

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Cambios biopsicosociales de la mujer en la adultez intermedia
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mauricio Icuté Méndez

Guatemala, marzo de 2014

Cambios biopsicosociales de la mujer en la adultez intermedia

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mauricio Icuté Méndez (Estudiante)

Licda. M.A. Rebeca de Chajón (Asesora)

Guatemala, marzo de 2014

Autoridades de Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M.A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Decana

M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Mauricio Icuté Méndez
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

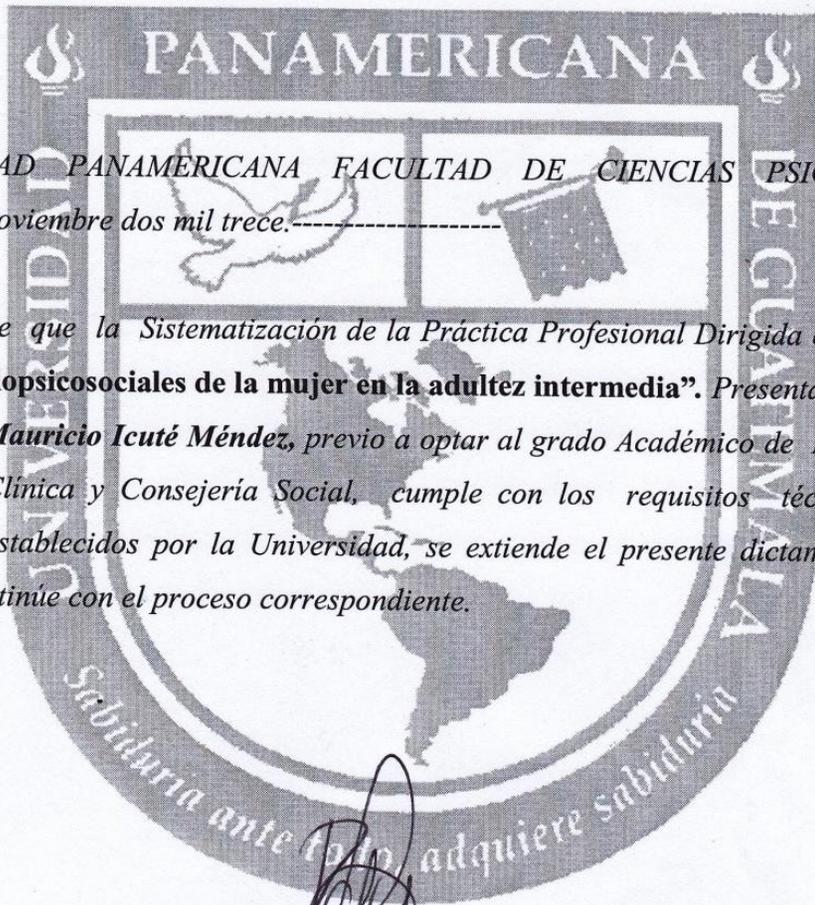
DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Mauricio Icuté Méndez** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

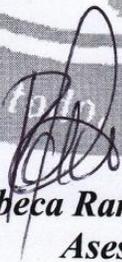

Licda. Elizabeth Herrera
Decano

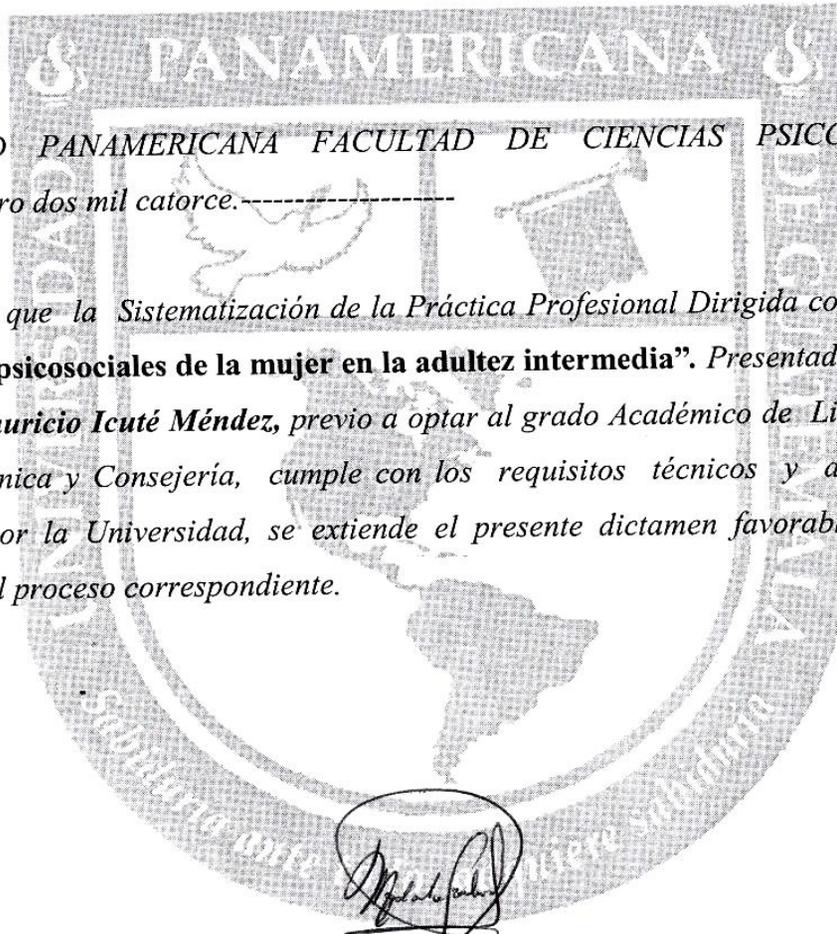




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“Cambios biopsicosociales de la mujer en la adultez intermedia”. Presentada por el (la)
estudiante: **Mauricio Icuté Méndez**, previo a optar al grado Académico de Licenciado en
Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de
contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable
para que continúe con el proceso correspondiente.


M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala enero dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Cambios biopsicosociales de la mujer en la adultez intermedia”**. Presentada por el (la) estudiante: **Mauricio Icuté Méndez**, previo a optar al grado Académico de Licenciado en Psicología Clínica y Consejería, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Magda López
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala marzo
dos mil catorce.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Cambios biopsicosociales de la mujer en la adultez intermedia**". Presentada por el (la) estudiante: **Mauricio Icuté Méndez** previo a optar grado académico de Licenciado en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Agradecimientos

A Dios Quien me ha dado la fuerza, la salud y los recursos para alcanzar esta meta, a Él sea la gloria, la honra y la alabanza por siempre.

A mis padres: Apolinario Icuté Contreras y Maximina Méndez Catañeda. QEPD., quienes inculcaron en mí muchos valores y principios de vida, precursores de la persona que soy ahora.

A mis hijos: Heber Mauricio, Eliezer Adonías, Ana Elizabeht, a mis nietas: Emily, Ash, Queilita y Sofi. Doy gracias a Dios porque me ha dado la bendición de tenerlos/as y por motivarme a seguir adelante

A mi amada esposa Juanita quien siempre estuvo apoyándome en los momentos más difíciles, ha sido un soporte muy importante en el desarrollo de mi carrera profesional, es y será siempre parte muy importante en mi vida.

A mis hermanos y amigos: Saúl Gamarro, Lucky de Gamarro, por su apoyo y sus consejos

A la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva, lugar donde realicé la práctica supervisada

A todos mis compañeros y compañeras de clase, y muy especialmente a Elda, Carmencita, y Tomas quienes junto a ellos formamos nuestro grupo de estudios

A mis maestros y maestras, por compartir su conocimiento y sabiduría en las clases

Nota: “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1. Centro de Práctica Oficina Municipal de la Mujer	1
1.1.1. Red de Derivaciones de Villa Nueva	1
1.1.2. Quiénes son	1
1.1.3. Visión O.M.M.	1
1.1.4. Misión O.M.M.	1
1.2. Presentación	2
1.2.1. Psicología	2
1.2.2. Jurídico	2
1.3. Organización	2
1.3.1. Ubicación de la institución	3
1.4. Planteamiento del problema	3
1.5. Objetivo general	4
1.5.1. Objetivos específicos	4
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1. Etapa de adultez intermedia en las mujeres	5
2.1.1. Cambios físicos en las mujeres de edad intermedia	6
2.1.2. Menopausia prematura	7
2.1.3. La postmenopausia	7
2.1.4. Histerectomía	8
2.2. Cambios emocionales en las mujeres de edad intermedia	8
2.2.1. Principales trastornos emocionales en la mujer de edad adulta intermedia	8

2.3. Cambios sociales en las mujeres de edad intermedia	10
2.3.1 El nido vacío	10
2.3.2. La viudez	11
2.3.3. La maternidad forzada	11
2.4. Tratamientos naturales para la menopausia	12
2.4.1. Otras actividades para aliviar los síntomas	12
2.4.2. Salud física en mujeres de edad adulta intermedia	13
2.5. Procesos psicoterapéuticos de apoyo a la mujer en la edad intermedia	14
2.5.1. A nivel individual	14
2.5.1.1. Cognitivo Conductual.	14
2.5.1.2. La Terapia Gestalt	15
2.5.2. Terapia familiar	16
2.5.3. A nivel de pareja	17
2.5.4. Terapia grupal para mujeres de edad adulta intermedia	19
2.5.5. Enfoque teológico doctrina judeocristiana	19
2.6. Eficacia de la terapia hormonal sustitutiva	20
Capítulo 3	22
Referente Metodológico	22
3.1. Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida	22
3.2. Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional supervisada	22
3.2.1. Enfoques terapéuticos	23
3.2.1.1. Cognitivo conductual con las siguientes características	23
3.2.1.2. Conductuales, con las siguientes técnicas	23
3.2.1.3. Terapias de apoyo con las siguientes técnicas	23
3.2.1.4. Terapias Gestálticas con las siguientes técnica	24
3.2.1.5. Terapia Racional Emotiva con las siguientes técnicas	24
3.2.1.6. Logoterapia con sus técnicas	24
3.3. Población atendida en el centro de práctica	24
3.4. Cronogramas de actividades realizadas	25
3.4.1. Actividades normales de práctica	25

3.4.2. Talleres u otras actividades especiales	25
3.4.3. Programa del curso de práctica profesional dirigida	26
Capítulo 4	27
Presentación de Resultados	27
4.1. Análisis de resultados	27
4.2. Análisis del caso clínico, temática que originó la investigación	27
4.3. Informe psicológico	28
4.3.1. Genograma	28
4.3.2. Examen mental	28
4.3.3. Impresión diagnóstica	30
4.3.4. Evaluación Multiaxial	30
4.3.5. Diagnóstico diferencial	31
4.4. Programa de tratamiento	31
4.4.1. Técnicas empleadas	32
4.5. Descripción de datos relevantes	32
4.5.1. Trastorno del deseo sexual hipoactivo	33
4.5.2. Trastorno de personalidad por dependencia	33
4.5.3. Problemas conyugales	33
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Referencias	36
Anexos	39
Anexo 1 Ficha clínica	40
Anexo 2 Examen mental	43
Anexo 3 Programa oficial práctica IV	46
Anexo 4 Organización de O.M.M. Municipalidad de Villa Nueva	50

Anexo 5	Carné de Psicólogo E.P.S.	53
Anexo 6	Organigrama administrativo O.M.M.	55
Anexo 7	Carta de agradecimiento y entrega de folletos psicoeducativos	57
Anexo 8	Constancia de participación de Ministerio Público	61
Anexo 9	Constancia de conclusión de la Práctica Supervisada	63

Resumen

Las siguientes páginas muestran el trabajo realizado por el estudiante Mauricio Icuté Méndez del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, donde se requiere el proceso de práctica profesional dirigida que se desarrolló en el Centro de Atención en la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva, y luego se procede a sistematizar dicho proceso.

En el capítulo uno, se encuentra el marco de referencia y con el respectivos planteamiento de tema de investigación, sobre el tema: “Crisis de la mujer en la edad Intermedia” generada la inquietud de uno de los casos clínicos entendidos en dicha práctica profesional dirigida; luego en el capítulo dos, se encuentra el marco teórico de la investigación cualitativa. En el capítulo tres se presenta el referente metodológico tanto de la temática de investigación, como del proceso de la práctica profesional dirigida.

En el capítulo cuatro se presenta el análisis de resultados, donde se hace un enlace entre la pregunta de investigación, el contenido teórico y el caso clínico que se adjunta en este trabajo. Se encuentran las conclusiones, recomendaciones en base a los objetivos planteados y los respectivos anexos de soporte referencial.

Introducción

En Guatemala una población de mujeres de siete millones y medio aproximadamente según estadísticas del INE del año 2013. Un considerable número de ellas, en estos momentos están pasando la etapa de la edad intermedia, sin que conozcan sobre las implicaciones que trae la transición de la mediana vida. La sintomatología puede dar lugar a que se malinterpreten algunas que son propias de esa etapa. Por esta razón en esta investigación, se dan a conocer algunos de los síntomas causados por los cambios. Por ejemplo, es normal que las mujeres entre los 40 y 55 años tengan la menopausia, o sea, el cese definitivo de los ciclos menstruales y por ende el cese de ovulación, significando esto, que ya no podrá tener más hijos/as. Es normal que sientan sofocos, como el hecho de tener resequedad vaginal, dolor en el coito, inhibición de la lívido. Algunas mujeres manifiestan trastornos emocionales, cómo periodos depresivos causantes de que haya desmotivaciones por cosas que antes disfrutaba.

A la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva, se presentó un caso de una paciente de 46 años de edad quien vino buscando ayuda porque no sabía lo que le estaba sucediendo, ya que dijo en su motivo de consulta que, creía que estaba perdiendo la razón, pues cuando hablaba con alguien, al pasar 10 o 15 minutos ya no recordaba nada. Después de hacer la investigación psicoterapéutica, se llegó a la conclusión que su problema es uno de los síntomas normales de la etapa, algo que fue confirmado por su médico. Dando esto la pauta, que es necesario que se informe y forme a la población femenina y masculina, sobre los cambios biopsicosociales que se dan en la transición de la adultez intermedia.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Centro de Práctica Oficina Municipal de la Mujer

La práctica profesional dirigida se realizó en la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva. Es un centro que promueve la productividad de la mujer a través del Centro Municipal de Capacitación y Formación (CEMUCAF) donde capacitan de forma gratuita a hombres y mujeres en talleres de artes y oficios durante todo el año, los cuales contribuyen a la mejora de la economía familiar y Micro-Empresa

1.1.1. Red de Derivaciones de Villa Nueva

Por medio de la efectiva coordinación y utilización de los recursos, de las instituciones que conforman la Red de Derivación de Villa Nueva, se brinda atención inmediata y acompañamiento en las áreas: Psicología, social, médica, legal, y espiritual a la víctima directa y colateral del delito coadyuvando a su reparación digna.

1.1.2. Quiénes son

Son organizaciones e instituciones, que suman esfuerzos para fortalecer a las víctimas con el objetivo de ayudar a la población por medio de una serie de servicios para resolver las necesidades inmediatas.

1.1.3. Visión O.M.M.

Promover la participación y el empoderamiento de las mujeres, despertando sus virtudes a través de capacitaciones y talleres las lleve a ser gestoras de su propio desarrollo, fortaleciendo el liderazgo para la toma de decisiones económicas, sociales y políticas que la beneficie.

1.1.4. Misión O.M.M.

Difundir, capacitar y defender los derechos humanos de las mujeres desde una perspectiva de género, clase y etnia; facilitando los recurso necesarios a través de programas de capacitación que les permite un desarrollo integral.

1.2. Presentación

La Oficina Municipal de la Mujer, fue creada por el Consejo Municipal según decreto Municipal 22 2010 adicionado en el artículo 25 y se encarga de velar por el respeto, integración, participación y atención de la mujer Villanovana en aras de trabajar unidos por el desarrollo integral de la comunidad.

Facilita la comunicación entre la Municipalidad de Villa Nueva y las mujeres residentes de la Comunidad con el fin de promover la organización social y la participación comunitaria en los diferentes ámbitos sociales.

1.2.1. Psicología

En el área de la Salud Mental la Oficina Municipal de la Mujer, cuenta con el departamento de Psicología Clínica y Consejería Familiar; su objeto principal es abordar estrategias de intervención en Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil, Bulín y Orientación Familiar, brindando atención personalizada a través de terapias individuales y familiares.

1.2.2. Jurídico

La Oficina Municipal de la Mujer, cuenta en sus instalaciones con Bufete Popular de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual presta Asesoría Legal gratuita en pensión alimentaria, Juicios Ejecutivos en la vía de apremio, rectificación de partidas de nacimiento y matrimonio, Declaraciones Juradas y Auténticas.

1.3. Organización

La Oficina Municipal de la Mujer cuenta con los recursos humanos necesarios:

- Licenciada Cristina Lemus que es la directora de la institución.
- Psicóloga Licenciada María Luz Martínez quien es la Coordinadora,
- Psicóloga encargada de O.M.M.,
- Psicóloga encargada de Guardería,
- Psicóloga encargada de Clínica Infantil,
- Licda. Georgina Donis encargada del Área Jurídica,

- Wendy Castellanos Dirección,
- Alba Barrientos Psicología.

1.3.1. Ubicación de la institución

La Oficina Municipal de la Mujer. Está ubicada en el Centro de Comercio Municipal, a la par del Mercado Nuevo, local # 12 (6ª calle 17-45 ruta al Mayan Golf, zona 4 de Villa Nueva). Encontrándose accesible a toda la población del municipio. Y otros municipios aledaños.

1.4. Planteamiento del problema

En Guatemala, una gran población de mujeres entra en la etapa de la edad intermedia, ignorando las implicaciones que esta fase conlleva, sufren cambios hormonales y emocionales, sin que conozcan a qué se deba. Provocando que se den desequilibrios cognitivos y conductuales, que hacen que se caiga muchas veces en estrados depresivos, o que lleguen a experimentar inestabilidad en la relación conyugal que incluso, puede provocar infidelidad de parte de su pareja y hasta llegar a una separación, así como otras conductas y reacciones emocionales que no comprende porque le sucede; cuando la mujer conoce el proceso fisiológico y emocional de la adultez intermedia, no tendrá complicaciones para afrontarla, tendrán conciencia que es el comienzo de muchos cambios que traerán nuevas expectativas de vida, cesará la ovulación, y obviamente la oportunidad de tener más hijos/as, pero al mismo tiempo es el inicio de relaciones sexo genitales con más placer, ya no existirá el temor de quedar embarazada, posiblemente aparecerán episodios depresivos y conductas como es el caso de llorar sin ningún motivo aparente, de sentirse irritada; cambios físicos, como resequedad vaginal, dolor en el coito, llegando al extremo de/o sentir desagrado al ver o estar con su pareja, debiéndose estos por factores hormonales. También afectará el hecho de que los/as hijos/as se independicen o formen su propia familia, dando lugar al desierto que deja el nido vacío; otro problema de esta etapa es el temor al envejecimiento, algunas mujeres experimentan angustia al ver que aparece alguna arruga o alguna canita, sienten que están perdiendo su atractivo físico. También no saben qué hacer con tanto tiempo disponible.

Las mujeres desconocen muchas veces las causas de estos cambios físicos y emocionales en su adultez intermedia, y se hace necesaria su información psicoeducativa, para contrarrestar los

efectos descritos, lo que conlleva seguir enriqueciendo de información a la población femenina y masculina en el caso de los cónyuges y los respectivos abordajes psicoterapéuticos a las mujeres que lo necesitan. En relación a lo anterior expuesto se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el impacto biopsicosocial de la edad adulta intermedia en las mujeres?

1.5. Objetivo general

Investigar el impacto biopsicosocial de la edad adulta intermedia en las mujeres

1.5.1. Objetivos específicos

- Describir conceptos biopsicosociales de la edad adulta intermedia en las mujeres.
- Detallar los problemas emocionales más frecuentes en las mujeres de la edad adulta intermedia.
- Enumerar principales procesos psicoterapéuticos de apoyo a mujeres en la edad adulta intermedia.
- Estructurar un documento Psicoeducativo de apoyo a la temática investigada, como aporte al centro donde se realizó la práctica profesional supervisada (Aporte trifoliar).

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Etapa de adultez intermedia en las mujeres

La edad adulta intermedia se define en términos cronológicos, como los años comprendidos entre los 40 y los 65 años; sin embargo, esta definición es arbitraria. La edad madura también puede definirse de manera contextual, y las dos definiciones pueden diferir. Un contexto es la familia: en ocasiones se describe a una persona de edad madura como alguien con hijos crecidos y/o padres ancianos. Sin embargo, en la actualidad algunas personas en sus 40 y más allá todavía están criando a hijos/as pequeños y algunos adultos de cualquier edad no tienen hijos e hijas. Los que tienen hijos crecidos tal vez encontrarán que el nido se vacía o que vuelve a llenarse. La edad también tiene un aspecto biológico: es probable que una persona de 50 años que se ha ejercitado de manera regular sea biológicamente más joven que una persona de 35 años cuyo ejercicio más vigoroso sea manejar el control remoto (Staudinger y Bluck, 2001).

No hace mucho tiempo, la edad intermedia era la parte menos estudiada del ciclo de vida. Los años de la madurez se consideraban un paréntesis relativamente tranquilo entre los cambios más drásticos de la juventud y la vejez. Ahora que la generación nacida después de la Segunda Guerra Mundial se encuentra en la madurez, la investigación sobre este período está en auge. En los Estados Unidos, para el año 2015 se espera que la población de 45 a 64 años alcance 80 millones, 72 por ciento más que en 1990. Ésta es la cohorte mejor educada y más próspera al alcanzar la madurez, que además está cambiando la perspectiva sobre la importancia y el significado de esa época de la vida (Will y Reid, 1999).

El término de “edad madura” comenzó a usarse en Europa y Estados Unidos a comienzos del siglo XX a medida que empezó a aumentar la esperanza de vida. En la actualidad, en las sociedades industrializadas se considera que la edad adulta intermedia es una etapa distinta de la vida con sus propias normas sociales, roles, oportunidades y desafíos. En consecuencia, algunos estudiosos describen la edad madura como un concepto construido socialmente y con significado atribuido por la cultura. Algunas sociedades tradicionales, como la casta superior de los hindúes.

No existe consenso acerca de eventos biológicos o sociales específicos que marquen el inicio o el final de la edad madura. Con los avances en la salud y la extensión de la vida, el límite superior subjetivo de la edad madura está aumentando. La tercera parte de los estadounidenses en su 70 y la mitad de los que tienen 65 y 69 años se consideran de edad madura. (National Council on AGING, 2000). En la sociedad estadounidense la edad madura es cada vez más un estado mental (Menon, 2001).

(McGRAW-HILL, citando a Erikson, 2001). **Adulthood Media:** Desde los 25 a 60 años aprox. En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional, es la capacidad de ser productivo y creativo en muchas áreas de la vida. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar cónyuge para formar un hogar. . El adulto participa en forma activa en aquellos elementos de la cultura que se aseguran su mantenimiento y acrecentamiento.

2.1.1. Cambios físicos en las mujeres de edad intermedia

La población femenina en esta etapa, presentan síntomas físicos como: la menopausia (Colmer Giner, M. 2010). Los períodos menstruales suelen ser irregulares en todas las mujeres, cesan al entrar a la menopausia. Algunas mujeres pueden no tener ningún otro síntoma. Sin embargo, al acercarse a la menopausia, puede tener:

- Cambios en el período - pueden variar la frecuencia de los períodos, y el flujo de mes a mes.
- Golpes de calor - sentir calor en la cara, el cuello y el pecho.
- Sudores nocturnos y problemas para dormir - estos pueden causar cansancio, estrés o tensión.
- Cambios vaginales - la vagina puede volverse seca y delgada, y puede sentir dolor durante el coito y los exámenes vaginales. Puede también padecer más infecciones vaginales.
- Pérdida de grosor en los huesos - esto puede causar pérdida de estatura y quiebre de huesos (osteoporosis).
- Problemas urinarios - tales como pérdidas, ardor o dolor al orinar, o pérdidas al estornudar, toser o reírse.
- Menos interés en el sexo y cambios en la reacción sexual.

- Aumento de peso o incremento en la grasa corporal alrededor de la cintura.
- Pérdida de densidad en el cabello o caída del mismo.

2.1.2. Menopausia prematura

(Colmer Giner, M. 2,010). Es la desaparición de la menstruación antes de los cuarenta. Esto provoca que las mujeres pierdan la capacidad de tener hijos/as antes de tiempo, siendo expuestas a padecer algunas enfermedades que son propias de edades más avanzadas. En esta situación disminuyen considerablemente los niveles de estrógenos, lo que indica que existen mayores riesgos de sufrir problemas cardíacos, derrames cerebrales y osteoporosis. Algunas mujeres llegan a la menopausia prematura a causa de:

- Antecedentes familiar (genes)
- Tratamientos médicos, como cirugía para extraer los ovarios
- Tratamientos para el cáncer, como la quimioterapia o radiación en el área pélvica

La menopausia prematura pone a la mujer en mayor riesgo de padecer osteoporosis en el futuro. También puede ser una fuente de gran aflicción, ya que muchas mujeres menores de 40 años aún desean tener hijos/as. Las mujeres que aún deseen quedar embarazadas pueden hablar con el médico sobre los programas de donación de óvulos.

2.1.3. La postmenopausia

(Guía de Práctica Clínica, 2010) La postmenopausia es la etapa que sigue a la menopausia y comienza en general de 24 a 36 meses después del último periodo de la mujer. Aparentemente, la diferencia más importante entre la menopausia y la postmenopausia es la reducción de los síntomas – por ejemplo los bochornos son menos frecuentes y de menos intensidad. Una mujer se considera postmenopáusica después de la remoción de ovarios ya que efectivamente termina el sangrado menstrual. Un indicador fiable del comienzo de la postmenopausia es la hormona folículo estimulante (FSH). La glándula pituitaria que se encuentra en la base del cráneo produce FSH. Cuando la mujer hace la transición a la postmenopausia, esta hormona se produce en grandes cantidades lo que indica que sus ovarios dejarán de funcionar

2.1.4. Histerectomía

Las mujeres que se han sometido a una histerectomía, pero que les han dejado los ovarios en su lugar, no sufrirán una menopausia inducida ya que los ovarios continuarán produciendo hormonas. Sin embargo, debido a que se les ha extraído el útero, ya no tendrán períodos y no se podrá tener hijos. También pueden tener golpes de calor ya que la cirugía puede a veces interrumpir la irrigación sanguínea a los ovarios. Más adelante, también se pueden llegar a la menopausia natural uno o dos años antes de lo esperado.

2.2. Cambios emocionales en las mujeres de edad intermedia

El cambio por el lado sexual conduce a manifestaciones más afiliativas y afectivas en las personas, en los hombres, incorporando características femeninas a su personalidad, mientras que las mujeres aparecen como más agresivas y asertivas. Erickson habla de que en esta etapa la persona atraviesa el conflicto entre generatividad y estancamiento, donde la generatividad implica el dar lo más auténtico, lo propio, aquello que ha pasado por la propia experiencia y se manifiesta en los hijos, valores, trabajo y relación con los demás. Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, llevando a invalidez física o psicológica. Se produce una reorganización y reestructuración de la identidad, redefinición de la imagen corporal (crisis, canas, calvicie, entre otros), redefinición de las relaciones con los padres (si todavía están vivos), los hijos y la pareja, evaluación de los planes que se proyectaron desde la adolescencia, reconocimiento de que queda poco por vivir, lo que genera cuestionamiento acerca de lo que se ha hecho y lo que queda por hacer.

Los cambios físicos propios de esta etapa, genera una fase de introversión que se relaciona con el proceso de individuación (descrito por Jun.). Esta es una experiencia emocional negativa promovida por la sensación de estar “atrapado” entre lo aspirado, lo logrado y lo realmente posible de alcanzar en ese momento. Este sentimiento puede suscitar una reacción de pérdida de propósito en la vida.

2.2.1. Principales trastornos emocionales en la mujer de edad adulta intermedia

Se dice que las personas que experimentan la etapa de la mediana edad presentan una o más de las siguientes tendencias:

- búsqueda de un sueño o meta indefinido
- un profundo remordimiento por las metas no alcanzadas
- deseo de lograr la sensación de juventud
- necesidad de pasar más tiempo solo o con ciertas compañías

Se ha señalado también que pueden exhibir algunos de estos comportamientos:

- abuso en el consumo de alcohol
- consumismo o adquisición de artículos caros o extraños, como prendas de vestir, autos deportivos, joyas, motocicletas, aparatos electrónicos, teléfonos costosos, tatuajes, etc.
- demasiada atención a su apariencia física

La disolución del grupo familiar afecta normalmente más a la mujer, que basa su autoestima más en las relaciones interpersonales que en los resultados laborales o económicos, aunque probablemente la incorporación de la mujer al mundo laboral puede contribuir a disminuir el efecto negativo de estas pérdidas sobre su estado anímico. Según el esquema cognitivo (triada cognitiva de Beck) la menopausia podría suscitar creencias negativas sobre el futuro, el presente y la capacidad de enfrentarse a los problemas que se anticipan. (La depresión y sus máscaras).

(Revista Menopausia 2013) el 15% de las mujeres en edad menopáusica sufre depresión por los síntomas climatéricos. No todas las mujeres manifiestan depresión en la etapa de la menopausia, pero si existe un alto porcentaje de padecerla. Se dice que algunas tienen mayor riesgo de sufrir depresión y se calcula que cerca del 80% de quienes transita la menopausia, sufren episodios depresivos leves o moderados (Médico interactivo 2011).

Los síntomas de la depresión en la menopausia son los mismos que los de la depresión provocada por cualquier otra causa. Destacar:

- cambios de humor bruscos y de intensidad variable (parecido a los que tenía antes o durante la menstruación)
- tristeza
- infelicidad
- melancolía
- ansiedad

- estrés
- desinterés por hacer cosas
- incapacidad de dormir bien
- cansancio
- falta de atención
- Pérdida de memoria

2.3. Cambios sociales en las mujeres de edad intermedia

La Jubilación: es la transición del trabajo a la jubilación, cambio muy importante no solo para el esposo sino también para la esposa. Para él, porque comienza a sentir estrés, debido a la pérdida de ingresos, identidad profesional, estatus social, compañeros y estructura cotidiana del tiempo y actividades. Para ella, también habrá cambios en su vida y en su hogar, debido a la invasión de su espacio, antes su pareja se iba a trabajar en las mañanas y regresaba por la tarde, ahora estará todos los días opinando, ordenando, moviendo mil cosas etc.etc. La jubilación conlleva a nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o apartamento más pequeño o problemas de salud (Rena, 2002).

El evento más significativo en muchos matrimonios de personas mayores es la jubilación del hombre, al encontrarse sin su trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros, sin embargo, ansían más la jubilación que su esposa. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media el ejercicio de su profesión. Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación.

2.3.1 El nido vacío

A medida que se transita por la etapa de la edad intermedia, se manifiestan muchas situaciones emocionales, como es el caso del nido vacío. Se refiere a un conjunto de sentimientos de carácter negativo (tristeza, vacío, soledad, melancolía, ansiedad o irritabilidad) que experimentan los padres cuando sus hijos/as se marchan definitivamente de casa. El sentimiento de soledad es el

más importante de todos, y puede aparecer ante la ausencia de uno o varios de sus hijos/as. En algunos casos, las manifestaciones de este síndrome pueden ser más acusadas debido a la sensación de una mayor ruptura emocional o a la pérdida de influencia sobre los descendientes. Este es el caso en el que los hijos/as se marchan de casa para formar otra familia, casándose, o simplemente yéndose a vivir junto a su pareja (Rena, 2002).

2.3.2. La viudez

Otro evento que se da en el transitar de la vida es cuando muere el compañero/a de ruta, todo el andamiaje psíquico se conmueve. Muchas seguridades y muchas áreas de la identidad se ponen en jaque. Y hay una etapa inicial en la que los sentimientos se encuentran adormecidos para permitir a la persona tomar las decisiones urgentes y necesarias.

A veces ocurre de manera repentina; otras, se trata de una muerte anunciada (aunque no por eso menos desestabilizante). De cualquier modo, ante el fallecimiento de la pareja todo lo conocido, la estructura en la cual nos movemos con confianza y comodidad, se desvanece. Y cuesta, lleva tiempo, reconocerse en esa nueva manera de estar en el mundo.

Esto es lo que sucede cuando muere el compañero/a y la imagen de sí misma/o, construida por la mujer/hombre hasta ese momento, se pone en jaque. Súbitamente, se encuentra transitando sola/o el camino de la existencia cuando hasta esa instancia eran dos para compartir su peso. Por esto, se trata de un evento complejo y estresante en el que la reconstrucción de la propia vida demanda un enorme esfuerzo (Psicología de la viudez 2013).

2.3.3. La maternidad forzada

En algunos contextos, los hijos casados se quedan a vivir con los padres, muchas parejas trabajan pero delegan responsabilidades de cuidado a los nietos/as a los abuelos/as. Otras veces, es una hija, madre soltera que por alguna irresponsabilidad salió embarazada, y delega a su madre (la abuela) la maternidad forzada. Si la hija, madre soltera le lleva un hijo por primera vez, seguramente le llevará otro. Los abuelos/as no deben cuidar nietos/as, son los padres los responsables de tener y cuidar a los hijos/as, los abuelos aunque no sean mayores, deben vivir su vida con tranquilidad, gozando a sus nietos cuando sea oportuno pero no forzadamente.

2.4. Tratamientos naturales para la menopausia

(Univisión Salud 2010). Algunas mujeres deciden tomar productos herbarios, naturales o vegetales para aliviar sus síntomas. Algunos de los más comunes son: Soja, esto contiene fitoestrógenos (substancias similares al estrógeno provenientes de una planta). Sin embargo, no existe ninguna prueba de que la soja, u otras fuentes de fitoestrógenos, alivian verdaderamente los golpes de calor. Y los riesgos de tomar soja, especialmente las pastillas y los polvos, no se conocen. También puede obtener soja de los alimentos. Algunos de los productos de soja son el tofu, el tempe, la leche de soja, y las nueces de soja. Es más probable que estos productos surtan efecto en golpes de calor leves.

Otras fuentes de fitoestrógenos. Incluyen a las hierbas tales como la cimifuga racemosa (black cohosh), miembro de la familia de las ranunculáceas, el camote salvaje, el dong quai, y la raíz de Valeriana.

Puede que los productos provenientes de las plantas parezcan ser más naturales o más seguros que otros tipos de hormonas, pero no existen pruebas de que lo sean. Tampoco existen pruebas de que éstos sean mejores para aliviar los síntomas de la menopausia. Hay que asegurarse de hablar acerca de los productos herbarios con su médico antes de tomarlos. También se debería decir al médico si se está tomando otros medicamentos, ya que algunos productos herbarios pueden ser dañinos si se combinan con otras drogas.

2.4.1. Otras actividades para aliviar los síntomas

Sequedad vaginal. Usar un lubricante vaginal de venta libre. También existen cremas de reemplazo de estrógeno que su médico puede recetarle. Si se tiene mucho sangrado mientras se usa cremas de estrógeno, se debe visitar al médico.

- Problemas para dormir. Una de las mejores maneras de dormir bien por la noche es hacer al menos 30 minutos diarios de actividad física la mayor parte de los días de la semana. Pero se debe evitar el ejercicio vigoroso demasiado cerca de la hora de dormir. También se debe evitar el consumo de alcohol, cafeína, grandes cantidades de comida y el trabajo justo antes de ir a dormir. Se puede intentar beber algo tibio, como té de hierbas o leche tibia, antes de irse a dormir. Tratar de mantener el dormitorio a una temperatura cómoda. Evitar las siestas durante el día y tratar de ir a dormir y levantarse a la misma hora todos los días.

- Problemas de memoria. Consultar al médico acerca de ejercicios mentales que se pueda hacer para mejorar la memoria. Tratar de dormir lo suficiente y de hacer actividades físicas.
- Vaivenes de ánimo. Tratar de dormir lo suficiente y de hacer actividades físicas. Consultar al médico acerca de ejercicios de relajación que se puede hacer. Consúltele a al médico si se debería tomar medicamentos antidepresivos. Existe evidencia de que éstos pueden ser beneficiosos. Considerar asistir a un grupo de soporte para mujeres que están pasando por lo misma situación, u obtener consejería para hablar acerca de los problemas y los temores.

2.4.2. Salud física en mujeres de edad adulta intermedia

Existen muchas formas de mantenerse sana durante esta etapa de la vida. Si se toma los siguientes consejos, es más probable que mantenga una vida sana que si sólo toma hormonas:

- Mantenerse activa y hacer más ejercicio. Tratar de hacer por lo menos 30 minutos de ejercicio la mayor parte de los días de la semana. Intentar hacer ejercicios en los que se soporta el peso, tales como caminar, correr o bailar.
- No fumar. Si se fuma, dejar de hacerlo.
- Alimentarse en forma saludable. Consumir muchos alimentos cereales integrados, verduras y frutas.
- Reducir las grasas. Elegir alimentos con bajo contenido graso y de colesterol.
- Calcio. Consumir suficiente calcio para mantener los huesos fuertes. Antes de la menopausia, se necesita consumir unos 1.000 miligramos de calcio al día. Después de la menopausia, se necesitará 1 500 miligramos al día.
- Alcohol. Si se bebe alcohol, limitar su consumo a no más de un trago al día.
- Controlar el peso. Preguntar al médico cuál es el peso saludable.
- Hablar con el médico acerca de la salud de los huesos. Preguntar si se está consumiendo suficiente calcio y vitamina D. Hacer un examen de densidad ósea si se es mayor de 65 años de edad, o si el médico dice que tiene probabilidades elevadas de padecer osteoporosis. Consultar si se debe tomar medicamentos para preservar los huesos y aminorar el paso de su deterioro.
- Controlar la presión arterial, el colesterol y el nivel de azúcar en la sangre.

- Mamografía periódica. Hacer un examen de senos y una radiografía de senos (mamografía).

2.5. Procesos psicoterapéuticos de apoyo a la mujer en la edad adulta intermedia

Se trata de una revisión de los procesos psicoterapéuticos para mujeres en edad adulta intermedia, en donde intervienen los factores antes mencionados, se pueden enfocar dichos procesos, según varios enfoques terapéuticos, en procesos individuales, en procesos a nivel familiar, a nivel de pareja, terapias a nivel grupal que se describen de la siguiente forma:

2.5.1. A nivel individual

La finalidad de la terapia individual es la resolución de aquellos conflictos personales internos o conflictos interpersonales que provocan malestar en la persona. La manera de abordar dichos problemas depende de la naturaleza de los mismos, así como de la propia persona y sus necesidades. Cada persona es única, al igual que lo son sus características personales. No obstante, parte del abordaje terapéutico consiste en descubrir la naturaleza del problema que lleva a la persona a recurrir a la terapia psicológica, el origen del problema, sus características y todas las variables relacionadas con éste. De este modo, se trata de dotar a la persona de un mayor conocimiento sobre sí mismo y sus conflictos, condición indispensable para su abordaje.

2.5.1.1. Cognitivo Conductual

Beck, considera el principal detonante de la depresión el procesamiento de la mala información. Durante los ciclos depresivos está activada una serie de esquemas los cuales se traducen en las formas de percibir la realidad, en las cuales hay creencias y emociones. Estos esquemas pudieron ser adquiridos en la infancia pero pueden permanecer escondidos por años, hasta que son asociados con algo del pasado, provocando desordenes emocionales que desequilibran la salud de quienes lo padecen (Villanueva, R. E. 2013). Beck, el contenido de los esquemas depresógenos, está constituido por la “Triada Cognitiva” que es la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La particularidad depresiva, o sea, el conjunto de esquemas relacionados

con la depresión, manifiesta una serie de distorsiones de forma sistemática en el procesamiento de la información:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización
- Abstracción selectiva.

El estrés es un trastorno que afecta a miles de personas, en casi todas las edades, especialmente a la población que vive en las grandes ciudades y particularmente a la población que atraviesa la Edad Intermedia afectando específicamente a mujeres que atraviesan la menopausia. Tratamiento cognitivo conductual a mujeres de edad adulta intermedia con trastornos somatomorfes, es una de los más recomendados para afrontar los desordenes cognoscitivo y conductuales de quienes atraviesan esta etapa. Las exigencias en la cotidianidad de la vida, el cambio rápido y la complejidad creciente del mundo moderno, dan como resultado que las personas vivan bajo un gran estrés, el cual se manifiesta en un elevado índice de enfermedades tanto físicas como mentales. La tolerancia del estrés varía de persona a persona, existen indicadores de que hombres y mujeres tienen diferentes reacciones a las situaciones estresantes prolongadas, sobre todo afecta a mujeres en edad adulta intermedia. Diversos estudios demuestran en forma fehaciente que entre los pacientes de psicoterapia, hay más mujeres que hombres (Gove y Tudor, 1973 Hyde, 1995). Y esto se cumple tanto en psicoterapia, en consulta externa como en las hospitalizaciones por problemas psiquiátricos.

2.5.1.2. La Terapia Gestalt

Se centra en el presente, más que en el pasado o en el futuro. Es una herramienta para conocerse a uno mismo que aborda el trabajo corporal, mental, emocional y espiritual de la persona. La terapia Gestalt confía en los mensajes del cuerpo y en la autorregulación del organismo para adaptarse a las circunstancias del presente. Propone, además, el encuentro con la autenticidad, la espontaneidad y la autorresponsabilidad. Indicada para procesos vitales de la vida: divorcios,

rupturas, cambios generales, crisis existenciales, jubilación, nido vacío, menopausia, depresión post-parto, cambios laborales (Desarrollo Natural 2013).

2.5.2. Terapia familiar

Es una forma de psicoterapia que ayuda a las familias en sus dificultades derivadas de las diferencias entre cada uno de los miembros. Las sesiones de terapia familiar tienen como objetivo corregir cierta dinámica familiar que se ha convertido en la fuente de las dificultades, modificando las interacciones entre los miembros de la familia que agravan o perpetúan el problema (Revista Terapia Familiar México 2012).

- La terapia sistémica es una disciplina terapéutica que se aplica para el tratamiento de disfunciones, trastornos y enfermedades concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionados y patrones de comunicación humano.
- Terapia de familia estructural (Minuchin 1974, 1973). Dentro de esta orientación, uno de los presupuestos básicos es que un sinnúmero de psicopatologías y problemas familiares se deben a la manifestación disfuncional y desadaptativa del sistema familiar. En lugar de centrarse el problema de un niño, en un nivel individual y con énfasis en los procesos internos del mismo, el clínico sistémico, parte de la premisa de que el problema de ese niño no es otra cosa sino la manifestación de un sistema familiar desadaptado.
- Terapia de familia estratégica. Esta modalidad se identifica sobre todo con autores como Jay Haley (1976) y Cloe Madanes (1981). La premisa básica en la cual se engrana esta terapia familiar de corte sistémico consiste en conceptualizar un síntoma como un acto de comunicación familiar o como una secuencia de conductas que implican mantener la homeostasis del sistema.
- Teoría intergeneracional y psicoanalítica familiar (Teoría intergeneracional de Bowen). Estas terapias comparten varios conceptos y prácticas:
 - ✓ Examinar las relaciones del paciente para entender el funcionamiento que tienen seguimiento de la dinámica familiar y transgeneracional extendida para entender las demandas del paciente.
 - ✓ Promover una visión amplia de la dinámica familiar el cambio.

- ✓ Identificar y modificar las creencias destructivas y patrones de comportamiento que se aprendieron en la vida de la familia de origen.
- Psicodrama, dentro del área clínica el psicodrama se utiliza para trabajar con niños y niñas, adolescentes y adultos, ya sea en la terapia individual o de grupo. También es muy útil en el tratamiento de parejas y familia.
- Terapia Gestalt de pareja y familia se enfoca en aumentar el “darse cuenta” de lo que hace bien y enfatizar las formas en las que interrumpen y bloquean su proceso. El terapeuta se enfoca en sus respuestas interpersonales en los distintos aspectos de la situación terapéutica tanto en lo que ve y escucha.
- Terapia Racional Emotiva. Enseña a los padres que, aunque ellos puedan haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos e hijas, no son la causa directa de ellas. En este enfoque, cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.

Técnicas

- Acomodo y avión
- Realineamiento de fronteras
- Reinterpretación de síntomas
- Crear desbalances
- Intenciones paradójicas
- Reenmarcamiento
- Psicoeducativas
- Contrato conductual
- Silla vacía
- Los sueños
- Polaridades

2.5.3. A nivel de pareja

- La terapia conductual de pareja. Se basa en la premisa, que una relación es definida como el intercambio conductual entre la pareja; cada quien monitoreaba los comportamientos de su

compañero/a y con base a tales evaluaciones, los contratos contingentes fueron desarrollados para reducir el disgusto y aumentar las conductas placenteras dentro de la relación (Azrin *et al* 1973).

- La terapia psicoanalítica de pareja. Centra su técnica de escucha en el funcionamiento de la pareja como entidad psíquica. Tiene por objetivo permitir a la pareja en crisis la elaboración de lo que se juega en el desacuerdo que se instaló entre los partenaires, con el fin de ayudarles si es posible a restaurar el vínculo que tejieron juntos y de modo a permitirles la evolución de su relación (Asociación internacional de psicoanálisis y familia 2009).
- Enfoque sistémico racional. La terapia sistémica relacional, tiene como objetivo rescatar a la persona de su aislamiento instalándolo/a en una relación verbal co-construida. La consigna es la invitación a hablar, sin presión, sin coerción, como un camino hacia el diálogo. En la relación dialogal predomina la curiosidad, el no saber como estímulo, la palabra es vivida como sincera, auténtica y entonces es posible desarrollar la conversación.
- Enfoque gestáltico. Uno de los temas principales a tratar en terapia con parejas, está relacionado con los introyectos que hay sobre el tema, es decir, las creencias sobre lo que estar en pareja. Esta creencia para muchas personas, lo forma: vivir juntos, estar comprometidos, tener intimidad sexual, etc., según el enfoque gestáltico son ingredientes que componen la relación, sin embargo no son los únicos, por lo que es importante para el terapeuta de pareja gestáltico, mirar en la sesión tres estadios que se dan en la relación de pareja:
 - ✓ Pensar en pareja: Ser consciente de que todo lo que se hace o se deja de hacer afecta a la otra parte.
 - ✓ Sentir la pareja: en una relación de pareja el amor no es incondicional, es necesario sentir la reciprocidad.
 - ✓ Parecer pareja: mostrarse como tal en todos los entornos (de él y de ella). Ana González (2012).
- Enfoque P.N.L. La terapia de pareja, es un espacio que brinda a la pareja la oportunidad de dialogar y modificar aquellas situaciones que son causantes de conflicto en la relación, como la comunicación poco asertiva, los celos, la infidelidad, la violencia, dificultad para llegar a

acuerdos, la rutina, la forma de educar a los/as hijos/as etc. Para realizar dichos cambios en la terapia se implementan soluciones y estrategias para que tanto la pareja pueda modificar los comportamientos que no funcionan y son conflictivos en la relación (Hipnoconciencia 2013).

2.5.4. Terapia grupal para mujeres de edad adulta intermedia

Las mujeres necesitan un espacio, crear un círculo de conversación psicoterapéutica, con un espacio agradable, guiado por una persona experta en el manejo de grupos terapéuticos, porque es importante el que ellas se escuchen y escuchar a otras, y compartir las diferentes experiencias sobre un mismo tema, en este caso los problemas que se encuentran en la edad adulta intermedia en las mujeres. Se pueden abordar las terapias de grupo desde un enfoque humanista con enfoque e cogniciones y conductas, también pueden ser enfoques gestálticos, o solamente con enfoques conductuales. Según el centro de psicoterapia grupal de la mujer en Madrid España¹, los temas más comunes que se trabajan en terapias grupales son:

- Problemas concernientes a la sexualidad: frigidez, inhibiciones, sentimientos de culpabilidad, interrogantes sobre su propio cuerpo.
- Obstáculos para la inserción social en el terreno laboral, asociados con el papel tradicionalmente asignado a la mujer en la familia.

2.5.5. Enfoque teológico doctrina judeocristiana

Es importante para las personas que creen en Dios, saber que Él hizo al hombre y al mujer a su Imagen y Semejanza (Génesis 1:27). Los seres humanos fueron dotados de atributos comunicables y uno de ellos es el amor. Cuando se ama se puede superar todos los obstáculos que se presenten, ya que amar va más allá de ser un mero sentimiento, sino que el concepto de amar implica acción, sacrificio. Hay un pasaje bíblico que dice: “si tuviera profecía, y entendiera todos los misterios y todo conocimiento, y si tuviera toda la fe de tal manera que trasladara los monte, y no tengo amor, nada soy. Y si repartiere todos mis bienes para dar de comer a los pobres, y si entregara mi cuerpo para ser quemado, y no tengo amor, de nada me sirve. El amor es sufrido, es benigno: el amor no tiene envidia, el amor no es jactancioso, no se envanece: no hace

¹ Según la revista huellas. Revista de psicoanálisis y psicología social. Año 1 Madrid 2009. Edición PDF.

nada indebido, no busca lo suyo, no se irrita, no guarde rencor; no se goza de la injusticia, más se goza de la verdad. Todo lo sufre, todo lo cree, todo lo espera, todo lo soporta” (1 Corintios 13:3-7)

Es evidente que cuando se llega a la madurez, hay una disminución de Testosterona en los hombres y de estrógenos en la mujer, esto provoca que se efectúen procesos de maduración ambos parecidos que afectan, como puede ser el carácter y el estado de ánimo. Como se ha mencionado tantas veces, alrededor de los 45 años aparece la menopausia en las mujeres y la andropausia en el hombre. En esta etapa desaparece la capacidad de reproducción en la mujer y en el hombre disminuye la lívido. En la mujer este proceso puede durar cinco años mientras que en el hombre puede llegar incluso, hasta los 70 años (Copyright © 2013 Actitud 50 Ibérica S.L. C.E.E).

2.6. Eficacia de la terapia hormonal sustitutiva

La Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) es muy efectiva en el tratamiento de los síntomas menopáusicos. Un gran número de estudios ha demostrado una mejoría de los sofocos, de las alteraciones psicológicas y otros síntomas generales.

Hay evidencias de que el tratamiento hormonal sustitutivo es también más eficaz que el placebo en la atrofia vaginal y en las alteraciones urinarias dificultades del vaciamiento, de la frecuencia y de la urgencia urinaria.

Los estrógenos constituyen la terapia de elección para la prevención de la osteoporosis postmenopáusica, teniendo un efecto positivo sobre el hueso sin modificar la composición y resistencia del mismo, por lo que previenen todas las clases de fracturas osteoporóticas, e incluso se han señalado reducciones de hasta un 50% en el número de fracturas. Hoy sabemos mucho más sobre los estrógenos y la masa ósea:

- La respuesta positiva del hueso a los estrógenos no sólo se ha demostrado en el periodo postmenopáusico inmediato, sino también tras 15-20 años de menopausia.
- La THS debe administrarse como mínimo 7 años para obtener la eficacia terapéutica en la prevención de las fracturas.

Tabla 1. Dosis Eficaz de estrógenos en la masa ósea

Compuesto	Dosis (mg)	Vía
Estrógenos conjugados	0,6225	Oral
Valerianato de estradiol	2	Oral
17 Estradiol	2	Oral
17 Estradiol	0,05	Parches
17 Estradiol	1,5	Gel
17 Estradiol en implante	50	Subcutáneo cada 6 meses

(Instituto Nacional de Cáncer 2011). Numerosos estudios sugieren que la THS disminuye los factores de riesgo cardiovascular y el reinfarto de miocardio, mejor la densidad mineral ósea y la atrofia urogenital, y, posiblemente, disminuye el riesgo de ictus. Además, y debido a recientes investigaciones, la enfermedad de Alzheimer es menos frecuente en mujeres que usan THS, hecho que sugiere que el tratamiento hormonal disminuye el riesgo de padecer esta enfermedad. Para mantener la mejoría de calidad de vida que se obtiene con la THS, debe utilizarse por un largo período de tiempo. La interrupción del mismo produce la pérdida de todas las ventajas obtenidas. Por otra parte, existe una justificada duda acerca de un posible incremento del riesgo de cáncer de mama tras el uso durante más de 7 -10 años de la terapia hormonal. Sin embargo, se ha establecido que, en términos de mortalidad global, las mujeres que usan THS viven más años que las que no usan la THS

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1. Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida

Para lograr los objetivos del presente trabajo de sistematización de la práctica profesional dirigida, se utilizó el método cualitativo, en relación al marco teórico.

3.2. Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional supervisada

Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- La observación
- Las entrevistas no estructuradas
- Examen mental
- Los test psicológicos, fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información, e investigar el porqué y como es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, en sus respectivas historias clínicas o anamnesis. Como metodología clínica de recolectar síntomas, de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes
 - a. Test proyectivos:
 - ✓ Árbol
 - ✓ Familia
 - ✓ Figura humana
 - b. Test psicométricos:
 - ✓ Escala de depresión de Beck
 - ✓ Escala de depresión de Jung

Como técnicas para generar psicodiagnósticos se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR., el CIE 10, Como procesos psicoterapéuticos. se utilizaron los enfoques:

3.2.1. Enfoques terapéuticos

3.2.1.1. Cognitivo conductual con las siguientes características

- Autocontrol
- El autorregistro
- Autoevaluación
- Autoesfuerzo
- Autoinstrucciones
- Resolución de problema

3.2.1.2. Conductuales, con las siguientes técnicas

- La inoculación del estrés
- Técnica de la aserción encubierta
- Modificación de ambiente físico
- Comunicación positiva
- Instigación verbal
- Modelado
- Desvanecimiento de la estimulación precedente
- Moldeamiento
- Entrenamiento en generalización

3.2.1.3. Terapias de apoyo con las siguientes técnicas:

- Liberación de los sentimientos
- Reforzamiento del principio de la realidad
- Alentar el sentimiento de esperanza
- Estimular la socialización
- Dar seguridad y confianza
- Enseñar a razonar
- Reorganización perspectiva

3.2.1.4. Terapias Gestálticas con las siguientes técnicas

- dramatización de roles
- exploración de la creatividad
- la amplificación o exageración
- silla vacía
- trabajo con sueño

3.2.1.5. Terapia Racional Emotiva con las siguientes técnicas

- Insight racional emotivo
- Método Socrático
- Debate filosófico
- Creencias irracionales
- Inversión de rol racional

3.2.1.6. Logoterapia con sus técnicas

- La intención paradójica
- La de reflexión

Siendo utilizadas en los procesos individuales y familiares de toda la población atendida en la clínica psicológica de la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva.

3.3. Población atendida en el centro de práctica

Población	Adolescente s. hombres	Adolescentes. mujeres	Mujeres adultas	Hombres adultos	Niñas	Niños
Cantidad	Rango de edades 13 a 16 años	Rango de edades 13 a 17 años	Rango de edades 22 a 63 años	Rango de edades 22 a 32 años	Rango de edades 10 años	Rango de edades 7 años
7	4	6	9	2	1	1
Total de personas atendidas 30						

3.4. Cronogramas de actividades realizadas

Se iniciaron las prácticas en febrero y finalizaron en octubre

- Se atendieron los Mares y miércoles
- Martes de 8:00 A.M a 5:00 P.M.
- Miércoles de 8:00 A.M. a 1:00 P.M.

3.4.1. Actividades normales de práctica

- Se llegaba 20 o 30 minutos antes para preparar la agenda de pacientes del día.
- Se ocupaban 50 minutos de sesión, y 10 minutos para hacer anotaciones
- En la primera sesión no se hacían expedientes (por órdenes superiores) hasta en la 2da.
- En la primera sesión se hacía examen mental
- En la primera y segunda sesión se hacía historia clínica.
- En la 3ra y cuarta sesión se pasaban proyectivas y psicométricos
- Luego plan terapéutico

3.4.2. Talleres u otras actividades especiales

- Dos talleres de inducción de parte del Ministerio Público
- Una taller sobre motivación, reflexión y auto cuidado de parte de un psicólogo de la USAC
- Otro taller a cargo de un grupo de profesionales de salud emocional de México, y la apertura de e la Alerta Alejandra con la participación de la activista de Derechos Humanos Norma Cruz así también con la participación del padre de la niña, tristemente recordada Alejandra.

3.4.3. Programa del curso de práctica profesional dirigida

Los docentes:

Licda. Melissa Lemus: fue la catedrática titular de la práctica profesional dirigida junto la licenciada Licda. Joan Rivas Zimeri: Catedrática auxiliar, quienes dividieron la sección en dos grupos, para desarrollar el programa de la sección “B”, habiendo llegado al final del ciclo con mucho esmero de su parte.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Análisis de resultados

Todo el proceso realizado buscó la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas, permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación “Cuál es el impacto biopsicosocial” expuesta en un principio, en base a dicha pregunta, a lo investigado en el marco teórico y el caso clínico de la práctica profesional dirigida que motivó el tema de investigación, se encuentra que: el impacto biopsicosocial de la edad adulta intermedia en las mujeres que atraviesan esta etapa, sufren cambios biológicos y hormonales como lo es el climaterio y la menopausia en sí. Cambios que son inevitables en la transición de esta etapa. Estos cambios, pueden provocar que se deteriore la relación de pareja, incluso puede darse hasta un divorcio por desconocimiento de las causas. Pero cuando se conoce el origen y los síntomas, se podrán sobrellevar con más tranquilidad todas las manifestaciones que desencadena esta fase, sin embargo existen otras dentro de este ciclo, implicaciones de carácter emocional y social; se da la emancipación de los hijos/as, se casan y forman su propio hogar, también es muy frecuente que en esta etapa se de la muerte de uno de los cónyuges, desencadenado con ello síntomas depresivos.

4.2. Análisis del caso clínico, temática que originó la investigación

La paciente fue una mujer de 46 años que en el motivo de consulta dijo que todo se le olvidaba después de 10 o 15 minutos de hablar con alguien ya no recordaba nada, y no era hasta después de hacer un gran esfuerzo que comenzaba a recordar. Por otro lado, manifestó ser una persona muy dependiente de su esposo en casi todo. Dijo que tiene problemas con él debido a que ella no siente deseos de tener relaciones sexuales y cuando lo hace, siente dolor en el coito. Siente calores, sofocos, mareos, llora sin motivo alguno, se mantiene de mal humor, tiene mala comunicación con sus hijas. La paciente presentó varios de los criterios que engloba la depresión, pero se tuvo la idea de sugerir que se hiciera un examen médico para descartar otra posible causa, dando como resultado la hipótesis de que la paciente está atravesando la etapa de la menopausia.

Con estos datos y la historia familiar, se pudo hacer el Psicodiagnóstico y el tratamiento terapéutico a seguir.

4.3. Informe psicológico

Datos generales:

Sexo: Femenino

Edad: 46 años

Grado: Bachiller

Religión: Católica

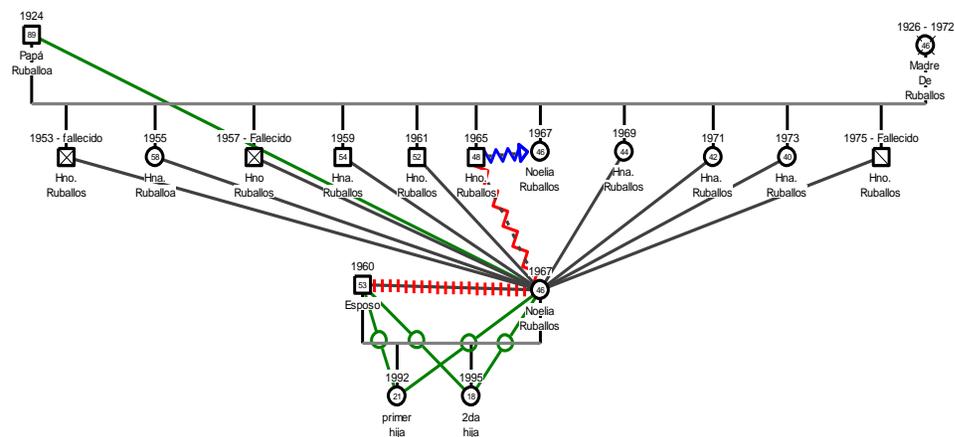
Fecha de inicio de evaluación: 26/02/2013

Fecha en que se cerró el caso 29/05/2013

No. De sesiones: 12

Motivos de consulta: “problemas de memoria”

4.3.1. Genograma



4.3.2. Examen mental

a) Presentación (descripción general)

La paciente se presentó con una apariencia personal saludable, con peos dentro de los parámetros normales, con buen aseo personal, bien arreglada, contacto visual esquivo, un tanto melancólica.

Mostraba cierto nerviosismo hacía el terapeuta, fue muy colaboradora, amable, su voz un tanto pasiva, débil.

b) Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora: se sentó y frotaba las manos, mostrando nerviosismo e incomodidad, hablaba y luego paraba como tratando de recordar alguna cosa. Afecto: manifestación exterior de los estados internos; tiene tres componentes: expresión facial, gestos, arrugaba su frente, palabras entrecortadas, llanto.

c) Estado cognositivo

- Orientación: sabía donde estab, el día y la hora.
- Lenguaje: coherente, espontáneo, voz clara.
 - ✓ Fluidez: habla espontánea, volumen moderado, timbre de voz claro, habla lento. No tartamudea, no desarticula.
 - ✓ Hay comprensión del lenguaje hablado y escrito, obedece ordenes de complejidad variable: responde “sí” a las preguntas; señala los objetos descritos.
- Memoria: tiene problemas con la memoria reciente, le cuesta recordar en un lapso de diez a quince minutos.
- Razonamiento: (funciones cognitivas) en el juicio práctico, bien.

d) Pensamiento:

- ✓ Proceso: pensamiento coherente
- ✓ Contenido: se preocupa porque tiene problemas de intimidad (no siente deseos)
- ✓ Introspección: (insight) la paciente no tiene conciencia que está pasando por la menopausia y debido a ello puede estar teniendo problemas de relación con su esposo e hijas.

e) Estado de ánimo

Hay congruencia con el contenido del pensamiento. Su estado de ánimo es triste, ansioso y un poco deprimidos.

4.3.3. Impresión diagnóstica

La paciente en su historia clínica manifestó que tiene problemas de memoria, dice que después de 15 o 20 minutos después de una conversación, ya no recuerda lo que se habló. Tiene problemas conyugales debido a que no le dan deseos de tener intimidad con su esposo, su ginecólogo confirmó que pasa por la etapa de la menopausia. De acuerdo a los resultados de los test cuantitativos y proyectivos, que la paciente realizó, se pudo observar que: muestra niveles altos de ansiedad y depresión, tiene auto estima baja, sentimientos de inferioridad como es el hecho de sentirse desvalorizada de parte de su familia. La paciente inhibe sus sentimientos como pudo observarse cuando dijo que “jamás a nadie le había contado sobre su pasado”. Lloró mucho cuando narraba los eventos ocurridos en su niñez y adolescencia, esto es un indicador que existen círculos no cerrados que necesita ser trabajados. Por lo proyectado la paciente evidencia estar pasando la etapa de la menopausia. Muestra tres trastornos: del deseo Sexual Hipoactivo, de Personalidad por Dependencia y problemas conyugales.

Con base en los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión que los trastornos manifestados fueron: Del Deseo Sexual Hipoactivo, Trastorno de Personalidad por Dependencia y Problemas Conyugales, respaldados por el DSM-IV-TR.

4.3.4. Evaluación Multiaxial

Eje I F52.0 Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo [302.71]

Eje II F60.7 Trastorno de Personalidad por Dependencia [301.6]

Eje III Ninguno

Eje IV Z63.0 Problemas conyugales [61.8]

Eje V EEAG = 55 (en el ingreso)

EEAG = 89 (actual)

4.3.5. Diagnóstico diferencial

El trastorno de personalidad por dependencia, debe diferenciarse de la dependencia que surge como consecuencia del trastorno del Eje 1 (por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno de angustia y la agorafobia) y como resultado de enfermedades médicas. El trastorno de personalidad por dependencia, tiene un inicio temprano, un curso crónico y un patrón de comportamiento que no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del Eje I o el Eje III.

De la información obtenida se elaboró el plan terapéutico de acuerdo al motivo de consulta y a los resultados de la pruebas de realizadas, abordaron temas como memoria, auto estima, eventos no resueltos, menopausia.

4.4. Programa de tratamiento

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Problemas no resueltos de su infancia.	Poder darse cuenta de los problemas no resueltos, para poder cerrar círculos. Favorecer el contacto a través comprender vivencialmente una experiencia y darse cuenta de lo que le está sucediendo ahora.	Se utilizarán técnicas gestálticas: <u>Expresivas:</u> expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión. <u>Integrativas:</u> encuentro interpersonal, asimilación de proyecciones.	Debido a que la terapia Gestalt se centra en el “aquí y ahora” no se puede planificar cada sesión. 3 sesiones.
Ansiedad severa	Disminuir el grado de ansiedad y que la paciente	Cognitivo-	2 sesiones.

	pueda controlar cada situación sin sentirse amenazada, para que pueda manejarse en su vida cotidiana.	Conductual.	
Baja autoestima	Mejorar el nivel de autoestima y fortalecer el concepto que tiene la paciente sobre sí misma.		3 sesiones.
Falta de asertividad	Modificar las formas de comunicación de la paciente, para que pueda enfrentar los conflictos y pueda tomar decisiones.	Programa de asertividad.	2 sesiones.

4.4.1. Técnicas empleadas

Se aplicaron pruebas proyectivas y cuantitativas. Técnicas de relajación y respiración, se trabajó con técnicas cognitivas conductuales; asertividad, parafraseo, gestálticas; la silla vacía neotolinguísticas.

Observaciones adicionales: es de suma importancia que la paciente siga un tratamiento hormonal prescrito por su médico. El Los objetivos de la terapia fueron superados, por tal razón el caso fue cerrado.

- Fecha en que se cerró el caso: 29/05/2,013
- Motivo de cierre: se llegó al final del proceso terapéutico

4.5. Descripción de datos relevantes

En la historia familiar la paciente narró, que su madre murió cuando tenía cinco años, esto le afectó mucho, creando una co-dependencia de su padre y sus hermanos. En su niñez tubo dos eventos traumáticos muy relevantes, el primero sucedió cuando tenía siete años de edad, un tío la

quiso abusar de forma sexogenital, manifestó que esto la marco para siempre; después cuando tenía 14 años su hermano que tenía 16, también la quiso abusar sexualmente.

Con estos elementos de información, se llegó a la conclusión que la paciente manifestaba el trastorno del deseo sexual hipoactivo, trastorno de personalidad por dependencia y problemas conyugales.

4.5.1. Trastorno del deseo sexual hipoactivo

El TDSH es un término que engloba los estados descritos como deseo sexual bajo, falta de interés sexual o libido baja. El DSM-IV- TR, lo define para referirse exclusivamente a los estados de angustia, malestar, o dificultad en las relaciones interpersonales, relacionados con la libido baja en ausencia de otras afecciones causales.

4.5.2. Trastorno de personalidad por dependencia

Las características de este trastorno se manifiestan por una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (DSM-IV-TR).

4.5.3. Problemas conyugales

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (por ejemplo, críticas), una comunicación distorsionada (por ejemplo, expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (por ejemplo, aislamiento) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar, o a la aparición de síntomas en una o ambos cónyuges (DSM-IV-TR).

En el transcurso de las sesiones, se le sugirió que fuera con su ginecólogo/a para que le hiciera una evaluación para confirmar o no, la idea de que estaba en la etapa de la menopausia, cosa que fue confirmada. Teniendo esta información se hizo el plan terapéutico.

Conclusiones

La etapa de la edad intermedia en las mujeres, puede tener un impacto biopsicosocial, cuando se desconoce en qué momento de la vida llega, desencadenado trastornos de ansiedad y depresión, afectando la relación de pareja, familiar y el ámbito social, pudiendo incluso propiciar el padecimiento de enfermedades orgánicas.

Los trastornos más frecuentes son los emocionales y físicos, la mujer cree que ya no sirve como tal porque dejó de ser fértil, se imagina que ha perdido su atractivo físico, que la transición de la etapa significa que comenzó la vejez, se siente sola y no sabe qué hacer con tanto tiempo. Vienen pensamientos de infravaloración, de baja autoestima, incluso pensamientos catastróficos como la muerte de su pareja o de ella misma.

El tratamiento psicoterapéutico mujeres que de edad intermedia, se puede abordar en varios enfoques, en procesos individuales, en procesos a nivel familiar, a nivel de pareja, terapias a nivel grupal. Teniendo todos un fin común, la resolución de conflictos personales internos o conflictos interpersonales que provocan malestar en las personas.

La mujer que atraviesa la edad intermedia, manifiesta muchos cambios, de los cuales ya se han mencionado muchos, quedando establecido en este caso, que es normal que en algunas veces hay pérdida de memoria, pero que ésta no es definitiva, la cual se va recuperando a medida que se pasa la etapa.

Recomendaciones

Se recomienda que la población que llega a la O.M.M., reciba educación sobre las implicaciones que se dan en la etapa de la edad intermedia. Además, como éstas pueden sobrellevarse de una mejor manera, cuando se abordan correctamente, teniendo el conocimiento y los elementos terapéuticos indispensables, para ayudarla a enfrentar su proceso de tal forma que no se trascienda en extremo.

Se recomienda elaborar un cuadro, con todos los síntomas físicos y emocionales, que se dan en la etapa de la edad intermedia, y los efectos que pueden causar. El cual se pueda tener de forma obligatoria en todos los centros de asistencia masiva, donde la mujer pueda ser informada sobre éstos y como abordarlos para una homeostasis física y psicológica que de tranquilidad.

En Guatemala no se tiene la cultura de asistir a un psicólogo/a, por el estigma “de no estar loco”, o porque no se cuentan con los recursos económicos necesarios. Se recomienda que se eduque a la población desde las aulas, sobre la necesidad de tener una salud mental y para este fin, es necesario que haya un abordaje psicológico con profesionales calificados.

Se recomienda una actitud de comprensión de parte del (la) cónyuge, hacía “él/la que está en ese proceso de la vida intermedia, ya que habrán momentos que se darán cambios en el carácter, algunas actitudes que no son propias del cónyuge y que pueden causar alguna grieta en la relación de pareja. Es necesaria una buena comunicación, basada en la comprensión, confianza y en el amor. En la doctrina judeocristiana se dice: “si repartiese todos mis bienes para dar de comer a los pobres, y si entregase mi cuerpo para ser quemado, y no tengo amor, de nada me sirve (1 Corintios 13:3).

Referencias

Bibliográficas

Chinchilla Moreno, A. (2011). *La Depresión y sus Máscaras*. Buenos Aires: ed. Médica Panamericana.

Engler, B. (2001). *Teorías de la personalidad* (4ta ed.). México: ed. McGraw-Hill Interamericana S.A.

Equipo de ciencias médicas DVE. (1995). *La depresión y su curación*. Barcelona: ed. Vecchi S.A.: (pag. 42).

Featherman, D., Hogan, D., y Soreanson, A. (1984). *Entrada a la edad adulta. Perfiles de hombres jóvenes en los cincuenta*. En life span developmental and behavior. (Vol. 6). Nueva York: ed. Academia pres.

Fiske, M. (1980). *Labores y crisis de la segunda mitad de la vida*. En J.E. Birron y R.B. Sloane (compiladores).

Guía de Práctica Clínica (2010). *Postmenopausia*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México: I.M.S.S.

Kline y Scialfa (2002). *Anales de la Real Academia de Medicina*. Tomo CXIX-cuaderno 2 (pag.274). España: ed. Real academia de la medicina

Palacios Gil, S. Dr. (2013). *Terapia hormonal sustitutiva*. España: ed. SeMe

Papalia, D.E., Wenddkos Olds, S., Duskin Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano* (09 ed.). México: editorial Litografía Ingramex..

Papalia, D.E., Wenddkos Olds, S., Duskin Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano* (09 ed.). México: editorial Litografía Ingramex..

Roca Villanueva, E. (2013). *Terapia Cognitiva para la depresión*. España: ed. Publicaciones E. Roca.

Roca Villanueva, E. (2013). *Terapia Cognitiva para la depresión*. España: ed. Publicaciones E. Roca.

Scielo (2008). *Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida en la mujer de edad mediana*. Revista cubana de medicina general integral. La Abana: ed. Ciencias Médicas.

Scielo (2008). *Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida en la mujer de edad mediana*. Revista cubana de medicina general integral. La Abana: ed. Ciencias Médicas.

Slaikou, K. A. (1996). *Intervención en Crisis*. Manual para práctica e Investigación (6ta ed.). México: ed. El manual moderno.

Slaikou, K. A. (1996). *Intervención en Crisis*. Manual para práctica e Investigación (6ta ed.). México: ed. El manual moderno.

Stoppard, M. (1988). *Guía Médica para la mujer*. (Vol. 01). Traducción y adaptación Dra. M. del Carmen López González. Barcelona: ed. Grijalbo Mondadori S.A.

Stoppard, M. (1988). *Guía Médica para la mujer*. (Vol. 01). Traducción y adaptación Dra. M. del Carmen López González. Barcelona: ed. Grijalbo Mondadori S.A.

Stoppard, M. Dra. (1989). *Guía médica para la mujer*. Barcelona: ed. Grijalbo Mondadori S.A. Arango 385.

Stoppard, M. Dra. (1989). *Guía médica para la mujer*. Barcelona: ed. Grijalbo Mondadori S.A. Arango 385.

Tortora, G.J., Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología*. (11 ed.). España: ed. Panamericana: (pag. 1101).

Tortora, G.J., Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología*. (11 ed.). España: ed. Panamericana: (pag. 1101).

Univisión Salud. (2011). *La menopausia*. Correo: salud.univision.com

De internet

a) Fuentes firmadas

Colomer Giner, M. Lic. En medicina y cirugía (2010). *La menopausia prematura*.

L, B, A. (2013). *Psicología de la viudez*. Entre mujeres. ww.entremujeres.com/

Martínez, M. (2013). *Como superar el síndrome del nido vacío*. Revista Salud. www.uncomo.com

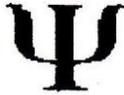
Martínez, M. (2013). *Como superar el síndrome del nido vacío*. Revista Salud. www.uncomo.com

Rodríguez J.A. (2013). *Crisis de pareja o final de la relación*. Casa editora: Fundación Eroski. www.consumer.es

- Trujillo, H. Psicoanalista (2013). *Programa de TV la Mujer del siglo XXI*.
www.httpsicoanalista.com
- b) Fuentes no firmadas
- Diario el Confidencial (05/11/2013). *Cuando comienza realmente la mediana edad*. Madrid: ed. Comscore. www.confidencial.com
- La menopausia. (2013). *Terapia de reemplazo humano*. www.queeslamenopausa.org
- Laboris. (2013). *Encontrar trabajo después de los cincuenta*. www.laboris.net
- Maestracony. (2011). *Tratamiento cognitivo conductual a mujeres de edad adulta intermedia con trastornos somatomorfes*. www.buenas tareas.com
- Menopausia (2013). *La depresión asociada a la menopausia* Publicado por salud. www.menopausia.euroresidentes.com
- Mentes abiertas (). *Terapia de parejas*. Madrid: www.mentesabiertas.org
- Psicología Clínica y de la salud (2009). *Adultez Mediana*. Universidad de El Salvador. <http://sites.google.com>
- Psicología en la Salud (2012). *Psicoterapia individual*. www.psicologiaenlasalud.com
- Rena (2002). *Desarrollo de la edad adulta o vejez*. [www.rena. Edu.ve](http://www.rena.edu.ve)
- Search results (2010). *Cambios emocionales en la menopausia*.
www.mimenopausia.com
- Wikipedia (2013). *Crisis de la mediana edad*. es.wikipedia.org
- Universidad Autónoma de Barcelona (). www.asefasalud.es

Anexos

Anexo 1
Ficha clínica



Departamento de Psicología
O.M.MVilla Nueva.

REG. _____

Ficha Clínica

I.

Datos Generales.

Nombre y Apellidos

Edad. _____ Genero _____ F _____ M _____

Lugar y Fecha de
Nacimiento. _____

Dirección
Actual. _____

Tel. Casa _____ Cel. _____

Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

Escolaridad _____ Referido por. _____

II.

Motivo de Consulta. _____

NOTA: Si el paciente es Niña/Niño seguir a la siguiente página.

III. Historia Familiar

III. Historia Familiar

Lugar que ocupa en la Familia. _____ No. Hermanos _____

Mayores _____ Menores _____

Nombre de la Madre _____

Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____

Religión _____

Nombre del Padre _____

Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____

Religión _____

IV. Historia de Crecimiento y Desarrollo

Prenatal, Perinatal, (Duración, curso, y control del embarazo) _____

Tipo de Parto. Normal ___ Cesaría ___ Fórceps ___

Peso _____ Talla _____ Complicaciones _Si ___ No ___

Cual _____

Lloro al Nacer Si ___ No ___ Lactancia Materna Si ___ No ___

Duración Años _____ Mes _____

Vacunación Completa. Si ___ No ___

V.

Enfermedades Padecidas

Nombre de Psicóloga/o Tratante. _____

Fecha _____

Firma _____

Anexo 2
Examen mental

1

Examen Mental

I. Descripción General (Aspecto y Presentación)

a) Físico

Peso

- Habitual Muy delgado Sobrepeso Bajo Ideal Delgado

Comentarios:

Higiene Personal

- Cabello Boca Nariz Cosmetica Piel Oidos Pies

Comentarios:

Vestimenta (descripción)

Cronológica

Características Ilamativas

b) Actitud

- Colaborador Amable Manipulador Desconfianza Fatigado Indiferente Accesible Cooperador Evasivo Arragante Desconforme Despectivo Interes Positivo Hostil Apatico Queja Indeciso Amistoso Preocupado Inquieto Retraido Reservado Ansioso Agresivo Desafiante Seductor Negativo

Comentarios:

3

f) Lenguaje

Fluidez

- Coherencia Incoherente Circunstancial Asertivo Notificativo Comunicativo Espontaneo Cantidad Tartamudeo Desarticulacion Volumen Pasivo Timbre Voz clara Voz nasal Velocidad Lento Rapido

Comprensión

- Entender preguntas Responder preguntas en forma atingente Entender textos escritos Escribir una idea Nombrar objetos que se le muestran Repetición

g) Pensamiento

Proceso

- Logico Asociaciones Concreto Bloqueo Neologismo Relevancia Continuidad Perseverativo Bloqueo Circunstancial Organizacion Congruente Laxo Pueril Objetivo Tangente Coherente Incoherente Condensación Abstracto

Contenido

- Fobias Ilusion (fant.) Ambiciones Racionales Intenciones Preocupaciones Ideas delirantes Rituales Confusion Compulsiones Ideas Suicidas Ideas homicidas Alucinaciones Ideas obsesivas Ideas irracionales Ideas de referencia Planes para el futuro

Control

Obsesiones:

h) Inteligencia-Razonamiento

Pensamiento abstracto

- Semejanzas Diferencias Sentido de un proverbio Calculo Aritmetico Operaciones matematicas simples Inversion de series Deletrear palabras

2

c) Disposición corporal

- Apertura Quietud Cerrada Ansioso

Saludo

- Firme cordial Neutral Seguro

Contacto visual

- Ausente Excesivo Defensivo Continuo Molesto Fijo Desconfianza Directo

Postura

- Encorvada (Tristeza, baja autoestima) Declinada (Atencion, apertura, interior) Encogida (Incertidumbre, ambivalente, inquietud) Brazos cruzados (Disgusto, disconformidad, no interaccion) Retorcir las manos (Ansiedad, colera) Coger algo fuertemente (colera, enojado) Ríjides (Tension) Relajado (Comunicación) Cambiar apoyo en el respaldo (Dificultad de expresar, menor deseo de interaccion) Sentarce al borde de la silla (Ansiedad, tension, preocupacion) Alejamiento (Rechazo)

II. Cognición

a) Orientación

- Tiempo Lugar Personal Espacial Situacional

b) Estado de Conciencia

- Alerta/ Lucidez Confuso Letargo/ Somnolencia Desconcertado Obnubilación: Estupor Sopor Coma

c) Atención

- Voluntaria involuntaria Dividida Concentrada Activa Pasiva Sostenida Selectiva Dispersa Habitual

d) Concentración

- Activa Pasiva Alfa (Meditación) Simple (Dejar de pensar)

e) Memoria

- Reciente Inmediata Remota Capacidad para aprender

4

Capacidad para dibujar

Juicio

i) Introspección

- Capacidad de insight Capacidad de juicio Intelectualidad Conciencia del problema Capacidad para tomar decisiones Interpretacion de emociones

III. Afectividad

Afecto (Signos)

- Irritable Heboide (Disposición a bromear de manera no empatica, inadecuada y tosca, sensacion de superficialidad) Plano/embotado (Frio, indiferencia) Paratímia (Incongruencia, discordancia) Apatía (Sensacion de pesadez, desanimo) Disforia (Irritacion, desagrado, inquietud) Distímia (Tendencia de animo depresivo) Pánico (Miedo intenso) Perplejidad (Confusion, desconcierto, extrañes, asombro) Despersonalización y Desrealización Rígido Labilidad (Cambios bruscos e intensos) Incontinencia (Escaza capacidad para controlarse en los afectos) Impulsividad Sobrevaloración Minusvalía (Sensación de poco valor) Depresivo (Baja del animo) Auto desvalorización Culpa Desesperanza Anedonia (Incapacidad de disfrutar lo que se disfrutaba) Desamparo (Soledad) Embotado (Disminucion de la expresión emocional y de expresiones de llanto e ira) Pérdida de sentimientos (No vivenciar los sentimientos) Suspica (Desconfianza de los demás) Reticencia (Actitud de reserva, consciente o inconsciente) Discordancia ideafectiva

Animo Sintomas del px.)

- | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Melancólico | <input type="checkbox"/> | Pesimista | <input type="checkbox"/> | Pacífico | <input type="checkbox"/> | Eufórico | <input type="checkbox"/> | Distímico | <input type="checkbox"/> |
| Susceptible | <input type="checkbox"/> | Sensato | <input type="checkbox"/> | Energico | <input type="checkbox"/> | Imitable | <input type="checkbox"/> | Optimista | <input type="checkbox"/> |
| Apático | <input type="checkbox"/> | Heboide | <input type="checkbox"/> | Disforia | <input type="checkbox"/> | Ansioso | <input type="checkbox"/> | Perplejidad | <input type="checkbox"/> |
| Rígido | <input type="checkbox"/> | Incoherente | <input type="checkbox"/> | Feliz | <input type="checkbox"/> | Embotado | <input type="checkbox"/> | Impulsivo | <input type="checkbox"/> |
| Incongruente | <input type="checkbox"/> | Congruente | <input type="checkbox"/> | Triste | <input type="checkbox"/> | Exaltado | <input type="checkbox"/> | Deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Alegre | <input type="checkbox"/> | Apropiado | <input type="checkbox"/> | Decaido | <input type="checkbox"/> | Plano | <input type="checkbox"/> | Inapropiado | <input type="checkbox"/> |
| Oscilante | <input type="checkbox"/> | Restringido | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

IV. Conducta Motora

Movimientos

Involuntarios o Estereotipados:

- Repicar con los pies
- Morderse los labios
- Fruncir cejas
- Apretar labios
- Mirar de reojo
- Movimientos de nariz
- Muecas
- Amaneramientos

Movimientos Anormales lentos

- Inhibición
- Cataplexia
- Movimientos Excesivos
- Catalepsia

Reacciones Neurovegetativas

- | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sudoracion | <input type="checkbox"/> | Tics | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Lagrimas | <input type="checkbox"/> | Palidez en la piel | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Temblores | <input type="checkbox"/> | Sonrojamiento | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Salivacion | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Agitacion | <input type="checkbox"/> | Taquicardia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Inquietud | <input type="checkbox"/> | Desmayo | <input type="checkbox"/> |

Nombre: _____

Fecha: _____

Anexo 3
Programa Oficial Práctica IV



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
 PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso:	Práctica IV -Profesional Dirigida-
Pre-Requisito:	Práctica I, Práctica II, Práctica III
Trimestre:	X
Sede:	

Ciclo:	2013
Código:	
Jornada:	
Horario:	

Mes	Año
Enero	2013
Fecha de Recepción	

Sello de Registro y Control Académico

Vo.Bo. Decanato

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos 	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

[PROGRAMA OFICIAL]

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. Barlow D. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B. & Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

Anexo 4

Organización de O.M.M. Municipalidad de Villa Nueva

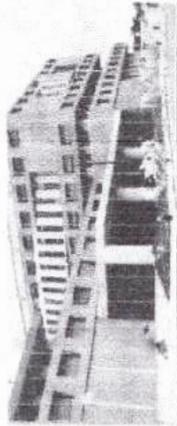
CEMUCAE

Promueve la productividad de la mujer a través del Centro Municipal de Capacitación y Formación (CEMUCAE) en donde capacitan de forma gratuita a hombres y mujeres en talleres de artes y oficios durante todo el año, los cuales contribuyen a la mejora de la economía familiar y Micro-Empresa.



VISION

Ser una red líder, comprometida, eficaz, funcional, reconocida, consolidada y permanente que trabaje en coordinación para el beneficio de las víctimas del delito directa y colaterales, potenciando sus capacidades, coadyuvando a la digna reparación de la víctima.



RED DE DERIVACION DE VILLA NUEVA

Por medio de la efectiva coordinación y utilización de los recursos de las instituciones que conformamos la Red de Derivación de Villa Nueva, brindamos atención inmediata y acompañamiento en las áreas psicológica, social, médica, legal y espiritual a la víctima directa y colateral del delito coadyuvando a su reparación digna.

QUIENES SOMOS

Somos organizaciones e instituciones que sumamos esfuerzos para fortalecer a las víctimas de la violencia con el objetivo de ayudar a la población por medio de una serie de servicios para responder las necesidades inmediatas.

O.M.M

Oficina Municipal de la Mujer

Municipalidad de Villa Nueva
Prospera Educada y Segura



Villa Nueva próspera, educada y segura.

VISION COMIS

Fomentar la participación y el empoderamiento de las mujeres desarrollando sus virtudes a través de capacitaciones y talleres que les lleve a ser gestoras de su propio desarrollo, fortaleciendo el liderazgo para la toma de decisiones económicas, sociales y políticas con las beneficiarias.

VISION OMIM

Fundar, capacitar y defender los derechos humanos de las mujeres desde una perspectiva de género, caso y error; facilitando los recursos necesarios a través de programas de capacitación que les permitan un desarrollo integral.

PRESENTACION

La Oficina Municipal de la Mujer fue creada por el Consejo Municipal según decreto Municipal 22-2010 adicionado en el artículo 25 y se encarga de velar por el respeto, integración, participación y atención de la mujer villanovana en aras de trabajar unidos por el desarrollo integral de la comunidad.

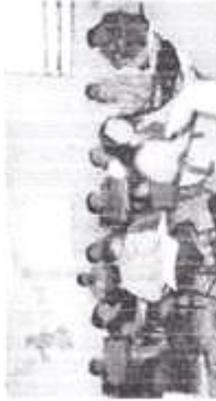
Facilita la comunicación entre la Municipalidad de Villa Nueva y las mujeres residentes de la Comunidad con el fin de promover la organización social y la participación comunitaria en los diferentes ámbitos sociales.

PSICOLÓGICA

En el Área de Salud Mental la Oficina Municipal de la Mujer cuenta con el Departamento de Psicología Clínica y Consejería Familiar; su objetivo principal

es abordar estrategias de intervención en Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil, Bullying y Orientación Familiar, brindando atención personalizada a través de terapias individuales y familiares.

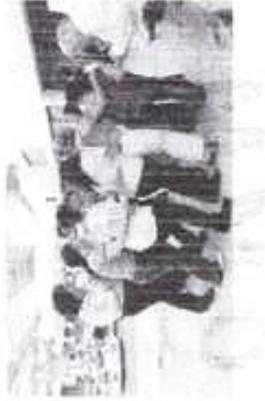
SOPORTACIONES PARA MAESTROS



TALLERES MOTIVACIONALES PARA USUARIAS



TALLERES MOTIVACIONALES PARA EL PERSONAL



JURIDICO

La oficina Municipal de la Mujer cuenta en sus instalaciones con Infiere popular de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual presta Asesoría Legal gratuita en pensiones alimentarias, Juicios Ejecutivos en la vía de apremio, rectificaciones de partidas de nacimiento y matrimonio, Declaraciones Juradas y Auténticas.

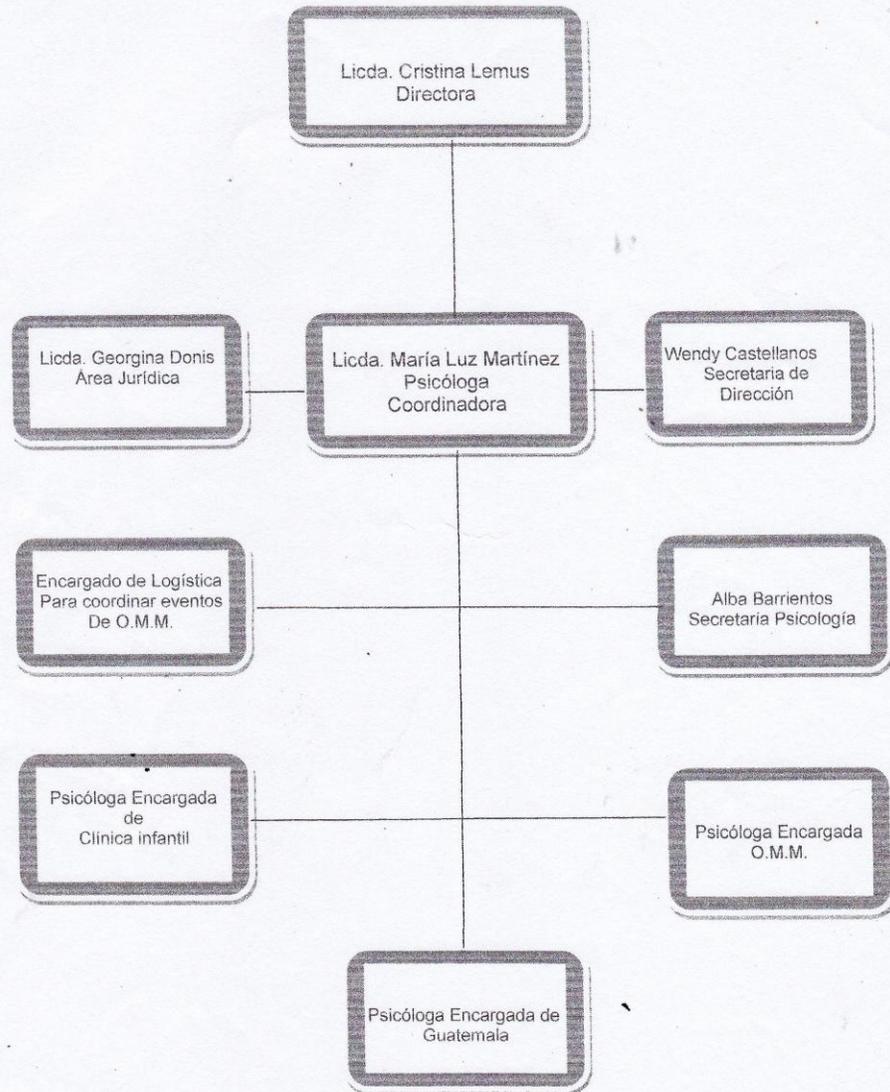


Villa Nueva próspera, educada y segura.

Anexo 5
Carné de Psicólogo E.P.S.



Anexo 6
Organigrama administrativo O.M.M.



Anexo 7

Carta de agradecimiento y entrega de folletos psicoeducativos

Guatemala 03 de Diciembre de 2013

Licenciada
María Luz Martínez
Oficina Municipal de la Mujer
Presente

Estimada Licda. Martínez

Deseándoles éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para hacerle entrega de 25 folletos psicoeducativos, como medida preventiva e informativa del tema de **"Crisis de la mujer en la edad intermedia a nivel biopsicosocial."** Dicho tema fue el motivo de mi investigación, siendo el primero que atendí en el centro O.M.M, en el proceso de Práctica Profesional Dirigida.

El folleto va dirigido a estudiantes de psicología, voluntarios, padres de familia, maestros y público en general.

Agradeciendo de antemano su atención y apoyo

Atentamente

Mauricio Icuté Méndez

Vo. Bo. Institución




Cómo se puede mantener sana a medida que la edad avanza?

Existen muchas formas de mantenerse sana durante esta etapa de la vida. Si se toma los siguientes consejos:

1. Mantenerse activa y hacer más ejercicio. Tratar de hacer por lo menos 30 minutos de ejercicio la mayor parte de los días de la semana. Intentar hacer ejercicios en los que se soporta el peso, tales como caminar, correr o bailar
2. No fumar. Si se fuma, dejar de hacerlo.
3. Alimentarse en forma saludable. Consumir muchos alimentos cereales integrados, verduras y frutas.
4. Reducir las grasas. Elegir alimentos con bajo contenido graso y de colesterol.
5. Calcio. Consumir suficiente calcio para mantener los huesos fuertes. Antes de la menopausia, se necesita consumir unos 1.000 miligramos de calcio al día. Después de la menopausia, se necesitará 1.500 miligramos al día.
7. Controlar el peso. Preguntar al médico cuál es el peso saludable.
8. Hablar con el médico acerca de la salud de los huesos. Preguntar si se está consumiendo suficiente calcio y vitamina D. Hacer un examen de densidad ósea si se es mayor de 65 años de edad, o si el médico dice que tiene probabilidades elevadas de padecer osteoporosis. Consultar si se debe tomar medicamentos para preservar los huesos y aminorar el paso de su deterioro.
9. Controlar la presión arterial, el colesterol y el nivel de azúcar en la sangre.
10. Mamografía periódica. Hacer un examen de senos y una radiografía de senos (mamografía).



UNIVERSIDAD PANAMERICANA



Por:

Mauricio Icuté Méndez

Crisis de la edad intermedia en la mujer.

Se define en términos cronológicos como los años comprendidos entre los 40 y los 65 años. En el proceso de la edad adulta se manifiestan trastornos hormonales a causa de la menopausia.

¿qué es la menopausia? La menopausia es el tiempo en la vida de la mujer cuando deja de tener sus periodos mensuales. Sintomas:



- Menstruaciones irregulares con menos o más sangrado
- Sofocos de calor o bochornos
- Sudoración
- Insomnio
- Cansancio
- Problemas de concentración, atención y memoria
- Irritabilidad
- Depresión
- Debilitamiento de uñas y cabello
- Dolores articulares
- Pérdida de memoria
- Sequedad vaginal
- Disminución de la lívido

Cambios en las mujeres de edad intermedia

Funcionamiento sensorial y motor. Se presentan en formas graduales e imperceptibles



Hasta que un día las personas se dan cuenta que han perdido algunas facultades. A los 40 Ya no pueden leer el periódico y necesitan lentes, le duele las articulaciones al subir gradas, ya no es tan ágil como antes.

Principales trastornos emocionales en la mujer de edad intermedia

- Deseo de lograr la sensación de juventud
- Necesidad de pasar más tiempo con ciertas compañías



Terapia hormonal

Los tratamientos pueden incluir medicamentos Recetados que contienen ciertos tipos de hormonas que los ovarios dejan de producir cerca de la menopausia. La terapia hormonal puede contener sólo estrógeno o estrógeno con progestina (para mujeres que todavía poseen su útero o matriz). La terapia con estrógeno suele recibirse por medio de una pastilla, un parche para la piel, en forma de crema o gel, o con un dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés) o anillo vaginal.



Anexo 8

Constancia de participación de Ministerio Público

Fiscalía Municipal de Ministerio Público de Villa Nueva

Otorga la presente

CONSTANCIA de PARTICIPACION

A

MAURICIO ICUTE

Por su participación en el Modulo de Capacitación "ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DEL DELITO" impartido los días el 05 de marzo y el 11 de julio de 2013, dirigido a Estudiantes y Profesionales de Psicología de la Red de Derivación para la Atención de Víctimas del Delito de Villa Nueva.

Dado en el municipio de Villa Nueva, a los 31 días del mes de octubre del año 2,013.



Licda: Celeste Diaz Garcia
Fiscal Distrital Adjunto



Licda. Adá Esmeralda Mazariegos Calderón
Coordinadora Oficina de Atención a la Víctima Villa Nueva



Anexo 9

Constancia de conclusión de la Práctica Supervisada

MVN-OMM-PSI-35-2013
Guatemala, 01 Octubre de 2013.

Licenciado
MARIO SALAZAR
Coordinador General Campus el Naranjo
Universidad Panamericana de Guatemala.
Presente.

Por este medio informamos que, el Señor **Mauricio Icuté**: quién se identifica con número de carnet; **0908481** inició su Practica Supervisada en el mes de febrero y finalizo la misma en el mes de octubre del presente año, culminando Práctica en esta institución en la que brindo atención Psicológica, así como también llevó a cabo otras actividades propias de su profesión como Psicólogo Clínico en la Oficina Municipal de la mujer, de la Municipalidad de Villa Nueva.

Sin otro particular, atentamente.


Licda. María Luz Martínez
Departamento de Psicología
O.M.M.


Cristina Lemus Velasco
Directora O.M.M.
Municipalidad de Villa Nueva



Vo.Bo.

Ing. Javier Mauricio Reyes Paredes
Director de Recursos Humanos



Villa Nueva próspera, educada y segura.

