho más importante durante el climaterio, de ahí de que cuando se habla de climaterio es inevitable tratar el tema de la menopausia, en este sentido en la tesis de Morales y Nieto (1994) se señala que mientras que la menopausia es una fecha concreta el climaterio es un período de tiempo, y que es posible afirmar que hay una relación similar entre climaterio y menopausia que la existe entre la pubertad y la menarca.

El diccionario de psicología de Dorsch, define al climaterio como: "edad crítica, período de la vida de la mujer en el que cesa la menstruación (menopausia) y años consecutivos, se presentan en esta edad algunas modificaciones caracteriológicas como irritabilidad, cambios en el estado del ánimo, melancolía, etc".

Burín (1987), señala que el climaterio "constituye una constelación de conductas que se establecen aproximadamente cuando cesa definitivamente la capacidad reproductiva, generando en la mujer una crisis vital conducente a una reorganización de la identidad". Como se observa hay algunas definiciones como las anteriores que hacen referencia al aspecto psicológico de tal periodo.

Krymskaya (1991), comenta que en 1980 la OMS definió al climaterio como un proceso que comprende un "período de trastorno de la función menstrual hasta la última menstruación" denominado premenopausia, "la última menstruación se denominará menopausia y el siguiente lapso de tiempo hasta la completa extinción de la función de los ovarios, postmenopausia"

La capacidad de la mujer para la reproducción dura normalmente todo el tiempo que la menstruación es regular.

La desaparición de la menstruación por más de nueve a once meses, indica que la ovulación ha cesado, y que todo el aparato glandular ha interrumpido o disminuído su actividad. Los órganos genitales sufren cambios, y el resto del cuerpo muestra gradualmente síntomas de envejecimiento. A esto se denomina menopausia, fase intermedia del climaterio, en un sentido más amplio el cambio de vida o el período crítico; en algunas mujeres por la influencia que puede ejercer el cambio de la actividad hormonal se manifiesta una declinación

orgánica presentando un cuadro psicossomático con determinadas reacciones psicológicas. La aceptación para superar este proceso es una tarea difícil en la vida de algunas mujeres.

Comúnmente el climaterio tiene una fase preliminar caracterizada por ciertos fenómenos que presagian el fin de la capacidad reproductiva.

Menopausia

Guyton (1992) señala que la causa de la menopausia es: el "agotamiento de los ovarios". Durante la vida sexual de una mujer, unos 400 folículos primordiales se desarrollan en folículos vesiculosos y ovulan, en tanto que literalmente miles de óvulos degeneran. Alrededor de los 45 años de edad, sólo permanecen unos pocos folículos primordiales para ser estimulados por la FSH y la LH y la producción de estrógenos por el ovario disminuye a medida que el número de folículos se aproxima a cero. Cuando la producción de estrógenos cae por debajo de un valor crítico, éstas hormonas ya no pueden inhibir la producción de FSH y LH ni causar el brusco aumento ovulatorio de LH y FSH para originar los ciclos oscilatorios. En lugar de ello, la FSH y la LH (sobre todo la primera) se producen en cantidades elevadas de forma continua. Los estrógenos son producidos en cantidades subcríticas durante cierto tiempo, después de la menopausia, pero al cabo de unos cuantos años, cuando los últimos folículos primordiales se vuelven atrésicos la producción ovárica de estrógenos disminuye casi hasta cero.

La falta de estrógenos produce a menudo cambios fisiológicos importantes en el cuerpo, como:

- "sofocos" caracterizados por rubefacción extrema de la piel
- sensación psíquica de disnea
- irritabilidad
- fatiga
- ansiedad
- en ocasiones diversas alteraciones psicóticas Estos síntomas tienen suficiente intensidad en cerca de un 15% de las mujeres como para requerir tratamiento.

Según Bachmann (1994), respecto a los fenómenos que constituyen la transición a la menopausia aún no hay un acuerdo universal, pues algunos clínicos lo consideran como un período de cuatro años en el cual el ciclo menstrual se vuelve irregular, y otros consideran que es un período que dura de 10 a 15 años antes de la menopausia, durante el cual la frecuencia de ovulación decrece y la función ovárica se ve progresivamente comprometida; también afirma que la importancia de los años transicionales, ha venido incrementando su reconocimiento debido a que en éstos años ocurren cambios físicos, psicológicos, y fisiológicos y también al número cada vez mayor de mujeres que ingresan a este período de la vida.

Con respecto a los patrones de sangrado irregular, la autora señala que la ciclicidad menstrual es frecuentemente interrumpida durante los años transicionales hacia la menopausia; el ciclo menstrual normal tiene una duración típica de 25 a 35 días, entonces el sangrado dura de dos a seis días, y que, cuando algunas mujeres transitan a través de la quinta década de vida, sus

períodos pueden volverse de dos a tres días más cortos, el sangrado puede ser escaso si no hay una enfermedad uterina presente, o puede ser extremadamente abundante, especialmente si existen leiomas.

Durante los años transicionales la prevalencia de la oligomenorrea se incrementa, afirma que un sangrado vaginal irregular puede ocurrir al final de una inadecuada fase lútea o después de un pico de estradiol que no es seguido por ovulación y formación del cuerpo lúteo.

LA FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA Y DE LA MENSTRUACIÓN.

Fuch (1982), explica que a lo largo de los años reproductivos y durante cada mes un folículo o más maduran y arrojan un huevo maduro, y que la expulsión del huevo maduro sucede generalmente, entre el décimo cuarto y vigésimo quinto día del ciclo menstrual; y que posterior a esto el huevo se desplaza por las trompas de Falopio hasta el útero, donde el espermatozoides masculino puede fertilizarlo. Si el huevo no es fertilizado, se desintegra y es expulsado.

Además de producir un huevo maduro, otra función del folículo ovárico es la de generar hormonas femeninas: estrógenos y progesterona, la autora explica que, dichas sustancias entre otras actividades preparan la pared del útero para que provea de alimento al óvulo fertilizado, agrega que sin esta acción que incluye el engrosamiento de la pared del útero (endometrio), la formación de glándulas, y el aumento de la existencia de sangre, no sería posible que el huevo fertilizado se estableciera en el útero.

Afirma que en transcurso de la primera mitad del ciclo menstrual (entre el quinto y el décimo cuarto día del ciclo), el estrógeno provoca que la pared del útero se engrose, y que posteriormente comienza el viaje del óvulo a través de las

trompas de Falopio hacia el útero, este viaje puede durar aproximadamente seis días y medio, que una vez que se rompe el folículo ovárico, la progesterona continúa con la preparación del útero para que reciba al huevo fertilizado.

El ciclo total que incluye la maduración del folículo, la producción de estrógeno, la ruptura del folículo, la elaboración de progesterona y el viaje del óvulo, hasta la caída del endometrio abarca aproximadamente veintiocho días y que a este período se le denomina ciclo menstrual, que el número real de días puede variar de mes a mes en la misma mujer, y puede también variar su duración.

Posteriormente explica que los ovarios no producen hormonas independientemente, pues están influenciados por la hormona estimulante de los folículos (FSH) que es segregada por la hipófisis, como ejemplo de las complejas interrelaciones del sistema glandular endócrino, la autora menciona que al aproximarse el quinto día del ciclo menstrual (el quinto a partir del inicio de la menstruación), el bajo nivel de estrógenos parece estimular a la glándula hipófisis para que envíe las hormonas indispensables para estimular al ovario, el que empezará a producir el huevo maduro.

No obstante que el óvulo ha madurado, la glándula hipófisis continúa produciendo sus hormonas, pero que se da una disminución gradual de la ovulación, y de la preparación adecuada del útero, y que ello hace que la posibilidad de concebir y de lograr un embarazo sea menor pero no descartable.

Síndrome menopáusico

Rakoff (citado por Goldzieher 1955) explica que el síndrome menopáusico es el efecto total del desequilibrio endócrino sobre el Sistema Nervioso de la mujer que está en el climaterio, señala que no todas las mujeres climatéricas presentan síndrome menopáusico y que las manifestaciones de dicho síndrome dependerán de la constitución de la mujer y de otros elementos que influyen sobre el estado nervioso y emotivo, así como de la intensidad del desequilibrio hormonal.

Goldzieher (1955) señala que las principales manifestaciones nerviosas durante la menopausia son nerviosismo, irritabilidad, palpitaciones, disnea, cefaléa, paroxismos de sudoración, parecias, prurito, inestabilidad emocional y melancolía (que a veces llega a constituirse en depresión).

Ballinger (1990) comenta que existen estudios como el de Malleson (1952) (citado por Ballinger 1990) en los que se relaciona la depresión de la menopausia con un déficit; y que generalizadamente, el término "síndrome menopáusico" es utilizado para denominar un cuadro en el que se incluyen síntomas psiquiátricos, también menciona que la OMS, en uno de sus reportes en 1981, concluyó que los síntomas vasomotores y sequedad vaginal son los únicos síntomas relacionados convincentemente con los cambios hormonales de la menopausia.

Rakoff afirma que el tratamiento con estrógenos es el idóneo para los síntomas vasomotores y otras alteraciones del síndrome menopáusico típico, y recomienda para las menopáusicas cuyo síntoma predominante sea la depresión el uso de estimulantes del Sistema Nervioso Central, también menciona que la psicoterapia está indicada para el tratamiento de éste cuadro.

Brenner (1988), menciona, al respecto del síndrome menopáusico una investigación realizada por Campbell y Whitehead (1977) en el que se trabajó con 64 mujeres en el periodo del climaterio, las cuales se dividieron en grupos. A un grupo se le administró estrógenos conjugados y al otro grupo placebo, en la entrevista inicial algunas pacientes reportaban experimentar bochornos y las otras no reportaban tal síntoma; encontrándose al final que la terapia estrogénica provocaba una mejoría en el bienestar del paciente en los síntomas psicológicos como en los somáticos.

Eje Hipotálamo-hipofisiario

Carlson (1993), señala que gran parte del sistema endócrino es regulado por las hormonas hipotalámicas producidas en el encéfalo, que existe un sistema vascular pequeño, pero altamente importante (el sistema hipotalámico-hipofisiario portal) el cual relaciona al hipotálamo y al lóbulo anterior de la hipófisis, que las arteriolas del hipotálamo se ramifican en capilares y que posteriormente drenan dentro de pequeñas venas que van a dar a la hipófisis anterior, donde se ramifican en otro grupo de capilares, y que por lo tanto, las sustancias que penetran a los capilares hipotalámicos de este sistema se dirigen directamente a la hipófisis anterior antes de ser diluidas en el gran volumen de sangre en el sistema vascular; que se ha descubierto un pequeño sistema portal que viaja en dirección contraria, de la hipófisis anterior al hipotálamo, y que éste sistema indudablemente otorga al hipotálamo información relativa a la liberación de hormonas hipofisiarias.

Thiriet Suzane (1987), señala que el hipotálamo está conformado por diferentes núcleos y que cada uno de éstos es responsable de la regulación de funciones vitales. La autora describe al hipotálamo como un cerebro neurovegetativo, que está conformado por células nerviosas interconectadas que envían mensajes ultrarápidos, agrega que ésta estructura es la central que recibe

la información tanto del mundo exterior, p.ej., el dolor, como la que proviene del mundo interior como el bienestar, el apetito, el sueño, etc., y que ahí se integra toda la información, se compara y se sintetiza para llegar a una decisión que se convertirá en una orden de ejecución. También explica que lo considera un cerebro neurovegetativo porque las órdenes que recibe y que envía son inconscientes y son las que regulan el sistema neurovegetativo, que entre los fenómenos que el hipotálamo regula están el nivel de azúcar en sangre que le informa sobre el hambre o la saciedad, la concentración del bióxido de carbono en sangre, que le permite controlar la respiración; la presión sanguínea, el tono muscular, etc.

También explica que el hipotálamo actúa también activando algunos de los núcleos denominados "neuroendócrinos", pues estimulan la secreción de varias sustancias hipofisarias, las que por su parte estimularán la secreción de glándulas endócrinas como las suprarrenal, la tiroides y los ovarios.

Ciclo menstrual

Brown y Wallace (1995), señalan que mientras que en el adulto varón la descarga de LH y FSH de la hipófisis es constante en la mujer varían impresionantemente durante el ciclo menstrual, posteriormente se describe que cuando los niveles de LH son bajos y las concentraciones de FSH son altas (en la primera fase del ciclo) la influencia de la FSH propicia la estimulación del folículo ovárico, el cual durante su desarrollo se constituye en una fuente de estrógenos y ya maduro provoca un torrente de estrógeno, después de lo cual sucede la liberación súbita de FSH y LH al mismo tiempo, sobre todo de ésta última; que la ruptura del folículo maduro (ovulación) se debe a la influencia de la LH, y que ya roto se denomina el cuerpo lúteo, el cual produce cantidades elevadas de progesterona, por lo que los niveles de ésta se incrementan, y que a medida que

se degenera el cuerpo lúteo en los últimos días del ciclo, los niveles de progesterona circulante comienzan a bajar.

Ramírez de Lara, Lara Tapia, H. y Vargas, M. E. (1972) realizaron una investigación acerca de los factores de trastornos menstruales en un grupo de 100 mujeres dividido en cuatro subgrupos, uno conformado por pacientes psiquiátricos, otro por pacientes neurológicos, otro de pacientes ginecológicos y un grupo de sujetos control sanos. A todos se les aplicó la forma A del cuestionario de trastornos menstruales (M.D.Q.), encontrando como resultados que en la fase premenstrual del ciclo los síntomas reportados con más frecuencia fueron la irritabilidad, cambios en el humor y "sentimiento"; mediante procedimientos estadísticos de las frecuencias de presentación de los síntomas se compararon los distintos grupos entre si, encontrándose que el grupo control y el neurológico eran muy parecidos y que el grupo psiquiátrico y el ginecológico también lo eran entre ellos, confirmando que existe una relación entre ciclo menstrual y los trastornos mentales también se demostró la importancia de los cambios psicoendócrinos durante el ciclo menstrual, planteando la reflexión acerca de que la mujer utiliza su sistema reproductor como un canal para la expresión de necesidades o para desarrollar defensas psicológicas, y que también éste sistema influye sobre su personalidad

Thiriet Suzane (1987), comenta respecto a la progesterona que ésta es secretada por el cuerpo amarillo después de la ovulación, y que su tarea es regular el efecto de los estrógenos enlenteciendo el crecimiento del endometrio y haciéndolo adecuado para anidar el huevo. El papel esencial de la FSH es el de propiciar el crecimiento del folículo hasta el momento en que se rompe aproximadamente el décimo cuarto día del ciclo expulsando el óvulo que contenía, con respecto a la LH comenta que estimula la secreción de hormonas

por parte del folículo y que parece ser la súbita elevación del nivel de LH la responsable de la ruptura del folículo y de la ovulación.

Sociocultura y Expectativas de la edad madura

Con respecto al factor cultural y su relación con la función procreativa de la mujer Santiago Ramírez (1962) señala que la mujer responde en relación con las exigencias que su medio cultural le formula: fecundidad en algunas culturas y esterilidad en otras; por otra parte agrega que en la cultura mexicana se consideran como contrarios a la satisfacción genital y a la satisfacción procreativa, y que la mujer insatisfecha en su conducta genital compensa la carencia de seguridad y apoyo que debería recibir de su compañero con una maternidad numerosa y brindando al hijo la protección y el apoyo del que ella carece. También comenta que vivimos en una cultura que exige del hombre y de la mujer cualidades y aptitudes gradualmente más alejadas de la satisfacción procreativa, lo que implica que la mujer tenga que escoger de entre su condición maternal, satisfaciendo tal necesidad o las satisfacciones de tipo social: trabajo, participación en la cultura, etc. siendo, muy frecuente, la aparición del síntoma como resultado de la negociación en este dilema.

Al tratar el tema de la estructura psicológica de la familia mexicana, Díaz-Guerrero (1982) señala que dicha estructura se basa en las dos proposiciones siguientes:

a) la supremacía indiscutible del padre y b) el necesario y absoluto auto sacrificio de la madre.

Agrega que de la segunda proposición parecen derivarse otras premisas socioculturales como de que la madre "es el ser más querido que existe", también

que del contexto generado con la cuestión de abnegación materna y el afecto hacia la madre surgen tendencias actitudinales que demuestran que "el papel de la maternidad tiene alto prestigio social", que "la madre tiene una alta posición social en México"

por lo que es posible afirmar que en cierta forma la sociedad señala un camino a la mujer que quiere tener un reconocimiento dentro de la sociedad

Volviendo al desarrollo del niño en la familia mexicana el autor señala que al ir creciendo la sociocultura impone al hombre un camino, debe desarrollarse en concordancia con su "digno papel de varón", agrega que en la adolescencia la evidencia de virilidad en el hombre está el hablar o el actuar en el campo de la sexualidad y que es entonces cuando las jóvenes en vez de ser rechazadas como en períodos de desarrollo anteriores se convierten en la codiciada meta del adolescente, la mujer "tarde o temprano" se transformará en el ideal de un hombre cualquiera, que será ubicada en un pedestal y se le valorará en exceso, por lo que creemos que es posible que la joven perciba este interés y concluya que su valor estribará en sus características físicas, en su juventud y por tanto se empeñe en conservar tales atributos, o decida sustentar su sentido de la vida en los valores de belleza y juventud, y que al llegar la menopausia con los cambios corporales que implica, sea percibida por esta mujer como una situación negativa.

También señala que en la cultura mexicana, el valor que para un individuo tiene la familia es grande, menciona que en México lo importante no es cada individuo, es decir, que un Juan o un Pedro como personas aisladas son poco importantes, pero que Juan y Pedro como miembros de la familia Rodríguez o de la familia González o de los Chávez, etc, entonces son importantes, esto nos lleva a reflexionar acerca del valor que para la mujer mexicana (considerada como la que cuida la unión familiar) le otorga la función de "ver" por cada uno de los miembros de la familia, sean sus hijos, su pareja o sus parientes, situación que

aveces la lleva a seguir preocupándose por sus hijos aún cuando estos ya tienen la suficiente edad y madurez para resolver sus problemas solos.

Nancy López (citada en *Mujer y sociedad en America latina*, 1991.) señala que las mujeres maduras de hoy fueron socializadas en un entorno cultural y religioso que reprimía su sexualidad si no se ejercía con el objetivo de la procreación, agrega que con la edad pueden incrementarse algunas inhibiciones sexuales socialmente condicionadas debido a las actitudes negativas acerca de la sexualidad en la madurez y en la ancianidad, pues se tiene a los viejos como asexuados y sus intereses eróticos se consideran poco estéticos o anti naturales recibiendo la burla, también menciona que algunas mujeres piensan que las relaciones sexuales después de la menopausia no son "decentes" ni normales. Otro factor que la autora considera es que es frecuente que los hombres fallezcan años antes que sus parejas, también que los hombres maduros que restan escogen mujeres más jóvenes que ellos para formar su pareja, estos dos factores impiden que la mujer madura mantenga su actividad sexual después de la menopausia.

Louisa Rose (1979) comenta que con la posibilidad de 25 o 35 años de vida adulta después de la menopausia, las mujeres comienzan a percatarse de que la menopausia y los años que le siguen implican cuestiones importantes.

También señala que muchos empresarios combinan con su renuencia general a contratar gente mayor, con una negativa casi absoluta para dar trabajo a mujeres en edad menopáusica, pues explica que se les considera demasiado inestables para que sean empleadas competentes y dignas de confianza, y que hay muchas mujeres que a los 45 años de edad se encuentran con graves problemas creados por su temprana decisión de quedarse en un lugar para desempeñarse únicamente como esposas y madres, por lo que carecen

completamente de habilidades que las vuelvan elegibles dentro del mercado laboral, que carecen de historia laboral que sustente su solicitud de trabajo; y que en este período, como resultado de la muerte o el divorcio, no tienen marido; y que tal vez en la vida de sus hijos, no hay ya lugar para ella, para la mamá. La autora afirma que es este el momento para una crisis potencial y personal, porque entonces varias circunstancias potencialmente amenazadoras suceden al mismo tiempo.

Fuch (1982) al referirse al papel que desarrolla la mujer como ama de casa señala que la jubilación del esposo plantea a la mujer "condiciones especiales", agrega que el ama de casa, antes de la jubilación de su esposo se acostumbra al hecho de que el hombre esté fuera del hogar gran parte del tiempo pero en la jubilación sucede lo contrario por lo que tendrán que convivir más tiempo, y entonces tanto el hombre como la mujer pueden desarrollar la sensación de encontrar en su pareja a un sujeto desconocido por lo que debe existir un ajuste de parte de ambos, la autora afirma que el ajuste que realizan muchas parejas jubiladas parece estar muy relacionado con "la posibilidad que tienen de gozar la vida en conjunto, con su independencia con respecto a los otros y con su destreza económica.

Nancy López (1991), comenta que hay patrones culturales que dictan "como debe ser" la apariencia física de la mujer, el patrón cultural propicia que se tengan como cualidades valiosas el ser deseables sexualmente, lo que a su vez se relaciona con la idea de belleza joven saludable y esbelta, lo que aparentemente se contraponen al estado de la mujer menopáusica, también señala que la mujer menopáusica que se ha subordinado a dicho patrón cultural se muestra preocupada por su destino, y no es que la preocupación por la silueta comience en la etapa de la menopausia, sino que se acentúa en dicho período.

Fuch (1982) también comenta que cada sociedad tiene su idea acerca de como debe comportarse respecto a individuos de distintas edades, así como que en cada sociedad se definen derechos y obligaciones ,estableciéndose distinciones entre los distintos grupos de edades.

Para las mujeres actuales existen señales con las que se busca "conscientizar" a la mujer madura de el hecho de estar pasando a un nuevo estatus y que si la sociedad en la que se vive valora a la juventud, el estatus que corresponderá a esa mujer será inferior al que poseía, por lo que se puede esperar que la mujer se resista a este cambio o lo aborrezca.

Comenta que las señales pueden ser signos físicos o sociales, es decir la manera de comportarse de los que lo rodean a uno, señala que aún la mujer mas feliz e inteligente al llegar a la menopausia "no puede dejar de notar que a pesar de sentirse bien y atractiva, los otros la hacen sentir que esta cambiando", explica que estos signos "empujan" a un cierto grupo de un estatus a otro, esta dinámica refleja la influencia que la sociedad puede tener sobre la mujer menopáusica y nos permite imaginar lo que sucede en una sociedad en la que dicho período de la vida es percibido como un suceso negativo.

Menciona que es indudable que con la proximidad de la menopausia la mujer y también el hombre de una edad similar quedan frente a la necesidad de examinar sus valores y los del mundo que le rodea de realizar una revalidación del lugar que ocupa, de la forma en que quiere vivir a partir de aquí, etc.

Por otra parte comenta que la vida actual muestra una tendencia a retirar a la mujer de aquellos roles que tradicionalmente incrementaban su estatus, provocando un cambio de valores y que algunas mujeres se quedan a la mitad de

un cambio de valores, que alguna ganan fuerzas motivadas por la oportunidad de crecer y cambiar, mientras que otras se derrumban ante las presiones para las cuales no estaban preparadas.

Con respecto al "síndrome del nido vacío" resultado de que los hijos se separen del hogar, la autora señala que no todas las mujeres reaccionan de la misma manera ,pero que la mujer que tiene por única razón de existir el atender a sus hijos, la partida de estos y la sensación de ya no ser necesitadas posiblemente le resulten traumáticas sino se preparan para ocuparse en otras actividades.

Relacionado con este tema esta el trabajo de Ramírez de Lara (1972) en el que se reporta que en la clase media correspondiente a un sistema de seguridad social (ISSSTE), la persistencia de la mujer dentro de su hogar, propiciaba significativamente más alteraciones de tipo neurótico que en la mujer trabajadora, y que esta última puede ser dividida en:

- a) Aquella que al trabajar abandona el hogar, creándose un conflicto.
- b) Aquella que en su nueva posición modifica su forma de enfrentamiento al estrés de la vida.

Otro estudio relacionado con el tema es el de Aguilera. (1977) en este estudio se trató de esclarecer si patologías como la Histeria y la Depresión se diferenciaban entre sí debido a la influencia de factores de la enfermedad en sí misma o si existía influencia de elementos de la sociocultura mexicana que propiciaran similitudes entre las mismas.

Con tal objetivo Aguilera aplicó distintas pruebas psicométricas (MMPI, Escala de Zung y registro clínico de historia de Perley y Guze) a un grupo de mujeres diagnosticadas como histéricas, así como también a otro grupo de mujeres diagnosticadas como deprimidas, al realizar el tratamiento estadístico de los datos no se encontró una diferencia entre estos dos grupos; con respecto a Zung, al grupo de mujeres deprimidas le correspondió el diagnóstico de depresión ambulatoria la autora concluyó que no obstante, si bien existían parámetros clínicos que permitían la diferenciación de las dos patologías, y que en parte, nuestra sociocultura influía en la aparición de conductas histéricas y depresivas.

También señala que la mujer de acuerdo a factores biológicos, socioculturales, experienciales y de herencia puede desarrollar una personalidad histérica, pero que con mayor edad y con mayor nivel escolar se puede propiciar un cambio consistente en el desarrollo de actitudes depresivas, explicando que las experiencias obtenidas en la escuela y en la vida le permiten a la mujer un mayor control de sus impulsos o propician la represión de la conducta histérica.

SEXUALIDAD Y CLIMATERIO

Bachmann (1994) afirma que durante la transición a la menopausia, cuando los niveles de estrógeno disminuyen, las mujeres pueden comenzar a notar un decremento en el deseo sexual y una disminución en la cantidad de lubricación vaginal ante el estímulo sexual y el coito, para fundamentar ésta afirmación cita un trabajo propio (Bachmann, 1991) y otro de Semmens (1982), una inadecuada lubricación vaginal puede conducir no solo a dispareunia sino también a vaginismo; y que muchas mujeres no atribuyen estos cambios sexuales a las variaciones hormonales que experimentan; a veces dichas mujeres y sus parejas creen que su actuación sexual no cambia hasta la menopausia y que pueden culpar erróneamente a los problemas sexuales o a las dificultades interpersonales, Bachmann señala que se ha reportado que mujeres que

permanecen sexualmente activas mantienen una mayor salud vaginal que aquellas mujeres que no son sexualmente activas, para sustentar ésta afirmación cita un trabajo de Leiblum y cols. (1983), y que el uso de preparaciones vaginales hormonales y no hormonales puede ser una ayuda.

La autora afirma que la dispareunia causada por la atrofia vaginal es común en la mujer mayor y que preparaciones hormonales y no hormonales pueden ser de ayuda para el alivio de las incomodidades de ésta condición

CAPITULO III ESTUDIOS SOBRE DEPRESIÓN Y CLIMATERIO

DEPRESIÓN DURANTE EL CLIMATERIO

Según Salin-Pascual (1998) hay periodos como el postparto y la perimenopausia en los que las variaciones del estado de ánimo se correlacionan con cambios hormonales, agrega que la mayor parte de estas variaciones no son graves, y que apenas se podrían clasificar como depresiones leves o moderadas, que debido a su gran frecuencia de aparición orillan al médico a la necesidad de intervenir.

Señala que la influencia que el sistema hormonal mantiene sobre el sistema nervioso central explica el hecho de que cuando hay modificaciones en las concentraciones de ciertas hormonas se pueden observar efectos profundos en el comportamiento y como ejemplo nos menciona a la aparición de la epilepsia catamenial (menstrual), el síndrome de tensión premenstrual, el dolor crónico y alteraciones cognitivas como la memoria.

También comenta que la utilización adecuada de hormonas reproductivas en combinación con antidepresivos es capaz de promover una mas fácil respuesta en el tratamiento de mujeres deprimidas.

La mujer con un apoyo social inadecuado y una pobre relación de pareja, parece ser más vulnerable al desarrollo de depresión postparto.

Durante la menopausia no solo existe la posibilidad de que una mujer sin periodos depresivos previos tenga uno, sino que también existen una amplia frecuencia de cuadros recurrentes.

Ayuso (1981) comenta la existencia de una alta incidencia de trastornos afectivos en épocas como el climaterio, posparto, etc., señalando que esto se puede relacionarse con situaciones endócrinas características de éstos periodo.

Si partimos de la idea de que, en cuanto al estado hormonal, la menopausia es un estado parecido a la castración entenderemos el resultado de un estudio de Altman et al (1975) el cual se realizó comparando los niveles medios de LH en un grupo de mujeres postmenopáusicas con depresión y un grupo control homogéneo en dicho estudio se reportó una disminución significativa (un 33% menor) en el grupo de las deprimidas. También se ha informado el caso de mujeres deprimidas que no respondían a tratamientos convencionales y sin embargo con la administración de grandes dosis de estrógenos mejoraban sus síntomas afectivos (Klaiber et al 1976, Vogel et al 1978).

Bachmann (1994), agrega que la depresión parece incrementarse durante el período de transición en la mujer que ha tenido una historia previa de depresión, aquella que es sedentaria o que alberga creencias negativas respecto de la menopausia, para fundamentar ésta afirmación cita un trabajo de Hunter (1992), posteriormente señala que el tema de si los problemas psicológicos se incrementan o no durante el período perimenopáusico o en la menopausia es controversial, pero que sin embargo parece que los factores psicosociales y también los hormonales desempeñan un papel importante durante éste tiempo.

Schmidt y Rubinow (1991) señalan que si la depresión mayor no muestra una mayor prevalencia en los años perimenopaúsicos tal vez otras formas de desorden afectivo si muestran una asociación con dicho periodo, y que reportes originales describen un cuadro clínico mas semejante al cuadro de neurastenia o con el de la depresión atípica.

También comentan que la menopausia no parece estar uniformemente caracterizada por disturbios en el humor o en la conducta, que tampoco es uniforme la existencia de un síndrome afectivo relacionado, pero que sin embargo el climaterio y la menopausia parecen estar asociados con un exceso de síntomas somáticos, afectivos y conductuales y que algunos estudios reportan la existencia de un incremento en la vulnerabilidad para el desarrollo de un desorden afectivo durante este periodo de la vida.

Pearlstein (citado en *Mujer y Depresión, ¿quién se encuentra en riesgo?*, 1995), comenta trabajos como el de Stewart y cols., (1992), describe que éstos autores aplicaron el Inventario de Síntomas Breves a 249 mujeres menopáusicas que manifestaban síntomas fisiológicos, pero no psicológicos, y que encontraron que las mujeres perimenopáusicas obtenían puntajes más elevados en dicho inventario, también señala que en un estudio de Stewart y Boydell (1993) se estableció una comparación entre 44 mujeres que llegaron a una clínica de la menopausia y que obtuvieron altos puntajes en el Inventario de Síntomas Breves y 42 mujeres que no obtuvieron puntajes altos, encontrándose que el aumento de los síntomas psicológicos en el momento de su presentación se correlacionó con un historial psiquiátrico de depresión; de la administración de antidepresivos; de síndrome premenstrual y de depresión postparto; el autor afirma que los estudios anteriores y otros más evidencian que las mujeres que asisten a las clínicas de la menopausia conforman una población "autoseleccionada", y que éste "subgrupo" de mujeres presenta un aumento en los síntomas depresivos y tiene tasas más altas de

depresión previa y de otros trastornos afectivos asociados al proceso reproductivo, lo que para él, sugiere que la menopausia puede ser una etapa de alto riesgo de episodios depresivos de las mujeres con antecedentes de trastornos afectivos, pero que en mujeres que no se incluyen en éste grupo no parece haber evidencia de un aumento en la incidencia de depresión mayor en el momento de la menopausia, luego señala que cuando hay un trastorno psicológico con síntomas moderados, es más probable que se manifieste en los años perimenopáusicos, es decir, tres o cuatro años antes de que desaparezca totalmente la menstruación.

El autor afirma que las hormonas esteroideas ováricas presentan una influencia recíproca con el sistema nervioso central en distintos niveles, pero que hasta ahora no hay claridad respecto a los detalles de ésta acción; que dichas hormonas pueden alterar la síntesis liberación, recaptura e inactivación enzimática de los neurotransmisores y la sensibilidad de los receptores sinápticos y postsinápticos; que pueden asociarse a los sistemas de segundos mensajeros en el interior de la célula y desplegar su influencia a través de su acción sobre el genóma, o que pueden modificar la excitabilidad de las membranas de las células nerviosas.

El mismo autor comenta que las hormonas esteroideas ováricas al ser capaces de influenciar distintos procesos de los sistemas de neurotransmisión del sistema nervioso central, es posible que tengan injerencia sobre el estado de ánimo y la ansiedad, que la mayoría de los estudios referentes a la influencia de los estrógenos y la progesterona en el sistema nervioso central se han realizado con animales, y que en ellos se ha demostrado que los estrógenos regulan la serotonina, el autor comenta que por otra parte, que se ha informado que en las mujeres hay un incremento de la unión de imipramina tritiada a las plaquetas y que ello se ha asociado a un aumento en la recaptura presináptica de la serotonina, también afirma que se ha informado que la unión de la imipramina

tritiada en la depresión, se encuentra reducida, y que ésta puede ser una manera mediante la cual los estrógenos mejoran el estado de ánimo, se cree que los estrógenos son capaces de regular también los niveles de norepinefrina, así como que se ha informado que disminuyen los niveles de monoaminooxidasa lo que se refleja en una menor degradación de la norepinefrina, agrega que los estrógenos influyen sobre el reciclaje de la dopamina, aumentan la excitabilidad cerebral, afectan los niveles de endorfinas y que probablemente influyen recíprocamente con el ácido gamma-aminobutírico (GABA), luego señala que la progesterona aumenta los niveles de monoaminooxidasa mediante lo cual se propicia la degradación de los neurotransmisores en la hendidura sináptica, que las dosis altas de progesterona originan anestesia y disminución de la excitabilidad al incrementar la conducta del cloro a nivel del receptor GABA.

Pearlstein comenta el estudio de Dikoff, Crary, Cristo y cols. (1991) en el que señala que se revisaron los valores obtenidos en el inventario de Beck de depresión (IBD) por mujeres menopáusicas que no presentaban síntomas vasomotores, y que se encontró que los valores en el IBD de las mujeres que recibieron una dosis de estrógenos conjugados de .625 y 1.25 fueron menores que los valores de las mujeres a las que se les administró placebo, y que los estrógenos fueron menos eficaces en las mujeres cuyos valores en el IBD evidenciaban la existencia de una depresión clínica, posteriormente el autor comenta un estudio de Wilkiund y cols (1993) en el que se señala que se administró estradiol o placebo al azar a 223 mujeres menopáusicas y que se encontró que la calidad de vida de las mujeres a las que se les aplicó estrógeno mejoró comparativamente a las mujeres tratadas con placebo, Pearlstein considera que no obstante que existen estudios como el de Klaiber y cols (1979) en el que se informa acerca de que los estrógenos incrementan la eficacia en el tratamiento con antidepresivos en mujeres deprimidas, aún son necesarios más estudios referentes a este tema.

REVISIONES SOBRE CLIMATERIO Y DEPRESIÓN

Martín del Campo y Herrera (1996) realizaron una revisión respecto al tema de investigación en el climaterio, éstos autores comentan que el climaterio se caracteriza por síntomas vasomotores (Bochornos) y por síntomas psicológicos (depresión), entre otros, y que éste cuadro tiene su origen en dos factores: la disminución de estrógenos y los componentes psico-socio-culturales.

En su artículo mencionan que un estudio de Weissman y cols (1986) se señala que los diagnósticos que con más frecuencia reciben las mujeres de entre 35 y 65 años de edad son los de depresión mayor y distimia.

Por otra parte señala que las alteraciones psicológicas que se manifiestan con más frecuencia en el período del climaterio son: falta de entusiasmo o de interés, irritabilidad, aprehensión, insomnio, alteraciones de la libido, sentimientos de insuficiencia o falta de realización, pérdida de la capacidad de concentración, apatía, tensión, ansiedad, y fluctuaciones sobre el estado del ánimo, y que estas alteraciones pueden aparecer junto a otras como vértigo, cefaléas, disneas y fatiga.

Con respecto a los factores psico-socio-culturales que influyen en la depresión en el climaterio Martín del Campo y Herrera citan estudios como los de Ballinger y cols. (1985), Cooke y cols (1985) y McKinlay y cols. (1987) y afirman que tales autores describieron la etiología de la depresión de la mujer climatérica basándose en los cambios psicológicos y socio-culturales por los que atraviesan la mujer en el climaterio y que éstos cambios incluían el sentimiento de pérdida de femineidad, la incapacidad reproductora, el hecho de que los hijos dejen el hogar, la pérdida del trabajo la mala calidad de su vida marital, la pérdida de la madre o el padre en la infancia y los sucesos relacionados con la reproducción en la

función sexual, pero posteriormente afirman que en la actualidad tales situaciones se consideran como factores de riesgo para desarrollar depresión pero no como factores etiológicos.

Los autores afirman que la localización de los receptores de estrógeno en el cerebro tienen una íntima relación fisiológica con el sistema límbico y por ende con el estado de ánimo, y que éstos receptores se localizan principalmente en el área preóptica medial, en el núcleo de la estria terminalis, en el área hipotalámica anterior, en el hipotálamo ventrolateral anterior, para sustentar éstas afirmaciones citan a Guyton (1992) y posteriormente afirman que los estrógenos interactúan con las catecolaminas y como ejemplo mencionan que se ha observado que los estrógenos disminuyen la actividad adrenérgica central actuando directamente en la síntesis, degradación y recaptura adrenérgica, lo que es contrario a la acción de la progesterona y citan a Nemeroff (1992) para fundamentar lo anterior.

También comentan que en las ratas ovariectomizadas el remplazo con estradiol disminuye los receptores β adrenérgicos y serotoninérgicos para cimentar esta idea citan a autores como Schmidt y Rubinow, (1991) y a Martin y Reichlin (1987), posteriormente señalan que es importante subrayar que el grado de interacción de las hormonas gonadales, las gonadotropinas, las catecolaminas y los neuropépticos, es puramente cuestión de especulación en el desarrollo de alteraciones afectivas y conductuales en el climaterio, pero que sin embargo, debido a que en la menopausia disminuyen mucho los estrógenos, se puede pensar que los cambios en la función endócrina-reproductiva se presentan junto con alteraciones discretas pero bastantes amplias en la actividad neurotransmisora del Sistema Nervioso Central que pudiera afectar los mecanismos relevantes en la fisiopatología de los trastornos afectivos. Además los autores señalan que en varios estudios clínicos se ha observado que los cambios en los niveles hormonales de la mujer dan como resultado cambios

conductuales significativos y mencionan como ejemplo que Dennerstein; Gotts; Brown; Morse; Farley y cols (1994) estudiaron la relación que existe entre el ciclo menstrual y la conducta sexual y se encontró que durante la fase folicular y la ovulatoria el deseo sexual se incrementa a comparación de la fase premenstrual y la lútea.

Ballinger (1990) reconoce que el término climaterio difiere del término menopausia, sin embargo en esta revisión él utiliza propositivamente el término menopausia como equivalente al término climaterio; señala como desde tiempo atrás se tiene una opinión negativa acerca de la menopausia y que actualmente se sigue manteniendo tal opinión con respecto a la perspectiva ginecológica. Comenta que varios ginecólogos consideran a la menopausia como un importante factor para el desarrollo de síntomas físicos y psiquiátricos.

Por otra parte Ballinger comenta que la literatura psiquiátrica no sostiene la creencia de que la menopausia sea un tiempo de alto riesgo para presentar desórdenes psiquiátricos y que en sí, existe una falta de comentario acerca del tema, afirma que tal vez no exista un síndrome psiquiátrico relacionado con la menopausia pero que sin embargo los cambios fisiológicos en éste tiempo pueden incidir en la vulnerabilidad de la mujer. Posteriormente menciona otras investigaciones una de Tait et al. (1957) y una de Winokur (1973) y de Smith (1971) en los que menciona que no se encuentra una clara relación entre la menopausia y la admisión de algunas personas a instancias psiquiátricas.

El mismo autor afirma que la gran disparidad entre las perspectivas ginecológica y psiquiátrica posiblemente se deban a la práctica clínica de cada una de ellas y que de dicha disparidad surge la necesidad de realizar estudios en población general, que la primera investigación de éste tipo fue realizada por Neugarten y Kraines (1965) con 460 mujeres con un rango de edad de entre 13 a

65 años y que fueron detectadas dos etapas en las cuales los síntomas aparecían más frecuentemente, una fue en la pubertad donde los síntomas fueron de naturaleza psicológica y el otro en la menopausia donde los síntomas fueron somáticos.

Posteriormente Ballinger cita la investigación de Dunell y Cartwright (1972) en la que se encuentra que no existe un incremento de respuestas respecto de síntomas psiquiátricos en la menopausia.

Otros tres estudios en población general citados por el autor son el de Thompson et al. (1973), el de Mckinlay y Jeffreys (1974), y el de Wood (1979) señalando que en ellos no se encontró una relación directa entre un estado menopáusico y síntomas como insomnio, fatiga y depresión. Posteriormente Ballinger cita dos estudios uno de Jaszmann et al. (1969) respecto a cual señala que se determinó que quejas de "desequilibrio mental", fatiga, depresión e irritabilidad eran más comunes en mujeres premenopáusicas; el otro realizado por Bungay (1980) en el que se encontró un incremento respecto a los "síntomas mentales menores".

Para Ballinger la mayoría de éstos estudios fueron realizados sin un interés psiquiátrico específico, posteriormente cita dos estudios que a decir de él sí tenían dicho interés uno realizado por Hallstrom (1973) en Suecia, en el que comenta que se usó una entrevista psiquiátrica estandarizada, el otro fue realizado por el mismo Ballinger (1975) éste afirma que ambos estudios revelaron el mismo incremento en el nivel de morbilidad psiquiátrica durante la premenopausia que encontraron Bungay y Jaszmann.

Señala que en el estudio que él realizó también se encontró, como en el estudio de Dunell y Cartwright, que algunos síntomas (insomnio discinecias, dolor de articulaciones, etc.) se incrementaba con la edad y otros (irritabilidad y dolores de cabeza) decrecía y que síntomas como la depresión y el nerviosismo no mostraban relación con la edad.

Por otra parte el autor señala que la conducta sexual y el sueño son dos áreas que parecen estar influenciadas por la menopausia.

Respecto con el decremento del impulso sexual que es incluido en varias listas de síntomas menopáusicos Ballinger afirma que es problemático evaluarlos debido a que la frecuencia de la actividad sexual es determinada las más de las veces por el impulso sexual del hombre, posteriormente comenta que Masters y Johnson (1966) sugieren un incremento en el impulso sexual durante la menopausia y lo relacionan con la pérdida del miedo hacia el embarazo, pero que otros estudios contradicen ésta idea. Señala que dos problemas son los más reportados durante la menopausia y que son la dispareunia que se relaciona con la atrofia vaginal y la reducción en la responsividad sexual que es la más frecuente; también afirma que parece ser que la dispareunia y la atrofia vaginal están relacionadas con la reducida producción de estrógenos que sucede en la postmenopausia y que éste síntoma responde muy bien a la terapia estrogénica.

Ballinger cita un estudio realizado por Hallstrom (1977) señala que en él fue posible investigar los efectos del incremento de edad y del estado menopáusico por separado, y se encontró que el interés sexual declina en los años postmenopáusicos sin que esto tenga relación con el incremento en la edad, pero sí con la clase social baja, con los síntomas de depresión y con una relación marital pobre, también comenta que Hallstrom declara que donde existe una pobre relación de pareja y problemas previos de personalidad la mujer utiliza a la

menopausia puede servir de excusa a la mujer para evitar el contacto sexual, ello le permite a Ballinger afirmar que factores como la personalidad, la enfermedad personal y la calidad de la relación de pareja tienen mayor impacto sobre la función sexual de la mujer que algún cambio fisiológico relacionado con la menopausia.

Con respecto al insomnio señala que existen dificultades para distinguir entre los efectos de la vejez y los efectos de la menopausia. El autor cita estudios como el de McGhie y Russell (1962) comentando que en éste estudio realizado con población general se reportó que las quejas de disturbios de sueño se incrementaban con la edad y que en el hombre no había un incremento significativo hasta después de los 65 años mientras que en la mujer las quejas comenzaban en la edad media de la vida, otro estudio que cita es el de Thompson et al. (1973) sobre el que señala que se encontró que las mujeres postmenopáusicas se quejaban más de insomnio; posteriormente cita un estudio propio (Ballinger, 1976) en el que afirma haber encontrado que mujeres postmenopáusicas indicaban dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormidas más que las mujeres premenopáusicas.

Luego comenta que un estudio de laboratorio de sueño realizado por Thomson y Oswald (1977) difieren en que el estado menopáusico propicia cambios en el patrón de sueño y que también es posible que exista una relación entre ésta situación y el decremento en la producción de estrógenos en los años posmenopáusicos.

Con respecto a los estudios realizados con el objetivo de determinar la influencia de factores biológicos relacionados con la menopausia sobre el desarrollo de desórdenes afectivos, Ballinger comenta un estudio propio (Ballinger, 1985) señala que fue realizado con 85 mujeres con etapa

perimenopáusica, que se estudio su perfil hormonal, así como sus síntomas psicológicos y que se encontraron los cambios esperados (fluctuación en la hormona prolactina, en el cortisol en la TSH y la triyodotironina) en las mujeres postmenopáusicas se encontró también como se esperaba un incremento de los niveles de la hormona luteinizante y de la foliculo estimulante, pero también un incremento significativo en los niveles TSH sin reducción de la triyodotironina, También comenta que encontró altos niveles de circulación de estradiol en mujeres postmenopáusicas que evidenciaban desórdenes psiquiátricos, en comparación con otras mujeres en el mismo período.

Por otra parte comenta que se han realizado estudios como el de Chakravarti et al. (1979) que tratan de correlacionar cambios hormonales con los síntomas reportados, pero en el citado estudio se encontró una asociación entre los bochornos y los bajos niveles de estradiol en las mujeres premenopáusicas pero no se encontró relación entre los síntomas psiquiátricos y las medidas endócrinas, luego el autor cita otro estudio suyo (Ballinger, 1987) en el que afirma haber encontrado que algunas mujeres en el período premenopáusico tardío que estaban clínicamente deprimidas tenían niveles significativamente altos de TSH y triyodotironina a diferencia del resto del grupo lo que le sugiere una posible anomalía en los mecanismos de retroalimentación del eje hipotálamo-hipofisario.

El autor señala que otros factores que también pueden impactar la salud mental de la mujer en la menopausia son: el cultural, el social y el familiar, que las actitudes culturalmente formadas pueden influenciar la manera en que la mujer se enfrenta a la menopausia, señala que una expectativa negativa acerca de la menopausia era mantenida por mujeres jóvenes según lo reporta un estudio de Neugarten et al. (1968). También cita un estudio realizado por Flint (1975-1979) en el que se encontró algo diferente, comenta que éste estudio se realizó con

mujeres de una sociedad india en donde se observó que las mujeres postmenopáusicas adquirían mayor estatus social.

Por otra parte Ballinger afirma que uno de los cambios familiares que probablemente se presentan en el tiempo de la menopausia es el de que los hijos dejen el hogar o se casen, acerca de ello cita un estudio propio (Ballinger, 1975) en el que se encontró que la mujer reportaba que su hijo se había casado o que había dejado su hogar en el año previo a la menopausia era más probable que evidenciara disturbios psiquiátricos, también señala que en un estudio de Rubin (1979) se reportó que muchas mujeres sentían un gran alivio respecto al suceso de que sus hijos dejaran el hogar y que se volvieran independientes, y afirma que si bien esto es cierto también lo es el que las mujeres expresaban ansiedad acerca de su propio futuro como personas.

Con respecto a los estudios que señalan la importancia de la relación de pareja en el período en el que uno se enfrenta a acontecimientos de la vida el autor cita estudios como el de Brown y Harris (1978) y uno propio (Ballinger, 1985) señala que en éste último se encontró que las mujeres que manifestaban tener una relación marital pobre presentaban un incremento en el riesgo de padecer disturbios psiquiátricos. Ballinger comenta un estudio de Mckinlay (1987) en el que señala que se compararon los factores sociales y biológicos al estudiar la prevalencia de depresión de mujeres con una edad dentro del rango de 45 a 55 años en el que se concluyó que influencias como preocupaciones respecto al trabajo, presencia de adolescentes, enfermedad en la pareja, envejecimiento de parientes, eran importantes para el desarrollo de depresión, pero no se encontró que la menopausia fuera un factor significativo.

Con respecto a la conducta enferma el autor comenta varios estudios como el de Sainsbury (1960), el de Coppen (1965), etc. que sugieren la existencia de

una asociación entre las quejas de naturaleza ginecológica y los desórdenes neuróticos; señala que un estudio realizado por Munro (1969) se encontró que de 164 mujeres que por primera vez buscaban atención en una clínica ginecológica, el 10% de ellas tenía una "indisposición psiquiátrica", que la menorragia era una queja común en éste grupo, que aproximadamente la mitad de éste grupo dijo estar en el período perimenopáusico, y que sólo el 25% de éste grupo presentaba una enfermedad físicamente demostrable.

El autor comenta un estudio que él mismo realizó (Ballinger, 1977) con 217 mujeres con un rango de 40 a 55 años de edad, quienes se atendían en una clínica ginecológica, encontrando que el 53% de ésta muestra obtuvo puntajes altos en el General Health Questionnaire (Golberg, 1972) que indicaban disturbios emocionales, por otra parte también señala que varios estudios sugieren una asociación entre la queja de menorragia, una historia previa de exploración ginecológica y desórdenes psiquiátricos. También cita una investigación de Greenberg (1983), señalando que en él se estudió a 50 mujeres que eran atendidas en una clínica ginecológica y que se quejaban de menorragia, agrega que esto dio pie para que Greenberg afirmara que la menorragia puede ser una manifestación de disturbo psicológico.

Con respecto a las posibles razones que expliquen la asociación entre quejas ginecológicas y altos niveles de morbilidad psiquiátrica el autor menciona que Benjamin et al. (1984) sugieren que una "conducta enferma" (en éste caso una conducta de búsqueda de consejo médico) puede sucitarse debido a la asociación observada entre lo físico y lo psiquiátrico; también cita el estudio de Mechanic (1986) quien describe a la conducta enferma como una manera mediante la cual algunos individuos primero monitorean sus cuerpos, interpretan sus síntomas toman una acción remedial utilizando sus recursos. Según Ballinger ésta conducta puede verse influenciada por factores de personalidad, sociales y

culturales, y que un rasgo de personalidad que Mechanic considera importante es el de introspección y él sugiere que ésta atención para con uno mismo incrementa el nivel de síntomas reportados. Ballinger agrega con respecto al estudio de Mechanic que en él también se describe como individuos en dificultades sociales pueden utilizar la acción de solicitar consejo en un servicio médico como la manera de buscar ayuda en forma socialmente aceptada y poder tratar con los eventos amenazantes de la vida, continúa señalando que Mechanic sugiere que ésta tendencia puede ser más aplicable a quejas vagas y condiciones que están ampliamente distribuidas en la población que frecuentemente no son citadas como la menorragia y los síntomas vasomotores. Posteriormente agrega que Worsley et al. (1977) reportaron que los problemas familiares particularmente aquellos problemas con el esposo y los hijos eran común en las mujeres que asistían a la clínica ginecológica. Según Ballinger otro factor que puede contribuir al exceso de morbilidad psiquiátrica en quienes asisten a las clínicas, es un prejuicio que mantienen algunos médicos generales al momento de referir a los pacientes, y cita un estudio de Dowling y Knox (1964) en el que se señala que a pacientes que presentaban depresión y que habían experimentado una enfermedad física hace cinco años (sin relación entre ellas) era más probable que fueran referidos a una clínica de medicina general, así pues, señala que la mayoría de los estudios como los anteriores indican que la conducta enferma y el prejuicio en la referencia son factores influyentes en el exceso de morbilidad psiquiátrica en las asistentes a las clínicas de ginecología.

Con base en la revisión de los estudios presentados Ballinger concluye que eventos como cambios en la estructura en la estructura familiar, problemas con familiares, problemas de trabajo y la reevaluación del papel futuro tienen mayor impacto en la salud mental de la mujer en la menopausia que los cambios fisiológicos de ésta, además que el concepto de un desorden específico de los años de involución ha sido abandonado, sin embargo que se observa que hay más mujeres que experimentan un primer desorden afectivo en los años

perimenopáusicos que hombres que experimentan dicho desorden en una época equivalente.

Por otra parte, el mismo autor señala que muchos estudios sugieren un incremento menor en la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en los cinco años inmediatamente anteriores a la menopausia. Agrega que hasta ahora no hay evidencia de alguna relación directa entre los cambios en las hormonas reproductivas y la morbilidad psiquiátrica en la menopausia, pero que los cambios en la función tiroidéa y los mecanismos hipotalámicos de retroalimentación pueden ser relevantes.

UN ESTUDIO EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA

Harlow, Cramer y Annis (1995) realizaron una investigación con un grupo de 344 mujeres que residían en Boston conformando un grupo experimental con aquellas mujeres que presentaban una menopausia natural (no inducida por cirugía u otros medios artificiales) y menores de 40 años, otras con una edad de 40 a 46 años y un grupo control que se encontraban en la premenopausia o en la menopausia y que eran mayores de 47 años de edad. En este estudio se trataba de determinar que relación existía entre los tratamientos previos para la depresión y la edad en la que se presentaba la menopausia natural; se utilizó un cuestionario en el que se preguntaba, entre otras cosas, acerca de la historia demográfica, médica, menstrual, etc. de dichas mujeres. Los resultados encontrados fueron que el grupo experimental manifestó más frecuentemente (14%), una historia de tratamiento para la depresión, previa a la aparición de la menopausia comparándolas con el grupo control (6%), también encontraron que la mayoría de las mujeres reportaron su primer tratamiento médico para la depresión seis años antes del cese de sus periodos menstruales, por otra parte, se observó que la asociación era mayor en las mujeres en las que la menopausia apareció antes de los 40 años que en las que presentaron su menopausia a una

edad mayor, por lo que éste estudio sugirió un vínculo entre una historia previa de tratamiento médico para la depresión y la menopausia temprana (antes de los 40 años), los autores discuten que el resultado tal vez puede ser explicado por alguna de las siguientes hipótesis, 1. Que la depresión o el tratamiento para ésta predispone a la aparición de una menopausia temprana; 2. Que la depresión puede ser una manifestación del deterioro ovárico que precede al cese de la menstruación; con respecto a la primera se señala que en ésta investigación no se pudo distinguir el efecto de la depresión en sí misma y el de los tratamientos para ésta, en cuanto a la segunda se menciona que las mujeres con una menopausia temprana tienen un ritmo precipitado de declinación de los niveles de estrógeno a comparación con el de las mujeres que experimentaron la menopausia a mayor edad.

UN ESTUDIO EN EL REINO UNIDO

En otro estudio realizado por Hay, Bancroft y Johnstone (1994), en el Reino Unido, con 95 mujeres post y perimenopáusicas en el cual se buscaba determinar la prevalencia de la depresión en algunas mujeres que asistían por primera vez a una clínica de atención para la menopausia, utilizando un registro psiquiátrico que incluía la obtención de una breve historia ginecológica y menstrual y dos instrumentos, la escala de depresión Montgomery - Asberg (MADRS) y la agenda de vida para desórdenes afectivos y esquizofrénicos (SADS-L) encontrando que el total de mujeres que experimentaban un cese natural de su menstruación o que estaban en un período perimenopáusicas eran 78, mediante la aplicación del MADRS se determinó que el 45% estaban clínicamente deprimidas en el momento de la entrevista, mediante el SADS-L se determinó que el 56% de las mujeres tenía una historia previa de desórdenes afectivos, también se encontró que el 63% de las 78 pacientes habían sufrido de desórdenes depresivos en algún período de su vida, y que cuando los episodios eran distribuidos por edad se encontró que el 35% de las 78 mujeres presentaban un episodio depresivo en el

período perimenopáusico; de éste estudio emergen dos hallazgos: el primero es el alto nivel de síntomas depresivos que se presentan en las mujeres que asisten a la clínica de menopausia; el segundo; está indicado por el alto porcentaje de mujeres que experimentaron su primer episodio depresivo en un período perimenopáusico. Se encontró que el 50% de las mujeres que asistían presentaban como principal queja un cambios de ánimo, el cual ellas mismas atribuían directamente a la menopausia, por lo que buscaban ayuda. Los autores afirman que es posible que la mujer en edad menopáusica que se deprimen por otras razones psicosociales, pueden atribuir sus problemas a la menopausia. Por otra parte, la perimenopausia puede inducir a cambios biológicos, los cuales pueden incrementar la probabilidad de depresión en mujeres susceptibles. Agregan que el estado hormonal de la mujer que atraviesa ésta fase de cambios no es simplemente una deficiencia hormonal, pues es más relevante la alteración de la regularidad de los ciclos, con un incremento en la probabilidad de ciclos anovulatorios y un patrón variable de fluctuación de estrógeno y progesterona, si hubiera un grupo de mujeres en el cual la depresión fuera una simple función de la falta de estrógeno, entonces las enfermedades depresivas aparecerían más probablemente en el período postmenopáusico que en los años anteriores a que la menstruación se detenga.

ESTUDIOS EN MÉXICO

Con el objetivo de explorar las características emocionales de 149 pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, que estaban en el climaterio Morales C.; Díaz F. y Aldana C. (1995), aplicaron la escala de depresión de Zung, y una encuesta acerca de síntomas, que la literatura menciona que se presentan durante el climaterio, encontrándose entre otras cosas que los síntomas más frecuentemente reportados fueron: tristeza piel seca, irritabilidad, cansancio, dolor articular, etc.; también al analizar los datos de la escala de Zung se hayó que el 70.79% de la muestra presentaba síntomas de tipo depresivo.

Por otra parte se concluyó que las quejas somáticas múltiples experimentadas, por las mujeres, como severas están asociadas fuertemente con estados emocionales de fondo depresivos.

Mediante la utilización de un cuestionario acerca de la historia de vida de la mujer, y de la Escala Autoaplicada de la depresión de Zung Morales y Nieto (1994) estudiaron a 60 mujeres con una edad dentro del rango de 50 a 65 años, encontrando que las mujeres que habían experimentado síntomas antes de su menstruación reportaron con mayor frecuencia los siguientes: cólicos, dolor de busto, de cabeza, irritabilidad y depresión, por otra parte los síntomas físicos y psicológicos que estas mujeres reportaban en el climaterio con mayor frecuencia en orden descendente son: los bochornos, la depresión, la angustia e irritabilidad, las variaciones del carácter y otras de menor frecuencia. También se encontró que de el total de las mujeres del estudio 23 de ellas dijeron presentar una depresión más notoria en el período del climaterio al comparar este con otros periodos como el parto, el postparto, la menstruación y el embarazo.

También se encontró que las mujeres reportaban como signos depresivos que aparecen en el inicio de la menopausia, primero a la tristeza, posteriormente el insomnio, luego a la ansiedad y los episodios de llanto.

CAPITULO IV TERAPIA DE REMPLAZO HORMONAL

GENERALIDADES

Canto de Cetina (1995) señala que la menopausia es consecuencia inevitable de la edad, y se acompaña de gran número de síntomas vasomotores, psicológicos y ginecológicos, y que se ha comprobado que la terapia de sustitución hormonal es efectiva para tratar estos síntomas, y que así mismo es útil para disminuir el riesgo de arteroesclerosis y para prevenir la osteoporosis durante el climaterio, que la terapia produce efectos colaterales que no contraindican su uso pero que deben tomarse en cuenta, posteriormente agrega que del 75% al 85% de las mujeres postmenopáusicas pueden presentar síntomas y signos debidos a la deficiencia de estrógenos, como los bochornos, la atrofia del epitelio urogenital, la alteración de la función sexual, el insomnio, cambios en la libido, aparición de osteoporosis, y un aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular, a sustentar lo anterior cita a Notelovis (1989); a Khaw (1992); a Rebar (1987), etc.

La autora señala que aunque desde 1932 se conoce que los estrógenos desaparecen los síntomas locales derivados de la deficiencia de estrógenos, así como que se conoce de las relaciones entre la osteoporosis y la arterioesclerosis y la deficiencia estrógenica, el beneficio de la administración exógena de hormonas, o de la terapia sustitutiva es desaprovechado y se utiliza por corto tiempo, esto último a pesar de que muchos estudios señalan que se requiere más de 10 años de tratamiento sustitutivo para disminuir el riesgo de fracturas por osteoporosis para fundamentar lo anterior cita a Harlap (1992); Albright (1941); Rivin (1954) etc. También señala que la popularidad en el uso de las hormonas durante el climaterio disminuyó bruscamente cuando estudios como el de Smith (1975), señalaron que la administración de estrógenos, sin el efecto opuesto de los progestágenos se asociaba con un aumento en el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer, pero también comenta que diversos estudios

demonstraron que se puede disminuir el riesgo relativo de cáncer endometrial a cero, al añadir progestina por 12 o más días al tratamiento de reemplazo con estrógeno en mujeres con útero, para fundamentar ésta afirmación cita a Paterson y cols. (1980) y a Gangar y cols. (1990) aunque admite que esto produce sangrado, y molestias características del síndrome premenstrual, lo que señala que repercute en su aceptación y seguimiento, luego comenta que cuando se habla de terapia hormonal sustitutiva es necesario considerar dos aspectos: aquella que reciben las mujeres para tratar los síntomas asociados con la perimenopausia, señalando que esta se aplica por tiempo ilimitado (de 1 a 5 años) y la otra es la que se administra a mujeres postmenopáusicas tanto para prolongar y mejorar la calidad de vida como para la profilaxis y tratamiento de la osteoporosis y de la enfermedad cardiovascular. Luego señala que basados en los datos obtenidos de estudios, se deben tener en cuenta las siguientes sugerencias generales: 1. Todas las mujeres que no tengan contraindicaciones absolutas, independientemente de su raza, deben considerar el uso de la terapia hormonal preventiva. 2. Se debe recomendar ésta a las mujeres con enfermedad cardíaca coronaria o que tengan alto riesgo de padecerla. 3. A las mujeres sin útero se les debe indicar terapia de reemplazo a base de estrógenos, no hay razón para agregar progestágenos. Estas recomendaciones surgen de trabajos de Pérez-Palacios, Caravioto, Medina y Ulloa-Aguirre (1983); American College of Physicians (1992).

En general en el marco teórico se han expuesto estudios que plantean, tal vez, de manera no concluyente la existencia de una relación entre trastornos depresivos y periodos vitales de la mujer (postparto, ciclo menstrual, climaterio), caracterizados entre otras cosas por cambios biológicos, si se logra un mayor conocimiento de estos tipos de depresiones, este hecho servirá de herramienta teórica al psicólogo, ello derivará en el hecho de realizar un mejor diagnóstico del paciente, ayudándolo a proponer una terapéutica mas adecuada, con el fin de que alcance la rehabilitación.

METODOLOGÍA

MÉTODO

Con respecto al tema de la mujer y su tránsito por el periodo del climaterio, existen muchas creencias que a veces resultan contradictorias entre sí, pero también existen hechos que por su contundencia plantean la necesidad de estudiarlos uno de estos hechos es que la mujer en este periodo de vida enfrenta múltiples situaciones decisivas, tanto de orden social, de orden biológico como de orden psicológico que le exigen un desenvolvimiento adecuado para poder continuar su vida. Interesados por conocer las circunstancias de éste desenvolvimiento planteamos el siguiente cuestionamiento:

Pregunta de investigación

1. ¿Existe alguna relación estadísticamente significativa entre algunas características psicológicas, fisiológicas o sociales de algunas mujeres pacientes del INNN MVS y la depresión durante el climaterio que presentan?

Otra cuestión que resulta importante es la exactitud que debe existir al formular el diagnóstico de depresión (en cualquier etapa de la vida), lo que nos permite establecer distinciones entre distintos tipos de depresiones, y por lo tanto dar un tratamiento eficaz a cada uno de estos tipos, es por ello que nos hicimos la siguiente pregunta:

2. ¿Existe alguna diferencia estadísticamente significativa entre un grupo de mujeres con depresión mayor y que manifiestan síndrome menopáusico y un grupo de mujeres que presentan depresión mayor y que no manifiestan síndrome menopáusico; al ser evaluados mediante los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor planteados por el

DSM-IV y también con el Inventario Multifásico de la personalidad del Minnesota?

Hipótesis

Hi: Sí existe relación estadísticamente significativa entre algunas características psicológicas, fisiológicas o sociales de algunas mujeres pacientes del INNN MVS y la depresión que presentan durante el climaterio.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre algunas características psicológicas, fisiológicas o sociales de algunas mujeres pacientes del INNN MVS y la depresión que presentan durante el climaterio.

Hi: Sí existe diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres con depresión mayor y que manifiestan síndrome menopáusico y un grupo de mujeres con depresión mayor y que no manifiestan síndrome menopáusico, al ser evaluadas mediante los criterios diagnósticos planteados por el DSM-IV y también con el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota.

Ho: No existe diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres con depresión mayor y que manifiestan síndrome menopáusico y un grupo de mujeres con depresión mayor y que no manifiestan síndrome menopáusico, al ser evaluadas mediante los criterios diagnósticos planteados por el DSM-IV y también con el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota.

Variables:

Variable dependiente 1 Depresión mayor

Variables orgánicas: 1. Características Psicológicas de personalidad

2. Características Sociales.

3. Características Biológicas

[síndrome menopáusico no síndrome menopáusico
---	---

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES:***VARIABLE DEPENDIENTE:***

Depresión mayor: Estado del ánimo caracterizado por una disminución acusada del interés y capacidad para el placer en sus actividades; presencia de tristeza; fatiga; pérdida de la energía; disminución de la capacidad para concentrarse; para pensar y decidir, entre otras. Los síntomas anteriores se deben presentar la mayor parte del día, casi todos los días durante un período de al menos dos semanas, pero no que no se expliquen por la presencia de un trastorno esquizofreniforme, de un trastorno delirante y que no se haya producido un episodio maniaco, o uno mixto antes.

VARIABLES ORGANISMICAS:

Características Psicológicas. Elementos que constituyen la personalidad del individuo, respecto a dimensiones como Histeria; Depresión, Hipocondriasis, etc.

Características Biológicas. Factores que determinan fenómenos de tipo orgánico; también la existencia o no de un conjunto de síntomas y signos relacionados con el fenómeno de la menopausia principalmente el síntoma vaso motor (bochornos).

Características Sociales. Elementos que nos permiten ubicar al individuo dentro de diversos grupos preestablecidos de los que forma parte y que lo describen demográficamente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Padecer depresión mayor: Signos y síntomas que permiten el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, que fueron evaluados mediante el registro del DSM-IV.

VARIABLES ORGANISMICAS:

Características Psicológicas: Son características de personalidad (hipocondriasis depresión, histeria, desviación psicopática, masculino femenino, psicastenia, paranoia, esquizofrenia, manía extroversión introversión), que se exploraron mediante el MMP1.

Características Biológicas: Niveles hormonales en sangre y antecedentes ginecoobstétricos explorados mediante un perfil hormonal y en un registro creado exprofeso.

Características Sociales: Características demográficas que fueron exploradas mediante un breve cuestionario socioeconómico.

Población:

Cuarenta mujeres cuya edad fluctúa dentro del rango de 40 a 60 años. Todas ellas son pacientes del INNN. MVS.

El muestreo para éste estudio fue no probabilístico e intencional, pues los sujetos fueron seleccionados y asignados a los grupos sobre la base de que presentarían depresión mayor y que presentarían o no síndrome menopáusic.

Tipo de estudio:

La presente investigación queda incluida dentro la categoría de estudio comparativo; pues existen dos poblaciones y se busca comparar algunas variables para contrastar las hipótesis, así mismo se incluye en el tipo de estudio observacional ya que el investigador no puede modificar a voluntad los factores intervinientes.

Diseño experimental.

El diseño usado fue ex-post-facto, y se manejaron dos muestras independientes:

20 mujeres con edad dentro del rango de 40 a 60 años con depresión mayor y que no manifestaban síndrome menopáusic.

20 mujeres con edad dentro del rango de 40 a 60 años con depresión mayor y que manifestaban síndrome menopáusic.

Instrumentos:

- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.
- Escala de automecisión para la de presión de W. Zung.
- Registro de depresión mayor DSM-IV
- Registro de antecedentes ginecoobstétricos
- Perfil hormonal

Nota: Para obtener mayor información acerca de los instrumentos empleados ver anexo.

Procedimiento:

Con el objetivo de identificar a las personas que poseían las características idóneas para formar parte de la población de la investigación del presente estudio, se revisaron los expedientes de algunos de los pacientes del Instituto, para obtener de ésta fuente datos como: edad, síntomas que presentan, fecha de próxima cita médica. Estos datos permitieron localizar a estos pacientes, también se asistió a la consulta externa de este Instituto dónde la División de Psiquiatría realiza la clínica de depresión, con el fin de entrar en contacto con pacientes que fueran participantes potenciales del estudio en cuestión, una vez que se entró en contacto con alguna de éstas personas, primero se obtuvo su consentimiento para que fueran evaluadas mediante los diversos instrumentos (MMPI, Escala de Automedición de Zung, registro de depresión mayor del DSM-IV, etc.), con tal objetivo se le informó a los sujetos el motivo del estudio, posteriormente se les aplicó en forma individual cada uno de los instrumentos de evaluación.

Para la aplicación de la escala de Automedición de depresión de Zung las instrucciones que se le dieron a los sujetos fueron las siguientes: "ésta hoja tiene algunas oraciones, lo que quiero que Ud. haga por favor, es que lea cada una de ellas y en el mismo renglón, en el que esté la oración conteste de acuerdo a éstas opciones (señalando a la parte de arriba de la hoja y leyendo cada una de las opciones) según como se sienta Ud. ahora, haga cualquier marca con el lápiz en el espacio de su elección si hay alguna palabra que usted no entienda dígame y yo se la explicaré".

En la aplicación del MMPI, a cada sujeto se le dieron las siguientes instrucciones: "éste instrumento consta de oraciones enumeradas que va a leer. por favor, tiene que decidir utilizando su criterio, si la oración que Ud. Lee, es en su caso cierta o falsa, luego debe marcar sus respuestas en ésta hoja de contestación, si en su caso, usted considera que la oración que lee es cierta, o más cierta que falsa haga una marca en el círculo donde se encuentra la letra "C" o si considera que la oración es falsa o más falsa que cierta, haga una marca en el círculo donde se encuentra la letra "F"; luego se le dirá: "trate de ser sincero con sigo mismo, si no conoce el significado de alguna palabra dígamelo y yo se lo explico; trate de contestar todas las oraciones". Se finalizará la instrucción preguntando si existe alguna duda.

Las instrucciones que se le dieron al sujeto para la aplicación del registro de depresión mayor del DSM-IV fueron las siguientes: "ahora por favor, quiero que usted responda a las preguntas que le voy a hacer, si no entiende alguna palabra dígamelo y yo se la explicaré". Finalmente se procederá a transformar los enunciados de los criterios de depresión mayor propuestos por el DSM-IV (ver anexo) en preguntas, por ej., se le preguntará; "¿Ha estado usted con ánimo triste la mayor parte del día, casi cada, día durante las dos últimas semanas?; si la respuesta es afirmativa se pondrá una "x" en el renglón que corresponda a la oración, si la respuesta es negativa no se pondrá ninguna marca. En otra parte del instrumento se le cuestionará acerca de temas como el tiempo de evolución, medicamentos que le recetan, número de personas que viven con el sujeto, etc.

Para la aplicación del registro de antecedentes gineco-obstétricos, las instrucciones fueron: "por favor conteste a las siguientes preguntas, si usted no conoce el significado de alguna de las palabras que le menciono, dígamelo y yo se lo explico".

Las puntuaciones arrojadas por cada uno de los instrumentos fueron analizadas estadísticamente mediante la medida de tendencia central "media", y la de dispersión "desviación estándar"; frecuencias, también se utilizaron procedimientos paramétricos tales como la "t de Student", y el coeficiente de correlación de Pearson, y la prueba no paramétrica "ji cuadrada"

Los datos fueron procesados mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El primer criterio que se tomó en cuenta fue que las mujeres fueran pacientes del mencionado instituto también que estuvieran en un periodo del climaterio es decir que presentaran irregularidades menstruales y que estuvieran dentro del rango de 40 a 60 años de edad, por otra parte, en el presente estudio, de acuerdo a los criterios del DSM-IV, quedaron excluidos aquellos sujetos que presentaron un episodio mixto o que sus síntomas eran debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

Debido a la incapacidad para diferenciar entre los signos y síntomas que son propiciados por un padecimiento depresivo y aquellos que son originados por fenómenos relacionados al periodo de la menopausia, se optó por tomar como base la consideración que realiza la OMS en un reporte de 1981 acerca de que los únicos elementos convincentemente relacionados con la menopausia son los síntomas vasomotores comúnmente llamados "bochornos" y la sequedad vaginal. Es por ello que al usar el termino síndrome menopáusico nos referiremos básicamente a la presencia de éstos dos elementos que pueden acompañarse de otro conjunto de síntomas que no tienen una etiología claramente determinada.

Veinte de los sujetos presentaron depresión mayor y manifestaban síndrome menopáusico, los veinte restantes presentaron depresión mayor y no manifestaban síndrome menopáusico; para la selección de los primeros, se debieron cumplir los criterios del trastorno depresivo mayor planteados por el DSM-IV, pudiendo presentar los siguientes síntomas.

- mareos
- dolor de cabeza
- vértigo
- dolor de espalda
- dolor de abdomen
- dolor muscular
- dolor de articulaciones
- palpitaciones
- ansiedad
- disminución de la libido

Sin embargo, se consideró la existencia de síndrome menopáusico cuando se observaba la conjunción de alguno de los síntomas enlistados además de la existencia de los siguientes síntomas:

- Sequedad vaginal.
- bochornos

Para seleccionar a los sujetos con depresión mayor y que no manifestaban síndrome menopáusico se debieron cumplir también con los criterios de trastorno depresivo mayor propuestos por el DSM-IV y no presentar los últimos síntomas enlistados.

Es importante señalar que dada la incapacidad para determinar de manera directa por medio de una medición la sequedad vaginal se exploró de manera indirecta preguntando a los sujetos si tenía o presentaban dolor durante sus relaciones sexuales, pues el hecho de presentar dolor puede deberse a la existencia de una disminución en la lubricación vaginal.

En la presente investigación se tomaron en cuenta los principios básicos de la declaración de Helsinki (1964) para la investigación con seres humanos para lo cual se revisó el reglamento para la investigación clínica impreso por el INNN. Se privilegió la integridad física y moral de los participantes, se les informó acerca de los objetivos de la investigación, sin que la aceptación o declinación para participar alterará de ninguna forma la asistencia que brindaría el médico tratante, se recibió dirección y supervisión directa en cada uno de los pasos de la investigación de miembros médicos del INNN, y buscando que los resultados de la investigación se aplicaran en el beneficio de los pacientes y su familia, cumpliendo así con la mencionada declaración.

Resultados

Con respecto a las características sociodemográficas de los sujetos de nuestra muestra se encontró: que la edad promedio correspondiente al grupo de depresión mayor que manifestaban un síndrome menopáusico fue de 50.5 años con una desviación estándar de 6.1 años, mientras que para el grupo de depresión mayor que no manifestaba síndrome menopáusico fue de 50.6 con una desviación estándar de 4.8 años.(ver tabla 1).

El 40% de las mujeres del grupo con depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico desempeñaban su ocupación fuera de su hogar, en el grupo con depresión mayor que no manifestaban síndrome menopáusico el 30% desarrollaban su ocupación fuera de su hogar.

En el grupo de depresión mayor que manifiesta síndrome menopáusico predominaron las mujeres casadas, mientras que en el grupo de depresión mayor que no manifestó un síndrome menopáusico predominó las mujeres que no tienen una relación actual de pareja.

Al buscar diferencias mediante la prueba "ji cuadrada" entre los dos grupos respecto a la ocupación que desempeñan ($\chi^2=4.36$), a su relación actual de pareja ($\chi^2=2.55$), a las frecuencias de edad ($\chi^2=8.88$) y al tipo de diagnóstico de Zung ($\chi^2=3.26$) ninguna fue estadísticamente significativa.

La escolaridad promedio del grupo de mujeres que manifiestan síndrome menopáusico fue de 7.7 años, es decir, corresponde a primero de secundaria con una desviación estándar de 4.1 años; para el grupo de mujeres que no

presentaron síndrome menopáusico es de 6.7 años, es decir, sexto de primaria con una desviación estándar de 3.7 años (ver tabla 1).

En cuanto al lugar de nacimiento, con respecto al grupo de mujeres deprimidas que manifiestan síndrome menopáusico, el 40% de ellas nacieron en el Distrito Federal, el 20% de mujeres de éste grupo nacieron en el Estado de México y el 10% de mujeres nacieron en Michoacán; las frecuencias menores se presentan en la tabla 1.

El 45% del total de las mujeres con depresión mayor que no manifestaban síndrome menopáusico nacieron en el Distrito Federal, el 15% nacieron en Guerrero, y otro 15% nacieron en el Estado de México, los porcentajes menores se presentan en la tabla 1.

Al obtener el puntaje promedio de la escala autoadministrada de depresión de Zung se observó que de acuerdo a su puntuación el grupo de mujeres que manifestaban síndrome menopáusico le correspondió el diagnóstico de desorden de personalidad, mientras que al grupo de mujeres que no manifestaban síndrome menopáusico les correspondió el de depresión ambulatoria debido a que su puntaje promedio fue más alto (ver tabla 2).

Las mujeres del grupo que no manifestó síndrome menopáusico se auto perciben en promedio más deprimidas que las mujeres del grupo que manifestaban síndrome menopáusico, con respecto al síntoma denominado afectivo persistente que se explora en el reactivo número uno de la escala se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, algo similar sucedió con respecto al reactivo número 14 que se categoriza como síntoma psicológico que explora la "esperanza en el futuro" (ver tabla 2).

En cuanto al registro de antecedentes ginecoobstétricos se obtuvieron los siguientes datos: el 85% de las mujeres del grupo de depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico, reportaron haber experimentado molestias antes de sus períodos menstruales (ver gráfica 1), para el mencionado grupo la edad promedio de menarca fue de 12.7 años con una desviación estándar de 1.2 años; en el grupo de las mujeres que no manifestaban síndrome menopáusico el 90% reportaron haber experimentado molestias antes de sus menstruaciones; por otra parte, la edad promedio de la menarca en éste grupo también fue de 12.7 años con una desviación estándar de 1.7 años.

Es importante señalar que los síntomas que algunas mujeres de ambos grupos reportaron haber experimentado antes de sus períodos menstruales fueron, en orden de mayor frecuencia, los cólicos, la tristeza, la irritabilidad, el dolor de pechos, dolor de cabeza (ver gráfica 1).

Con respecto a la disminución de la libido el 45% de las mujeres con depresión mayor que no manifestaban síndrome menopáusico reportaron experimentar este síntoma; mientras el 60% de las mujeres con depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico dijeron experimentar tal síntoma.

También en el registro de antecedentes ginecoobstétrico los valores hormonales promedio en el grupo de mujeres deprimidas que manifestaron síndrome menopáusico fueron como siguen: FSH 53.6 U/ml con una D.E. de 15.5; LH 26.40 U/ml con una D.E. de 12.61; Estradiol 10.03 pg/ml con una D.E. de 7.51; Progesterona .10 ng/ml con una D.E. de .20 y Testosterona .96 ng/ml con una D.E. de .50. En dicho grupo el 20% del total de las mujeres continuaban menstruando, el 65% ya no menstruaban y el 15% restante presentaba irregularidades menstruales.

Para el grupo de mujeres deprimidas que no manifestaron síndrome menopáusico los niveles promedio fueron: FSH 35.5 U/ml con una D.E. 18.40; LH 21.3 U/ml con una D.E. de 10.32; Estradiol 11.52 pg/ml con una D.E. 8.32; Progesterona .51 ng/ml con una D.E. de .28 y Testosterona 1.0 ng/ml con una D.E. de .60. En dicho grupo el 20% del total de mujeres continuaban menstruando, además un 20% de ellas presentaban ya irregularidades, y el 60% restante habían dejado de menstruar.

Al observar las escalas L, F y K de los perfiles del MMPI, es posible afirmar que los perfiles de ambos los grupos son válidos, y que también en ambos perfiles se evidencian dos puntas, una como era de esperarse en la escala dos de depresión, presentan otra elevación en la escala ocho, también se observa una menor elevación en la escala siete (psicastenia), la cual nos habla de presencia de ansiedad, e ideación obsesiva en los sujetos de la muestra (ver perfil y tabla 3)

El perfil del grupo de mujeres con depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico rebasa la zona de normalidad en tres escalas (escala dos, escala ocho y escala siete); y permanecen en el límite en una (escala uno), mientras que el perfil del grupo de mujeres con depresión que no manifestaban síndrome menopáusico rebasa dicha zona en cuatro escalas (escala dos, escala tres, escala siete y la escala ocho) y permanece en el límite de la norma estadística en una (escala uno).

Por otra parte se observó que el 70% de las mujeres que no manifestaban síndrome menopáusico presentaron el tipo de depresión a la que de acuerdo a la clasificación de Kielholz denomina neurótica, en el caso del grupo de mujeres que sí manifestaban síndrome menopáusico el 75% presentaba una depresión considerada por el autor ya mencionado como sintomática (ver gráfica 2 y 3).

Es interesante hacer notar que el 62.5% de la muestra total de mujeres presentaron una depresión que de acuerdo a la mencionada clasificación tiene una etiología psicógena, el segundo lugar con 37.5% se situó a la depresión somatógena, no presentándose caso alguno que pudiera clasificarse dentro de la categoría de depresión endógena (ver gráfica 4).

En el registro de depresión mayor del DSM-IV se observó que el grupo de mujeres que manifestaban síndrome menopáusico obtuvieron un puntaje promedio de 8.05 con una desviación estándar de 1.07, y en el caso del grupo de mujeres que no manifestaban síndrome menopáusico obtuvieron un puntaje promedio de 8.2, con una desviación de 1.02 (ver tabla 4).

Al determinar el porcentaje mediante las frecuencias de respuesta afirmativa a cada uno de los reactivos del registro de depresión mayor del DSM-IV se encontró que en el grupo de mujeres deprimidas que manifestaban síndrome menopáusico el reactivo que se contestó de manera afirmativa en el 100% de los casos fue el número 1 el cual explora la presencia de sentimientos de tristeza durante la mayor parte del día, casi todo el día, en orden decreciente los reactivos que obtuvieron un porcentaje de contestación afirmativa de 90% fueron: el reactivo número 4, el cual explora la presencia de insomnio casi cada día, el número 6 que explora la existencia de fatiga y el número 11 que explora básicamente la duración del cuadro depresivo; el siguiente reactivo en el que se alcanzó un 85% de respuestas afirmativas fue el número 8 que explora la disminución de la capacidad de concentración y de decisión; el resto de los porcentajes para cada uno de los reactivos se presentan en la tabla 6.

En el caso del grupo de mujeres deprimidas que no manifestaban síndrome menopáusico, también el reactivo número 1 alcanzó un porcentaje del 100%, mientras que los reactivos 2, que explora la presencia de una disminución en el

interés y en el placer y el número 8, que explora la disminución de la capacidad de concentración y decisión alcanzaron un porcentaje de respuestas afirmativas del 90% de los sujetos que conforman al grupo, el reactivo número 10 que explora la existencia de molestia significativa, deterioro laboral o social alcanzó un porcentaje del 80%; el resto de los porcentajes para cada uno de los reactivos se presentan en la tabla 6.

Al buscar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se determinó que sólo en el reactivo No. 11, que explora básicamente la duración del cuadro depresivo, existía una diferencia (ver tabla 6).

En lo que respecta al tiempo de evolución de la patología se puede observar que aunque la mayoría de los sujetos de ambos grupos presentaron un episodio de depresión en otra época de su vida, el total de los sujetos de la muestra presentaron un trastorno depresivo mayor en el periodo del climaterio. En el grupo de depresión mayor que manifestó síndrome menopáusico la evolución total promedio fue de 4.3 años y una desviación estándar de 2.4 años y la evolución actual de la enfermedad depresiva fue de 4.2 meses con una desviación estándar de 3.4 meses; la evolución total promedio del grupo con depresión mayor que no manifestó síndrome menopáusico fue de 3.1 años, con una desviación estándar de 2.4 años y su evolución actual fue de 4.1 meses con una desviación estándar de 3.1 meses (ver tabla 4).

En promedio de ingreso quincenal para el grupo depresión que no manifestaba síndrome menopáusico fue de 951.25 pesos, para el grupo de presión que manifestaba síndrome menopáusico fue de 1155.50 pesos.

Al correlacionar los puntajes del registro de depresión mayor DSM-IV con los puntajes de la escala dos del MMPI del grupo de mujeres con depresión mayor que no manifestaban síndrome menopáusico se encontró una correlación de .6594 entre los mencionados instrumentos; al correlacionar los puntajes de la escala autoadministrada de Zung y los de la escala dos del MMPI del mencionado grupo, se obtuvo el siguiente resultado: un coeficiente de .3622, mientras que al correlacionar los puntajes de la escala de Zung y los puntajes del registro de depresión mayor DSM-IV se encontró un coeficiente de .4310 (ver tabla 5).

Al correlacionar los puntajes del registro de depresión mayor DSM-IV y los puntajes de la escala dos del MMPI del grupo de mujeres con depresión mayor y que manifestaban síndrome menopáusico se obtuvo un coeficiente de .6443, en cuanto a los puntajes de la escala de Zung y los de la escala dos del MMPI se determinó un coeficiente de .5392; al hacer el mismo procedimiento entre los puntajes de la escala de Zung y los del registro de depresión mayor DSM-IV del grupo ya mencionado se encontró una correlación de .6583. (ver tabla 5).

En el caso de mujeres con depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico, se observa una relación estadísticamente significativa entre las variables de edad y el nivel de FSH, y también entre esta misma hormona y los niveles de LH del grupo; otra correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de la escala de depresión del MMPI y los niveles de Estradiol.

Con respecto al grupo de mujeres con depresión mayor que no presentaron síndrome menopáusico se observa una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de FSH y de los niveles de Progesterona, se observa también una correlación estadísticamente significativa, como en el grupo anterior, entre los niveles de FSH y los niveles de LH, (ver tabla 5).por otra parte se presentan otras

correlaciones significativas entre el nivel escolar y el puntaje del registro de trastorno depresivo mayor del DSM-IV y entre Testosterona y Estradiol.

En el grupo de mujeres que manifiestan síndrome menopáusico hay una asociación entre su estado, económico y variables como escolaridad y escala K del MMPI; por otra parte para el grupo de mujeres que no manifiesta síndrome menopáusico el factor económico no se correlacionó significativamente con otra variable(ver listado).

Al realizar el análisis estadístico se encontró que no existieron diferencias estadísticamente significativas cuando se utilizó el registro de trastorno mayor del DSM-IV así como cuando se usó el MMPI para evaluar a los dos grupos por separado, también se realizó el análisis estadístico para la escala de Zung, no encontrándose tampoco diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

Como se puede observar nuestros resultados en lo referente a que la frecuencia de mujeres que realizan su ocupación en su hogar coincide con lo señalado por Ramírez de Lara (1972) en lo referente a que la permanencia de la mujer en su hogar propicia mayores trastornos emocionales pues el 67.5% de nuestra muestra reportó como única ocupación las labores del hogar.

También los datos obtenidos en cuanto al tiempo de evolución total de la enfermedad demostraron como lo mencionan los estudios de Harlow y cols. (1995) Hay y cols. (1994) que es frecuente que la mujer que presenta un trastorno depresivo durante la etapa del climaterio haya experimentado episodios depresivos en otras épocas de su vida, cosa que sucede en el 64% del total de la muestra a este respecto los datos de Stewart y Boydell (1993) también sustentan nuestros resultados, esto nos permite suponer que en nuestra muestra sucede lo que dichos autores señalan: Que esto puede relacionarse con una mayor probabilidad de que la menopausia represente para éstas mujeres una etapa de alto riesgo para manifestar depresión.

Una consideración mas que podemos hacer es que el 62% de la muestra total ya no presentaba menstruación, sin embargo el 37% de la misma se encontraba en la transición hacia la menopausia, esto nos representa la visión de una población con un largo tiempo de evolución respecto al trastorno depresivo que presentaban.

Es importante señalar que la intensidad de dichos episodios puede variar, al grado de permitir su inclusión en la categoría de trastorno depresivo mayor.

En cuanto a los síntomas experimentados con mayor frecuencia antes de los períodos menstruales, los resultados de éste estudio son similares a los reportados por Ramírez de Lara y cols. (1972) así como en los trabajos de Morales C.; Díaz F. y Aldana C. y de Morales y Nieto (1992) (ver gráfica 1).

Con respecto al perfil hormonal se obtuvieron resultados semejantes a los obtenidos en el estudio de Ballinger (1985), respecto a que al incremento de los niveles de las hormonas FSH y LH; tomando en cuenta que la mayoría de las mujeres de ambos grupos se encontraban en un periodo postmenopáusico, con respecto a los valores promedios del perfil hormonal, resultan los esperados, al compararlos con los parámetros de normalidad para dicho periodo .

En referencia al tipo de depresión más frecuente en la mayoría de los sujetos de nuestra muestra los resultados apoyan el señalamiento de Kielholz con respecto a que el tipo de depresión psicógena se encuentra en aumento (ver gráfica 4).

Es posible afirmar que, como lo plantea Caraveo (1993), existe una íntima relación entre las estrategias de afrontamiento a los problemas y la conducta depresiva, un dato que apoya esta afirmación es el hecho de buscar diferencias entre uno y otro de los grupos que conformaron nuestra investigación, se determinó que con respecto a la Escala Autoadministrada de depresión de Zung existía una diferencia en el reactivo número catorce que explora "la esperanza hacia el futuro" (ver tabla 2).

Si consideramos que los animales con los que Seligman y Maier (1967) trabajaron "aprendían" a no tratar de evitar el estímulo aversivo, pues percibían que sus estrategias de escape no funcionaban; podemos entonces reflexionar

acerca de que tanto algunos sujetos deprimidos de nuestra muestra perciben su situación vital como una situación ante la cual sus estrategias de enfrentamiento han fallado y han aprendido a no esperar cosas positivas del futuro.

Las escalas de validez del MMPI sugieren para ambos grupos que las mujeres se perciben abiertamente con problemas, y teniendo pocos recursos para resolverlos. Para interpretar por separado el perfil promedio de las mujeres que manifiestan síndrome menopáusico podemos hacer referencia a lo que Hathaway y Meehl (citados por Nuñez, 1994) señalan respecto a los perfiles como el del mencionado grupo, es decir perfiles con elevaciones en las escalas 2-8-7, para Hathaway y Meehl el cuadro clínico correspondiente a tal combinación de elevaciones es: depresión, ansiedad, agitación; además agregan que en algunos sujetos que presentan tal perfil manifiestan trastornos histéricos variados y que dichos sujetos son "insociables", con déficit psicológico, con incapacidad de concentración, con pérdida de eficiencia para realizar acciones cotidianas, con actitudes de desconfianza y con sensibilidad extrema".

Con respecto al perfil promedio de las mujeres que no manifestaban síndrome menopáusico, se puede interpretar de manera global señalando que la elevación en la escala 8 puede tomarse como una tendencia a mal interpretar parcialmente los datos o información que la realidad brinda, a la utilización frecuente de la fantasía ante una situación frustrante, más que como un trastorno psicótico real; también se puede afirmar que los sujetos con tal perfil sufren de sentimientos de inseguridad aunados a pesimismo (escala 2) y angustia (escala 7) lo que se ve complicado por el aislamiento, la excentricidad y la dificultad para establecer relaciones interpersonales "sanas" (escala 4, 6, y 8) que pueden manifestar, también se observa una excesiva preocupación por la salud física (escala 1).

En el perfil existen dos índices (escala 7 y 0) que sugieren que el pronóstico en psicoterapia sería bueno, por lo que se recomienda éste tipo de tratamiento.

La elevación de la escala siete del MMPI puede relacionarse con el dato relativo a que el 70% de las mujeres del grupo que no manifestó síndrome menopáusico presentaban una depresión correspondiente al tipo neurótico de acuerdo a la clasificación propuesta por Kielholz, ambos hallazgos nos hablan de una cantidad de ansiedad en los sujetos.

Por otra parte, los resultados encontrados en la escala de Zung concuerdan con los datos reportados por Aguilera (1977); los diagnósticos para los grupos fueron los mismos que se obtuvieron en la presente investigación; un grupo se ubica como depresivo ambulatorio, y el otro, (grupo histérico) ubicado como desorden de la personalidad.

Del análisis de información arrojada por el Registro de Depresión Mayor DSM-IV surge el dato de que el total de la muestra de este estudio respondió de manera afirmativa ante el reactivo No.1, el que como se recordará explora la presencia de sentimientos de tristeza, este hecho concuerda con la afirmación que realizaron Marks y Seeman (1981) (citados por Nuñez 1994) respecto a que los pacientes deprimidos reconocen fácilmente su estado de ánimo bajo, también se observó un reconocimiento de otros síntomas a los que Mendels (1983) y Woodruff, Goodwin y Guze (1978) consideran como característicos de la depresión como la fatiga, la pérdida de interés en las actividades cotidianas, la dificultad para poder enfocar correctamente los pensamientos (ver tabla 6).

También es relevante señalar que cuando se correlacionan los puntajes de la escala D del MMPI y el registro de trastorno depresivo mayor DSM-IV de los

dos grupos por separados se observa un coeficiente mayor cuando se trata del grupo de mujeres deprimidas que no manifestaban síndrome menopáusico, que el que se obtiene en el otro grupo; tal vez este hecho sugiere que la definición que se plantea en el registro de trastorno depresivo mayor DSM-IV se aplica más al tipo de depresión que presentan las mujeres del grupo que no presentó síndrome menopáusico, que a un tipo de depresión en el que aparecen síntomas como bochornos, dolores en las articulaciones, trastornos menstruales, etc., como la que presenta el grupo que manifiesta síndrome menopáusico.

En el grupo de las mujeres que manifestaban síndrome menopáusico, se encuentran correlaciones altas, estadísticamente significativas, principalmente entre los instrumentos de medición de la depresión, este hecho nos señala la alta validez que existe entre los instrumentos utilizados, también se observó la correlación ya mencionada entre la de la escala dos del MMPI y los niveles de Estradiol.

En cuanto al grupo de mujeres que no manifestaba síndrome menopáusico, se observaron también coeficientes de correlación altos, pero más entre los niveles de varias hormonas entre sí que se pueden explicar más por las leyes fisiológicas, que sobre otro tipo de fundamento.

Conclusiones.

El diseño ocupado sólo nos permite sacar conclusiones acerca de la muestra con la que trabajamos. Sin embargo el hecho de que exista un coeficiente de relación alto entre algunas características sólo de uno de los grupos, y otros hechos como la diferenciación que la literatura menciona (endógena—exógena, neurótica-psicótica, o las subpoblaciones de deprimidos de las que Carlson habla, etc.) nos sugiere la existencia de distintas clases de depresión, que para su adecuado tratamiento requieren de la consideración de tales características distintivas.

Se observan coeficientes de correlación donde se evidencia que, en el grupo de mujeres deprimidas que manifestaban síndrome menopáusico, se presentan asociaciones entre aspectos, como los niveles de FSH y la edad de los sujetos del grupo; entre las puntuaciones de la escala D del MMPI y el nivel de estradiol (un aspecto biológico directamente implicado con la menopausia), lo que nos sugiere que en dicho grupo (que manifiesta síndrome menopáusico) existe una influencia biológica que probablemente deriva en la alteración del ánimo; así como que existe otro factor relacionado en toda esta situación: la edad; mientras que en el grupo de mujeres deprimidas que no manifiestan síndrome menopáusico se observan asociaciones entre aspectos biológicos entre sí, pues se encuentran correlaciones significativas entre los niveles de FSH; entre los niveles de LH y progesterona, etc.

Sin embargo, aunque en la presente investigación se encontró un coeficiente de correlación significativo para uno de los grupos de nuestra población, este dato no nos permite hablar de una relación de causalidad, pues es sabido que un coeficiente de correlación sea cual fuere no permite establecer

este tipo de relación entre las variables correlacionadas, por otra parte también deberemos tomar en cuenta el objetivo de esta investigación fue simplemente el determinar si existía alguna asociación significativa entre las variables propuestas, más no el determinar la causa o etiología de la depresión durante el climaterio.

Hay evidencias (algunas de ellas se mencionan en el marco teórico) que sostienen la existencia de una relación entre las alteraciones neuroendócrinas y los trastornos depresivos de la mujer y síntomas psicósomáticos, a su vez, también estas evidencias sostienen la existencia de otra relación entre tales alteraciones neuroendócrinas y el ciclo reproductivo de la mujer; también se habla de la existencia de periodos en los que se observa una vulnerabilidad a presentar episodios depresivos, pues se considera que algunas mujeres evidenciarán una mayor predisposición a presentar depresiones intensas. Aunque consideramos que las alteraciones neuroendócrinas probablemente son un factor de riesgo para la aparición de la depresión en ciertas mujeres, cuando se encuentran en fases específicas de su ciclo reproductivo no se debe desestimar el papel de los factores socioculturales y de personalidad que consideramos también influyen de manera importante al aumentar la intensidad de la depresión que se pueda presentar.

Resumiendo, creemos que en algunas mujeres existe un sustrato biológico que en combinación con los factores socioculturales y los de personalidad previa desembocaran en un trastorno depresivo, existirán mujeres que al desenvolverse dentro de una sociocultura favorable para el desarrollo personal, que no valore exageradamente la juventud, o que no valore sólo algunos aspectos del desarrollo de la mujer como la maternidad, etc. y que cuenten con una personalidad flexible que facilite su adaptación a los cambios que se suscitan simultáneamente en el climaterio, no se vean afectadas por el tono afectivo disminuido que aparece en

dicho periodo, o no le genere conflictos, pero también habrá quien de manera contraria contando con factores socioculturales y de personalidad desfavorables incrementen la intensidad de éste tono afectivo disminuído.

Otro aspecto importante de señalar es que en el climaterio las condiciones neuroendócrinas entran en un período de "reacomodo" pero una vez que se ha superado cierto punto pasan a un estado homeostático y por tanto, las condiciones biológicas ya no determinarán un estado depresivo, pero quedarán influyendo los factores de personalidad y los factores socioculturales sobre el estado emocional de la mujer. Así también reconocemos que las estrategias de enfrentamiento a los problemas guardan una íntima relación con la conducta depresiva.

Consideramos que el hablar de que uno u otro de los factores "pesan" más en la aparición de la depresión se origina de una visión reduccionista del tema, como lo es el desestimar el papel que juega el factor biológico en la conducta del ser humano.

El hecho de que entre la evaluación de ambos grupos con el MMPI y Registro de Trastorno depresivo Mayor DSM-IV no hayan existido diferencias estadísticas nos indica que estos instrumentos no permiten una franca discriminación entre los tipos de depresiones evaluadas; y por lo tanto el peso del diagnóstico diferencial debe recaer principalmente en aspectos clínicos, es decir, en una adecuada observación y semiología de los casos, lo que Kielholz llama aspectos fenomenológicos de la depresión, los que el psicólogo deberá tomar en cuenta para la formulación de un diagnóstico preciso y la planeación de un tratamiento adecuado.

Basados en los resultados globales podemos decir, con respecto al primer problema de nuestra investigación, que se acepta la hipótesis alterna sólo en el caso del grupo de mujeres con depresión mayor que manifestaban síndrome menopáusico, y sólo respecto a una característica biológica, así también de acuerdo a los resultados y en relación al segundo problema planteado, diremos que se acepta la hipótesis nula pues no se demostraron diferencias estadísticas entre los instrumentos.

También podemos señalar como características que predisponen a la manifestación de un trastorno depresivo mayor durante el climaterio están:

Que la mujer se dedique únicamente a actividades del hogar (como sucedió en el 67.5% de nuestra muestra), que haya presentado un trastorno depresivo mayor en otra época de su vida (Stewart y Boydell 1993.), que muestren un perfil de personalidad neurótico (Obsérvese el perfil MMPI escala 3 y 8; y resultados de la clasificación de Kielholz), que la mujer, tal vez por influencia de la sociocultura, se encargue de responsabilidades que no le corresponden, como la preocupación excesiva por la vida de sus hijos ya adultos, que su relación de pareja este deteriorada y/o sea rutinaria, que exista la incapacidad de organizar su tiempo y reservarse parte de éste para ella misma, independientemente del que le brindan a su pareja y a sus hijos.

En otro orden de ideas, el análisis del perfil del MMPI nos permite darnos cuenta de que la mayoría de los pacientes que conforman la muestra del estudio se encuentran en condiciones de recibir psicoterapia y de aprovecharla (ver escala 7 y 0 en el perfil, por lo que sugerimos este tratamiento a la par del tratamiento farmacológico.

El enfoque terapéutico que se propone en este estudio es el cognitivo conductual, pues ya hemos comentado que uno de los factores que también están influyendo la conducta depresiva de nuestra muestra es el factor de estrategias de enfrentamiento (relacionadas con el aprendizaje) a los problemas.

Dependiendo de la personalidad de cada paciente, la terapia cognitiva se enfocará a trabajar conjuntamente con el paciente :

- Desarrollar una manera objetiva de evaluación del tratamiento psicoterapéutico

- Identificando las estrategias utilizadas por el paciente en la resolución de los problemas.

- Determinando la efectividad de tales estrategias

- Modificación gradual de las estrategias que hayan resultado ineficaces, estableciendo un programa calendarizado.

- Realizar ejercicios en los que se ponga en práctica nuevas estrategias de enfrentamiento.

- Extrapolar esta práctica hacia las circunstancias cotidianas del paciente.

- Discutir las circunstancias en las que se pusieron en práctica dichas estrategias

- Realizar una evaluación del tratamiento.

- Proporcionar retroalimentación respecto a los avances alcanzados.

- Realizar los ajustes convenientes al tratamiento.

Por último debemos mencionar que el tema de la presente investigación demuestra la estrecha relación que existe entre los distintos factores (biológico, social, psicológico, etc.) que en parte determinan la conducta humana y el amplio panorama que tiene la Psicobiología en el quehacer científico.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Como limitaciones al presente estudio podemos mencionar que no se pudo conformar una muestra homogénea respecto a si los sujetos presentaban actualmente la menopáusia o si estaban en un periodo pre o post menopáusico, pues existían mujeres que actualmente ya no menstruaban y otras que si.

Otra limitación fue la incapacidad para medir directamente algunos de los síntomas o signos y para diferenciar claramente entre aquellos que eran resultado del trastorno depresivo que presentaban los sujetos de la muestra y los que eran originados por cambios hormonales.

Como sugerencia podemos mencionar que sería importante, al realizar una investigación como la presente que contó con más de un grupo, el conformar los grupos de manera apareada, es decir que para cada sujeto de un grupo exista en el otro grupo un sujeto con la mayor semejanza posible respecto a sus características, lo que nos permite evitar la influencia de variables extrañas.

También sería muy enriquecedor el contar con una población más amplia, y tal vez así se encontrarían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los instrumentos utilizados.

Por otro lado el haber contado con una población "no psiquiátrica" de mujeres que estuvieran en el periodo del climaterio nos permitiría tener un panorama mas amplio acerca del tema de la relación entre la depresión y dicho periodo de vida.

TABLA 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

	GRUPO MANIFIESTA SÍNDROME MENOPÁUSICO	GRUPO NO MANIFIESTA SÍNDROME MENOPÁUSICO	t x ²
EDAD			
MEDIA	50.5años	50.6años	
DESV. ESTÁNDAR	6.1ªños	4.8ªños	t=.05
RANGO DE EDAD	40 a 60 años	40 a 60 años	NS
OCUPACIÓN			
HOGAR	60%	70%	
FUERA DEL HOGAR	40%	30%	X ² .43
			NS
EDO. CIVIL			
CASADA	14	9	
SOLTERA	1	2	
DIVORCIADA	1	0	
UNIÓN LIBRE	2	1	
VIUDA	2	4	
SEPARADA	0	4	
LUGAR DE NACIMIENTO			
Distrito Federal	40	45	
Estado de México	40	15	
Guerrero	10	15	
Michoacán	10	0	
Guadalajara	5	0	
Chiapas	5	0	
Nuevo León	5	0	
Sinaloa	5	0	
Hidalgo	0	10	
Veracruz	0	5	
Querétaro	0	5	
Tamaulipas	0	5	
ESCOLARIDAD			
MEDIA	7.7	6.7	t=.81
DESV. ESTÁNDAR	4.1	3.7	NS
CORRESPONDE	SECUNDARIA	PRIMARIA	

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

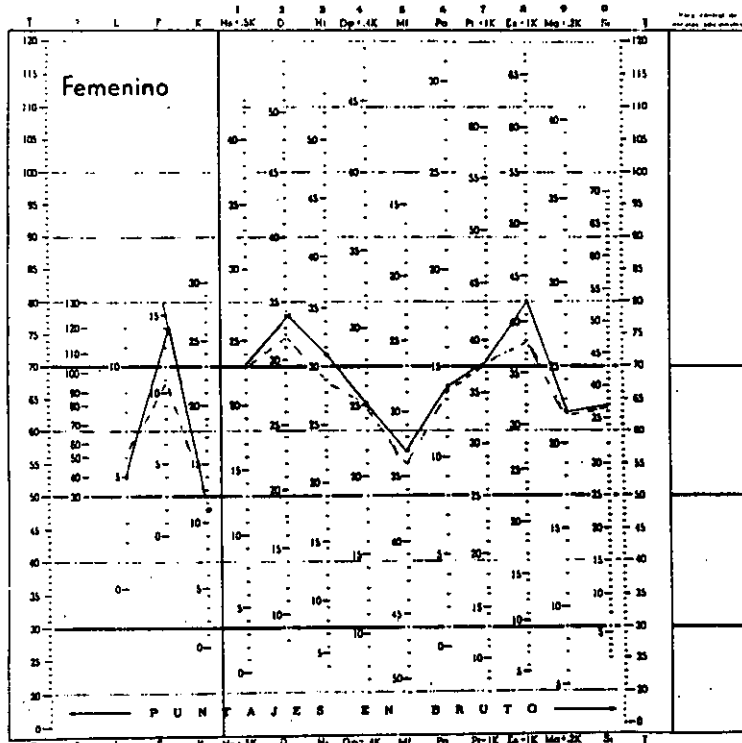
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Depresión manifi. síndrome
-- menopáusico.

Depresión no manifi.
síndrome menopáusico.

Puntaje en bruto 6 11 11 23 32 29 25 34 14 38 38 22 37

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____

5 14 11 23 34 31 25 33 14 38 42 22 37

Firma _____ Fecha _____

TABLA 2

PUNTAJE CONVERTIDO EAMD	GRUPO MANIFIESTA SÍNDROME	GRUPO NO MANIFIESTA SÍNDROME	t
MEDIA	59.3	61.75	.684 NS
DESV. ESTÁNDAR	12.58	9.94	
RANGO	41-94	39-89	
DIAGNÓSTICO	DESORDENES DE LA PERSONALIDAD	DEPRESIÓN AMBULATORIA	
REGISTRO DSM-IV			
MEDIA	8.05	8.2	-.64 NS
DESV. EST.	1.07	1.02	

PUNTAJES POR REACTIVO DE LA ESCALA AUTOADMINISTRADA DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN

REACTIVO	GRUPO MANIFIESTA SINDROME		GRUPO NO MANIFIESTA SINDROME		t
	MEDIA	DESV. EST	MEDIA	DESV. EST	
R1	2,30	,73	2,80	,89	2.27 *
R2	2,60	,99	2,95	1,28	1.029
R3	2,20	1,01	2,65	1,14	1.36
R4	2,70	,98	2,35	1,31	1.029
R5	2,65	1,14	2,70	1,17	.147
R6	3,35	,88	3,30	,98	.192
R7	1,65	1,09	1,85	1,04	.645
R8	2,25	1,21	1,85	,99	1.212
R9	1,65	,81	1,70	,92	.192
R10	2,25	1,16	2,30	,86	.166
R11	2,90	,97	3,00	1,08	.33
R12	2,40	1,05	2,70	1,13	.909
R13	2,05	1,05	2,25	1,21	.588
R14	2,05	,94	2,75	1,21	2.12 *
R15	2,40	1,14	1,85	1,09	1.7
R16	2,65	,93	2,90	,97	.89
R17	2,50	,95	2,60	1,23	.303
R18	2,35	1,09	2,45	1,32	.277
R19	1,35	,75	1,55	,94	.833
R20	2,90	1,02	2,65	1,09	.86

* Nivel de significancia .05

TABLA 3

ESCALA MMPI

ESCALAS DEL MMPI	GRUPO MANIFIESTA SINDROME		GRUPO NO MANIFIESTA SINDROME		t
	MEDIA	DESV. ESTÁNDAR	MEDIA	DESV. ESTANDAR	
L	6.45	2.76	5.75	2.11	.909
F	11.9	5.22	14.7	5.24	1.69*
K	11.85	4.39	11.1	4.33	-.547
HIPOCONDRIASIS	23.65	5.25	23.8	5.32	.020
DEPRESIÓN	32.45	4.98	34.6	5.98	1.24**
HISTERIA	29.55	5.91	31.3	6.53	.892
DESV. PSICOPAT.	25.45	5.29	25.9	4.76	.284
MAS/FEM.	34.25	4.03	33.1	3.57	.958
PARANOIA	14.4	4.09	14.7	3.88	.24
PSICASTENIA	38.55	6.96	38.4	5.13	.040
ESQUIZOFRENIA	38.45	8.42	42.35	7.12	1.58***
MANÍA	22.95	5.04	22.5	5.02	.283
INTRO/EXTRO	37.05	5.16	37.05	10.33	.174

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.10

** NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.20

*** NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.30

TABLA 4

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

TIEMPO DE EVOLUCIÓN TOTAL	GRUPO MANIFIESTA SÍNDROME	GRUPO NO MANIFIESTA SÍNDROME	t
MEDIA	4.3 años	3.1 años	
DESV. EST.	2.4 años	2.4 años	2
			Si S.
TIEMPO DE EVOLUCIÓN ACTUAL			
MEDIA	4.2 meses	4.1 meses	.1
DESV. EST.	3.4 meses	3.1 meses	N.S.

TABLA 5

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN

	D		PZUNG		DSM-IV		LH		FSH		ESTRAD		PROGES.	
	S	NS	S	NS	S	NS	S	NS	S	NS	S	NS	S	NS
D	1	1												
PZUNG	.5392 p.014	.3622 p.117	1	1										
DSM-IV	.6443 p.002	.6594 p.002	.6583 p.002	.4310 p.058	1	1								
LH	.5180 p.18	-.655 p.228	.1461 p.730	-.045 p.942	-.088 p.835	-.634 p.250	1	1						
FSH	.6688 p.070	-.496 p.317	.3240 p.434	.3854 p.450	-.017 p.968	-.124 p.815	.9536 p.090	.9243 p.025	1	1				
ESTRAD.	-.774 p.041	-.162 p.759	.0568 p.904	-.258 p.620	.3329 p.466	-.115 p.827	-.532 p.219	-.307 p.615	-.673 p.097	-.578 p.230	1	1		
PROGES	.2266 p.625	.4477 p.373	-.433 p.332	-.369 p.471	.0111 p.981	.2095 p.690	-.171 p.713	-.912 p.031	-.186 p.697	-.979 p.001	.3259 p.528	.5457 p.263	1	1

■ Estadísticamente significativo

N= Gpo. Que manifiesta síndrome

NS= Gpo. Que no manifiesta síndrome

TABLA 6

REACTIVOS DEL REGISTRO DSM-IV

#	EXPLORA	GRUPO MANIFIESTA SÍNDROME	GRUPO NO MANIFIESTA SÍNDROME	t
		%	%	
1	Tristeza	100	100	0
2	Dism. Placer, interés	70	90	1.8
3	Pérdida de peso	45	60	1
4	Insomnio/hipersomnía	90	75	1.36
5	agitación/entretencimiento	65	75	.71
6	fatiga, pérdida de energía	90	90	0
7	Sentimientos de inutilidad	80	70	.76
8	Dism. Para concentrarse	85	90	.5
9	Pensamientos de muerte	25	30	.38
10	Malestar significativo	70	80	.76
11	Síntomas más de 2 meses	90	65	2.0*

* Nivel de Significancia.05

- -Coeficientes de Correlación para el grupo que no manifestaba síndrome menopáusico.

	D	DP	DSM4	ECONOM	EDAD	ES
D	1,0000	,1032	,6594**	-,0675	,0462	,2447
DP	,1032	1,0000	,2606	-,4307	-,0458	,5672**
DSM4	,6594**	,2606	1,0000	-,0351	-,5323*	,4844*
ECONOM.	-,0675	-,4307	-,0351	1,0000	-,1623	-,1388
EDAD	,0462	-,0458	-,5323*	-,1623	1,0000	-,4518*
ES	,2447	,5672**	,4844*	-,1388	-,4518*	1,0000
ESCOLA.	-,2557	-,2163	-,2915	,2864	-,1058	,0802
F	,0705	,7301**	,3151	-,1327	-,2802	,6359**
HI	,4416	,3489	,3354	-,2138	-,0707	,1154
HS	,3885	,2810	,1947	-,3084	-,0302	,3235
K	-,1463	-,0220	-,4110	-,1709	,1940	-,1973
L	,3486	-,4628*	,0913	,4412	-,0203	-,3098
MA	-,4023	,1873	,0163	,1940	-,4314	,3742
MF	,4500*	,3839	,1641	-,1469	,3259	,0820
PA	,2443	,6177**	,4548*	-,2470	-,3442	,6694**
PT	,5259*	,2842	,6924**	,0499	-,4821*	,7870**
PUN.ZUNG	,3622	,3451	,4310	-,0499	-,0755	,5210*
SI	,5950**	,3199	,5262*	-,2542	-,1901	,3807

* -Nivel de Significancia. ,05

** -Nivel de Significancia. ,01

	ESCOLA	F	HI	HS	K	L
D	-,2557	,0705	,4416	,3885	-,1463	,3486
DP	-,2163	,7301**	,3489	,2810	-,0220	-,4628*
DSM4	-,2915	,3151	,3354	,1947	-,4110	,0913
ECONOM.	,2864	-,1327	-,2138	-,3084	-,1709	,4412
EDAD	-,1058	-,2802	-,0707	-,0302	,1940	-,0203
ES	,0802	,6359**	,1154	,3235	-,1973	-,3098
ESCOLA.	1,0000	-,4168	,1462	,2285	,1245	-,1108
F	-,4168	1,0000	-,0284	,0256	-,3117	-,2815
HI	,1462	-,0284	1,0000	,7322**	,2751	,1789
HS	,2285	,0256	,7322**	1,0000	,4587*	,1125
K	,1245	-,3117	,2751	,4587*	1,0000	,2910

L	-,1108	-,2815	,1789	,1125	,2910	1,0000
MA	,5100*	,0992	,0342	,0995	,0739	-,3469
MF	-,2417	,2418	,2446	-,0100	-,2315	,0911
PA	-,1684	,6787**	,0743	,0452	-,5189*	-,3918
PT	,0607	,3144	,1988	,2803	-,1587	-,0088
PUN. ZUNG	-,0763	,4154	-,0893	-,0466	-,5659**	-,3195
SI	-,3136	,3437	,1795	,0530	-,3613	,0222

* -Nivel de Significancia. ,05 ** -Nivel de Significancia. ,01

	MA	MF	PA	PT	PUN. ZUNG	SI
D	-,4023	,4500*	,2443	,5259*	,3622	,5950**
DE	,1873	,3839	,6177**	,2842	,3451	,3199
DSH4	,0163	,1641	,4548*	,6924**	,4310	,5262*
ECONOM	,1940	-,1469	-,2470	,0499	-,0499	-,2542
EDAD	-,4314	,3259	-,3442	-,4821*	-,0755	-,1901
ES	,3742	,0820	,6694**	,7870**	,5210*	,3807
ESCOLA	,5100*	-,2417	-,1684	,0607	-,0763	-,3136
F	,0992	,2418	,6787**	,3144	,4154	,3437
HI	,0342	,2446	,0743	,1988	-,0893	,1795
HS	,0995	-,0100	,0452	,2803	-,0466	,0530
K	,0739	-,2315	-,5189*	-,1587	-,5659**	-,3813
L	-,3469	,0911	-,3918	-,0088	-,3195	,0222
MA	1,0000	-,2083	,1277	,2385	-,0485	-,5280*
ME	-,2083	1,0000	,4372	,0443	,2981	,3869
PA	,1277	,4372	1,0000	,4772*	,6191**	,4945*
PT	,2385	,0443	,4772*	1,0000	,2876	,4408
PUN. ZUNG	-,0485	,2981	,6191**	,2876	1,0000	,3667
SI	-,5280*	,3869	,4945*	,4408	,3667	1,0000

- - Coeficientes de Correlación para el grupo que
manifestaba síndrome menopáusico.

	D	DP	DSM4	ECONOM	EDAD	ES
D	1,0000	,3692	,6443**	,0054	,4203	,6057**
DP	,3692	1,0000	,1995	-,2149	,3499	,6857**
DSM4	,6443**	,1995	1,0000	,0291	,2320	,5697**
ECONOM	,0054	-,2149	,0291	1,0000	-,3255	-,2112
EDAD	,4203	,3499	,2320	-,3255	1,0000	,5946**
ES	,6057**	,6857**	,5697**	-,2112	,5946**	1,0000
ESCOL	-,3232	-,1868	-,2425	,6035**	-,4470*	-,2980
F	,3896	,4625*	,5096*	-,3563	,5147*	,8773**
HI	,4633*	,3371	,4789*	,0716	,1577	,3421
HS	,5213*	,3326	,4261	-,2108	,3249	,3223
K	-,0083	-,2999	,1538	,5058*	-,2727	-,4446*
L	-,1489	-,1470	,1070	,1693	-,1971	-,3687
MA	-,1582	,3396	,0754	-,3597	,1993	,4964*
MF	-,0354	,1421	-,0942	,1618	-,2631	-,0084
PA	,4398	,8039**	,4338	-,1721	,4144	,7629**
PT	,6821**	,6070**	,5723**	-,1676	,6124**	,8052**
PEUNG	,5392*	,0948	,6583**	-,1959	,5782**	,5592*
SI	,4111	-,2569	,4011	-,1753	,4090	,2458

* -Nivel de Significancia. ,05

** -Nivel de Significancia. ,01

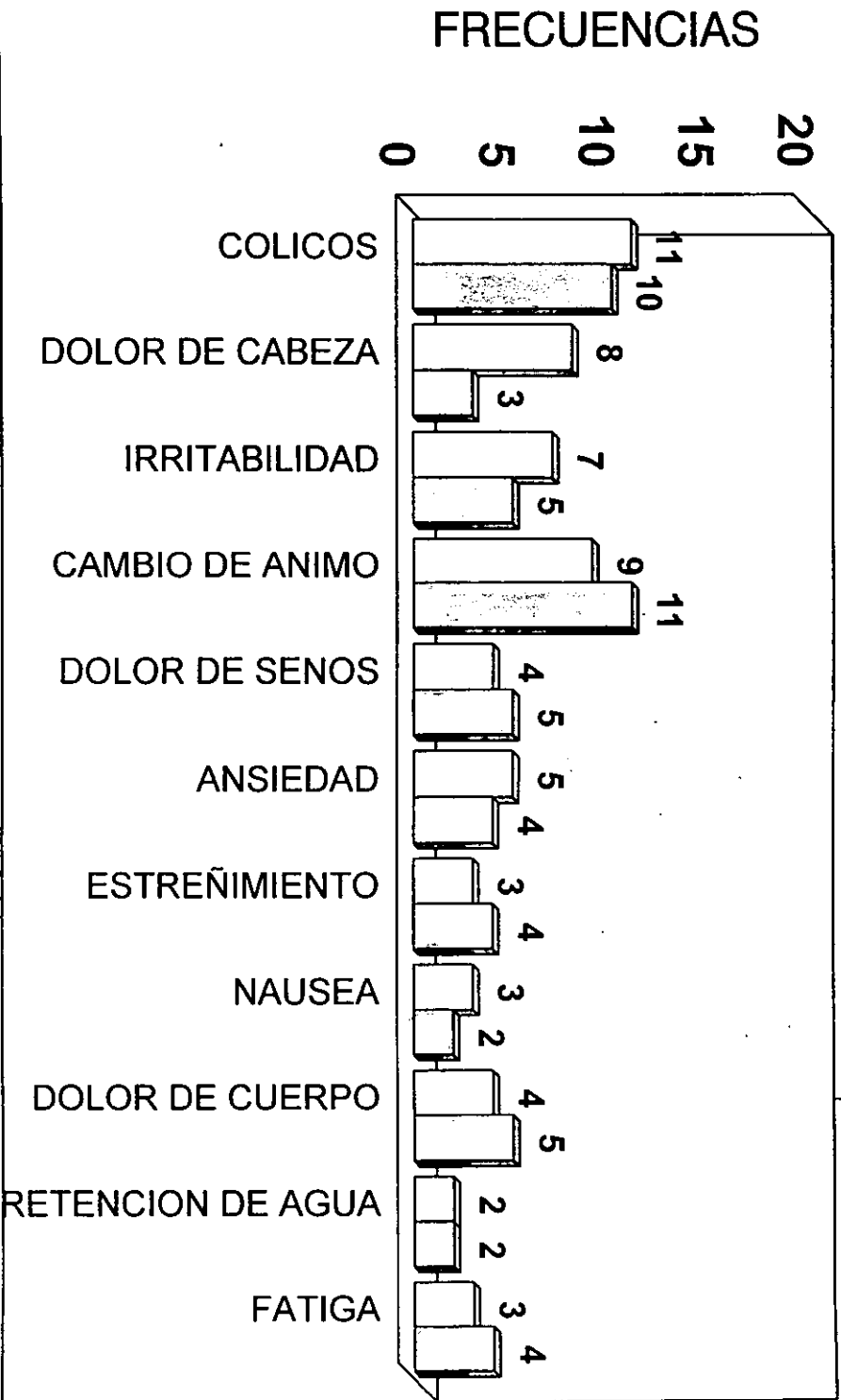
	ESCOL	F	HI	HS	K	L
D	-,3232	,3896	,4633*	,5213*	-,0083	-,1489
DP	-,1868	,4625*	,3371	,3326	-,2999	-,1470
DSM4	-,2425	,5096*	,4789*	,4261	,1538	,1070
ECONOM	,6035**	-,3563	,0716	-,2108	,5058*	,1693
EDAD	-,4470*	,5147*	,1577	,3249	-,2727	-,1971
ES	-,2980	,8773**	,3421	,3223	-,4446*	-,3687
ESCOL	1,0000	-,4658*	,0278	-,2246	,2645	,0832
F	-,4658*	1,0000	,0277	,1098	-,6146**	-,4295
HI	,0278	,0277	1,0000	,5774**	,4322	,3213
HS	-,2246	,1098	,5774**	1,0000	,3223	,3548
K	,2645	-,6146**	,4322	,3223	1,0000	,7870**
L	,0832	-,4295	,3213	,3548	,7870**	1,0000

MA	-,0385	,5975**	,1988	,0276	-,4332	-,0772
MF	,5577*	-,2502	,5768**	,3200	,3262	,2408
PA	-,0497	,5797**	,3651	,2971	-,2746	-,1573
PT	-,3017	,6509**	,4932*	,5601*	-,2075	-,2578
PZUNG	-,3046	,4485*	,4300	,4976*	,0984	,0191
SI	-,2125	,3432	-,1500	,1333	-,2354	-,2503

* -Nivel de Significancia. ,05 ** -Nivel de Significancia. ,01

	MA	MF	PA	PT	PZUNG	SI
D	-,1582	-,0354	,4398	,6821**	,5392*	,4111
DP	,3396	,1421	,8039**	,6070**	,0948	-,2569
DSM4	,0754	-,0942	,4338	,5723**	,6583**	,4011
ECONOM	-,3597	,1618	-,1721	-,1676	-,1959	-,1753
EDAD	,1993	-,2631	,4144	,6124**	,5782**	,4090
ES	,4964*	-,0094	,7629**	,8052**	,5592*	,2458
ESCOL	-,0385	,5577*	-,0497	-,3017	-,3046	-,2125
F	,5975**	-,2502	,5797**	,6509**	,4485*	,3432
HI	,1988	,5768**	,3651	,4932*	,4300	-,1500
HS	,0276	,3200	,2971	,5601*	,4976*	,1333
K	-,4332	,3262	-,2746	-,2075	,0984	-,2354
L	-,0772	,2408	-,1573	-,2578	,0191	-,2503
MA	1,0000	,3616	,4637*	,2996	,1546	-,1574
MF	,3616	1,0000	,2362	,0830	,0635	-,4182
PA	,4637*	,2362	1,0000	,6290**	,3629	-,0009
PT	,2996	,0830	,6290**	1,0000	,6119**	,3701
PZUNG	,1546	,0635	,3629	,6119**	1,0000	,5340*
SI	-,1574	-,4182	-,0009	,3701	,5340*	1,0000

SINTOMAS PREMENSTRUALES

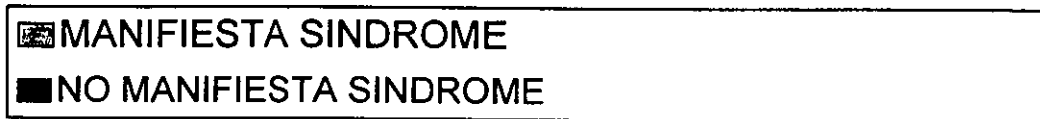
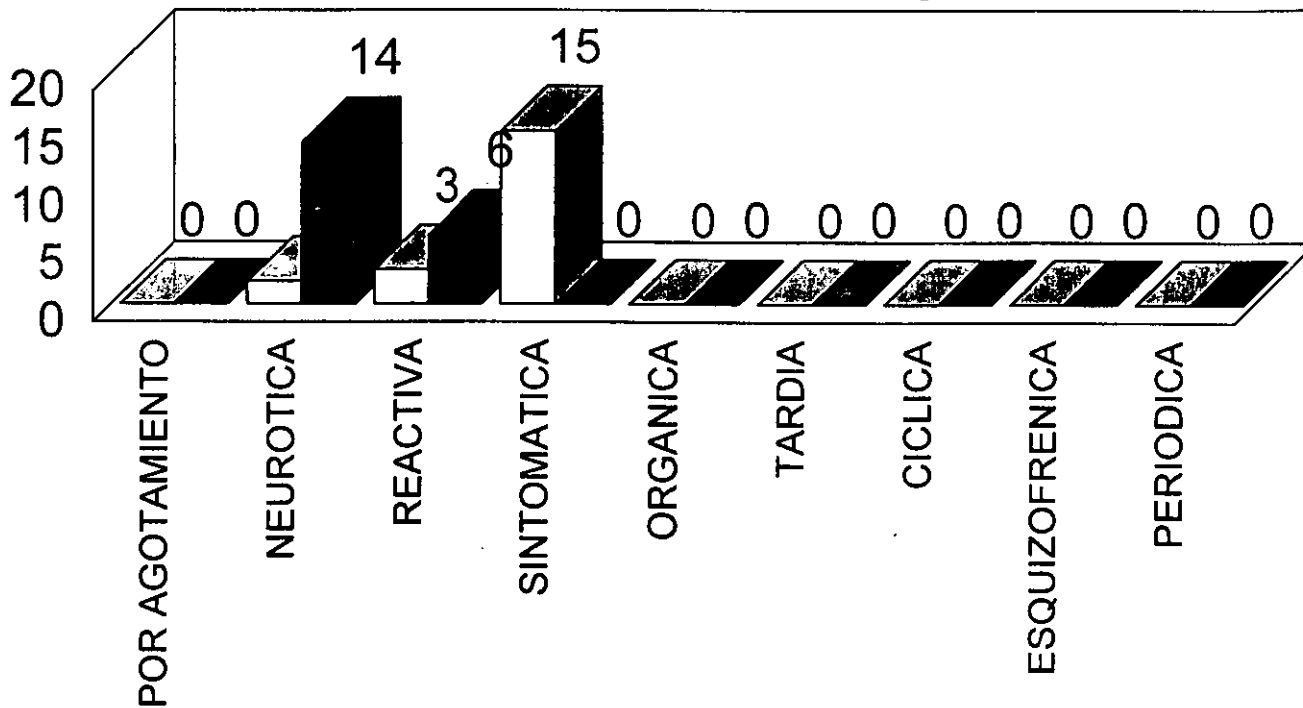


□ MANIFIESTA SINDROME ▨ NO MANIFIESTA SINDROME

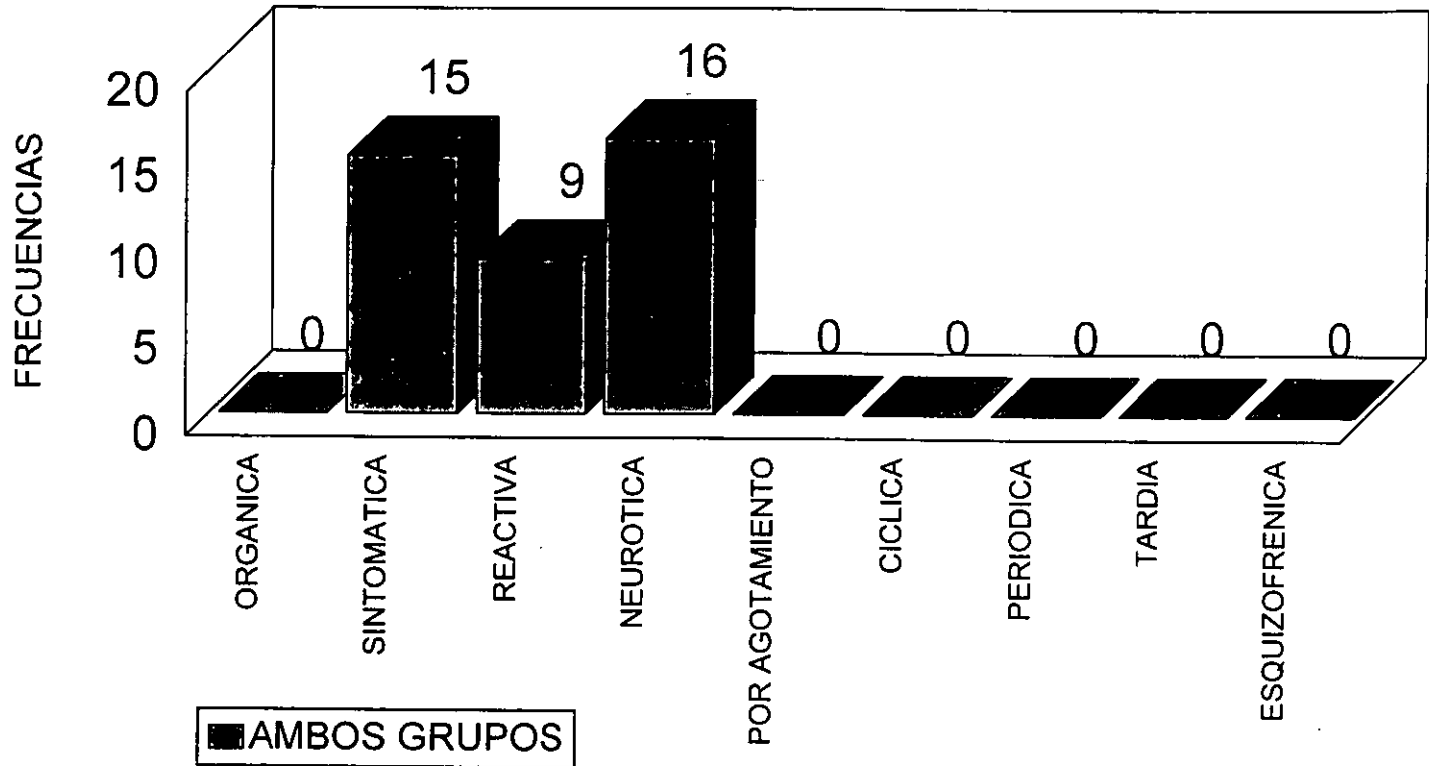
TIPOS DE DEPRESION

CLASIFICACION KIELHOLZ

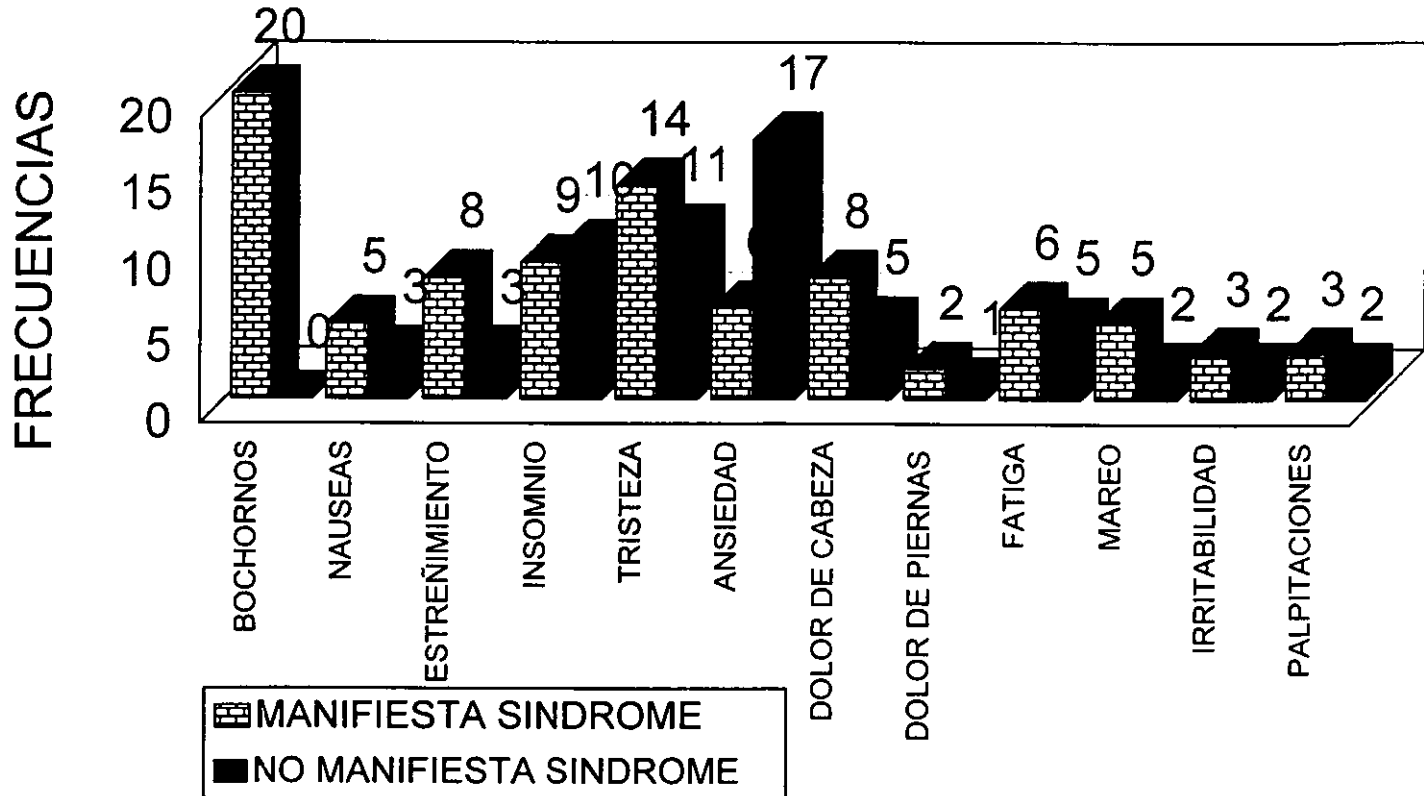
FRECUENCIAS



TIPOS DE DEPRESION DE KIELHOLZ



SINTOMAS REPORTADOS EN LA MENOPAUSIA



BIBLIOGRAFÍA:

Aguilera G. (1977). Aspectos Clínicos y Socioculturales de la Depresión y la Histeria., Tesis recepcional Facultad de Psicología UNAM.

Albright F., Smith P. H., Richardson A. M.(1941) Post menopausal osteoporosis Journal American Medical Association. 16, 522-525.

American College of Physicians (1992). Guidelines, for Counseling post menopausal women about preventive hormone therapy. Annuary of Internist Medicine. 117,1038-1041.

Ayuso J.(1981). Las depresiones. Edit. Interamericana., Madrid, España.

Bachmann G. A. (1994). The changes before "the change", strategies for the transition to the menopause .Postgraduate Medicine. 95 (4), 113-124.

Bachmann G. A., Notelovis M., González SJ. et al. (1991). Vaginal Dryness in menopausal women: clinical characteristics and nonhormonal treatment. Clinical Practice Sexuality. 7 (9), 1-8.

Ballinger C. B. (1990). Psychiatric aspects of Menopause. British Journal of Psychiatry. 156: 773-787.

Ballinger C. B. (1978) Psychiatric Morbidity and the Menopause: Screening of General Population Sample. British Medical Journal. 344-346.

Ballinger C. B. (1976). Subjetive sleep disturbance at te menopause. Journal of Psychosomatic Research, 20, 509-513.

Ballinger C. B. (1976) Psychiatric morbidity at the menopause: clinical features. British Medical Journal, , 1183-1185.

Ballinger C. B. (1976) Psychiatric morbidity at the menopause: survey of a gynaecological out-patient clinic British Journal of Psichiatry, 131, 83-89.

Ballinger, C. B.; Browning, M. C. y Smith, A. H. W.(1987) Hormone profiles and pscychological symptoms in perimenopausal women. Maturitas, 9, 235-251.

Ballinger C. B.; Bungay, G. T.; Vessey, M. P.y Mcperson, C. K.(1980). Study of symptoms mi middle life with special reference to the menopause.British Medical Journal pag.181-183.

Ballinger, C. B.; Smith, A. H. W, y Hobbs, P. R. (1985) Factors associated with psychiatric morbidity in women- a general practice survey. Acta Psychiatrica Scandinava, 71, 272-280.

Benjamin, S., Barnes, D., Falconer, G., et al (1984) The effect of illness behaviour on the apparent relationship between physical and mental disorders. Journal of Psychosomatic Research, 28, 387-395.

Benson C., y Pernoll L., (1994). Manual de Obstetricia y Ginecología Edit Interamericana Mc Graw Hill., México.

Belssaso, G. y Lara Tapia, H., (1971) La conducta suicida en pacientes del INNN. MVS. Archivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. 5 :2,38-43.

Brenner, F. P. (1988) The Menopausal Syndrome, Obstetrics and Gynecology. 72: 5 (supplement) 6-11.

Brown, G. W. y Harris, T. (1978) Social origins of Depression. London: Tavistock Publications. Ltd.

Brown. M, Harver-Moor, K. Gray T, Rivier. C: (1989) Tirotopin Releasing Factor Induced adrenocorticotropin secretion mediated by corticotropin releasing factor. Endocrinology. 125: 2558-2562.

Burín, M. (1987) Estudio sobre la subjetividad femenina. Grupo editorial Latinoamericano, Buenos Aires Argentina

Calderón Narvéez G. (1987). Depresión . causas, manifestaciones y tratamiento. Edit. Trillas., México.

Campbell S.; Whitehead, M. (1977) Oestrogen Therapy and the Menopausal Syndrome. Clinic Obsteric Gynaecology. 4 : 31-47.

Canto de Cetina E. T. (1995). Terapia de sustitución hormonal en el climaterio., Revista de Investigación Clínica. 47(1) 49-61.

Caraveo Anduaga.(1997). J..J. Epidemiología de los trastornos depresivos., Psiquiatría. Supl.13: 2-5.

Caraveo Anduaga (1996)., Medina-Mora M.E., Rascon M. L., Villatoro J: ,Martínez -Vélez A., Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México, Salud Mental. 19(3), 14-21.

Caraveo A.; Martínez-velez, A. Rivera, G; Saldivar, H. Y Colmenares, B. Epidemiología de la morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México. Reporte interno de investigación, DIES:IMP:

Chakravarty, S., Collins, W. P., Forecast, J. D. (1976). Relation between plasma Hormone profiles after the menopause . British Medical Journal, 784-787.

Cooke, Y. J. (1985) Psychosocial vulnerability to life events during the climateric., British Journal of Psychiatry, 147, 71-75.

Coppen, A. (1965) The prevalence of menstrual disorders in Psychiatric patients. British Journal of Psychiatry. 111, 155-167.

Dennerstein L: (1987) Depression in the Menopause. Obstetrics and Gynecology Clinic of North America. 14, 33-48.

Dennerstein L., Gotts G., Brown J., Morse C. Farley T. y Cols (1994) The relationship between the menstrual cycle and female sexual interest in women with PMS complains and volunteers, Psychoneuroendocrinology, 19, 293-304.

Díaz-Guerrero R. (1990). Psicología del mexicano. Capítulo dos, Edit. Trillas., México, D.F. 5ta edición

Dickoff E C., Crary W G., Cristo M. y cols. (1991) Estrogen improves Psychological function in asymptomatic post-menopausal women. Obstetric and Gynaecology. 78, 991-995.

Dorsch F. (1977). Diccionario de Psicología. Edit. Herder Barcelona España .231.

Dowling, R. H: y Knox, S. J. (1964). Somatic Syndromes in depressive illness: a problem of referral for general practitioners. British Journal of Psychiatry. 110, 720-722.

Dunnell, K. Y Cartwright, A. (1972) Medicine Takers, Prescribers and Hoarders. London y Boston: Routledge y Kegan Paul.

Eskin, B. (1980). The Menopause, Comprehensive Management. Edit. Masson Pub.

Feijjo, MC.y Herzer, H. (comp) (1991) Mujer y sociedad en américa latina. Edit. Grupo editor latinoamericano , Buenos Aires , Argentina. Pp. 199-282.

Fernández del Castillo, C. y Ayala, A., (1983), Problemas endócrinos del climaterio en la menopausia. Ginecología y obstetricia de México , 51:312,99-109.

Flint, M. P. (1975). The menopause Reward or punishment. Psychosomatics. 16, 161-163.

Flint; M. P. (1979). Transcultural influences in Peri-menopause in Psychosomatics, (eds A. A. Haspels y H. Musaph), pp.41-56. Lancaster, U: K.MTP Press.

Fuch Estelle (1982). La segunda edad, las mujeres en la madurez, vida y sexo. Edit. Grijalbo, México.

Fuxe, K.; Hockfelt, T. y Nolsson, O. (1969), Castration, sex hormones and tuberoinfundibular dopamine neurons. Neuroendocrinology, 5:107.

Gangar K. F. Whitehead M. I. (1990): Biological actions of progestins. En: Koreman S. G. Edit. The Menopause., Boston: Sereno Symposia, 43-57.

Goldemberg, D. P., (1972) The Detection of Psychiatry Illness by Questionnaire. London: Oxford University Press.,

Goldzieher. M, y Goldzieher, J. (1955) Tratamientos endócrinos en la práctica general. Edit. Científica Médica pp. 289-398.

Greenberg, R. P. (1983) The meaning of menorrhagia: an investigation into the association between the complaint of menorrhagia and depression. Journal of Psychosomatic Research, 27,209-214.

Grodin, J; Siiteri, P. y Macdonald, P. (1973) Source of estrogen production in postmenopausal women. Journal of Clinic Endocrinological Metabolism., 36 : 207.

Guyton (1992). Tratado de Fisiología Médica. Edit Mcgraw-hill Interamericana., México.

Halstrom, T. (1973) Mental Disorder and Sexuality in the Climateric, Gothenburg: Scandinavia University Books.

Halstrom, T., (1977) Sexuality in the Climateric. Clinical Obstetrics and Gynaecology, 4, 227-239.

Harlap, S. (1962) The Benefits and risk of Hormone Replacement Therapy: An Epidemiologic Overview American Journal of Obstetrics and Gynecology. 166:1986-1992.

Harlow, B, Cramer D. y Annis K. (1995) Association of Medically Treated Depression and Age at Natural Menopause. American Journal of Epidemiology 141: 12, 1170-1176.

Hay, A. Bancroft, J. Johnston E. (1994). Affective Simptoms in Women Attending a Menopause Clinic, British Journal of Psychiatry. 164: 513-516.

Hernández, I. (1998). Actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico Archivos de Neurociencias INNN. 3 (suplemento),. 32.

Hunter M. (1992) The South-East England Longitudinal Study of the Climateric and Postmenopause. Maturitas. 14: 2, 117-126.

Jaszmann, L., Van Lith, N. D. y Zaat, J. C. A. (1969) The perimenopausal Symptoms: The statistical Analysis of a survey. Medical Gynaecology and Sociology, 4,268-277.

Khaw, K. P. (1992) Epidemiology of the Menopause British Medical Bulletin, 48 :249-261.

Kielholz P (1972). Depressive Illness. Edit. Hans Huber Pubs., Berna. Pp. 11-12.

Klaiber E. L., Broverman D., Vogel. W. y Kobayashi. Y. (1979) Estrogen Therapy for severe persistent depression in women. Archives of General Psychiatry. 36, 550-555.

Koib, H. y Noyes A.. (1976). Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. La Prensa mexicana., México .

Krymskaya, M. (1991). El periodo climatérico. Edit. Mir Moscú.

Lara Tapia H. (1998).Análisis Epidemiológico de la Hospitalización Psiquiátrica del INNN.MVS., Archivos de Neurocirugía (en prensa).

Lara Tapia H. y Espinosa García, R. (1976). La hospitalización psiquiátrica en un sistema de seguridad social. Salud Pública de México., 18(5):901-910.

Lara Tapia H., Lara Tapia L. y Ramírez de Lara L. (1976). Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología- Neurocirugía- Psiquiatría, 17(1):5-15.

Lara Tapia H. Ramírez de Lara, L y Lara Tapia, L. (1971). Eventos cotidianos, percepción del estrés y enfermedad psiquiátrica, en Psiquiatría Social e América Latina Martins, C. e Marques de Assis, (Eds). Referenca Ltda., Sao Paulo. Pp 296-306.

Lara Tapia H. y Ramírez de Lara, L. (1975): Un estudio Clínico epidemiológico de padecimientos psiquiátricos en un sistema de seguridad social. Salud Pública de México. 17(5): 675-685.

Leiblum S., Bachmann G, Kemmann E., et al Vaginal atrophy in postmenopausal women. Journal American Medical Association. 249, (16), 2195-2198.

Lemperieré, T. (1967). Las Depresiones Psicógenas., Neurología Neurocirugía y Psiquiatría. 8 (4) 189-199.

McGhie, A. y Ruseell, S. M. (1962) The Subjetive Assessment of Normal Sleep Patterns. Journal Of Medical Science. 108,642-654.

McKinlay, J. B., McKinlay, S., M. y Brambilla, D. (1987) The relative Contributions of Endocrine Changes and Social Circunstances to Depression in Mid-age Women. Journal of Health and Social Behavior. 28,345-363.

McKinlay, S. M. y Jefreys, M. (1974) The menopausal syndrome British Journal of Preventative and Social Medicine. 28, 108-115.

Martín del Campo L., Herrera. F. (1996). Climaterio y depresión Salud Mental. 19(3) 49-57.

Masters, V. H. y Johnson, V. E. (1966) Human Sexual Response. Boston Little, Brown.

Mechanic, D. (1978), Sex, Illness, Illness Behavior and the use of Health Service. Social Science in Medicine, 12, 207-214.

Mechanic, D. (1986) The concept of Illness Behavior; Culture, Situation, and Personal Predisposition. Psychological Medicine, 16, 1-7.-

Mendels J. (1982). La depresión., Edit. Herder., Barcelona.

Morales C.; Díaz F; y Aldana C. (1995). Síntomas Somáticos durante el Climaterio Asociados con Estados Depresivos. Perinatología y Reproducción Humana, 9: 2, 85-92.

Morales, R. E. Nieto, M.A. (1994). Relación entre el grado de depresión en la mujer en el climaterio y su historia personal. Tesis de Licenciatura, UNAM, México.

Morfín Nuñez y Lara Tapia H.(1995). Psicopatología en familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría. Archivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. 10: 147-150.

Munro, A. (1969) Psychiatric Illness in Gynaecological out-patients: a preliminary study. British journal of Psychiatry, 115, 807-809.

Neugarten, B. L., y Kraines, R. J. (1965) "Menopausal Symptoms" in women of various ages. Psychosomatic Medicine, 27, 266-273.

Neugarten, B. L., Wood. V., Kraines, R. J., et al (1968) Women's attitudes towards the menopause. en middle age and ageing (edit B. L. Neugarten) pp.195-200. Chicago and London: University of Chicago press.

Nuñez R. (1994). Aplicación del MMPI a la Psicopatología, Edit. Manual Moderno., México.

Nuñez R. (1996). El inventario MMPI en la evaluación de los efectos de la psicoterapia en la personalidad., Psiquiatría 1(12) 23-30.

Notelovis M. (1989) Estrogen replacement therapy: Indications, contraindications and agent selection. American Journal of Obstetric and Gynecology, 161, 1832-41.

Novak (1991) Tratado de Ginecología Edit. McGraw-Hill Interamericana, México.

Ostow, M.(1980) La depresión: psicología de la melancolía. Ed. Alianza Editorial, Madrid . Pp. 7-8.

Paterson M., Wade-Evans. T., Sturdee D W; Thom M. H. y Studd J. W. (1980) Endometrial disease after treatment with oestrogens and progestogens in the climateric. British Medical Journal., 280, 822-824.

Pérez Palacios G., Cravioto N. C., Medina M., Ulloa-Aguirre A. (1983) The menopause. : En Serra G. D., edit The Ovary. New York: Raven Press., 273-284.

Pichot P. López-Ibor Aliño J J. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales. Edit. Masson, S.A., Madrid.

Ramírez S. (1962). Esterilidad y fruto, psicología de la función procreativa. Edit. Pax., México.

Ramírez de, L., Lara T. H, y Vargas, M, E. (1972). Factores menstruales en pacientes psiquiátricas., Revista Médica del ISSSTE. 7(2) 121-137.

Rebar R. W., Spitzer L. B. (1987) The Physiology and Measurement of Hot Flushes. American Journal Obstetrics and Gynaecology. 156, 1284-8

Rivin A. U. Dimitroff S. P. (1954) The incidence and severity of atherosclerosis in estrogen-treat males, and in Females with a hypoestrogenic or a hyperestrogenic state. Circulation., 9: 533-539.

Rivera G., Fayne, E; Lucio G. (1995). Taller sobre el manejo e interpretación del MMPI., Edit. Departamento de publicaciones de la Facultad de Psicología., UNAM.

Rubin, L. B.(1979) Women of certain age. The midlife search for self. New York Harper y Row.

Sainsbury, P. (1960) Psychosomatic disorders and neuroses in out-patients attending a general hospital.Journal of Psychosomatic Research. 4, 261-273.

Salin-Pascual R.(1998). El impacto de los sistemas hormonales sobre la neurobiología de las alteraciones afectivas de la mujer. Psiquis, 7(3), 53-60.

Sánchez-Cánovas J. (coordinador) (1996). Menopausia y salud. Edit. Ariel, Barcelona.

Schildkraut, J.(1987). Biogenic amines and affective disorders. Annual Review of Medicine, 25, 333-348.

Schmidt, P. J.y Rubinow, D. R.(1991) Menopause-related affective disorders: a justification for further study American Journal of Psychiatry, 148:844-882.

Seligman P.E. (1981) Indefensión, en la depresión, el desarrollo y la muerte. Edit Debate, Madrid, España. Pp.118-135.

Semmens JP.,Wagner G (1982) Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. Journal American Medical Association, 248, 4, 445-448.

Smith, W. G. (1971) Critical life-events and prevention strategies in Mental Health. Archives of General Psychiatry, 25, 103-109.

Stewart D. E., Boydell K. M. (1993) Psychological distress during menopause: association across the reproductive life cycle. Int. Journal of Psychiatric Medicine, 23, 157-162.

Stewart D E., Boydell K., Derxko C. Marshall V. (1992) Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. Int journal of Psychiatric Medicine. 22, 213-220.

Subdirección General de Investigación del INNN. (1997) Reglamento para la Investigación Clínica, Ed. División de Investigación Clínica.

Tait, A. C., Harper, J. y McClatchey, W. T. (1957) Initial Psychiatry Illness in involutonal Women. I. Clinical aspect. Journal of Mental Science, 103, 132-145.

Thiriet M., Képes S. (1987). Mujeres de 50 años Edit Javier Vergara S.A. Buenos Aires, Argentina.

Thompson, B., Hart, S. A. y Durno, D. (1973) Menopausal age and symptomatology in a general practice. Journal Of Biosocial Science, 5, 71-82.

Thomson, J. y Oswald, I. (1977) Hormones and sleep. Current Medical Research and opinion, 4,(suppl 3), 67-72.

Yonkers K. Editor (1995) Mujer y depresión, ¿Quién se encuentra en riesgo?., American Journal of Obstetrics and Gynecology, 173:1, 2, 3 supl.

Weissman M. M., Myers J. K., Leaf GL., Tischler y Hlzer C E. (1986) The affective disorders: Results from the epedemiological Catchmen Area Study (ECA). En New results in Depression Research. Hippus H., Klerman GK, Matussek , edit. Springer-Verlag.

Wiklund I., Karlberg J. y Mattsson LA. (1993) Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo-controlled study. American Journal of Obstetric and Gynaecology. 168, 824-830.

Winokur, G. (1973) Depression In the Menopause. American Journal of Psychiatry., 130-92-93.

Wood, C. (1979) Menopausal Myths. Medical Journal of Australia. 1, 496-499.

Woodruff A. R., Goodwin W. D. y Guze B. S.(1978) El Diagnóstico en Psiquiatría. dit. El Manual Moderno., México. D. F., Pp. 1-17.

Worsley, A., Walters, W. A. W. y Wood, E. C. (1977) Screening for Psychological Disturbance amongst Gynaecology Patients. Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 17, 214-219.

Zinser, O. (1992). Psicología Experimental. Edit. McGraw Hill, México,D.F.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

Este instrumento permite evaluar las características de personalidad del sujeto; esta conformado por oraciones negativas o positivas que tratan aspectos de salud general, hábitos, actitudes sexuales religión, actitudes políticas, y reactivos importantes para el diagnóstico psicopatológico. A través de la elección entre dos alternativas de respuesta (cierto y falso), permite que el sujeto se defina a sí mismo

Originalmente cuenta con 566 reactivos los cuales están agrupados en cuatro escalas de validez (? , L, K, y F) y en diez escalas clínicas (Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma, e Is), se considera un instrumento estructurado, Lápiz-papel; su calificación se realiza mediante plantillas, obteniéndose un puntaje crudo el cual es transformado a puntaje estandarizado (puntajes T), su calificación permite el establecimiento de representaciones gráficas (perfil) de algunas de las características de personalidad del sujeto examinado. Es posible, aplicar éste instrumento en forma individual, grupal o ser autoadministrado Nuñez (1994).

Rivera O.(1995) señala que en el MMPI existen algunos indicadores que funcionan como control de elementos que pueden considerarse como severos y agrega que la escala K ofrece información acerca de la sensación que tiene el sujeto respecto a su capacidad para resolver sus problemas; que la escala dos puede considerarse como un control de tipo interno, basado en sentimientos de inseguridad y culpa que tiende a frenar las descargas impulsivas; respecto a la escala tres señala que se puede considerar como un control de tipo externo por medio de la necesidad de la persona de ser socialmente aceptada; que la elevación de la escala siete evidencia el nivel de ansiedad que experimenta el sujeto, por lo que puede ser visto como un elemento de control sobre las descargas impulsivas; mientras que la escala cero puede servir como una forma

de control más adecuada, pues es indicadora de la capacidad de auto reflexión sobre la experiencia propia.

Existe otra forma del MMPI, esta se conoce como MMPI-2, consiste en la reestandarización del instrumento original; Lucio y Ampudia (1997) señalan que el MMPI-2 se conforma por las mismas escalas básicas que el MMPI-1; que se mantuvieron la mayoría de los reactivos tanto de las escalas clínicas como las de validez a excepción de algunos (cuatro reactivos de la escala F; uno de la escala HS; tres de la escala D, cuatro de la Mf y uno de la Si) que se consideraron poco convenientes; dentro de los cambios que se incluyen en la versión MMPI-2 están los siguientes: además de las escalas de validez tradicionales se incluyeron otros índices específicos de validez: la escala de inconsistencia en las respuestas verdaderas INVER (TRIN); la escala de inconsistencia en las respuestas variables y INVAR (VRIN) y la F posterior.

Se desarrollaron nuevas escalas de contenido y suplementarias, como la escala de tendencia a la adicción (ETA), la escala de reconocimiento de adicción. (ERA).

El procedimiento para realizar la calificación y los perfiles continúa siendo básicamente el mismo

Escala de automedición de la depresión de William W. K. Zung:

Esta escala permite cuantificar la depresión del paciente, consta de 20 oraciones, de las cuales diez están redactadas en sentido negativo y otras diez en sentido positivo; todas hacen referencia a síntomas característicos de la depresión; el paciente después de leer la oración tiene que responder de acuerdo a la frecuencia en que experimenta la situación que se le plantea en ésta, para

ello se le permite escoger entre cuatro alternativas de respuesta: Muy pocas veces, Algunas veces, La mayor parte del tiempo y Continuamente, dichas alternativas se le han asignado los valores 1,2,3 y 4 respectivamente, en orden variable dependiendo de si la oración está planteada en sentido negativo o positivo.

La calificación de éste instrumento se realiza sumando los puntos obtenidos en cada oración, después al total de la suma se convierte a un índice basado en 100, el cual permite establecer un diagnóstico preliminar de la intensidad de la depresión de un sujeto. La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión clínicamente significativa.

Este instrumento, como su nombre lo indica es autoaplicado por lo que se puede recabar la información de manera más directa que con otros instrumentos.

Para el presente estudio se utilizó la traducción española de la Universidad de Salamanca, y calificada con la norma para México (ver anexo).

En el estudio realizado por Lara, Ramírez y Lara L.,(1976) con el fin de valorar las normas de la Escala Autoadministrada de la Depresión de Zung se aplicó éste instrumento a sujetos que eran atendidos en distintos servicios médicos de la Ciudad de México; con éstos sujetos se conformaron cinco grupos categorizados de acuerdo a la patología que presentaban, uno era grupo control normal, otro denominado de enfermo general, el tercero enfermo psicofisiológico, el cuarto enfermo psiquiátrico general y el quinto psiquiátrico depresivo, utilizando el método estadístico t de "Student" se determinó que entre los grupos sí existía una diferencia estadísticamente significativa, también se encontró que el

promedio de calificación de la depresión de ésta muestra era similar al de las normas de calificación de la escala original del autor, lo que permitió concluir que las normas para ésta escala son válidas para la población mexicana.

En el presente estudio nos basamos en la siguiente tabla para realizar los diagnósticos:

Diagnóstico de los Grupos de valoración	Índice AMD promedio	Medida (P-95%)
Controles normales	33	24-43
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90
Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Desórdenes de la personalidad	53	42-68
Reacciones de ajuste transitorias	53	38-68

Registro de Depresión Mayor DSM-IV

Este instrumento fue conformado ex profeso para la presente investigación, permite determinar si está presente un trastorno depresivo mayor, consiste en una transcripción de los criterios planteados por el DSM-IV para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, así como de las especificaciones como curso y gravedad del trastorno; comienza con una ficha de identificación del sujeto, continúa con una guía de 11 puntos que orientan al investigador acerca de las preguntas que debe realizar al sujeto con el fin de determinar la ausencia, o en su

caso la presencia del síntoma que es planteado en cada punto. Se otorgará un punto por cada síntoma que presente el sujeto y la calificación total será la suma de todos los puntos. También contiene un apartado en el que se explora algunas de las características del padecimiento del sujeto, como el tiempo de evolución total, el tiempo de evolución actual; y cuestionamientos acerca de los medicamentos que utilizará; por último se incluye otro apartado que explora algunas de las características sociodemográficas como la edad del sujeto, de su estado civil, su ocupación, su escolaridad, y su lugar de origen.

Éste instrumento se calificará otorgando un punto por cada uno de los criterios que cumpla el sujeto dada su situación; al final se realizará una suma aritmética de todos los puntos obtenidos con el fin de obtener un puntaje total.

Registro de antecedentes gineco-obstétricos

Éste registro consiste en un breve interrogatorio que se realiza al sujeto con el fin de conocer parte de su historia gineco-obstétrica; se conforma de 9 preguntas, las cuales exploran temas como edad de menarca, intervenciones quirúrgicas y tratamientos ginecológicos previos, síntomas que pueden presentarse en la menopausia, etc. (ver anexo).

Perfil hormonal

Es un análisis de laboratorio para determinar las concentraciones de distintas hormonas relacionadas con el fenómeno de la menopausia. Este análisis fue realizado como parte del estudio y tratamiento de los pacientes.

	FASE FOLICULAR	FASE LUTEA
FSH	3.0 - 20.0	1.0 - 12.0
LH	2.0 - 15.0	.6 - 19.0
ESTRAD.	60.0 - 200.0	50.0 - 165.0
PROG.	.10 - 1.5	2.5 - 28.0
TEST.	.20 - 1.1	

Los niveles hormonales considerados como normales para el periodo de la postmenopausia son:

LH	16.0-64.0 Microunidades/mililitro
FSH	16.0-64.0 Microunidades/mililitro
Estradiol	0.0-14.0 Picogramos/mililitro
Proesterona	.10-.70 Nanogramos/mililitro
Testosterona.....	0.20-1.1 Nanogramos/mililitro

Otro aspecto que es importante señalar es el hecho de que se realizó un estudio epidemiológico de los padecimientos atendidos en el área de hospitalización del departamento de psiquiatría de el INNN durante el periodo 1996-1997, del cual surgieron los siguientes datos:

Se hospitalizaron 650 pacientes de los cuales 80 (12.31%) fueron diagnosticados como depresión mayor.

Se observó que la mayoría de los pacientes que recibieron tal diagnóstico eran de sexo femenino, predominando en una proporción de 4:1 respecto a los varones.

Se determinó que los trastornos afectivos ocuparon el segundo lugar después de las esquizofrenias.

Registro de antecedentes ginecoobstétricos

- 1.- A ¿qué edad empezó Ud. a menstruar?
- 2.- ¿Sus ciclos menstruales fueron regulares?
- 3.- Antes o después de que Ud. tuviera su menstruación, ¿notó alguna molestia que se presentara específicamente en éste periodo? ¿Cuál fue?
- 4.- Parte de ésta molestia, antes o después de menstruar ¿Ud. sintió:
 - Ansiedad
 - Cólicos
 - Sensación de estar "hinchada" (retención de agua)
 - Náuseas
 - Dolor en su pecho
 - Sensación de cansarse más fácilmente
 - Dolor de cabeza
- 5.- ¿Cuándo fue la última vez que Ud. menstruó?
- 6.- Actualmente ¿Ha sentido o sintió:
 - Sensación de aumento repentino de la temperatura en el cuerpo acompañada de disminución de la misma, sudores repentinos, "bochornos".
 - Dolor de cabeza
 - Tristeza, depresión
 - Sensación de que el corazón le late más aprisa
 - Estreñimiento
 - Dolor abdominal
 - Irritabilidad
 - Dolor de articulaciones
 - Sensación de cansarse más fácilmente
 - Disminución del interés sexual
- 7.- ¿Durante su relación sexual ha sentido dolor en su vagina?
- 8.- ¿Le han realizado operaciones como extirparle la matriz, uno o los ovarios?
¿Hace cuanto tiempo de esto?
- 9.- ¿Alguna vez ha sido Ud. tratada con hormonas?

Registro DSM IV

Nombre _____ No. exp. _____ Sexo _____ Edad _____
Escolaridad _____ Estado civil _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi cada día _____
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en sus actividades la mayor parte del día, casi cada día. _____
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta (más del 5% del peso corporal en un mes), casi cada día. _____
4. Insomnio o hipersomnia todo el día, casi cada día. _____
5. Agitación o entecimiento psicomotor casi todo el día, casi cada día. _____
6. Fatiga o pérdida de energía casi todo el día, casi cada día. _____
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no autoreproches por estar enfermo). _____
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o para pensar, indecisión, casi todo el día, casi cada día. _____
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin plan específico o una alternativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. _____
10. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro laboral, social o en otras áreas. _____
11. Los síntomas presentes por más de dos, meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor. _____

Tiempo de evolución total _____ del cuadro actual _____

Parte II

No de miembros de familia _____ Ingreso familia _____
Pago de consulta _____ No. de personas que trabajan _____
Ocupación: _____
Puntaje escala Zung: _____ Convertido _____

Diagnóstico Kielholz: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo acceso de llanto o deseo de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesano.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				