

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Abordaje desde la terapia cognitivo conductual de los factores que
predisponen a la mujer en la etapa de menopausia a desarrollar trastornos
depresivos**

(Artículo Especializado)

Velvet Loydee Escobar Ramirez

Guatemala, octubre 2018

**Abordaje desde la terapia cognitivo conductual de los factores que
predisponen a la mujer en la etapa de menopausia a desarrollar trastornos
depresivos**

(Artículo Especializado)

Velvet Loydee Escobar Ramirez

Licda. Eugenia de García, Asesora

M.A. Eymi Castro de Marroquín, Revisora

Guatemala, octubre 2018

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Octubre 2018.-----

En virtud de que el informe final de Artículo Científico con el tema: **Abordaje desde la terapia cognitivo conductual de los factores que predisponen a la mujer en la etapa de menopausia a desarrollar trastornos depresivos**. Presentada por el (la) estudiante: **Velvet Loydee Escobar Ramirez**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, 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.


Lcda. ~~Eugenia de Garcia~~
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del año 2018.

En virtud de que el informe final de Artículo Especializado con el tema: “Abordaje desde la terapia cognitivo conductual de los factores que predisponen a la mujer en la etapa de menopausia a desarrollar trastornos depresivos”. Presentado por el (la) estudiante: Velvet Loydee Escobar Ramirez, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, 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. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de octubre del 2018. -----

*En virtud de que el Informe Final de Artículo Científico con el tema **"Abordaje desde la terapia cognitivo conductual de los factores que predisponen a la mujer en la etapa de menopausia a desarrollar trastornos depresivos"**, presentado por el (la) estudiante: **Velvet Loydee Escobar Ramirez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.***

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

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

Contenido

Introducción	i
Resumen	ii
Definición y caracterización de la menopausia y climaterio	1
1.1 Evolución del concepto de menopausia	2
1.2 Importancia sociocultural de la menopausia en distintos medios	5
1.3 Factores que influyen sobre la edad de la menopausia	6
1.4 Bases fisiológicas de la menopausia	9
1.5 Trastornos producidos por la menopausia o posiblemente acelerados por ella	14
1.6 Tratamiento médico de la menopausia	15
1.6.1 Terapia hormonal sustitutiva	16
1.6.2 Programa de atención integral para las mujeres en etapa de menopausia	17
1.6.3 Otros tratamientos farmacológicos	18
Problemática psicológica en la menopausia	20
2.1 Alteraciones del estado de ánimo	21
2.2 Trastornos de la sexualidad	22
2.3 Insomnio	22
2.4 Ansiedad	23
2.5 Factores de vulnerabilidad para la depresión en mujeres	24
2.5.1 Factores hormonales	25
2.5.2 Factores genéticos	26
2.5.3 Ansiedad preexistente	26
2.5.4 Estilos de socialización y acoplamiento específicos de género	27
2.5.5 Acontecimientos vitales traumáticos	27
2.5.6 Condición social y roles	28
2.6 La depresión en la mujer	30

2.7	La depresión como trastorno	31
2.7.1	Sintomatología	31
2.7.2	Criterios diagnósticos del DSM V para la depresión mayor	33
2.7.3	Escala de Hamilton para la depresión	35
2.7.4	Inventario de trastornos afectivos y esquizofrenias	35
2.7.5	Inventario de la depresión de Beck	35
2.7.6	La escala de depresión de Carroll revisada	36
2.7.7	Escala de depresión de Zung	36
	Tratamiento psicológico para la depresión en la menopausia	37
3.1	Intervención cognitiva conductual	39
3.1.1	Concepto de triada cognitiva	40
3.1.2	Esquemas cognitivos	40
3.1.3	Errores cognitivos	41
3.2	Organización estructural del pensamiento depresivo	41
3.3	Predisposición y desencadenamiento de la depresión	43
3.4	Estructura de la sesión terapéutica	46
3.5	Aplicación de técnicas conductuales	55
3.5.1	Técnica: Programación de actividades	56
3.5.2	Técnica de dominio y agrado	57
3.5.3	Técnica asertividad y role playing	58
3.5.4	Técnica de manejo del tiempo	58
3.6	Aplicación de técnicas cognitivas	59
3.6.1	Técnicas basadas en la imaginación	60
3.6.2	Técnica de autorregistros	60
3.6.3	Técnicas de reatribución	60
	Conclusiones	63
	Referencias	64

Introducción

La menopausia es una etapa de transición fisiológica que experimentan todas las mujeres existiendo gran idiosincrasia en relación con ella primeramente por los cambios que acontecen a nivel físico y psicológico que cada una experimenta de forma distinta ya sea por su condición social y rol, por sus factores genéticos, hábitos adquiridos y por la percepción que se tenga de ella a nivel cultural, en la actualidad el abordaje de la menopausia es considerado de relevancia por el papel que desempeña el género femenino en la sociedad donde se proyecta más interesada por su salud física y psicológica.

Como se observará en el desarrollo de la investigación que algunas mujeres tienen más probabilidad de experimentar con mayor intensidad los síntomas de la menopausia por algunos factores que las hacen especialmente vulnerables tales como la presencia de algún trastorno preexistente como ansiedad y depresión, factores genéticos, la presencia de acontecimientos vitales traumáticos como la enfermedad o muerte de un ser querido, la partida de los hijos del hogar, etc.

Todos los estudios llevados a cabo sobre el tema de la menopausia han puesto de manifiesto que en esta etapa se produce un aumento en la frecuencia de síntomas vasomotores como sofocos y sudores constantes los cuales constituyen el rasgo más característico de la menopausia, debido a las fluctuaciones de los niveles hormonales de estrógenos y progesterona razón por la cual también se les asocia con la aparición y prevalencia de la depresión por el efecto de estas hormonas con los neurotransmisores como la serotonina siendo el más implicado en el desarrollo de la depresión. Ante la manifestación de los síntomas descritos anteriormente es preciso instituir el tratamiento médico como psicológico de la menopausia. Para efecto de la presente investigación se abordará el tratamiento de sustitución hormonal para los síntomas físicos y el acompañamiento psicológico por medio de la terapia cognitivo conductual, se describirán sus técnicas tanto cognitivas, como conductuales, los objetivos y metas generales de la terapia cuyos resultados pudieron ser comprobados en la práctica clínica en pacientes diagnosticados con depresión mayor.

Resumen

La menopausia ocurre cuando los ovarios de una mujer dejan de producir óvulos ya sea de manera natural o inducida por una intervención quirúrgica, esta etapa viene acompañada por la manifestación diversos síntomas que se expresan de manera diferente en cada persona. Se sabe que la edad en la que se presenta es variable, pero suele aparecer entre los 45 y 65 años dependiendo de diversos factores entre ellos antecedentes familiares, geografía y raza, edad de la menarquia, hábitos, número de embarazos, etc.

La sintomatología y complicaciones físicas que se presentan en esta etapa son principalmente debidas a la disminución de estrógenos y progesterona, por lo tanto, el tratamiento se basa en la administración de hormonas lo que se conoce como terapia hormonal sustitutiva. Los cambios en los niveles hormonales han demostrado también sus efectos sobre los sistemas de neurotransmisores que han sido implicados en el desarrollo del trastorno de depresión mayor particularmente en mujeres con antecedentes personales o familiares de ella.

Entre las problemáticas psicológicas que se asocian con la menopausia está la depresión la cual se considera un trastorno emocional que causa sentimientos de inadecuación, desaliento, duda y derrota que afecta el funcionamiento de las personas a nivel cognitivo, conductual y afectivo generando un amplio abanico de posibilidades clínicas por lo que el diagnóstico se establece tomando en cuenta el tiempo, duración y evolución de los síntomas presentes.

Es importante señalar que dentro de las terapias psicológicas para tratar la depresión está el modelo cognitivo conductual el cual plantea la importancia de identificar y modificar los pensamientos de base irracional o disfuncional que influyen en el estado de ánimo lo que provoca a su vez cambios emocionales y conductuales. Este modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato de la depresión, así como los principales objetivos de la terapia, establece un plan de tratamiento y un programa de actividades con el fin que el paciente recobre interés y placer en la realización de sus actividades en todos los ámbitos de convivencia.

Definición y caracterización de la menopausia y climaterio

La Organización Mundial de la Salud (1981) define el término menopausia como el cese permanente de las menstruaciones la cual va precedida por una amenorrea de doce meses cuyo periodo se caracteriza por la disminución en la producción de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), y la finalización de la liberación de óvulos por los ovarios.

El climaterio es la época de la vida de la mujer en que se produce la transición entre el periodo reproductor y el periodo no reproductor. En el climaterio el organismo de la mujer se adapta a una nueva situación que supone la pérdida de la capacidad reproductiva, se considera que es el proceso de envejecimiento de la mujer de límites imprecisos, que incluye tres periodos.

El primero de ellos es el premenopáusico y comprende de uno a ocho años antes de producirse la menopausia. En este periodo empiezan a aparecer una serie de cambios graduales en el sistema endocrino, así como manifestaciones clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia.

El segundo período es el de la menopausia, tras haberse producido un año de amenorrea. En este sentido en muchas ocasiones se está utilizando incorrectamente el término menopausia, haciendo alusión al periodo en el que se hacen de forma manifiesta los cambios que rodean a la menopausia confirmada. Y por último la etapa postmenopáusica la cual va comprendida desde la menopausia confirmada hasta la senectud.

La menopausia se subdivide según la edad en espontánea y precoz y según la forma de desencadenarse en natural y quirúrgica. La menopausia espontánea es consecuencia de la pérdida de la función ovárica, la cual va precedida de una amenorrea de doce meses, habitualmente se usa ese lapso para determinar el momento en el que ocurre la menopausia, por el contrario, la menopausia precoz se produce cuando una mujer sufre la retirada de la menstruación antes de los 40 años, debido a que sus ovarios dejan de funcionar de manera prematura.

Para confirmar la existencia de la menopausia precoz deben realizarse una serie de determinaciones hormonales en sangre. Existen diferentes causas que conllevan a la aparición de la menopausia precoz entre ellas: los antecedentes de mujeres en la misma familia con menopausia precoz, por anomalía genética como consecuencia de una malformación congénita en el ovario que puede producir alteraciones en el equilibrio hormonal y por lo tanto la aparición de la menopausia prematura, otra causa puede ser por infecciones o tumores.

La llamada menopausia natural es la que se produce debido al agotamiento de la actividad folicular ovárica la cual suele aparecer entre los 45 y 55 años. La menopausia quirúrgica es la que se produce cuando a la mujer se le extirpan los dos ovarios, es decir, doble anexectomía. Hasta hace pocos años, cuando una mujer padecía de alguna anomalía en su sistema reproductor, como pudieran ser miomas uterinos, que requerían de tratamiento quirúrgico como norma general los especialistas practicaban la extirpación tanto del útero como de ambos ovarios sin tener en cuenta la edad de la mujer.

Como consecuencia de esta norma quirúrgica, se ha aumentado en los últimos años el número de casos de mujeres de entre los 40 y 45 años con menopausia precoz. En la actualidad, los especialistas clínicos adoptan una nueva postura, intentando conservar los ovarios en los casos que sea posible, como en los casos de patología uterina, practicando una histerectomía o intentar mantener un ovario (anexectomía simple) sobre todo en aquellas mujeres con varios años por delante antes de producirse la menopausia de forma natural. De esta forma se evitarán las consecuencias de la menopausia prematura.

1.1 Evolución del concepto de menopausia

Según Lugones, M., Ramírez, M. (2008) la menopausia ha sido ignorada por mucho tiempo y hasta subestimada tanto por las propias mujeres como también por muchos profesionales a través de diferentes épocas, la etapa del climaterio y la menopausia ha sido motivo de menciones históricas, literarias, culturales, y de mayor interés aún para los investigadores.

La presencia de la mujer ha estado en todos los momentos de la historia y la importancia del medio social en el cual se ha desenvuelto también ha sido señalado. Ya desde épocas antiguas se han conocido los cambios que padecen las mujeres durante la época del climaterio y estas alteraciones se relacionaron con la desaparición de la menstruación. Las primeras menciones sobre la mujer en la posmenopausia se hallan en los papiros egipcios en los que se señala a las mujeres menopáusicas como blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban.

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia fueron escasas y esporádicas. Se menciona en general a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años. Las sociedades feudales destacaron una noción desfavorable de la mujer menopáusica. Por ejemplo, las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podían llegar a ser mayor o igual a la de un soldado, pero si esta era posmenopáusica la suma disminuía hasta hacerse casi nula.

En el siglo XIV la mujer posmenopáusica pasó a ser considerada, la imagen de lo marchito y la decrepitud. La poesía francesa fue despiadada en la descripción de los cambios corporales de la mujer, sobre todo de los órganos relacionados con la procreación, visión que actualmente sigue afectado a la mujer.

Todas las descripciones literarias como pictóricas de fines de la edad media y el renacimiento identificaron a la mujer menopáusica con el aspecto claro de bruja. Se le atribuyó a la mujer vieja propiedades maléficas, por lo que era odiada y al mismo tiempo respetada y consultada por haber acumulado a través de los años experiencias sobre enfermedades, amores, remedios, pócimas y venenos.

Diversos autores describieron que el cese de la menstruación se lleva a cabo alrededor de los 49 años y se sugirió que la menstruación podría ser de origen iatrogénico. Es hasta los años 1816-1820 cuando se identifica de forma científica el termino menopausia.

En la época de la revolución francesa en la cual el estatus de la mujer en la corte y en la sociedad dependía fundamentalmente de su apariencia, atractivo y capacidad sexual, la menopausia era

considerada como un sinónimo de muerte social. Es así como una mujer que adornaba anteriormente los círculos de la sociedad por su belleza busca ahora en vano los ojos de aquellos con quienes se encontraba. Los esfuerzos que hacían muchas de estas mujeres por mantener su estado anterior eran criticados por los médicos como insignificantes y peligrosos por el uso de medicinas impropias.

A mediados del siglo XVIII las publicaciones científicas solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX el enfoque empieza a cambiar y se comienza a destacar los síntomas que la acompañan como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos.

Según Lugones, M., Ramírez, M. (2008) a finales de la década de los años 40 varios científicos realizaron estudios sobre la menopausia y su importancia en la salud de las mujeres, entre ellos destacan Robert Benjamín Greenblatt pionero de la ginecología endocrinológica y Fuller Albright epítome del investigador clínico por excelencia, quienes demuestran por primera vez que los estrógenos ejercen una acción importante, no solamente en la esfera ginecológica sino también fuera del aparato reproductivo.

Para Lugones, M., Ramírez, M. (2008) cada país y cada cultura tiene su visión sobre esta etapa, por ejemplo, en algunos grupos étnicos de África se prohíben las relaciones sexuales tras la menopausia con el fin de evitar daños mortales para el hombre. Para la cultura musulmana la menopausia es sinónimo de imposibilidad de fecundación. Sin embargo, para otras culturas las mujeres en período postmenopáusico adquieren más dignidad y autonomía, así en la China actual la mujer menopáusica es muy considerada pues se evita el problema de la procreación, tan limitado en este país.

En la actualidad el abordaje de la menopausia parte del concepto de salud y no del concepto de enfermedad. Se considera que la menopausia es una etapa de transición fisiológica que experimentan todas las mujeres existiendo muchas peculiaridades en su manifestación física y psicológica. La OMS (1981) establece que la mayoría de los problemas de salud que acontecen

en el período de la menopausia se derivan de factores sociales, más que de factores en realidad patológicos, dependiendo fundamentalmente de la actitud de cada sociedad ante el proceso de envejecimiento, principalmente en el sexo femenino.

1.2 Importancia sociocultural de la menopausia en distintos medios

Es muy probable que ciertos factores culturales y socioeconómicos influyan sobre la frecuencia y gravedad de los síntomas en la menopausia. A este respecto, podrían ser importantes los siguientes factores:

- El significado social de la menstruación y la liberación del estigma de la menstruación que implica la menopausia en ciertas civilizaciones.
- El significado social de la mujer que no tiene hijos.
- La situación social de la mujer posmenopáusica
- Actitud del marido frente a la esposa posmenopáusica (desde el punto de vista sexual)
- Grado de privación socioeconómica experimentado en ese momento.
- Cambios que está experimentando el papel de la mujer en ese momento y disponibilidad de papeles nuevos o alternativos.
- Disponibilidad de ayuda médica para problemas peri menopáusicos.

Para Lugones, M., Ramírez, M. (2008) hasta ahora existen pocos estudios en los que se comparen las actitudes y reacciones ante la menopausia en distintos medios culturales. Los disponibles indican que aun cuando esas diferencias pueden ser notables, sus orígenes pueden ser complejos. Así las mujeres de una determinada casta india de situación relativamente privilegiada comunicaron menos trastornos peri menopáusicos que mujeres de los Estados Unidos de América.

El investigador atribuyó esta observación al contraste entre la situación de la mujer posmenopáusica en uno y otro medio cultural, ya que la mujer india se libera de muchas de las

limitaciones que antes se le imponían y asciende en su situación social, mientras que la americana presente que su situación va a empeorar en una sociedad orientada hacia la juventud. También se encontraron diferencias entre mujeres judías de la clase media y mujeres cubanas en los Estados Unidos: las segundas experimentan más problemas asociados con la menopausia. Las cubanas, además estaban peor integradas en la sociedad estadounidense, la explicación de estas diferencias étnicas puede ser compleja.

En Guatemala se han hecho estudios transversales en muestras seleccionadas en centros de salud y pequeñas comunidades sin que hasta el momento existan resultados concretos de toda la población. Se tiene conocimiento que algunos grupos étnicos de comunidades de mujeres de Israel mostraron distintas actitudes hacia la menopausia, si bien después coincidieron en los síntomas somáticos comunicados, inclusive sofocos y sudores.

La relación conyugal fue el aspecto en que se manifestaron diferencias más significativas: las mujeres árabes esperaban que sus maridos les manifestaran un mayor interés después de la menopausia, mientras que las judías de origen persa eran las más pesimistas en cuanto a la actitud futura de sus maridos. Los autores llegaron a la conclusión de que su estudio indica claramente la importancia que tienen las consideraciones étnicas en cuanto a la conformación que tienen la sintomatología psíquica y psicósomática y en cuanto a la percepción del climaterio.

1.3 Factores que influyen sobre la edad de la menopausia

Los factores asociados con la edad de la menopausia son de interés porque pueden ayudar a esclarecer los mecanismos que explican la influencia de la menopausia en el aumento de enfermedades como los accidentes cerebrovasculares, fracturas y osteoporosis.

Geografía y raza

Según la OMS (1981) se encuentra una notable coherencia entre los países desarrollados (Australia, Escocia, Estados Unidos, Finlandia, Inglaterra, Israel, Nueva Zelandia, Países Bajos,

República Federal de Alemania, Sudáfrica, Suecia y Suiza) que dan una media de unos 50 años para las mujeres de origen europeo. En cuanto a los demás grupos raciales, solo se han estudiado los bantús de Sudáfrica, los pinjabís de la India y los Bundi de Papua Nueva Guinea. La escasez de los datos y las diferencias metodológicas no permiten hacer evaluaciones estrictas de posibles diferencias étnicas en cuanto a la edad de la menopausia, pero los datos disponibles indican que en los grupos últimamente mencionados la edad es algo más baja. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la mayor parte de los sesgos metodológicos tenderían a llevar los resultados en la misma dirección.

Tendencias en el tiempo

La OMS (1981) manifiesta que mucho se ha insistido en la posibilidad de que la edad de menopausia haya ido aumentando durante los últimos cien años, sin embargo, hay signos de cambios en el tiempo, pero no se manifiesta ningún signo seguro de que haya una tendencia coherente al aumento entre las poblaciones europeas.

Edad de la menarquia

Existen muy pocos datos que comprueben que la menarquia temprana podría conducir a una menopausia tardía, se considera que este tema será motivo de futuras investigaciones ya que actualmente no se puede hablar de una vinculación de acontecimientos.

Estado civil y profesión

Varios observadores han advertido que las mujeres solteras y/o las que trabajan tienen una edad mediana de menopausia ligeramente más baja y que este fenómeno no se puede relacionar, por ejemplo, con el número de embarazos o la edad de la primera gestación.

Número de embarazos

Aun cuando varios investigadores pretenden haber encontrado que un gran número de embarazos retrasa la edad de menopausia en las mujeres de situación socioeconómica alta, pero no en las de baja, la mayor parte de los estudios no han demostrado que exista esa relación.

Hábito de fumar

Las investigaciones han demostrado que entre las fumadoras de cigarrillos la edad de la menopausia natural es más temprana que entre las no fumadoras, esto por el efecto anti estrogénico que tiene la nicotina lo que significa que esta sustancia bloquea la acción de los estrógenos, las hormonas que disminuyen durante la menopausia.

Clima y altitud

El grupo científico de la OMS (1981) en investigaciones sobre la menopausia ha concluido que no se han estudiado los efectos del clima y de la altitud sobre la edad de menopausia, solo hay un informe indicativo de que las mujeres que viven en altitudes elevadas parecen haber experimentado la menopausia de uno a 1.5 años antes que las que viven a menos de 1000 m.

Factores socioeconómicos

Se considera que una gran parte de las variaciones en la edad de la menarquia, incluida la tendencia en el tiempo, está relacionada con factores socioeconómicos, especialmente con los que reflejan diferencias nutricionales. No se ha encontrado que los ingresos, la educación y la categoría profesional se encuentren asociados con la edad de la menopausia, pero ciertos informes indican que sí existe una relación con la talla de la mujer y con el peso. La influencia previamente descrita de la etnicidad podría tener su origen en diferencias nutricionales.

Antecedentes familiares

Como se ha explicado anteriormente, los factores genéticos representan un importante papel en la edad de aparición de la menopausia, determinando entre otras cuestiones el número de óvulos con los que nace una mujer. A diferencia del sexo masculino la mujer nace con un número determinado de óvulos, los cuales se van agotando de forma progresiva en el período fértil hasta desaparecer en la menopausia.

La nuliparidad

Se habla de nuliparidad cuando una mujer no ha tenido hijos, este término aplica también a una mujer que ha estado embarazada pero cuyo embarazo no ha llegado a término. Existe una tendencia a un aumento de la edad de aparición de la menopausia a medida que aumenta el número de embarazos y partos en comparación con las mujeres que no han tenido hijos.

Los diferentes estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre la edad de aparición de la menopausia han determinado que las mujeres con ciclo medio de menos de 26 días de duración llegan a la menopausia antes que las que tienen ciclos más largos. Con probabilidad, la edad de aparición de la menopausia será potente indicador biológico del envejecimiento, así una menopausia tardía se puede asociar a una mayor longevidad, asimismo las mujeres de los países en desarrollo presentan la menarquía en una edad tardía y son más jóvenes en la menopausia que las mujeres de los países industrializados.

A causa de la desaparición prematura y en muchas ocasiones brusca, de las hormonas ováricas, estrógenos principalmente, los síntomas menopáusicos pueden aparecer de forma más acusada. Por otro lado, las mujeres que experimentan una menopausia precoz estarán más años sin protección hormonal, por lo que el riesgo de padecer las consecuencias de la pérdida estrogénica a medio y largo plazo será mayor.

1.4 Bases fisiológicas de la menopausia

Según Gutiérrez (2012) el ovario produce una serie de hormonas desde la pubertad hasta la menopausia siendo estas estrógenos, progesterona y testosterona en pequeñas cantidades que, al actuar sobre diversos órganos, darán lugar al ciclo menstrual. Como resultado de esto se produce mensualmente la liberación de un óvulo fecundable y si éste no es fecundado se producirá la menstruación.

En mujeres que no están atravesando por la menopausia las hormonas ováricas provocan una serie de estímulos que llegan al sistema nervioso central donde tras su integración se emiten señales periódicas a la hipófisis. Ésta responde con la liberación cíclica de gonadotropinas entre ellas la hormona estimuladora del folículo, conocida como FSH y la hormona luteinizante LH.

Ambas hormonas controlan directamente el crecimiento y desarrollo del folículo ovárico. Cuando se produce un aumento en sangre de estrógenos hasta una cifra tope se provoca una señal en el hipotálamo informando de que el ovulo ya está preparado para la siguiente fase, la GnRH hipotalámica trasfiere dicha información a la hipófisis para que produzca LH, finalizando así la etapa de maduración del óvulo, promoviendo la rotura folicular y la salida de éste.

En este mismo momento se está produciendo el cuerpo lúteo (folículo sin huevo). A partir de este momento el cuerpo lúteo asume la producción de estrógenos y progesterona durante unos 14 días. Durante estos días los niveles de estas hormonas van disminuyendo, provocando la menstruación que es la respuesta de la capa interna del útero.

A medida que van pasando los años, el ovario de una mujer almacena menor número de óvulos y de forma paralela disminuye la producción de hormonas (estrógenos y progesterona). Así en torno a los 50 años la producción hormonal del ovario es tan baja que ya no puede seguir estimulando el endometrio, por tanto, desaparece, dando paso a la menopausia.

La disminución de estrógenos, en sangre produce una serie de modificaciones en todo el organismo, teniendo repercusiones a distintos niveles. Puesto que existen receptores específicos de estrógenos en el sistema nervioso central se sospecha que la falta de éstos puede provocar alteraciones nerviosas y comportamentales durante la menopausia. Del mismo modo, tampoco se conoce el mecanismo exacto por el que la falta de estrógenos provoca modificaciones en la regulación de la temperatura corporal (sofocos), pero con probabilidad está vinculado a acciones hipotalámicas del estradiol.

Los estrógenos ejercen efectos beneficiosos sobre el aparato circulatorio a través de distintos mecanismos: sobre la musculatura cardíaca, sobre los vasos sanguíneos y sobre el mecanismo del colesterol. Tras la menopausia pueden aparecer alteraciones vinculadas al sistema circulatorio.

El estradiol que es un tipo de estrógeno mejora la remodelación del esqueleto. El déficit estrogénico está relacionado con la reducción de la masa ósea calcificada pudiendo desembocar en uno de los trastornos más relevantes en las mujeres tras la menopausia, la osteoporosis. Los estrógenos estimulan la producción de colágeno a nivel de piel, mucosas y tejido conectivo. La falta de éstos contribuiría a una atrofia de los distintos órganos siendo especialmente importante a nivel de vulva y vagina.

Las capsulas suprarrenales producen un precursor del estrógeno que se convierte en éste en los tejidos grasos del cuerpo. Así el aumento de peso en algunas mujeres durante la menopausia como consecuencia de la acumulación de células grasas favorecería el almacenamiento de estrógenos ante la pérdida de estos por la baja producción ovárica.

Entre los 40 y 50 años la secreción cíclica mensual de los ovarios empieza a fallar generando un desequilibrio hormonal de estrógenos y progesterona y alteraciones de la función ovulatoria. La secreción de progesterona por el ovario empieza a disminuir y comienza a ser deficiente, pero los niveles de estrógenos se mantienen lo que genera un desequilibrio hormonal.

1.4.1 Síntomas asociados con la menopausia

Se han identificado algunos cambios en el aparato reproductor femenino: Los ovarios disminuyen su tamaño y superficialmente adoptan una forma rugosa, internamente destaca su aspecto fibroso y la ausencia de formaciones foliculares. Se produce atrofia de la vulva con pérdida del grosor de la piel y en algunas ocasiones puede haber prurito. En la vagina se produce atrofia del epitelio vaginal, disminuye su secreción y su tamaño puede acortarse, de tal forma que puede aparecer dispareunia (dolor en las relaciones sexuales) y aumentar el riesgo de infección, el útero disminuye su tamaño y se produce un adelgazamiento del endometrio.

Todos estos cambios mencionados anteriormente ponen de manifiesto que en la menopausia se produce un aumento en la frecuencia de síntomas vasomotores, como sofocos y sudores nocturnos. En varios estudios se ha llegado a la conclusión de que éste es el único rasgo característico de la menopausia, siendo difícil de graduar.

La inestabilidad vasomotora o los sofocos menopaúsicos se caracterizan por un aumento de la temperatura cutánea, vasodilatación periférica, aceleración transitoria de la frecuencia cardiaca y modificación en la actividad electrodérmica. Además, el sujeto puede presentar sudores, escalofríos, nerviosidad, irritabilidad y cefalea. Se cree que los sofocos se deben a una descarga simpática si bien aún no se ha aclarado su base hormonal. El sofoco se acompaña de una liberación pulsátil sincrónica de HL de la pituitaria.

Los sofocos ofrecen así mismo un aspecto psicossomático. Pueden ser desencadenados por estímulos emocionales y en varios estudios han respondido en cierta medida a los placebos la cual consiste en la administración de medicamentos que carecen de acción curativa pero que produce un efecto si el paciente lo toma convencido que es un medicamento realmente eficaz, pero este no tiene ningún principio activo.

La historia natural de los síntomas vasomotores que con frecuencia se inician antes de que se interrumpan las menstruaciones y prosiguen durante un periodo variable pero limitado después de la menopausia, indica que son manifestaciones de alguna forma de estado de transición en el funcionamiento hipotalámico.

También se ha observado gran diversidad de síntomas psicológicos y psicossomáticos, pero apenas se han estudiado sus relaciones mutuas. Así no está claro en qué medida estas descripciones sintomáticas hacen referencia a algún factor general de bienestar o a situaciones psicológicas más precisas, como depresión, fatiga o irritabilidad. Teniendo en cuenta esta imprecisión conceptual, en cierto número de estudios se ha encontrado un aumento de los fenómenos psicológicos en el período precedente a la cesación de las menstruaciones y la frecuencia de esos trastornos iba disminuyendo de uno a dos años después de la menopausia.

Así pues, los síntomas psicológicos tienden a alcanzar su punto máximo antes de la interrupción de las menstruaciones, mientras que los síntomas vasomotores lo hacen después. Estos trastornos psicológicos no parecen estar asociados con un aumento en la incidencia de afecciones psiquiátricas importantes. Sin embargo, existe aumento en el número de consultas por problemas afectivos en las mujeres pertenecientes al grupo de edad menopaúsico y posmenopáusico temprano, así como un aumento en la prescripción de fármacos psicotrónicos en estas mujeres.

El hecho de que la mayor parte de los síntomas psicológicos se presenten en un periodo anterior a la interrupción de las menstruaciones, cuando los ciclos menstruales son irregulares o anormales, indica que la causa podría estar más en las fluctuaciones de las concentraciones hormonales que en alguna carencia hormonal. Esta situación tiene cierto grado parecido con el síndrome premenstrual cuya base hormonal aún no está clara y que no responde de forma previsible a ninguna terapéutica hormonal específica.

Después de la menopausia cesan las fluctuaciones en las concentraciones de esteroides y prevalece un estado hipoestrogénico más estable. En caso de que las fluctuaciones en las concentraciones de esteroides estuvieran de alguna forma relacionadas con los trastornos del estado de ánimo podría esperarse que en esta fase más tardía se modificase el cuadro general de la sintomatología psicológica. Es de lamentar que en muchos de los estudios basados en el tratamiento no se haya distinguido entre las mujeres situadas en esas dos categorías endocrinológicas y en consecuencia no debe sorprender la irregularidad de las observaciones en cuanto a los efectos beneficiosos del tratamiento con estrógenos sobre el estado del ánimo.

Las mujeres en la etapa de perimenopausia y posmenopausia pueden presentar sequedad vaginal y la consiguiente dispareunia, que puede ser una causa de la disminución del deseo sexual. Es posible que ciertas mujeres observen un claro aumento en el interés sexual al menos temporal después de la menopausia. Evidentemente pueden intervenir factores distintos de los hormonales como, por ejemplo, la desaparición del temor al embarazo.

En la mujer posmenopáusica y a veces en la perimenopausia no es infrecuente la sequedad vaginal, aun no se sabe bien si este fenómeno se debe a un trastorno del mecanismo de trasudación que responde al estímulo erótico o más generalmente a una vascularidad deficiente de la pared vaginal, pero el tratamiento estrogénico general o local revierte dicha sequedad. Con una carencia estrogénica más prolongada el epitelio vaginal se atrofia y se producen modificaciones citológicas. Ello puede conducir a un adelgazamiento o incluso a una fibrosis y acortamiento de la vagina cuyo epitelio adelgazado es especialmente susceptible a traumatismos y nuevas fibrosis.

En lo que respecta al insomnio, las observaciones han sido discordantes a causa en parte de la perturbación que los síntomas vasomotores causan al sueño. Sin embargo, en ciertos estudios se pone de manifiesto un aumento continuo del insomnio con el progreso de la edad entre mujeres posmenopáusicas.

A continuación, se mencionan algunos otros problemas que no se han tenido en cuenta en los diversos estudios, pero que tienen importancia clínica y que merecen atención.

1.5 Trastornos producidos por la menopausia o posiblemente acelerados por ella

Los cambios hormonales que acompañan a la menopausia se asocian con el comienzo de la pérdida ósea, que después prosigue a razón aproximadamente de 1% al año. Esta pérdida de hueso no se distribuye uniformemente en todo el esqueleto, ya que la pérdida relativa de hueso trabecular es mayor que la pérdida relativa de hueso cortical. Sin embargo, aun cuando el hueso trabecular pierde una proporción mayor de su tejido que el hueso cortical, en la población normal esta pérdida tiende a limitarse espontáneamente mientras que las pérdidas de hueso cortical prosiguen hasta el final de la vida.

El comienzo de la pérdida ósea se asocia con cambios pequeños pero significativos en el metabolismo del calcio. Se producen ligeros aumentos en las concentraciones plasmáticas de calcio, fosfato y fosfatasa alcalina, así como en el calcio urinario y la hidroxiprolina lo cual

refleja una transferencia neta de mineral y colágeno óseos desde el esqueleto hacia el plasma y la orina.

Los datos histológicos que permitirían aclarar este problema son bastante contradictorios, pero en general se considera más probable que en la menopausia el metabolismo óseo aumente y no que disminuya en cuyo caso las pérdidas óseas obedecerían primariamente a una aceleración del proceso de resorción.

1.6 Tratamiento médico de la menopausia

La OMS (1981) determinó que los periodos peri y posmenopáusicos forman parte del proceso normal de envejecimiento que por sí mismo, no requiere intervención terapéutica, a menos que se acompañe de enfermedades o incapacidades específicas que se puedan tratar o prevenir. En general, la mayoría de las mujeres no tienen necesidad de un tratamiento para los cambios endocrinológicos que acompañan a la declinación y la pérdida de la función reproductora.

Cuando sea preciso, el tratamiento de la menopausia debe enfocarse en el alivio de los síntomas y prevención de las complicaciones asociadas a ella. La sintomatología y complicaciones son principalmente debidas a la disminución de estrógenos, por lo tanto, el tratamiento se basa en la administración de hormonas lo que se conoce como terapia hormonal sustitutiva (THS).

A parte de los cambios hormonales existen una serie de problemas afectivos que inciden en algunas mujeres independientemente de sus circunstancias personales, sus antecedentes y estado mental, muchas mujeres experimentan una vivencia negativa de esta etapa manifestándose una mayor irritabilidad, insomnio y falta de interés en actividades que antes ofrecían placer lo que ocasiona un mayor riesgo de ansiedad y depresión. Estos problemas afectivos son susceptibles de tratar con psicoterapia.

1.6.1 Terapia hormonal sustitutiva

Existen dos tipos de terapia hormonal: La terapia con estrógenos que se utiliza para los calores, sudores nocturnos y sequedad vaginal y la terapia hormonal combinada la cual consta de estrógenos combinados con progestágenos los cuales disminuyen el riesgo relativo de padecer cáncer de endometrio y la tibolona que es una hormona sintética con actividad similar a las hormonas sexuales.

Tanto los estrógenos como los progestágenos pueden ser naturales o sintéticos y pueden ser administrados de forma oral, por parches vía intradérmica y cremas vaginales cuando predomina la atrofia urogenital, para todos los casos es el médico quien debe realizar la evaluación y recomendar la forma de administración más conveniente según el caso.

El grupo de investigación científica de la OMS (1981) consideró que cuando los síntomas son molestos para la mujer, están indicados los estrógenos con o sin progestinas. En tales circunstancias los pacientes deben quedar bajo vigilancia médica y se deben observar las contraindicaciones específicas de la terapia estrogénica. Como en la mayor parte de los casos los sofocos disminuyen en frecuencia e intensidad con el tiempo, por lo general el tratamiento será de duración relativamente breve, evitándose o reduciéndose el posible riesgo de cáncer de endometrio. Si los estrógenos se administran continuamente, la adición periódica de progestina puede reducir la incidencia de hiperplasia endometrial.

La prevención y el tratamiento de la osteoporosis constituye la principal indicación del uso prolongado de estrógenos. Entre otras indicaciones figura la atrofia del tracto urogenital para la cual se han usado estrógenos administrados localmente.

Cano, 1996; Palacios y Méndez, 1998; Martín e Iglesias, 1999; Fernández [al.](#) 2000, (como se citó en Gutiérrez 2012) afirman:

Que existen diferentes pautas de administración de la THS: primero de pauta cíclica la cual consiste en la administración de estrógenos y gestágenos dejando un periodo de descanso libre de tratamiento, segundo de pauta continua la cual consiste en la administración diaria de estrógenos sin descanso, la cual se puede dividir en dos grupos: estrógeno con gestágeno intermitente: en donde el estrógeno se administra durante todos los días y el gestágeno para 12 o 14 días, al finalizar la ingesta de gestágeno se produce un pequeño sangrado y el estrógeno y gestágeno continuo: en donde la administración es diaria sin descanso, tercero el que se administra como pauta en la mujer sin útero las cuales no necesitan tomar gestágenos puesto que solo la toman para evitar el riesgo de cáncer de útero. (p.91).

Entre los efectos secundarios de la THS el sangrado es posiblemente el más importante, seguido por los efectos secundarios de los estrógenos y gestágenos. Entre los efectos secundarios de los estrógenos se encuentran: mastodinia, hinchazón abdominal, calambres musculares, sensación nauseosa, síndrome premenstrual y cefaleas. Los efectos secundarios de los gestágenos se encuentran: mastalgia, edema abdominal o en piernas, síntomas depresivos y cefaleas.

1.6.2 Programa de atención integral para las mujeres en etapa de menopausia

El objetivo del programa de atención integral para las mujeres es abarcar tanto la prevención de riesgos como los problemas de salud y mejorar la calidad de vida durante las etapas de perimenopausia y posmenopausia. Gutiérrez (2012) sostiene que el programa de atención integral promueve hábitos saludables relacionados con la alimentación, ejercicio físico y disminución del consumo de sustancias tóxicas.

Una dieta equilibrada pobre en grasas y rica en calcio, vitaminas y fibra es fundamental para prevenir la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. El déficit de ingesta de calcio o la mal absorción de éste, están relacionados con el desarrollo de la osteoporosis. El consumo de alimentos ricos en calcio durante la infancia y en períodos especiales como el embarazo o la lactancia retrasa la pérdida de masa ósea en la etapa posmenopáusica.

Los alimentos más ricos en calcio son la leche y sus derivados, pero también algunos frutos como las aceitunas, los higos secos y los dátiles. Por otro lado, la vitamina D tiene un papel fundamental en la absorción del calcio y su incorporación al hueso. Esta vitamina está presente en alimentos como la yema del huevo y el hígado y para fijar los efectos de esta vitamina, es necesario la exposición moderada a los rayos solares.

La práctica habitual de ejercicio desde la infancia es un factor muy importante para un buen estado de salud. El ejercicio aumenta la masa ósea de forma paulatina hasta los 30 años donde se alcanza un pico máximo y este desciende más rápidamente en las mujeres que en los hombres tras la menopausia. El ejercicio estimula el desarrollo y la respuesta muscular, mejorando así la calidad del hueso y disminuyendo la tasa de fracturas. Por otro lado, el ejercicio hace trabajar al corazón y aumenta los niveles de HDL colesterol ayudando a evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y la hipertensión.

Durante la menopausia es necesario que las mujeres que nunca han practicado deporte lo hagan, caminar es uno de los mejores ejercicios. Es recomendable la práctica de paseos durante 3 horas a la semana. La combinación de dieta y ejercicio es más eficaz que la dieta sola para prevenir trastornos cardiovasculares, hipertensión, obesidad y trastornos osteoarticulares.

Se deben evitar los hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol y las bebidas estimulantes. El tabaco y alcohol están implicados en la destrucción ósea, por lo que son factores de riesgo para la aparición de la osteoporosis. Las bebidas estimulantes aumentan la excreción de calcio por la orina, por tanto, su uso debe ser moderado.

1.6.3 Otros tratamientos farmacológicos

Fernández y Cols., 2000; Carnier, 2002; (como se citó en Gutiérrez 2012) afirman que para el control de los síntomas de la menopausia existen diferentes fármacos alternativos a la terapia hormonal sustitutiva, que son utilizados principalmente en aquellos casos donde esta se encuentra

contraindicada. Dentro de los tratamientos hormonales alternativos, los gonadomiméticos (tibolona) son los más utilizados.

Los gonadomiméticos son esteroides sintéticos capaces de realizar simultáneamente las acciones de todas las hormonas sexuales. Por tanto, tienen acción estrogénica, progestágena y andrógena de forma débil. Se ha demostrado eficacia a nivel de síntomas vasomotores, psíquicos y en la sexualidad. Según diferentes estudios el tratamiento con tibolona mejora el deseo sexual y la excitación, entre otros motivos porque aumenta el fluido vaginal reduciendo considerablemente la sequedad en la vagina.

Otros de los fármacos utilizados para el alivio de la sintomatología menopáusica son los moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM), los cuales se consideran sustancias de estructura química heterogénea, que precisan unirse a receptores estrogénicos específicos para desarrollar su acción. Sobre unos tejidos ejercen una acción agonista y sobre otros actúan como antagonistas. Estos fármacos se consideran los ideales en el tratamiento de la menopausia, puesto que tienen los efectos beneficiosos de los estrógenos sobre huesos y enfermedad coronaria, pero sin efecto proliferativo sobre la mama y útero.

Problemática psicológica en la menopausia

La menopausia es una etapa que conlleva cambios que cada mujer vive de una manera diferente, habitualmente se da más importancia a los síntomas físicos de la menopausia como los sofocos, cambios hormonales, etc. que a los aspectos psicológicos muy comunes en las mujeres en este periodo de su vida que pueden disminuir su bienestar.

A nivel social es posible encontrar creencias irracionales entorno a la menopausia, generando efectos emocionales negativos sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre el futuro. La OMS (1981) manifestó que es posible detectar un incremento de la patología afectiva en el periodo premenopáusico y un descenso de la frecuencia de los síntomas de la patología uno o dos años después de la menopausia.

Es común hallar en esta etapa de la vida acontecimientos vitales estresantes simultáneos con el climaterio y la menopausia, que merecen atención clínica, entre ellos: enfermedad o muerte de los padres, la viudez, conflictos conyugales, enfermedades crónicas, carencia de actividades satisfactorias y ausencia de proyectos propios, temor al deterioro de la imagen corporal, etc. que pueden agravar la manifestación de los síntomas psicológicos de la menopausia.

Realizar la intervención psicológica en esta etapa puede ayudar a fomentar una mejor calidad de vida de la mujer debido a que permite identificar y controlar las preocupaciones excesivas y creencias irracionales, reestructurar ideas irracionales sobre la visión de la menopausia a nivel físico y emocional y sus repercusiones a nivel sexual, promover conocimientos y hábitos saludables y de autoayuda con el fin de mejorar la calidad de vida, cambiar la actitud frente a la menopausia.

Así mismo la intervención proporciona técnicas que faciliten la expresión de emociones, prevenir posibles problemas de pareja y tratar los acontecimientos vitales que producen estrés. Entre las manifestaciones psicológicas que se registra en la mayoría de la literatura están: alteraciones del estado de ánimo, trastornos de la sexualidad, insomnio, ansiedad y depresión.

Alteraciones del estado de ánimo

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia, la cual se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración, síntomas físicos como la disforia, tristeza, vulnerabilidad y alteraciones en la autoestima. La irritabilidad es uno de los síntomas que afecta más a las mujeres en sus actividades sociales.

Los síntomas psicológicos en la menopausia se asocian con la reducción de la secreción ovárica de esteroides (estradiol y progesterona) y disminución de por lo menos un 50% de la testosterona. La acción de la progesterona coincide con los sitios estrogénicos del cerebro: el sistema límbico, amígdala y el hipotálamo, así mismo tiene un efecto negativo en el ánimo, aumenta la irritabilidad y la disforia. La disminución en la producción de testosterona trae como consecuencia comportamiento agresivo e irritabilidad.

Las mujeres que padecen de irritabilidad la describen como la sensación de estar a punto de explotar, deseos de gritarle a todos, sentirse fuera de control, sentirse que el enojo las invade, mayor sensibilidad a los ruidos, en tono y volumen, pérdida de control, tensión en todo el cuerpo, poca tolerancia al estímulo y comportamiento hostil.

Los síntomas premenstruales entre los 36 y 44 años y en la menopausia temprana antes de los 40 tienen un aumento en problemas relacionados con el estado de ánimo, el estrés y los problemas psicosociales en la edad madura aumentan el riesgo de la depresión. Existen evidencias que apoyan que la menopausia implica cambios psicológicos menores, que pueden agravarse y generar un proceso morboso, sobre todo en mujeres con cambios menstruales recientes. La existencia de una patología psicológica anterior es determinante, actuando la menopausia como catalizador más que como factor etiológico. La premenopausia es más peligrosa para la salud mental que las demás fases del climaterio.

2.1 Trastornos de la sexualidad

En muy pocas de las encuestas se han acopiado datos acerca de la sexualidad, pero se sabe que las mujeres experimentan una reducción en el interés sexual que no se puede atribuir simplemente a la edad o a una disminución del interés del marido, muchas de ellas suelen quejarse de sequedad vaginal y la consiguiente dispareunia. Secundariamente se puede producir una disminución del interés y del placer sexuales.

Aun cuando las observaciones disponibles indican una reducción en el interés sexual durante la menopausia es posible que ciertas mujeres observen un claro aumento en el interés sexual o en el placer sexual, al menos temporal, después de la menopausia. Evidentemente pueden intervenir factores distintos de los hormonales como, por ejemplo, la desaparición al temor al embarazo, pero el examen de los posibles factores hormonales indicaría que las transformaciones de la sexualidad femenina en esos momentos son bastante complejas.

Las alteraciones del estado de ánimo tienen un efecto negativo sobre el interés o la respuesta sexual tanto en el hombre como en la mujer. Si una mujer experimenta síntomas afectivos en la fase menopaúsica, el mejoramiento de su estado de ánimo que se produce cuando entra a la fase posmenopáusica más estable puede asociarse con cierto aumento de su sexualidad.

Existen razones para creer que la progesterona puede ejercer un efecto inhibitor sobre la sexualidad. Los estrógenos se han utilizado en hombres y en mujeres para inhibir el deseo sexual. Si las concentraciones luteínicas normales de progesterona tienen realmente un efecto sexual negativo, la mujer posmenopáusica estará libre de ese efecto.

2.2 Insomnio

Durante el climaterio el denominado eje hipotálamo hipófisis gonadal responsable de la regulación hormonal empieza a disminuir su nivel de funcionamiento. Este sistema posee

interacciones complejas con otros sistemas incluidos neurotransmisores involucrados en la regulación del estado de ánimo y sueño como la serotonina, sistema GABA, melatonina y el eje hipotálamo hipófisis adrenal.

Las mujeres peri menopáusicas frecuentemente presentan quejas para iniciar o mantener el sueño, tienen despertares frecuentes a lo largo de la noche y despertares tempranos, sin poder volver a conciliar el sueño. Los síntomas vasomotores propios del climaterio (bochornos, calores nocturnos) problemas respiratorios (apnea del sueño) y trastornos afectivos (depresión) contribuyen al empeoramiento en la calidad del sueño durante este periodo de transición.

Los cambios sociales y de estilo de vida también contribuyen a que las mujeres que están atravesando por el climaterio tengan mayores problemas del sueño. La llegada de la menopausia coincide con cambios sociales y familiares como la salida de los hijos de casa, jubilaciones y procesos de separación o ruptura de relaciones de pareja.

Es importante indagar si el insomnio es producto de los cambios hormonales en la menopausia o es un síntoma de algún otro trastorno psicológico como la depresión. El impacto clínico del insomnio es significativo porque disminuye la capacidad funcional y calidad de vida de quien lo padece. Durante el sueño se consolida la memoria de los eventos que se viven a lo largo del día, se inhibe la agilidad motora y se incrementa la probabilidad de accidentes.

2.3 Ansiedad

Se han realizado diferentes trabajos para conocer la sintomatología psicológica que pudiera aparecer en la menopausia, y todos estos trabajos han estado principalmente centrados en los trastornos de ansiedad y depresión. Se sabe que las mujeres tienen más riesgo de sufrir ansiedad que la mayoría de los hombres debido a que la mujer genera pensamientos anticipatorios de carácter negativos sobre las consecuencias derivadas de los síntomas de la menopausia.

Esta anticipación de consecuencias negativas y el sentimiento de no poder controlarse en esa situación provoca en las mujeres picos de ansiedad. La incompreensión recibida por parte del resto de personas, la no aceptación de esta etapa como algo normal y la sensación de falta de control emocional, son algunas de las variables que suelen incidir en el aumento de la ansiedad.

2.4 Factores de vulnerabilidad para la depresión en mujeres

Antes de hablar de la depresión como tal es importante conocer los factores que se considera aumentan la probabilidad de depresión en la etapa de menopausia, Garivia, S. (2009) afirma que los factores endocrinos relacionados con el ciclo reproductivo pueden jugar un papel importante e incrementar la vulnerabilidad a la depresión. Los estrógenos y la progesterona han mostrado sus efectos sobre los sistemas de neurotransmisores, neuroendocrinos y circadianos, que han sido implicados en los trastornos del humor. Los cambios en los niveles hormonales de la pubertad, la fase lútea del ciclo menstrual, el periodo postparto y la perimenopausia pueden también disparar cuadros depresivos en mujeres vulnerables.

Los manuales diagnósticos clasifican sistemáticamente más mujeres como deprimidas. En la actualidad, las definiciones de los trastornos depresivos siguen siendo arbitrarias, debido a la ausencia de claras señales o umbrales naturales de la distribución de los síntomas. En el 2007 la estadística sanitaria mundial por la OMS muestra que la depresión empeora la salud de las personas y la prevalencia de padecerla es alta a lo largo de la vida.

Las mujeres, además reportan frecuentemente trastornos del apetito y del sueño, cansancio, ansiedad e hipocondría. Por lo tanto, la inclusión de estos síntomas como ítems en la escala de evaluación y algoritmos diagnósticos puede influir en las tasas de depresión. De hecho, las diferencias de género en el perfil de síntomas tienden a ser limitadas en el tipo y gravedad y los patrones de respuesta de género específica sobre las escalas de evaluación para la depresión no parecen tener plenamente en cuenta las diferencias de género.

Las mujeres tienen más probabilidad de informar los síntomas físicos y psicológicos y de buscar asistencia médica; igualmente los médicos tienden a pensar más en el diagnóstico de depresión en las mujeres. Según Garivía, S. (2009) hay dos factores que son relevantes cuando se estudian las causas de la depresión femenina: en primer lugar, los papeles de las mujeres y en segundo la indefensión aprendida.

Se ha identificado como uno de los inicios de la depresión el papel de ama de casa. Muchas de sus tareas son rutinarias, repetitivas y carentes de sentido terminal. Estas funciones las realizan en solitario, lo cual puede contribuir a la depresión. Por otro lado, los papeles asignados a los géneros también pueden intervenir en las formas de afrontar la depresión de mujeres y hombres.

La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) (como se citó en Garivía, S. 2009) es ilustrativa para comprender la depresión en las mujeres, para este autor los depresivos tienen una historia de aprendizaje en la que son incapaces de salir airoso y controlar su vida. Han aprendido a considerarse indefensos cuando se enfrentan a una situación difícil, estas personas creen que no pueden enfrentar con éxito sus dificultades apareciendo la sintomatología depresiva.

2.5.1 Factores hormonales

Los factores hormonales relacionados con el ciclo reproductivo pueden jugar un papel en la vulnerabilidad de las mujeres a deprimirse. Los estrógenos y la progesterona han mostrado su efecto sobre los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y circadiano, los cuales han sido implicados en los trastornos del humor, por ejemplo, ellos han demostrado su influencia sobre síntesis y la liberación de serotonina y noradrenalina.

La fase lútea del ciclo menstrual, la cual es un período de supresión de los estrógenos y la progesterona frecuentemente está asociada con cambios en el humor de tipo disfórico como también con el empeoramiento de un episodio depresivo mayor. Aproximadamente el 5% de las mujeres reúne criterios para una forma severa de síndrome premenstrual conocida como trastorno

disfórico premenstrual. La similitud de este trastorno puede indicar una mayor vulnerabilidad para la depresión hormonalmente basada en algunas mujeres.

El periodo postparto también es un disparador común de síntomas depresivos. Mas del 80% de las mujeres experimenta cambios menores del humor durante este periodo conocido como disforia posparto. En general se manifiesta por sentimiento de tristeza y tendencia al llanto, aunque también puede mostrar síntomas de depresión moderados a severos. Además de los cambios producidos por las hormonas en el postparto la función tiroidea parece jugar un posible papel en los trastornos posparto y en el síndrome premenstrual.

Los síntomas depresivos menores son comunes en la etapa de menopausia; especialmente en mujeres con síntomas vasomotores severos. La presencia de bochornos afecta el sueño al producir despertares múltiples y sueño poco reparador. El efecto dominó explica la presencia de fatiga, cansancio, falta de energía e irritabilidad durante el día debido a la falta de descanso durante la noche. En la menopausia aumenta el riesgo de recurrencia en mujeres con una historia de depresión mayor.

2.5.2 Factores genéticos

Los estudios familiares y con gemelos han determinado que los factores genéticos ofrecen una mejor explicación a las mayores tasas de depresión en mujeres. Aunque la transmisión genética juega un papel importante en la etiología de la depresión, los investigadores han encontrado una similar heredabilidad en hombres y mujeres.

2.5.3 Ansiedad preexistente

La mayor prevalencia de depresión en la mujer se explica por la preexistencia de trastornos de ansiedad, los cuales son aproximadamente dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres y vienen desde la infancia en la mayoría de los casos. En las mujeres es frecuente la

preexistencia de los trastornos de ansiedad como un modelo de internalización de los síntomas, mientras que los hombres experimentan más frecuentemente trastornos tales como el alcoholismo, la personalidad antisocial y el uso indebido de drogas que es una forma de externalización de los síntomas.

2.5.4 Estilos de socialización y acoplamiento específicos de género

Las diferencias de género en los procesos de socialización en el desarrollo temprano han sido descritas en extenso. Padre y educadores tienden a tener diferentes expectativas para los niños de ambos sexos, lo cual puede resultar en que las mujeres se vuelven más temerosas y preocupadas por la evaluación de los otros; los chicos en cambio desarrollan un mayor sentido de dominio e independencia. Dichas diferencias interfieren en la valoración propia y vulnerabilidad a la depresión.

Se ha demostrado que el estilo rumiativo de pensamiento el cual radica en que la persona este constantemente con el mismo pensamiento genere más sentimientos de tristeza en las mujeres; los hombres en contraste tienden a usar estrategias de distracción para evitar estos pensamientos.

2.5.5 Acontecimientos vitales traumáticos

El complejo concepto de acontecimientos vitales implica no solo que las enfermedades psiquiátricas son iniciadas o perpetuadas por interacciones entre el entorno y el individuo, sino que los acontecimientos vitales concretos modifican esa interacción. En algunos casos la vulnerabilidad llega a ser más aguda y en otros menos, y lo mismo ocurre con los acontecimientos externos.

A través del ciclo vital, las mujeres suelen experimentar más eventos vitales estresantes que los hombres y pueden ser más sensibles a sus efectos. Las adolescentes tienden a reportar un mayor número de eventos vitales negativos; particularmente aquellos relacionados con la relación con sus padres y pares.

Se ha demostrado una significativa relación entre el número de estresores vitales y síntomas depresivos en las mujeres adolescentes. Las adolescentes han mostrado ser más susceptibles que sus pares varones a síntomas depresivos en respuesta a las discordias familiares y a la depresión materna.

Las diferencias de sexo en estos acontecimientos vitales también contribuyen a incrementar la vulnerabilidad a la depresión en las mujeres. La historia de abuso sexual es mucho más común en mujeres que en hombres y es un mayor factor de riesgo para depresión que para otros trastornos psiquiátricos. Según Garivia, S. (2009) más del 60% de la mujer abusada desarrolla depresión a lo largo de vida; el abuso sexual en la infancia y en la vida adulta tiene diferentes repercusiones en la salud mental de las víctimas, aunque es mayor el impacto del abuso sexual en la infancia.

Se ha presentado mucha atención a la separación de los padres y a los efectos de los abusos físicos y sexuales en la infancia como posibles factores de riesgo para la depresión en la vida adulta. Las experiencias adversas durante la niñez han demostrado aumentar el riesgo de depresión más tarde, a través de varias vías; a saber: los mecanismos biológicos; la vulnerabilidad personal (baja autoestima, impotencia, locus de control externo, pobres estrategias de afrontamiento; los factores ambientales adversos (falta de apoyo social, baja condición social, las dificultades de la paternidad sin acompañamiento de la pareja o embarazo no deseado) y los episodios de depresión en la adolescencia.

2.5.6 Condición social y roles

Las experiencias de la vida de las mujeres difieren de las de los hombres de muchas maneras, pues abarcan su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales profesionales y políticas. Ellas son las que dan a luz a los hijos y quienes los crían y muchas de ellas realizan tareas dobles o múltiples en el seno del hogar y en el trabajo.

El estatus socioeconómico de las mujeres ha sido propuesto como un posible factor que conduce a altas tasas de depresión. Una parte desproporcionada de la carga mundial de pobreza en el mundo descansa sobre los hombros de las mujeres y socaba su salud física y mental.

En los hogares monoparentales suele ser la madre quien está a cargo de los hijos, lo cual implica un menor ingreso económico para la familia. La mayoría de las mujeres realiza labores de menor jerarquía, trabajan en pequeños negocios, en labores domésticas o en la economía informal.

Aunque el matrimonio fue anteriormente considerado como un factor de riesgo para la depresión en la mujer, hoy se considera como un factor menos protector para las mujeres que para los hombres. Un buen matrimonio en el cual existe un buen aporte por parte de la pareja en los momentos estresantes suele disminuir el riesgo de depresión en ambos géneros; sin embargo, las mujeres casadas continúan sosteniendo mayores tasas de depresión, y en un matrimonio infeliz las mujeres son más proclives a deprimirse que los hombres.

Las mujeres son más sensibles a los efectos del divorcio, respecto a lo cual demuestran altas tasas de depresión, mientras que los hombres reportan más problemas de abuso de alcohol. Adicionalmente el estado marital, tanto la condición laboral como los hijos pueden influir en el riesgo de depresión en las mujeres. Un trabajo gratificante puede ayudar a disminuir el riesgo de la mujer a deprimirse, pero solo si ella ha elegido trabajar, más que sentirse forzada a hacerlo por presiones económicas. El impacto es mayor, especialmente cuando la mujer trabaja fuera del hogar y tiene dificultades para delegar en alguien de confianza el cuidado de los hijos.

En conclusión, las investigaciones acerca de las diferencias de género y depresión deben evaluar la importancia relativa de los factores de riesgo desde diferentes dominios, incluyendo los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores psicosociales inherentes al género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión y a su vez, la depresión afecta su calidad de vida, la de los hijos y en general el entorno sociofamiliar.

Los factores clínicamente más importantes para el riesgo de depresión en las mujeres desde el punto de vista psicosocial son: abuso sexual y experiencias negativas en la infancia, limitación para ejercer sus roles con plena libertad en su elección, sobrevaloración y competencia en los roles sociales, características psicológicas relacionadas con la vulnerabilidad a dificultades para adaptarse y enfrentar los eventos vitales.

Las mujeres tienen diferentes necesidades de atención a lo largo de su ciclo vital. El aumento de la autonomía de la mujer debe jugar un papel clave en las políticas de salud mental y de servicios, para asegurar que ellas tengan voz y voto y se involucren en la formulación de consensos sobre sus propios intereses. Los servicios de atención deben ser proporcionados por equipos de salud mental interdisciplinarios, los cuales deben incluir a profesionales psiquiatras, psicólogos, terapeutas de familia, enfermeras, trabajadoras sociales y consejeros para asistir los diversos aspectos de la vida de las mujeres que contribuyen a su salud mental y su bienestar.

2.5 La depresión en la mujer

Luego de hablar de los factores que predisponen a la mujer a los trastornos depresivos, es necesario el abordaje de la temática de la depresión, su sintomatología y criterios de diagnóstico, para ello es importante hablar primeramente de la palabra depresión y sus diferentes significados.

El término depresión puede referirse a un estado de ánimo, a un síntoma o un síndrome y tiene diversos significados. Un estado de ánimo deprimido es una emoción humana normal que todos experimentan en algún momento de la vida. Los sentimientos de tristeza forman parte de la experiencia normal. El estado de ánimo deprimido se convierte en un síntoma patológico en virtud de su intensidad, presentación, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico combinado con otros criterios de los manuales de diagnóstico. La depresión que puede presentarse en la menopausia no tiene ninguna diferencia en comparación a la que puede presentarse en otras épocas de la vida.

Se sabe que los estados de depresión son frecuentes en la perimenopausia y en la postmenopausia por los cambios hormonales. La relación entre retirada de la regla e inicio de trastornos depresivos parece clara, los cambios endocrinos representan un papel menos relevante que los psicosociales en la aparición de depresiones en la menopausia. No obstante, hay una relación directa entre endocrinología y psicopatología especialmente en esta etapa de la vida.

La historia de vida de las mujeres en relación con la salud reproductiva y el ciclo menstrual probablemente afectará sus interpretaciones acerca de la experiencia de la menopausia. Las mujeres con historia de depresión o excesivamente dependientes y que hayan asimilado valores femeninos tradicionales como el de valorar la juventud, el atractivo físico y la maternidad, serán las que tendrán mayor dificultad en afrontar la presencia de la menopausia.

La cultura occidental ha construido una serie de mitos alrededor de la menopausia en su mayoría despectivos, al describir a las mujeres que la atraviesan como “histéricas” “hipersensibles” e “insoportables”, modificando así esta etapa de la vida, es aquí donde entra a colación la depresión como uno de los trastornos psíquicos o emocionales más característicos que pueden darse como resultado de la llegada a la menopausia.

La depresión para autores como Massey (2015) es una enfermedad emocional que causa sentimientos de inadecuación, desaliento, duda y derrota que afecta el funcionamiento de las personas y que puede llegar a provocar suicidio. Según este autor la depresión sucede cuando negamos a nuestro yo real y auténtico, es la forma como nuestro cerebro lucha con situaciones difíciles o imposibles de manejar.

2.6 La depresión como trastorno

2.7.1 Sintomatología

La depresión se define en general por los síntomas establecidos en los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales. Zarragoitía (2011) refiere que la depresión es una condición que

afecta la vida de las personas por los cambios que se establecen a nivel cognitivo, conductual y afectivo. Se considera que los síntomas de la depresión en la menopausia son los mismos que los de la depresión provocada por otras causas.

Estos síntomas generan un amplio abanico de posibilidades clínicas, por lo que se puede realizar el diagnóstico de depresión tomando en cuenta el tiempo, la duración y evolución de síntomas presentes.

Moreno y Blanco (1999) afirman que los principales síntomas son:

- Tristeza: sensación de desánimo y ganas de llorar todo el día sin saber porque sucede esto.
- Pérdida de placer e interés: ya no le apetece ver a amigos o no le hacen gracia las bromas que tanto le gustaban.
- Ideas de inutilidad y culpabilidad: Cree que todo lo hace mal y por lo tanto, ni siquiera lo intenta, deja de luchar y cree que el mundo va mal a sus propios defectos.
- Baja autoestima: solo es capaz de ver su parte más negativa, la positiva desaparece.
- Incapacidad, de tipo físico y psíquico: fallan las fuerzas y las ganas.
- Pensamientos suicidas: ante los síntomas anteriores, uno puede sentirse tan desamparado y desconcertado que no sepa cómo afrontarlo y pensar que de esta forma solucionará su problema o incluso “les quitará un problema a los demás”. No se da cuenta de la desesperación en que sumirá a los seres queridos con una acción de este tipo, ni ve que su situación sea modificable.
- Ansiedad: puede presentarse acompañando la tristeza, con temblor, inquietud y preocupación constante.
- Dificultades para pensar: lentitud que dificulta la concentración, distrayéndose fácilmente. Toda la energía se dirige al interior y la persona no presta atención a lo que le rodea.

- Obsesiones: ideas persistentes de comprobación o incluso de creer que va a ser perjudicado por otras personas que ni siquiera conoce, pueden estar presentes en los casos más graves.
- Perturbación del sentido del tiempo: con incapacidad de anticipar acontecimientos positivos en un futuro y con predominio de los sucesos negativos del pasado.
- Pérdida de energía: incapacidad para levantarse de la cama.
- Lentitud y a veces agitación con predominio de una u otra según el caso o el momento del día.
- Trastorno del apetito y del peso: normalmente en forma de disminución del apetito y pérdida de peso, aunque en algunos casos puede ocurrir lo contrario.
- Problemas del sueño: pueden existir pesadillas que empeoran la calidad del sueño y que provocan que el enfermo se levante muy cansado.
- Reducción de la libido (deseo Sexual): al estar agotada la poca energía de que dispone apenas puede prestar atención a áreas que hace poco eran placenteras.
- Síntomas corporales: jaquecas, náuseas, dolores varios, calambre, etc.

Para el diagnóstico no es necesario que existan todos los síntomas mencionados. Puede ser que algunos estén presentes y otros no. (p. 16-20).

2.7.2 Criterios diagnósticos del DSM V para la depresión mayor

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) el diagnóstico de depresión debe cumplir con los siguientes criterios: A. Cinco (o más) de los síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por

parte de otras personas (por ejemplo, se ve lloroso) nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución importante del interés o el placer por todas las actividades la mayor parte del día casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.

Además de las clasificaciones clínicas, existe una gran cantidad de cuestionarios auto aplicables para medir la gravedad de los síntomas depresivos tales como la escala Hamilton para la

depresión, el inventario de trastornos afectivos y esquizofrenias, inventario de la depresión de Beck, escala de depresión de Carroll revisada, y la escala de depresión de Zung.

2.7.3 Escala de Hamilton para la depresión

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

2.7.4 Inventario de trastornos afectivos y esquizofrenias

Proporciona medios para diagnosticar de manera diferencial la depresión, es una entrevista semiestructurada que tiene como objetivo la evaluación de los trastornos mentales definidos según los criterios diagnósticos para la intervención. Consta de dos partes: primero se centra en la crisis actual o del último año, segundo se centra en la historia psiquiátrica anterior. Los síntomas se evalúan de acuerdo con el máximo nivel de intensidad experimentado a través de escalas de gravedad de 6 puntos, con puntos de corte para cada uno de los síntomas.

2.7.5 Inventario de la depresión de Beck

El inventario de la depresión de Beck creado por el psiquiatra Aaron Beck es un cuestionario autoaplicable más común para medir la gravedad de los síntomas de la depresión, la segunda revisión conserva los 21 puntos, se basa en los criterios del DSM-IV. Las versiones más actuales pueden ser utilizadas en personas a partir de los 13 años. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión.

2.7.6 La escala de depresión de Carroll revisada

Es un instrumento autoaplicado cuyo objetivo es la evaluación de la depresión de acuerdo con los 17 ítems de la escala de Hamilton. Evalúa la sintomatología depresiva de los días inmediatos anteriores. La escala de Carroll para la evaluación de la depresión consta de 52 ítems que deben ser contestados con las alternativas si o no.

2.7.7 Escala de depresión de Zung

Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada de cierto modo de la escala de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Consta de 20 frases relacionadas con la depresión, el paciente cuantifica no la intensidad sino solamente a frecuencia de los síntomas.

Tratamiento psicológico para la depresión en la menopausia

El tratamiento psicológico es una intervención que se realiza por profesionales de la salud mental que se lleva a cabo en un contexto clínico que puede ser un centro de salud, un hospital, asociaciones de profesionales o por medio de consultas privadas en clínicas particulares.

Según el observatorio de salud urbana en Guatemala (2013) las instituciones que proporcionan ayuda a los problemas psicológicos está el hospital nacional de salud mental “Federico Mora”, el cual brinda servicios de hospitalización a los ciudadanos guatemaltecos de todo el país, excluyendo aquellos que tienen cobertura en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El hospital dispone de servicios de urgencias psiquiátricas, hospital de día y rehabilitación psicosocial, se sabe que atiende exclusivamente a población adulta de la cual el 62% son mujeres. Además, coordina los programas de psicología comunitaria en centros de salud en la ciudad capital.

El servicio de salud mental de IGSS inició en 1968 como parte del servicio de medicina psiquiátrica cuyo propósito es procurar el bienestar psíquico, biológico y social de sus afiliados, cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia, hospital de día, encamamiento, psicoterapia, terapia ocupacional y recreativa.

En Guatemala no existe una legislación sobre salud mental, las acciones que se dedican a promoverla y prevenirla están a cargo de otras instituciones como por ejemplo la liga de higiene mental cuya filosofía es de carácter social, presta servicios de atención clínica gratuita con el apoyo de estudiantes del último año de distintas universidades del país.

El Centro de Asistencia Social (CAS) de la Universidad Panamericana brinda desde el año 2015 atención psicológica a niños, adolescentes y adultos, prestando servicio responsable a las necesidades de la población guatemalteca con escasos recursos. Actualmente cuenta con dos centros de atención uno ubicado en la ciudad capital y otra sede en el interior de la república.

Existen otros programas de atención a problemas mentales como por ejemplo el programa de psicología de la Universidad de San Carlos, el programa de salud mental de la municipalidad de Guatemala, y algunos otros programas que han incorporado otras municipalidades como la de Villa Nueva.

Según señala el documento del observatorio de salud urbana en Guatemala, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó de los resultados de la investigación sobre la salud mental en Guatemala, en ella se evidenció que la atención primaria es una tarea pendiente de cumplir debido a los factores de estigma, exclusión, acceso y disponibilidad para la mayoría de la población, ya que los programas de asistencia están centralizados en la ciudad capital. Entre los problemas que más atención clínica han requerido están: ansiedad y estrés, duelos, violencia intrafamiliar, violencia social y depresión.

La organización mundial de la salud considera que la depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo. El género femenino es el que más atención psicológica busca posiblemente por sus roles, factores de vulnerabilidad y los cambios fisiológicos como los que se presentan en la menopausia.

En lo que atañe a la presente investigación se abordará el tratamiento psicológico de la depresión en la menopausia, el cual ofrece la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a este trastorno como pueden ser los patrones de pensamiento negativos o distorsionados que generan sentimientos de desesperanza, así mismo puede ayudar a recuperar el control y placer por la vida por medio de la incorporación gradual de actividades placenteras y satisfactorias lo que ayuda a disminuir futuros episodios de depresión o disminuir su intensidad.

Existen diferentes enfoques de terapia psicológica que se pueden usar para tratar la depresión, la elección depende de varios factores: el psicoanálisis puede ser efectivo para personas con alta capacidad de introspección y con necesidad de explorar su vida psíquica y la causa profunda de las dificultades es decir su pasado, la terapia sistémica sirve en los casos que el problema del paciente sea con su forma de relacionarse con los demás, la logoterapia es útil cuando el paciente

necesita encontrar el sentido de su vida, haciendo énfasis en su ser espiritual, La terapia cognitivo conductual puede funcionar mejor para personas que necesitan una guía y un programa de trabajo estructurado.

Caballo Vicente (2007) afirma que las ventajas que la terapia cognitivo conductual ofrece como tratamiento para la depresión son: disminución del riesgo de recaída, posee una elevada tasa de recuperación, no deja ninguna patología residual, evita la cronificación de los medicamentos lo que en consecuencia reduce las visitas al médico mejorando sustancialmente la calidad de vida de los pacientes, por ello es el enfoque que mejores resultados ha dado en el tratamiento de la depresión y es el que se expone en el presente apartado.

3.1 Intervención cognitiva conductual

Según Lega, L., Sorribes, F., Clavo, M. (2017) la terapia cognitivo conductual (TCC) es una escuela psicológica compuesta por varios autores que comparten todos ellos el uso de una metodología científica partiendo de los siguientes principios: Los individuos responden a las representaciones cognitivas (interpretaciones, percepciones y evaluaciones) de los acontecimientos ambientales, las cuales se pueden evaluar y registrar.

Se considera que el cambio cognitivo produce cambios emocionales y conductuales, para ello utiliza procedimientos y técnicas orientadas a corto plazo de duración breve y de tiempo limitado. Está enfocada en el presente e investiga los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

La terapia Cognitivo conductual está centrada en la atención de síntomas generados por una filosofía de base irracional o disfuncional, pone énfasis en el cambio y se sirve del dialogo socrático para abordar la terapia. El plan de tratamiento que utiliza es específico para cada problema, es decir que no utiliza un formato único de técnicas para todos los pacientes y propone continuidad temática entre sesiones por medio de una agenda de trabajo

Por todas estas razones expuestas la terapia cognitivo conductual contiene todas las bases para el abordaje de los trastornos depresivos. Para Beck, A., Rush, John, Shaw, Brian y Emery (2010) el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1. La triada cognitiva, 2. Los esquemas mentales y 3. Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información) los cuales se describen a continuación:

3.1.1 Concepto de triada cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve infeliz, torpe, enfermo con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

3.1.2 Esquemas cognitivos

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En

este sentido puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

3.1.3 Errores cognitivos

El tercer componente de la triada se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables, cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato inevitablemente sus expectativas son de fracaso. Los síntomas motivacionales también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas, la poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente.

El modelo cognitivo conductual puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz.

3.2 Organización estructural del pensamiento depresivo

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos, el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término esquema designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este organiza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias, un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos. Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados patológicos tales como la depresión las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. En las depresiones más leves, el paciente generalmente es incapaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se grava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

Según Beck, A., Rush, John, Shaw, Brian y Emery (2010) los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Los errores en el procesamiento de la información son:

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs. modos “maduros”. Las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivos. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc.

3.3 Predisposición y desencadenamiento de la depresión

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión, en pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y el mundo, estos esquemas

negativos pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida valorándolos de forma realista, por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida, dando como resultado distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas es una forma de error ya sea disfunción o inconsistencia en el procesamiento de la información, las cuales desempeñan un papel en la psicopatología ya que producen perturbación emocional como en el caso del trastorno depresivo en donde el paciente siente que su capacidad de pensamiento se ha vuelto confusa o menos estable que antes.

En esta conceptualización de la depresión se ha intentado dar algún sentido a los diversos fenómenos que abarcan la depresión, sistematizándolos en una secuencia lógica coherente. El modo como los signos y síntomas de un trastorno pueden ordenarse para dar lugar a relaciones con significado lo cual puede ilustrarse de manera análoga según este modelo de atención, el cual ha establecido paradigmas científicos y relativos a la depresión. Según Beck, Rush, Shaw, Brian y Emery, (2010) los fenómenos de la depresión se caracterizan por una inversión o distorsión de muchos de los principios acerca de la naturaleza humana que gozan de una aceptación generalizada.

Estos autores establecen el paradigma científico que subyace al modelo cognitivo de la depresión que abarca mucho más que una teoría y una terapia. Abarca un dominio anteriormente olvidado (el de la organización cognitiva), una tecnología y una serie de instrumentos conceptuales que se aplican para obtener datos pertenecientes a dicho dominio, un conjunto de principios para construir la teoría y por último una tecnología especializada para recoger y evaluar evidencia en apoyo de la teoría. Al igual que con otros paradigmas se han establecido reglas de evidencia para determinar qué datos son admisibles y cómo pueden interpretarse con un margen de confianza.

Además, dado que concierne la aplicación práctica de la teoría, el paradigma también incluye un sistema de terapia con un conjunto de normas para obtener e interpretar datos, así como un diseño de investigación bien elaborado para evaluar la mejoría atribuible a los procedimientos terapéuticos. Este paradigma científico de la depresión conceptualiza al paciente con una notable inversión y retroceso en la forma en la que éste construye su realidad debido a la revolución cognitiva por la que atraviesa.

Así mismo establece que el paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido les parezca imposibles. Sus observaciones y las interpretaciones que hace de los fenómenos están moldeadas por el marco de referencia conceptual.

Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. Se utiliza este paradigma científico primeramente para comprender y además para modificar el paradigma personal inadecuado de modo que no vuelva a dar lugar a observaciones e interpretaciones falsas. Es más, se propone que cuando el paradigma personal del paciente ha sido invertido y ajustado a la realidad, la depresión empieza a desaparecer.

Una de las características principales de las pacientes que experimentan un episodio depresivo en la menopausia es su relativa inconsistencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales. Independientemente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad. En términos figurados la organización cognitiva se ha hecho relativamente autónoma y reproduce mecánicamente un flujo continuo de ideas repetitivas negativas. Estas cogniciones consisten hasta cierto punto en construcciones estereotipadas negativas de los eventos externos inmediatos; pero en la mayor parte de los casos, representan revelaciones de ideas repetitivas negativas que nada tienen que ver con la situación ambiental real del momento.

3.4 Estructura de la sesión terapéutica

3.4.1 La entrevista inicial

Dentro de la experiencia obtenida en atención clínica la primera entrevista se inicia con una pequeña presentación de parte del psicólogo, seguido de la lectura y firma del acuerdo entre terapeuta y paciente, para luego proseguir a establecer el diálogo abierto que permita crear un clima de atención y cordialidad, el cual tiene varios propósitos primero ayudar a disminuir la posible ansiedad que el paciente esté experimentando en ese momento, segundo facilitar el rapport que puede ser un incentivo para la relación terapéutica y tercero permitir obtener información de utilidad sobre la historia del paciente para comprender mejor su problemática.

La modalidad de entrevista ya sea abierta o estructurada depende de la habilidad de comunicación que tenga el consultante. Es importante mencionar que una entrevista bien realizada no solo hace surgir la información relevante sobre el diagnóstico del paciente, su historia, situación actual, su actitud ante el tratamiento y su motivación para el mismo, sino que además ofrece al paciente una cierta objetividad en relación con su problema concreto, esta objetividad en sí misma suele ser alentadora.

3.4.2 Exploración del estado mental

Es crucial que el terapeuta haga su propia evaluación si el paciente es psicótico o no lo es, del mismo modo es imprescindible que determine rápidamente si se trata de un paciente suicida. Las propias expresiones de desesperación del paciente pueden proporcionar pautas para identificar tendencias de suicidio. Ante esta situación el terapeuta debe indagar cuales son los factores de riesgo más importantes para ello se necesita contar con información de otras fuentes como familiares y allegados, evaluar las condiciones físicas del paciente y valorar la derivación a un centro hospitalario.

3.4.3 Transformar las quejas principales en síntomas objetivo

El paciente depresivo presenta síntomas o problemas concretos que para él representan el aspecto más problemático de su trastorno. Por esta razón suele ser conveniente que el terapeuta obligue al paciente a concretar sus quejas o problemas, dándole prioridad a los que le producen más malestar.

La manera más eficaz de conseguir este primer objetivo terapéutico y una base racional para las promesas consiste en delimitar un conjunto de problemas y en el transcurso de la entrevista, enseñar al paciente estrategias para hacer frente a esos problemas, la aplicación técnica de las estrategias debería comenzar durante la entrevista y por supuesto el paciente debería ponerla en práctica una vez finalizada la sesión. Cualquier experiencia de éxito que tenga el paciente por ejemplo conseguir aislar un problema y considerarlo objetivamente durante la entrevista puede incrementar su sensación de que puede hacer frente a los problemas.

3.4.4 Selección de los síntomas objetivo

Resulta difícil determinar de antemano los problemas más urgentes y el nivel de acercamiento a los mismos. No obstante, en general en los pacientes que presenten un grado medio o grave de depresión, el punto central de la intervención terapéutica se situará en el nivel de los síntomas objetivo.

Un síntoma objetivo puede identificarse como cualquiera de los componentes de la depresión que conlleva sufrimiento o algún tipo de incapacidad funcional. En la experiencia obtenida con pacientes deprimidos la tristeza y la evitación del contacto con otras personas, suelen ser las principales razones para buscar ayuda psicológica, por lo tanto, son los principales síntomas objetivo a trabajar dentro de la terapia. Estos síntomas pueden clasificarse en las siguientes categorías.

- Síntomas afectivos: tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad.
- Síntomas motivacionales: deseo de escapar (normalmente, vía suicidio); deseo de evitar problemas o incluso actividades cotidianas.
- Síntomas cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria. Las distorsiones cognitivas que se sitúan más bien a nivel conceptual o en el nivel del procesamiento de la información.
- Síntomas conductuales: suelen ser reflejo de otros tipos de síntomas ya mencionados; se incluye la pasividad, la evitación o huida del contacto con otras personas, la lentitud, la agitación.
- Síntomas fisiológicos o vegetativos: alteraciones del sueño, del apetito etc.

Durante el tratamiento, el terapeuta debe tener presentes algunos principios específicos. La visión que el depresivo tiene de su mundo, sus ideas y creencias negativas le parecen razonables y plausibles, aun cuando serán imposibles para el terapeuta. El paciente cree y es bastante consistente que es un fracaso, un inútil, un antipático, etc. de hecho esta consistencia interna se mantiene a veces incluso a pesar de que exista evidencia externa contraria a estas creencias.

Las observaciones e interpretaciones del paciente acerca de la realidad están moduladas por un marco conceptual. Sin embargo, el paciente no suele prestar atención o bien no llega a asimilar el significado de los eventos que podrían ir en contra de sus puntos de vista. El empleo de las preguntas sirve para una amplia variedad de funciones intrínsecas a la terapia cognitiva.

De hecho, una sola pregunta puede intentar simultáneamente dirigir la atención del paciente hacia un área concreta, evaluar sus respuestas ante un contenido nuevo, obtener información directa sobre este problema, generar métodos de resolución de problemas que se interpretan como irresolubles y por último suscitar dudas del paciente. Los objetivos de una pregunta pueden resumirse en los siguientes:

- Obtener datos biográficos, de la historia previa, etc. relevantes para el diagnóstico.
- Formarse idea general de la naturaleza del problema psicológico del paciente.
- Obtener una visión general de la forma de vida del paciente, de los factores específicos generadores de ansiedad y del sistema social en que se desenvuelve.
- Evaluar los mecanismos y habilidades de que dispone el paciente para manejar diversas situaciones, su tolerancia al estrés y su nivel de funcionamiento y capacidad para la introspección y la objetividad consigo mismo.
- Convertir las quejas y vagas en problemas más concretos.

El humor constituye un instrumento muy útil, varios autores han subrayado la importancia del humor en otras formas de psicoterapia. El humor resulta especialmente útil cuando es espontáneo, cuando permite al paciente observar con objetividad sus pensamientos o ideas y cuando se presenta de tal modo que el paciente no piense lo que están despreciando o ridiculizarlo.

Dos elementos son importantes en el transcurso de la terapia cognitiva. 1) el paciente debe comprender la naturaleza y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo conductual. 2) el paciente debe estar preparado para enfrentarse con fluctuaciones en el nivel de intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento. Para tales fines el terapeuta prepara al paciente para la terapia cognitiva durante la primera sesión y parte de la segunda, presenta el plan general y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo.

3.4.5 Metas generales de la terapia

En la práctica realizada con pacientes que tienen diagnóstico de depresión se logró establecer que es necesario antes de fijar las metas generales de la terapia evaluar el tipo de depresión que presenta el consultante tomando en cuenta los criterios de diagnóstico y los resultados de las pruebas aplicadas, valorar el o las áreas en las que se necesita dar prioridad dentro del tratamiento y decidir complementar este con antidepresivos.

Nezu, A. Nezu, C. y Lombardo (2006) afirman que disminuir el pensamiento disfuncional, optimizar la capacidad de resolución de problemas, incrementar las habilidades de autocontrol, mejorar las tasas de reforzamiento positivo, aumentar las habilidades sociales e interpersonales, son las principales metas del tratamiento cognitivo conductual para la depresión. Estos autores han establecido cinco metas de tratamiento las cuales se describen a continuación.

La primera meta de tratamiento es disminuir el pensamiento disfuncional tal como lo planteó Beck y consta de tres elementos básicos A. la triada cognitiva, B. esquemas negativos y C. distorsiones cognitivas. La triada cognitiva consiste en tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos deprimidos y abarca opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro. Los esquemas son patrones de pensamiento estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas.

Estos esquemas operan para organizar la información pertinente para una situación en curso a partir de experiencias pasadas y determinar la manera como se percibe, almacena y después se recuerda la información. Los individuos propensos a la depresión tienden a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa y desde una perspectiva lógica, interpretan las experiencias nuevas de forma inexacta. Los errores cognitivos abarcan la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación/ minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

La segunda meta de tratamiento es mejorar la capacidad de resolución de problemas, la cual ayuda a las personas deprimidas a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo, minimizar el grado en que los síntomas depresivos afectan de manera consistente los intentos de afrontamiento presentes y futuros, enseñar habilidades generales que les permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos y fijarse metas realistas. Entre las técnicas que se pueden utilizar están: el modelado, el ensayo conductual, las tareas para la casa, el moldeamiento, el refuerzo y la retroalimentación para aumentar la capacidad en resolución de problemas y disminuir la sintomatología depresiva.

La tercera meta consiste en mejorar las habilidades de autocontrol: Nezu, Nezu, Lombardo, (2006) consideran que los individuos deprimidos manifiestan déficits en estas habilidades, por lo que se requiere incluir terapia de autocontrol y terapia de resolución de problemas como parte de las metas de tratamiento, se sabe que la terapia de autocontrol es semejante a otros protocolos de orientación conductual, es estructurada y cuenta con un tiempo límite; se centra en vencer los siguientes tres déficits; auto monitoreo, autoevaluación y auto refuerzo.

Por ejemplo, se enseña a los pacientes a mantener un registro diario de experiencias positivas y su estado de ánimo asociado. Establecer metas específicas, explícitas y asequibles relacionadas con actividades positivas y a identificar reforzadores, así como a administrarse recompensas tras alcanzar una meta. Por otra parte, la terapia de resolución de problemas ayuda a los individuos deprimidos a establecer metas realistas cuando afronten problemas cotidianos estresantes, además enseña a las personas a comprometerse en una auto gratificación adecuada cuando realizan esfuerzos explícitos para resolver problemas.

La cuarta meta de tratamiento es mejorar las tasas de refuerzo positivo, las afirmaciones teóricas que sustentan esta meta sostienen que la actividad del individuo se mantiene mediante el refuerzo positivo, que los déficit en diversas habilidades sociales desempeñan una función influyente sobre la determinación de la tasa de dicho esfuerzo para la conducta de la persona y que la activación conductual se concentra en aumentar el comportamiento gratificante y productivo de un paciente deprimido.

La quinta meta de tratamiento consiste en el aumento de las habilidades sociales e interpersonales Nezu, Nezu y lombardo (2006) consideran que esta concepción de la depresión identifica a las habilidades sociales deficientes o desadaptativas como un factor relacionado, desde el punto de vista etiológico, con la depresión.

En esencia, las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social. Las quejas continuas y el hecho de centrarse en sí misma hacen que los demás en el ambiente social de la persona la

rechacen, lo que da por resultado una reducción del refuerzo y apoyo sociales, así como una confirmación del autoconcepto negativo.

Vicente Caballo (2007) sostiene que la depresión es el resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente con la conducta no depresiva de la persona, la parte sustancial de los refuerzos positivos más importantes en el mundo adulto son de naturaleza interpersonal, y que una parte significativa de las recompensas en la vida adulta puede entregarse o negarse contingentemente con la conducta interpersonal de la persona.

Mantener relaciones satisfactorias con las demás personas eleva el nivel de autoestima, incrementa la calidad de vida en la medida en que ayuda a sentirse bien. Para Ruiz, M., Diaz, M., Villalobos, (2012) el entrenamiento en habilidades sociales es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican técnicas con la meta de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones.

El programa se centra en tres repertorios conductuales específicos que parecen ser especialmente relevantes para los individuos deprimidos: la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación. La aserción negativa implica conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen según sus intereses. La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas.

El entrenamiento en habilidades de conversación incluye iniciar conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los pacientes deprimidos y se les proporciona también entrenamiento en percepción social. Se anima a los pacientes a que practiquen las habilidades y las conductas a lo largo de diferentes situaciones, el tratamiento tiene lugar a lo largo, de 12 sesiones de una hora a la semana, en donde los pacientes reciben entrenamiento en las cuatro áreas problema descritas anteriormente. A estas sesiones de tratamiento les sigue de seis a ocho sesiones de mantenimiento a lo largo de un período de seis meses, sesiones en las que el énfasis está puesto en la revisión y solución de problemas.

3.4.6 Formulación del plan de terapia para cada sesión

La formulación del plan de cada sesión depende de los principales objetivos que plantee el terapeuta dentro del plan de tratamiento, se busca como primera instancia eliminar los síntomas depresivos y segundo prevenir las recaídas. Estos objetivos se implementan entrenando al paciente a aprender a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada y a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas. El terapeuta esboza y explica los objetivos en la primera sesión de tratamiento.

La importancia de las técnicas encaminadas a la resolución de problemas merece una especial atención. Aunque en general el objetivo principal es la eliminación de los síntomas, los pasos a seguir para conseguirlo consisten en la definición y resolución de problemas concretos. En este sentido el paciente aprende a evaluar los problemas con lógica y a aplicar sistemáticamente la técnica más adecuada para resolverlos.

El objetivo a largo plazo de la terapia cognitiva se centra en facilitar la maduración, es decir en generar habilidades para corregir las distorsiones cognitivas y a incorporar actitudes más racionales y adaptativas. Es más, la maduración se refiere también el desarrollo de métodos más efectivos para manejar o adaptarse a las circunstancias ambientales difíciles o complejas y para hacer frente a los sentimientos negativos: asimismo se refiere a la sofisticación o perfeccionamiento de las habilidades sociales.

3.4.7 Establecer la agenda al comienzo de la sesión

Dentro de la experiencia obtenida en sesiones de terapia la agenda es considerada una herramienta que permite realizar la planificación eficaz del tiempo, sobre todo con los pacientes que les gusta el dialogo y les cuesta concentrarse en hablar de un solo tema, es importante realizarla de común acuerdo con el paciente para que él tenga conocimiento que existe un orden y un tiempo de trabajo para cada argumento.

Es conveniente que se incluya un tiempo para hacer un breve resumen de las experiencias del paciente desde la última sesión y la correspondiente retroalimentación. A partir de aquí terapeuta y paciente deben estar de acuerdo con los objetivos específicos de la sesión. La agenda de la sesión depende de varios factores. Obviamente uno de ellos es la fase en que se halle la terapia y los progresos que vaya haciendo el paciente.

Un segundo factor de peso es el referente a los problemas que más perturban al paciente en ese momento. Un tercer factor consiste en la intensidad de la depresión se suele usar más técnicas conductuales con los pacientes gravemente deprimidos. A medida que la depresión se va aliviando se utilizan más tareas de tipo cognitivo que requieren razonamiento abstracto. En resumen, la formulación de la terapia consiste en preparar una agenda para la sesión con el paciente, normalmente esto se hará al principio de cada sesión. Los asuntos que queden pendientes al final de una sesión se incluyen en la agenda de la siguiente sesión.

3.4.8 Formulación y comprobación de hipótesis concretas

Dentro de la práctica clínica se ha determinado que la hipótesis permite formular predicciones razonables acerca de la problemática que presenta el paciente lo que proporciona una línea o guía de investigación. La hipótesis se plantea con la información que se obtiene de la entrevista, y de los datos obtenidos en la historia clínica, es importante comparar la información de los datos proporcionados por el paciente con familiares o amigos para tener mayor certeza en la predicción planteada. La comprobación de hipótesis sucede cuando se obtienen los resultados de las pruebas y se tiene un diagnóstico cotejado con los criterios de los manuales de diagnóstico clínico.

Es crucial construir un modelo de hipótesis que se adecue para cada paciente. Basándose en las respuestas de éste a preguntas específicas, el terapeuta puede formular varias hipótesis. Los datos se licitan según una secuencia lógica de preguntas ya sea para comprobar hipótesis, para modificar hipótesis, para descartar hipótesis anteriores, o para derivar hipótesis nuevas.

Cuando el terapeuta piensa que la hipótesis es razonable debe probarla en el paciente. Lo que hace es pedirle a éste su opinión sobre la adecuación de la hipótesis en cuestión y trabajar con él para modificarla, de modo que aumente la aplicabilidad de ésta a las circunstancias concretas del paciente. Si se confirman las hipótesis los resultados preliminares se dejan aparte hasta que llegue el momento de formular los supuestos subyacentes del paciente, que se discuten en las últimas fases de la terapia.

La colaboración entre terapeuta y paciente requiere un esfuerzo conjunto para identificar y evaluar cogniciones, formular hipótesis y realizar experimentos. A través de estos intercambios verbales, el terapeuta debe observar las reacciones del paciente ante su conducta verbal y no verbal. Este feedback adquiere una importancia especial en el marco de la terapia con depresivos. Es más, el mecanismo feedback anima al paciente a expresar sus sentimientos y percepciones sobre la terapia, también es importante cuando los pacientes interpretan negativamente las afirmaciones y preguntas del terapeuta.

3.5 Aplicación de técnicas conductuales

En las primeras fases de la terapia y en especial con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que el terapeuta restablezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Concretamente manteniendo ocupados la atención y el interés del paciente, lo que el terapeuta intenta es inducir a éste para que contrarreste su huida y se dedique a actividades más constructivas.

El fundamento teórico de este método se basa en la observación clínica de que el paciente depresivo grave y a veces también las personas que le rodean creen que ya no es capaz de realizar las funciones que se esperan de él como estudiante, trabajador, ama de casa, esposa, padre, etc. Es más, puede suceder que el paciente no tenga esperanzas de obtener gratificación alguna de aquellas actividades que antes le agradaban.

Dentro de las técnicas más utilizadas en la práctica clínica con pacientes deprimidos que mejores resultados se han obtenido están: el ensayo de conducta mediante el role playing en la cual el

terapeuta señala situaciones en las que el paciente se siente emocionalmente perturbado o se comporta de manera disfuncional, terapeuta y paciente van analizando y debatiendo dichas situaciones y ensayando conductas más adecuadas para la situación.

Otra técnica con mucha aceptación es la de dominio y agrado ya que le permite al paciente restablecer el nivel de funcionamiento que tenía antes de la depresión, sobre todo en las primeras fases de la terapia, el nivel de actividad se relaciona también con la autovaloración del paciente ayudando a superar los sentimientos asociados con incompetencia, inutilidad, etc.

3.5.1 Técnica: Programación de actividades

Los pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de cogniciones pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocritican por ser como vegetales y evitar a otras personas. La prescripción de actividades determinadas se basa en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño.

Tienden a evitar las tareas complejas, en caso de que las aborden es probable que tengan grandes dificultades para lograr el objetivo. El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad.

Además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente. El terapeuta puede elegir entre proporcionar al paciente un programa de actividades y/o registrar las actividades que de hecho tienen lugar a lo largo del día. Debe incorporarse una jerarquía de tareas graduales al programa diario.

La planificación de actividades en colaboración con el paciente puede ser un paso importante para demostrarle que es capaz de controlar su tiempo. Es importante que el terapeuta exponga al paciente los siguientes principios antes de aplicar un programa de actividades diarias:

- Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea; así pues, no debe existir preocupación si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto.
- Es importante al realizar el programa determinar el tipo de actividad que va a emprender, no la proporción de la tarea que se va a conseguir realizar.
- Aunque no tenga éxito es significativo recordar que lo más importante es llevar a cabo el programa. Esto proporcionará información muy útil para establecer el siguiente objetivo.
- Reservar los momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; y anotar la actividad propuesta para cada hora del programa.

Estos principios son importantes ya que sirven para estructurar el día y ofrece información para evaluar las actividades diarias del paciente. A la hora de asignar las tareas el terapeuta debe dejar claro que el propósito inicial del programa es observar y no juzgar lo que el paciente hace día a día.

3.5.2 Técnica de dominio y agrado

Antes de establecer las técnicas de dominio y agrado el terapeuta debe investigar cuales son las razones que llevan al paciente a no realizar actividades. Algunos pacientes depresivos realizan actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de un intento por abordar actividades que no les aportan satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo. El predominio de las cogniciones negativas anula toda posible sensación de agrado o la falta de atención hacia las sensaciones de agrado por lo que estas dos técnicas proporcionan datos para identificar y corregir distorsiones cognitivas.

3.5.3 Técnica asertividad y role playing

Los procedimientos que constituyen la base del entrenamiento en asertividad están bien documentados. En general el entrenamiento se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc. El role-playing o juego de roles implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

El entrenamiento en asertividad y role playing pueden emplearse con éxito en el tratamiento de los pacientes depresivos, ya que les enseñan a las personas a manejarse adecuadamente en situaciones incómodas, o a ser capaz de expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda, esta técnica también puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para elucidar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones.

3.5.4 Técnica de manejo del tiempo

Los individuos deprimidos normalmente hacen mal uso de su tiempo, no planifican las cosas con antelación y, por consiguiente, no arreglan las cosas para aprovechar las oportunidades agradables que se presenten. El entrenamiento tiene como objetivo ayudar a los pacientes a lograr un mejor equilibrio entre las actividades que quieren realizar y las actividades que piensan que tienen que hacer.

Utilizando la programación diaria del tiempo, se pide a los pacientes que planifiquen con anterioridad cada día y cada semana. Inicialmente, esta planificación se hace dentro de las sesiones con la ayuda del terapeuta; se espera que gradualmente los pacientes hagan la planificación en casa.

3.6 Aplicación de técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc. se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad. Ya que las preguntas del terapeuta y otras técnicas verbales derivan de su propia teoría, deben estar atento para evitar poner ideas en la boca del paciente. El terapeuta debe tener presente la sugestionabilidad del paciente y su deseo de agradarle, emitiendo las respuestas que, según él, espera el terapeuta.

A la hora de aplicar las técnicas cognitivas es importante que el terapeuta trabaje dentro del marco del modelo cognitivo de la depresión. En realidad, la terapia cognitiva es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el paradigma personal del paciente.

Frecuentemente la exploración conjunta de la vida interior del paciente engendra un espíritu de aventura y por lo general cuando este descubre su peculiar construcción de la realidad, se motiva aún más para centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que les atribuye. Descubriendo los significados inadecuados que ha estado atribuyendo a sus experiencias la vida puede adquirir un significado nuevo.

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. El entrenamiento en la observación y registro de las cogniciones hace que el paciente se dé cuenta de la existencia de las imágenes y verbalizaciones. El terapeuta entrena al paciente a identificar las cogniciones inadecuadas y distorsionadas.

La tarea de entrenar al paciente a observar y registrar sus cogniciones debe realizarse en pasos sucesivos: 1) definir lo que es un pensamiento automático (cognición) 2) demostrar la relación entre cognición y afecto o (conducta) valiéndose de ejemplos concretos; 3) demostrar la presencia

de las cogniciones tomando como base la experiencia reciente del paciente; 4) asignar para la casa la tarea de registrar las cogniciones; y 5) revisar los registros del paciente y proporcionarle feedback.

3.6.1 Técnicas basadas en la imaginación

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas; otros pueden no ver la relación entre pensamiento y sentimientos. Lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas. Una técnica eficaz es la de imaginación inducida, en la cual el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, se le pide que imagine algo agradable y que describa sus sentimientos, a menudo descubre que es capaz de reconocer que cuando cambian los pensamientos también cambia el sentimiento.

3.6.2 Técnica de autorregistros

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que se hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples razones un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente. El método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo, 15 minutos cada tarde para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible. Otro método consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente.

3.6.3 Técnicas de reatribución

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en atribuirse incorrectamente la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte

tendencia a auto culpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que escapan a su control, así como por las relativas a sus acciones y juicios. El terapeuta y el paciente revisan los acontecimientos relevantes y aplican leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda.

Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando la objetividad, el paciente no solo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

Gracias a la definición cuidadosa de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles. Además, con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles.

El terapeuta no debe fiarse solamente de las afirmaciones del paciente de que lo ha intentado todo. Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que han explorado todas las opciones posibles es probable que rechacen automáticamente algunas de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, debido a que previamente habían llegado a la conclusión de que el problema era irresoluble.

Tanto las técnicas cognitivas como conductuales tienen una sola finalidad que es promover cambios en la filosofía de vida, eliminar o reducir la sintomatología de los trastornos depresivos y motivar al paciente a realizar actividades que poco a poco le devuelvan la funcionalidad que antes tenía.

Todos los argumentos expuestos en la investigación señalan que la terapia cognitivo conductual en el ámbito de intervención en salud mental en pacientes con depresión se fundamenta en procedimientos que tienen respuestas favorables en los ámbitos físicos, emocionales, cognitivos y

conductuales a través de técnicas y programas específicos cuyos resultados pudieron ser comprobados en la práctica clínica con pacientes diagnosticados con depresión.

Así mismo este modelo ofrece el entramado conceptual para el análisis funcional del origen y evolución de los trastornos depresivos ofreciendo al mismo tiempo un amplio repertorio de técnicas que buscan devolverle la funcionalidad al paciente optimizando sus potencialidades y habilidades favoreciendo así su adaptación al entorno incrementando su calidad de vida.

Conclusiones

La menopausia es una etapa en la vida de la mujer que forma parte del proceso normal por el que todas las mujeres deben atravesar que por sí mismo no requiere intervención terapéutica a menos que se acompañe de síntomas físicos y psicológicos que limiten el funcionamiento de las mujeres en su vida diaria.

La menopausia es el resultado de un periodo de cambios biológicos que experimentan todas las mujeres, pero muchas veces el significado que se le atribuye es de origen cultural, es común señalar a las mujeres que padecen de alteraciones del estado de ánimo como “menopaúsicas” cuando éstas no están atravesando por ese periodo, tal concepción afecta la percepción de esta etapa de manera negativa, creando prejuicios e ideas irracionales sobre ella, por lo que se debe promover la toma de conciencia a nivel social por medio de la comunicación, educación y empatía.

Los servicios de atención que se deben brindar en esta etapa deben ser proporcionados por equipos de salud interdisciplinarios para asistir la sintomatología física como las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, trastornos ginecológicos, etc. y la sintomatología psicológica como irritabilidad, insomnio, ansiedad y depresión que se asocia comúnmente con esta etapa.

Dentro de la experiencia obtenida como terapeuta la terapia cognitivo conductual es eficaz para tratar la depresión porque cuenta con muchas investigaciones que la sustentan, utiliza procedimientos y técnicas orientadas a la activación conductual, estructura el pensamiento disfuncional por medio de la identificación y modificación de pensamientos erróneos, establece metas específicas de tratamiento para cada paciente y mantiene una continuidad entre sesiones. Así mismo la terapia cognitivo conductual también tiene un enfoque educativo ya que enseña a los pacientes como monitorear sus actividades por medio del uso de registros, también ayuda a aumentar la eficacia en la resolución de problemas por medio de la identificación de situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de conflictos.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Arlington: Editorial Panamericana.
- Beck, A., Rush, John., Shaw, Brian., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva para la depresión*. España: Editorial Descleé de Brouwe, S.A.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos vol.I* España: Editorial Siglo XX de España Editores, S.A.
- Hernandez, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. D.F: McGrawHill/Interamericana Editores, S. A.C.V.
- Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual*. España: Editorial Paidós.
- Massey, A. (2015). *Combate Rápido la Depresión*. Delegación Miguel Hidalgo México: Editorial Planeta Mexicana, S. A. de C. V.
- Moreno, P., Blanco C., (1999) *Cómo Superar la Depresión*. España: Editorial Arguval.
- Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006) *formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Organización Mundial de la Salud. (1981) *Investigaciones sobre la menopausia*. Ginebra
- Ruiz, M., Diaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductual*. España: Editorial Descleé de Brouwe, S.A.

Universidad Panamericana (2013) *Manual para Elaborar Opciones de Egreso*. Guatemala: Universidad Panamericana.

Zarragoitia, I. (2011). *Depresión Generalidades y Particularidades*. Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Gaviria, S. (2009). *¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?* Revista Colombiana de psiquiatría, (vol. 38). Recuperado de revista@psiquiatria.org.co

Gutiérrez Gómez, S. (2012) *tratamiento cognitivo conductual en la menopausia* (tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/150064/1/t29223.pdf>

Lugones, M. Ramírez, M. (2008). **Apuntes históricos sobre el climaterio y menopausia**, Revista Cubana. Recuperado de <http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol244-08/mgi16408.htm>.

Moio, S. (2013) *Observatorio de salud urbana, aproximaciones teórico-prácticas* recuperado de www.muniguate.com/imagen/2014/user01/0403/saludmentaldoc.pdf