

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

LA ANSIEDAD EN LA MUJER PREMENOPAUSICA

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades por:

VILMA EUGENIA LEMUS GRANADOS

Al conferírsele el Título de:

PSICOLOGA

en el grado académico de:

LICENCIADA

Guatemala de la Asunción, Noviembre de 1,997



Universidad Rafael Landívar

VISTA HERMOSA III ZONA 16, APARTADO POSTAL 39 C
PBX: 692151, 692621, 692751, 380162
FAX 692756 - GUATEMALA, C. A. 01016

Facultad de Humanidades

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

RECTOR	Lic. Gabriel Medrano Valenzuela
VICERRECTORA GENERAL	Licda. Guillermina Herrera Peña
VICERRECTOR ACADEMICO	Dr. Charles J. Beirne, S.J.
SECRETARIO	Lic. Jorge Guillermo Aráuz Aguilar
DIRECTOR FINANCIERO	Lic. Luis Felipe Cabrera Franco
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	Lic. Tomás Martínez Cáceres

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO	Lic. Manuel de Jesús Salazar Tetzagtic
VICEDECANO	Lic. Arnoldo Escobar Cabrera
SECRETARIA	Licda. Patricia Melgar de López
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	Licda. María Eugenia Ruiz de Sandoval
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE EDUCACION	Lic. Hugo Roberto Solórzano Barrios
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA COMUNICACION	Licda. Genoveva Deutschmann de Amiel
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE LETRAS Y FILOSOFIA	Licda. María Eugenia Del Carmen de Tefel
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE TURISMO	Lic. Julio Eduardo Orozco Pérez
REPRESENTANTES DE CATEDRATICOS	Dr. Fidelio Swana Wong Licda. Isabel Martínez Mendoza
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL	María Cristina Espinoza Alejandra Samayoa Ochoa

ASESOR DE TESIS

Licda. Lilian Contreras de Rodríguez

TERNA EXAMINADORA

Lic. Mauricio Nájera Marroquín
Licda. Yadira Barrios de Barrios
Licda. Hilda Caballeros de Mazariegos

Guatemala,
9 de junio de 1997

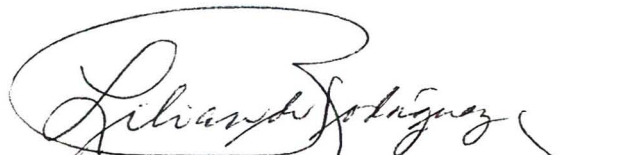
Señores Miembros del
Consejo de la Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Presente

Distinguidos Miembros del Consejo:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para informarles que después de asesorar y revisar el trabajo de investigación realizado por la señora VILMA EUGENIA LEMUS GRANADOS, con carnet No. de registro 5733-73, considero que llena satisfactoriamente los requisitos establecidos por la Facultad, razón por la que someto a su consideración el trabajo de tesis titulado "LA ANSIEDAD EN LA MUJER PREMENOPAUSICA", previo a optar al grado de Licenciada en Psicología.

Considero que dicha investigación fue realizada con minuciosidad, esmero y profesionalismo y que constituye un excelente aporte a la exploración de este tipo de temas en nuestro país, por lo que agradeceré se nombre al tribunal examinador y se realicen los trámites correspondientes.

Con las muestras de mi consideración y respeto, me es grato suscribirme, atentamente,


Licda. Lilian C. de Rodríguez
Asesora



Universidad Rafael Landívar

VISTA HERMOSA III ZONA 16, APARTADO POSTAL 39 C
PBX: 692151, 692621, 692751, 380162
FAX 692756 - GUATEMALA, C. A. 01016

Reg.No.FH-373-97

Facultad de Humanidades

Guatemala,
26 de agosto de 1997.

Señorita
Vilma Eugenia Lemus Granados
Presente.

De acuerdo al dictamen rendido por la Terna Examinadora de la Tesis titulada: **LA ANSIEDAD EN LA MUJER PREMENOPAUSICA**, presentada por el (la) estudiante Vilma Eugenia Lemus Granados, carnet No. 5733-73, la Secretaria del Consejo de la Facultad de Humanidades **AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS**, previo a optar al título de Psicóloga, en el grado académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Licda. Patricia Melgar de López
SECRETARIA DE CONSEJO



/ sm
c.c. archivo

DEDICATORIA

A Dios

A Mis Padres:

**(Q.E.P.D) Alicia Granados de Lemus
José Antonio Lemus Pineda**

Para la mujer

AGRADECIMIENTO

Primeramente a las mujeres que tomaron parte en mi investigación y ocuparon su tiempo en poner al descubierto sus experiencias previas a esta etapa.

Aprendí mucho de ellas al enfrentar sus problemas cuando llegué a ellas y luego al consultarme sus dudas y temores, espero haberlas ayudado.

Agradezco también a la Clínica de la Mujer de APROFAM por la confianza depositada en esta investigación, a la Licenciada Lilian de Rodríguez, por su asesoramiento y crítica constructiva. A los doctores: Luis Felipe García Ruano, Fernando Bauer, Lucrecia Lemus, Alejandrina de Rivera, Edwin Morales y Rodrigo Rivera por su apoyo y asesoramiento.

Y muy especialmente a toda mi familia por su apoyo y aliento continuos.

INDICE GENERAL

RESUMEN	i
INTRODUCCION	1
I. MARCO CONCEPTUAL	9
A. DEFINICIONES BASICAS	9
1. Premenopausia, Perimenopausia o Climaterio	9
2. Menopausia	9
3. Ansiedad	10
B. MITOS Y HECHOS SOBRE EL CLIMATERIO	11
1. Origen del término del climaterio	12
2. La Sociedad y el climaterio	13
C. FISILOGIA	14
1. HORMONAS OVARICAS	15
1.1 Estrógenos	15
1.2 Progesterona	15
2. ANTICONCEPCION EN LA PREMENOPAUSIA	16
2.1 Factores Metabólicos, Fisiológicos y Biológicos que se involucran	16
2.2 Factores Sociológicos y Sexuales	17
2.3 Factores Médicos	18
3. TIPOS DE MENOPAUSIA	19
3.1 Precoz	19
3.2 Artificial	19
3.3 Tardía	20
4. SINTOMATOLOGIA	20
4.1 Corto plazo	20
4.2 Mediano plazo	21
4.3 Largo plazo	21
D. TRASTORNOS DE LA PREMENOPAUSIA	21
1. Situación Psico-social	22
2. Personalidad y Salud Mental	22

II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
1	Objetivos	26
2	Hipótesis	27
3	Variables	27
4	Alcances	28
5	Limitaciones	28
6	Aporte	28
III.	METODO	30
1	Sujetos	30
2	Ambiente	43
3	Instrumentos	43
4	Procedimiento	44
5	Diseño	45
6	Metodología Estadística	46
IV.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	47
V.	DISCUSION DE RESULTADOS	57
VI.	CONCLUSIONES	59
VII.	RECOMENDACIONES	60
	ANEXOS	
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

RESUMEN:

La presente investigación tuvo por objeto hacer un estudio sobre el nivel de ansiedad en mujeres premenopáusicas y no premenopáusicas comprendidas entre las edades de 35 a 50 años.

La muestra estuvo conformada por 83 mujeres premenopáusicas designadas como Grupo "A" y 40 mujeres no premenopáusicas como Grupo "B", con cero situaciones alternas en ambos grupos, es decir, sin otras situaciones que pudiesen significar presencia de ansiedad, tales como pérdida de los padres, conflictos conyugales, jubilación etc.

La investigación se realizó en la Clínica de la Mujer de APROFAM ubicada en el sector de la zona 1 de esta ciudad.

Los instrumentos utilizados fueron una encuesta elaborada solicitando a expertos su revisión y el test de Ansiedad del Dr. Zung, entrevistando a las pacientes por un período de 3 meses en forma individual.

Se utilizó el diseño de comparación de grupos estáticos *expostfactum*; para determinar el nivel de ansiedad de pacientes ambulatorias se realizó un contraste de medias, lo que permitió establecer que no existe una diferencia significativa en el nivel de ansiedad en las mujeres premenopáusicas y no premenopáusicas.

INTRODUCCION

En la actualidad existen varias opiniones sobre la edad en que aparece la premenopausia, perimenopausia o climaterio, ya que algunos autores coinciden en que sucede a la llegada de la cuarta década y/o a los cincuenta años inclusive. Durante este período pueden aparecer los primeros síntomas pasando inadvertidos por algunas mujeres o bien ya se encuentran en la etapa menopáusica.

Es por ello que el presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer más a fondo los cambios psicológicos, biológicos y sociales por los que atraviesa la mujer al llegar a la premenopausia, ya que es un etapa de gran trascendencia y preocupación para toda mujer. Sin embargo, es parte de un desarrollo normal y que raramente se discute abiertamente siendo este tema fuente de turbación, temor, confusión y crea efectos a nivel psicológico, prejuicios, mitos e historias exageradas que debe soportar la mujer ante este período.

Son, pues, estas inquietudes las que rigen esta investigación, ya que los procesos de la mujer como la menstruación, embarazo y lactancia aún están bajo un manto de vergüenza y disgusto.

No está de más mencionar que las recomendaciones que dan en los trabajos de tesis "La Ansiedad en el Hombre de 40 a 45 Años" y "La Gimnasia como Medio de Liberar Tensiones" fueron incentivos para esta investigación.

Así como se manifiesta la ansiedad en la niña ante la pubertad, de igual forma es importante establecer qué nivel de ansiedad presentan las mujeres al llegar a la edad crítica, la cual se encuentra llena de cambios significativos por ser una de las últimas etapas de transición y que los mismos van a variar en cada mujer, debido a que en el pasado por falta de información o ignorancia éste y otros temas hacían ver la vida diferente.

Se puede observar que en la actualidad el promedio de vida para la mujer oscila entre los 65 a 70 años y se debe considerar la idea de vivir un tercio de la vida durante y después de la menopausia, y que el avance de la ciencia médica en esta etapa podría ser un período positivo de la vida.

Es importante revisar las culturas y la época en que se vive ya que influye la forma en que se experimentan los primeros síntomas de la menopausia, pues van asociados a la historia de la mujer.

En la actualidad ya se han realizado estudios importantes sobre la premenopausia y menopausia, tanto en el extranjero como en Guatemala, dando a conocer algunos de ellos la falta de información que existe aún acerca de este tema y los avances que ha tenido la ciencia médica.

Entre las investigaciones realizadas en el extranjero se encuentran las siguientes:

Hammar, Brynhildsen, Wyon, Nedstrand y Notelovitz (1995) realizaron el estudio sobre "Los Efectos de la Actividad Física sobre los Síntomas y Cambios Metabólicos durante la Menopausia", en el Instituto de Ginecología, Florida, U.S.A. En él indican que las mujeres perimenopáusicas experimentan síntomas como calores, sudores nocturnos, dispareunia (dolor en vagina al tener relaciones sexuales), uretritis, humor cambiante y disturbios del sueño. Además de la disminución en la producción de hormonas esteroideas por el ovario incluyendo 17 β -estradiol y progesterona, afecta mucho el sistema metabólico como el cambio de tejido óseo el metabolismo de lipoproteínas y también el efecto de los estrógenos sobre las paredes de los vasos.

Encontraron que el tratamiento de sustitución de estrógenos vino a controlar muchos de estos síntomas y cambios metabólicos, pero que muchas mujeres preferían no usar el tratamiento.

El ejercicio físico regular tuvo un impacto positivo sobre los cambios debido a la menopausia protegiendo la pérdida del hueso, cambio en el metabolismo de lipoproteínas, hipertensión, disminuyendo los síntomas vasomotores dando como resultado una salud mental positiva. Este estudio revisa datos concernientes al efecto del ejercicio en la mujer peri y post menopáusica, causando la misma magnitud de cambio como la terapia de estrógenos.

Los efectos positivos del ejercicio son influenciados por otros factores tales como la conciencia sobre el estilo de vida, dieta y hábitos de fumar. Concluyen que hay necesidad de realizar otros estudios prospectivos a largo plazo, antes de llegar a conclusiones definitivas con respecto a los beneficios del ejercicio.

Avis, Stellato, Crawford & Johannes (1995) realizaron un estudio en los Institutos de Investigación de Nueva Inglaterra Massachusetts, U.S.A. sobre "Qué impacto causa la menopausia en la actividad sexual". Esta ponencia presenta información de estadísticas transversales en mujeres transmenopáusicas participantes del Estudio de Salud en Mujer de Massachusetts (MWHHS, por sus siglas en inglés), una muestra de mujeres de la comunidad que fue seguida como parte de un estudio de la epidemiología de la menopausia. Estos análisis examinan el efecto del estado menopáusico sobre siete formas de actividad sexual: frecuencia de intercambio sexual, satisfacción con la presente relación sexual, deseo sexual, dolor o molestias

durante o después del acto sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, excitación percibida comparada con la que se tenía en la década de los 40, y actitudes sobre interés sexual declinando con la edad. Los análisis también examinan la relativa contribución de la edad, niveles hormonales, salud, estilo de vida, factores psicosociales, limitación de la pareja, y factores demográficos para la actividad sexual. Los análisis están basados en 186 mujeres que tenían pareja y no recibían terapia de restitución hormonal y revelan que el estado menopáusico no estaba relacionado con la frecuencia, satisfacción, dolor, o dificultad para alcanzar el orgasmo.

El deseo estaba relacionado con el matrimonio, cirugía reciente, síntomas psicosociales, fumar y las limitaciones de la pareja. Otras variables relacionadas tanto con actitud como con excitación fueron el matrimonio y la salud. Estos resultados sugieren que el estado menopáusico no es un factor que afecte la actividad sexual entre las mujeres de mediana edad. El estado menopáusico parece tener algunos efectos sobre las percepciones y actitudes de las mujeres pero no sobre su satisfacción o frecuencia.

Hanke, Muckm, Ickrath, Lange, Bruck, Voisard, Seeger, Zwirner, Both, Haasis & Hombach (1995) realizaron un estudio en la Universidad de Ulm, Alemania, sobre "Los Niveles de Estradiol Disminuidos en Mujeres Premenopáusicas con Enfermedad Coronaria".

Encontraron que la enfermedad coronaria (CHD) ocurre en la mujer que se encontraba activa en la menstruación y demostraron que el estrógeno ovárico es responsable de la protección de CHD en mujeres jóvenes. El propósito del estudio fue determinar el nivel de estradiol y progesterona plasmático en mujeres premenopáusicas con CHD confirmada angiográficamente. Un total de 14 pacientes fueron investigadas y comparadas con un grupo control apareados por edad y factores de riesgo. Para clasificar estados premenopáusicos, los siguientes parámetros fueron también evaluados: temperatura basal durante el ciclo menstrual, regularidad del ciclo menstrual, FS H (Hormona Estimulante del Folículo), niveles plasmáticos de estradiol y progesterona determinados en el día 6 después de la ovulación para evaluar el incremento relativo de estradiol plasmático y progesterona durante la segunda mitad del ciclo menstrual. Las mujeres premenopáusicas con CHD tenían significativamente ($p < 0.05$) niveles plasmáticos más bajos de estradiol comparados con el grupo control. Los niveles de progesterona no fueron significativamente diferentes en ambos grupos. En conclusión los datos proveen soporte para la hipótesis.

Georgiev & Netzov (1995) en su investigación realizada en el Hospital Sofia en Bulgaria sobre "Percepción Premenopáusica en una Población Búlgara", manifiestan que el cuidado premenopáusico es una política de salud relativamente nueva en Bulgaria. El propósito de este estudio fue evaluar la percepción y conocimiento sobre la perimenopausia

en una población Búlgara; en un período de 18 meses, 1,000 mujeres visitaron la Unidad de Cuidado Perimenopáusico (UCP). Todas fueron incluidas en el estudio después de explicarles el propósito de recibir Tratamiento de Restitución Hormonal (TRH). Cerca del 80% de las pacientes incluidas en el estudio estimaron sus conocimientos sobre TRH y premenopausia como insuficientes. 912 mujeres, correspondientes al 91%, visitaron la UCP porque tenían síntomas, el otro 9% llegó por propósitos preventivos. No menos del 55% de todas las mujeres recibieron recetas para TRH, pero sólo 237 (23%) regresaron para una segunda visita en la UCP 3 meses después. Cerca del 30% de las mujeres tomaron el tratamiento de restitución. Los resultados de este estudio reflejan el alto nivel de desconocimiento sobre perimenopausia.

Pereira, Abreu, Lima & Neto (1995) realizaron un estudio en Brazil de la "Opinión sobre el Sangrado por Mujeres en Pre y Postmenopausia con o sin Reposición de Terapia Hormonal". 180 mujeres fueron involucradas con el propósito de observar la resistencia contra el sangrado durante TRH antes de responder un cuestionario; todas fueron informadas sobre los beneficios y riesgos de TRH. Fueron divididos en 6 grupos: 2 grupos antes de la menopausia, 1 grupo en perimenopausia y 3 grupos después de la menopausia. Un cuestionario fue especialmente desarrollado para este estudio, en una forma individualizada para entrevistar a las mujeres ambulatoriamente, comparando los 2 tipos de sangrado natural y el resultado de las diferencias entre ellos. Calambres, nerviosismo y depresión estuvieron ausentes en los grupos pero ellas tenían pequeños sangrados. Concluyeron que si daban suficiente información a las mujeres, ellas podrían decidir si toman el medicamento o no y, además si ellas conocen los riesgos de tomar estrógenos también pueden decidir si aceptan las hemorragias o sangrados aún cuando producen molestias. La relativa resistencia al sangrado con TRH en mujeres entre 0 a 3 años o más de 3 años de menopausia podría ser resultado del factor de que ellas no conocían exactamente porqué estaban sangrando, estableciendo así, que dar más información es el mejor instrumento que los ginecólogos tienen para disminuir los síntomas de las mujeres con TRH, aún si ellas sangran por un largo período de tiempo.

Hautman (1995) realizó un estudio en la Universidad de San Diego, California sobre "Perimenopausia entre Filipino-americanas", para desarrollar un principio de entendimiento de perimenopausia. Los métodos de bases teóricas de entrevistas y análisis comparativos constantes fueron usados. 16 mujeres Filipino-americanas, con edades entre 45 a 59 años fueron entrevistadas. Las mujeres experimentaron cambios como calores e irritabilidad así como conflictos en sus comunidades. La perimenopausia fue también un tiempo de observación personal y de búsqueda de actividades personales-familiares, y de naturaleza comunitaria. Las mujeres Filipino-americanas experimentaron perimenopausia como un proceso normal de la edad más que una enfermedad sintomática, proveyendo hasta hoy un modelo de salud orientado a la perimenopausia.

Lindemann (1983) de la Universidad de Oklahoma, (Escuela de Trabajo Social), en su estudio sobre "Salud y Sexualidad de la Mujer: El caso de Menopausia" discute la menopausia como un ejemplo de la salud de la mujer relacionada con la sexualidad para demostrar cómo las mujeres han sido privadas de su propia determinación y proveer bases para la promoción de dicha determinación a través de trabajadoras sociales en centros de salud y de recursos para la mujer. La salud está relacionada con la capacidad reproductiva y las características sexuales de la mujer, las cuales deben ser recurso de orgullo, poder y la base para la determinación propia, áreas donde las mujeres han sido manipuladas y oprimidas. Tratamientos de la menopausia son discutidos con respecto a la terapia de reemplazo de estrógenos, tratamiento psicológico alternativo, tratamiento psicológico tradicional. Las implicaciones para el trabajo social son también discutidas respecto a la necesidad de desarrollar y expandir los tratamientos anteriores, desarrollo de recursos y planificación de programas, entrenamiento assertivo y facilidad para la interacción.

Por su parte, Kuafert y Sirotuik (1981) realizaron una investigación llamada "El estudio Manitoba" que se refiere a 148 mujeres, pacientes de un único médico de familia, y se dividían casi por partes iguales en menores y mayores de 50 años, perteneciendo a la clase media acomodada y con un nivel educativo elevado. Se distribuían equilibradamente entre pre y postmenopáusicas recientes (menos de 5 años) y postmenopáusicas avanzadas (más de 5 años). Aparte de un cuestionario de síntomas menopáusicos, complementaron dos escalas de salud mental. Ni la sintomatología psicológica, ni las escalas de psiquiatría mostraron diferencias según el estado menopáusico, aunque apareció una correlación significativa entre síntomas psicológicos y puntuaciones en las escalas de salud mental. Los autores canadienses no se atrevieron a afirmar que no hay influencia de la menopausia sobre el estado psicológico y de salud mental de algunas mujeres. Lo único que dicen es que una menopáusica, en general, no es más propensa a la depresión o a la baja autoestima que una no menopáusica. Sus datos muestran que al rededor del 30 a 50% de sus pacientes tenían afecto negativo y la baja autoestima, y que la proporción era mayor en las postmenopáusicas avanzadas que en los otros grupos, aunque sin alcanzar la significación estadística.

Entre las investigaciones realizadas en Guatemala se tienen las siguientes:

Mazariegos (1995) realizó un estudio sobre el perfil lípido en 100 pacientes postmenopáusicas del Hospital Roosevelt durante abril y mayo de 1995. Utilizó para su investigación la recolección de muestras sanguíneas que medían niveles de colesterol total y lipoproteínas de alta y baja densidad y triglicéridos. Los resultados fueron que las pacientes presentaron algún tipo de dislipidemia la cual va aumentando durante la etapa de tiempo postmenopáusico, y el riesgo coronario aumentó en un 11.5% de los 5 a los 15 años de postmenopausia, atribuyendo como causa principal la deficiencia de estrógenos. Finalmente recomienda que es conveniente que toda paciente postmenopáusica que va a iniciar un

tratamiento de reemplazo estrogénico se le efectúe un perfil de lípidos por la asociación de mortalidad por coronariopatía.

Pérez (1995) en su investigación "Incidencia del Síndrome del Túnel del Carpo en Pacientes Transmenopáusicas", trabajó con una población de 100 pacientes del Departamento de Electromiografía del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), durante los meses de junio a agosto de 1995, determinando que es una de las enfermedades que afecta el sistema nervioso periférico y que es una de las causas que desencadena y/o agravan su evolución en la menopausia, por acumulación de líquidos y cambios hormonales que ocurren en esta etapa de la vida de la mujer, por lo que recomienda hacer un examen neurológico exhaustivo y métodos electromiográficos para dar el tratamiento adecuado.

Czuckerberg (1994) en su estudio transversal, estudió 151 mujeres postmenopáusicas asintomáticas de la consulta externa de adultos del Hospital General San Juan de Dios. Se les realizó una biopsia endometrial con la cureta Pipelle R (instrumento para diagnosticar la presencia patológica endometrial en mujeres postmenopáusicas asintomáticas) e inmediatamente después se les aplicó una PPP (prueba de provocación de progesterona). Se pidió a las pacientes que regresaran en dos semanas para registrar el resultado de la PPP (PPP positiva si ocurre sangrado por supresión) y compararlo con el resultado de la biopsia endometrial.

Sangraron 32 mujeres (21.2%), y por medio de la biopsia endometrial se diagnosticó hiperplasia adenomatosa en 36 mujeres (23.8%), hiperplasia quística retrogresiva en dos mujeres (1.3%) y adenocarcinoma endometrial asociado a tuberculosis endometrial en una mujer (0.7%). Se concluye que la PPP no es un método de tamizaje ideal para la lesión endometrial subclínica en mujeres postmenopáusicas.

Cifuentes (1984) realizó la investigación "La Gimnasia como medio de Liberar Tensiones" con 680 casos que incluían a personas gimnastas y no gimnastas de 18 a 56 años. Les aplicó el test SN 59 de Cerda en diferentes gimnasios femeninos y masculinos de la ciudad de Guatemala y Quetzaltenango. Llegó a la conclusión de que los beneficios físicos y psíquicos representan un buen funcionamiento del sistema cardiovascular y pulmonar. La actividad física debe ser incluida a cualquier edad, es importante para liberar tensiones y estimula a la persona a ser dinámica.

Existe el diseño de una rutina individual y de grupo para cada edad y ésta puede no ser estética sino de mantenimiento. Hace mención que los ataques al corazón aparecen con

mayor frecuencia con la menopausia, cuando la susceptibilidad femenina y el cambio de los hábitos de vida cambian y aumentan. Su conclusión más importante es que "no importa lo que usted pretenda de la vida, debe darle prioridad a su salud, tratando de evitar las tensiones y los ataques cardíacos por medio de un régimen de comida y ejercicios razonables" (pag. 69).

Lavarreda (1982) realizó una investigación en la sala de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad capital de Guatemala sobre el tratamiento psicoterapéutico para reducir ansiedad en pacientes que ameritaban una histerectomía. La muestra utilizada fue de 35 pacientes con edades comprendidas de 30 a 80 años. Utilizó como instrumento una entrevista no estructurada. La investigación abarcó los problemas que afectan a la población de Guatemala y el hacer notar las creencias, tabúes, costumbres y hábitos con respecto a la extirpación quirúrgica del útero y de los ovarios. Llegó a la conclusión de que sí existen altos niveles de ansiedad debido a la falta de información y orientación en las fases pre y post operatoria, estableciendo que la mayor población afectada está comprendida entre los 40 a 49 años. Con el tratamiento terapéutico que recibió el grupo control se notó una baja en el nivel de ansiedad.

Talavan, Díaz & Barrientos (1980) en su "Breve Estudio sobre el Climaterio" realizado con mujeres del Dispensario Municipal y Universitario de la Florida Zona 19, trabajaron una muestra de 50 maestras de Educación Primaria Urbana, utilizaron los coeficientes de correlación por escala, de los resultados del inventario Multifásico de la Personalidad de Minesotta MMPI (abreviado), llegando a concluir que es importante comprender y analizar los rasgos de personalidad que pueden presentar las mujeres durante el período climatérico ya que podría darse el caso de que en algunas personas se perturban las relaciones interpersonales. Sugieren pautas sobre la orientación que debe seguir el tratamiento psicológico en las manifestaciones psíquicas alteradas que presentan las mujeres en esta etapa.

Como se puede observar los estudios realizados tanto en Guatemala como en el extranjero la mayoría van encaminados a investigaciones de tipo médico sobre la menopausia y la postmenopausia, y que a la vez se dirigen a disminuir las molestias de acuerdo a los hallazgos de la medicina moderna.

Sin embargo, autores extranjeros como Hamke y colaboradores (1995), Pereira y colaboradores (1995) coinciden con Pérez (1995), Mazariegos (1995) y Czuekerberg (1994) en el sentido de que no hay un tratamiento ideal ya que siempre habrán factores de riesgo.

Por otra parte, en Guatemala, Cifuentes (1984) coincide con Hammar y colaboradores

(1995) en el sentido de que el ejercicio físico regular da una salud mental positiva.

En cuanto al tema de premenopausia tanto en Guatemala como en el extranjero la información es muy limitada. Es por ello que la necesidad de este estudio la hace ser prioritaria para toda mujer, ya que teniendo las herramientas adecuadas de información sabrá que preguntar a su médico y por consiguiente tendrá la oportunidad de elegir el tratamiento que le convenga, haciendo su vida más placentera a través del conocimiento de su cuerpo.

I. MARCO CONCEPTUAL

A. DEFINICIONES BASICAS

1. PREMENOPAUSIA, PERIMENOPAUSIA O CLIMATERIO

La premenopausia es un período altamente agitado en el desarrollo de la mujer. Elia y Doucet (1980) indican que los ovarios entran en una fase de indisciplina frente a las órdenes que lleguen del sistema hipotálamo-hipofisiario.

La perimenopausia es un período alrededor de la menopausia, que comprende el tiempo previo y el posterior a la última menstruación o menopausia como lo afirma Comino (1988), citado por Palacios (1994). Por lo tanto realmente es equivalente a lo que suele llamarse Climaterio.

Este concepto fue ampliado por Morales (1995), quién planteó que la palabra Climaterio es de origen griego, y significa escalón y probablemente define a este período con más exactitud. Puede ser considerado como el lado opuesto a la pubertad, y se debe en gran parte al descenso en la producción de estrógenos.

Este último y la progesterona son dos hormonas femeninas principales; sus efectos en el cuerpo de la mujer son de gran importancia.

2. MENOPAUSIA

Palacios (1994) planteó que el período de menopausia es el cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de actividad folicular ovárica, y es aquí cuando se presenta la verdadera crisis de la mujer al disminuir intensamente la secreción y el ritmo menstrual.

Al respecto Elia y Doucet (1980) manifiestan que esta cesación significa que la cadena de funcionamiento hipotalámico-hipófisis-ovarios se ha detenido.

Los ovarios son los responsables de la menopausia, puesto que son ellos los que, un buen día, deciden dejar de responder a las órdenes del hipotálamo.

Esta indisciplina de los ovarios ocasiona en primer lugar ciclos caprichosos anárquicos hasta el día en que abandonan completamente su función.

El tratado de fisiología médica de Guyton (1989) dice que "la causa de la menopausia es el agotamiento de los ovarios. Durante la vida sexual de la mujer unos 450 de los folículos primordiales se desarrollan en foliculos vesiculares y ovulan, en tanto que literalmente miles de óvulos degeneran.

Alrededor de los 45 años de edad sólo permanecen unos pocos folículos primordiales para ser estimulados por la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH), y la producción de estrógenos por el ovario disminuye a medida que su número se aproxima a cero" (pag. 970).

3. ANSIEDAD

Rojas (1994) al referirse a la ansiedad indica que es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte por lo anterior la impresión de temor, de indefensión, de zozobra.

Pero mientras en el miedo se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que se pueda decir que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto externo. Este temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor. Es decir, el futuro, cargado de malos presagios, se precipita sobre el presente provocando una anticipación temerosa llena de incertidumbre.

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que se califica como una emoción.

Sin embargo, para Davidoff (1981) la angustia surge primordialmente en

dos situaciones: primero a una respuesta de peligros reales y segundo como anticipación al castigo, ya fuera por conducta inmoral, o por la expresión de impulsos biológicos prohibidos, como el sexo y la agresión.

B. MITOS Y HECHOS SOBRE LA MENOPAUSIA

Hunter (1990) señala que los tabúes que hay sobre este tema tienen diversas explicaciones, siendo algunos de sus orígenes muy antiguos, partiendo éstos del ciclo menstrual.

A menudo se escuchan rumores acerca de las mujeres que pasan por la menopausia, y muchos de estos estereotipos negativos provienen de los anuncios publicitarios, los periódicos, las revistas y la televisión, por lo que no es de extrañar que las mujeres pierdan la confianza en sí mismas por sentirse irritables, poco atractivas, etc.

En la actualidad ¿qué mujer puede pronunciar la palabra menopausia, sin angustia? Elia y Doucet (1980), indican que el término en sí mismo es severo y sus sustitutos populares también poco atractivos, se trate de la edad crítica o de edad madura. Ninguna mujer parece feliz de abordar estas regiones oscuras ligadas según los manuales tradicionales de medicina a una cierta decrepitud que fue siempre descrita por los médicos, generalmente hombres, con un lujo de detalles complacientes, mientras que el cotejo de molestias prostáticas y coronarias debido a lo que elegantemente se llama senectud masculina parecía ser considerado como normal y puramente fisiológico, sin ninguna idea de desvalorización.

Esta opinión la comparte Hunter (1990) al decir que conviene destruir este primer esquema, cincuenta años no es la edad de la inutilidad, ni de la fealdad, ni de la vejez. Lo era quizá en el siglo pasado, en que la esperanza de vida apenas sobrepasaba los cincuenta años; la menopausia era entonces realmente un acontecimiento portador de la muerte, una especie de comienzo del fin, signo inevitable del tiempo. Pero hoy día una mujer vive aproximadamente un tercio de su vida en la menopausia. No se va a negar que es un fenómeno importante, pero tampoco se va a considerar bajo este aspecto trágico al cual demasiadas mujeres están habituadas.

La menopausia es ante todo un cambio de equilibrio y no existe ninguna razón médica, social o psicológica para que este nuevo equilibrio de la vida no pueda ser esperado.

1. ORIGEN DEL TERMINO CLIMATERIO

Ausin, citado por Palacios (1994) se interesó en el significado de una manera sinónima de las palabras menopausia y climaterio, manifestando que la Sociedad Internacional de Menopausia fue fundada en 1976 y en ese año tuvo su primer congreso internacional de Menopausia en Francia; uno de los propósitos de la reunión fue llegar a un consenso sobre la definición de estos dos términos.

Aburdene & Naisbitt (1993) hacen referencia que en 1992 se fundó la Sociedad Peruana del Climaterio, aplicando todos los conocimientos técnicos, opciones terapéuticas y enseñanzas de los especialistas del climaterio a todo nivel socioeconómico.

Por su parte Bauer, actual presidente de la Sociedad del Climaterio y Osteoporosis de Guatemala, manifiesta que esta asociación se fundó el 18 de octubre de 1994, llevando a cabo seminarios, simposiums y charlas destinadas a médicos y mujeres en edad premenopáusica y postmenopáusica.

Parece obligado revisar la historia de la Menopausia, pero es tarea difícil. Fernández y Rodríguez, citados por Palacios (1994), manifiestan que la menopausia va asociada a la historia de la femineidad ya que son perspectivas inseparables en la revisión de la mujer. Las sociedades en sus diversas civilizaciones tendieron siempre al anclaje de la condición femenina en una exaltación de valores de la mujer, fundamentados en su etapa reproductiva.

En la época antigua, además de Hipócrates, numerosos autores coincidieron en dar un significado patológico a los sangrados postmenopáusicos, pronosticando una muerte casi segura a la mujer que los padecía. La medicina árabe que recogió todos los legados clásicos, avanzó en estos conocimientos editando numerosos Tratados de

Ginecología, Obstetricia e incluso Sexología, pero no se encontraron referencias destacables sobre menopausia. De la cultura occidental en la Edad Media, tan sumida en el oscurantismo, no ha llegado ningún texto concreto sobre ella.

Guyton (1989) manifiesta que al llegar al siglo XVIII Graff edita su famoso tratado de reproducción donde se describe la función de las trompas y los mecanismos reproductores, que desaparecen como una consecuencia de la menopausia. En el Diccionario de la Real Academia (1780) la palabra menopausia no aparece, pero sí climaterio que significa: "el año tenido supersticiosamente por ociago. El tiempo enfermo por el temperamento o peligroso por sus circunstancias. Se está climatérica cuando se tiene mal humor. También existe la palabra menstruación que quiere decir: la sangre superflua que todas las mujeres evacuan naturalmente, cuando la naturaleza no la gasta en nutrir y alimentar al feto" (pag. 3).

Hunter (1990) coincide en su investigación realizada que a partir del siglo XVIII aparecen las primeras referencias de la menopausia como un problema médico y a lo largo de este siglo y del siguiente, prácticamente todos los autores que la mencionan, lo enfocan exclusivamente desde el punto de vista patológico. Desde comienzos del siglo XX se ha observado que la edad de aparición de la menopausia es variable. Se acepta por término medio que tiene lugar a los 50 años, aunque se calcula que antes de los 45 años ya han dejado de tener menstruación un 30% de las mujeres y que sólo un 2% la conserva después de los 50 años.

2. LA SOCIEDAD Y EL CLIMATERIO

Fernández y Rodríguez; citados por Palacios (1994), manifiestan que para el año 2000 un camino va a conducir a una sociedad completamente mecanizada donde el hombre cada vez se siente con mayor frecuencia utilizado, por un mundo organizado para el consumo; y otro camino deberá conducir a esta sociedad a un renacimiento del humanismo, que ponga la técnica al servicio del hombre. Varios autores opinan que esta opción podría conducir a una prevención social, económica y médica de los graves problemas que conlleva el envejecimiento progresivo de la sociedad y que en la mujer se pone

evidentemente de manifiesto a partir de la menopausia.

Para Gantús (1994) la ciencia médica ha progresado a pasos agigantados manifestando que en el futuro se hablará de un "trasplante o injerto de ovarios", como un paso más en la rutina de la menopausia.

Queda, pues, esta posibilidad planteada como un reto para el futuro como una posible solución.

C. FISILOGIA

Jones & Jones (1987) en el tratado de Ginecología de Novak, definen que "Se estima que al iniciar la menarquia (primera menstruación) hay unos 500,000 oocitos y folículos perdidos causando una disminución gradual del estrógeno e inhibina (hormona secretada por los ovarios). La reducción de la última aumenta la Hormona Estimulante del Folículo (FSH) que es la primera indicación de laboratorio de la perimenopausia. Este hecho determina un desarrollo folicular rápido y el acortamiento consecutivo de los ciclos es la primera manifestación clínica de la perimenopausia. A medida que disminuye el número de folículos continúa decayendo la producción de estrógenos y cuando se alcanzan concentraciones no compatibles con la inducción del aumento brusco de la Hormona Luteinizante (LH), puede cesar la ovulación o, con mayor frecuencia, hacerse irregular. Clínicamente, este hecho se acompaña de ciclos irregulares y acortamiento de la fase luteínica o ciclos anovulatorios con estimulación estrogénica sin oposición e hiperplasia endometrial. Cuando la ovulación cesa por completo comienza a aumentar la LH y se presenta la menopausia, que es el cese de la menstruación. No obstante, es importante saber que los mecanismos de retroalimentación pueden causar reajustes entre la hipófisis y el ovario, a condición de que queden algunos folículos que respondan y, durante un período de uno a dos años, pueden normalizarse los hallazgos de laboratorio y los signos y síntomas clínicos.

Aunque el ovario menopáusico puede carecer de folículos, cuyas células secretan normalmente la mayor parte del estrógeno y la progesterona, hay que recordar que muchas mujeres menopáusicas

no carecen por completo de estrógeno. Las células del estroma ovárico y las suprarrenales tienen la capacidad esteroidógena de producir androstendiona, convertida en estroma por la piel y sus apéndices. Los ovarios de un tercio de las mujeres en edad avanzada muestran "hipertecosis" de las células del estroma ovárico, lo que indica una continua función esteroidogénica" (pag. 806).

1. HORMONAS OVARICAS

1.1 ESTROGENOS

Guyton (1989) define que en el caso de la menopausia esta hormona juega un gran papel y es producida principalmente por los ovarios y se encuentran en la sangre. Son secretados también por las cortezas suprarrenales.

Los estrógenos intervienen plenamente en la regulación de la división celular especialmente en el crecimiento de los órganos sexuales hasta que alcanzan las dimensiones del estado adulto.

Dentro de las funciones está la de experimentar contracciones rítmicas en el útero, se determina la ovulación en la vagina, hidrata los tejidos por medio del metabolismo y en los huesos genera una gran cantidad de osteoblastos para su crecimiento.

1.2 PROGESTERONA

Pritchard, Macdonald & Grant (1987) definen que es la segunda hormona producida por los ovarios, es un esteroide específico, biológicamente activo, que produce modificaciones gestacionales en el útero.

Los ovarios secretan cantidades importantes sólo durante la mitad de cada ciclo ovárico y la produce el cuerpo lúteo.

Interviene plenamente en la preparación de la pared uterina para la implantación del óvulo fecundado y preparación de las glándulas mamarias para la lactancia.

2. ANTICONCEPCION EN LA PREMENOPAUSIA

López de la Osa & Roman (1984) manifiestan el poco interés que se le ha dado al estudio de las necesidades y metodologías anticonceptivas aplicadas a la mujer en período premenopáusico.

Dexeus (1989) distingue dos épocas en que a lo largo de la vida de la mujer existen especiales circunstancias biológicas que configuran una necesidad anticonceptiva peculiar y son la edad escolar y la premenopausia.

Por su parte Upton (1990) se refiere a las mujeres que por encima de los 40 años, premenopáusicas, continúan menstruando por lo que el riesgo de un embarazo sigue existiendo, agravado por el mayor riesgo de un embarazo y parto no controlado médicamente en este grupo de edad, e incluso el riesgo de mortalidad a causa de los posibles efectos cardiovasculares derivados del uso de la contracepción oral.

2.1 FACTORES METABOLICOS, FISIOLÓGICOS Y BIOLÓGICOS QUE SE INVOLUCRAN

Upton (1990) manifiesta que la premenopausia viene marcada con cambios debido al proceso natural del envejecimiento, los cuales son modificados por los estilos de vida individuales.

Estos cambios metabólicos que menciona Upton afectan los órganos reproductores y los huesos y se recomienda que en las mujeres premenopáusicas, es preferible que el tratamiento sea también anticonceptivo .

Por su parte, Dexeus (1989) plantea que la mujer en su función reproductora con mucha probabilidad ha concluido pero demanda del ginecólogo la seguridad de no quedar embarazada, y esto se debe a que alrededor de los 35 años, se encuentran ciclos ovulatorios normales y por lo mismo es difícil cuantificar la frecuencia de mujeres que utilizan alguna forma de control de su fertilidad. El hijo no deseado puede constituir, en una mujer por encima de los 40 años, un trauma mucho mayor que el hijo no deseado a los 20 o 30 años.

Finalmente, expresa Dexeus, es sabido que el embarazo en sí en esta edad de la mujer tiene un aumento del riesgo materno, aunque ese riesgo sea cada vez menor en función del progreso de las técnicas médicas y quirúrgicas.

2.2 FACTORES SOCIOLOGICOS Y SEXUALES

Iglesias (1990) habla de un riesgo social, entendiendo éste como una actividad laboral que la mujer realiza, pues el hecho de quedar embarazada representa para ella un contratiempo grave.

Por otra parte menciona que la mortalidad materna se incrementa a partir de los 35 a 40 años.

Otro factor determinante que menciona es el problema de la sexualidad en premenopáusicas, ya que es un aspecto que debe tenerse en cuenta al prescribir el método anticonceptivo. La mujer en esta etapa de la vida raramente busca soluciones anticonceptivas extemporáneas o ligadas al coito.

Sin embargo para Dexeus (1989) en algunas mujeres se aprecia un cierto descenso de la actividad sexual, y otras hay una reactivación de su vida sexual.

Durante estos años la actitud hacia la anticoncepción

es un indicador bastante fiable de la situación sexual. Si la mujer pide anticoncepción es porque existe demanda sexual por parte de su pareja.

Si el tema contraceptivo no se plantea, es porque la pareja se conforma con una baja frecuencia coital, o con el coito incompleto o interrumpido.

En resumen, la mujer en edad premenopáusica presenta, en general, una vida sexual estable, una menor frecuencia de coitos, una fertilidad disminuida, pero con riesgo de procreación, y una máxima exigencia en cuanto a la fiabilidad del método anticonceptivo.

2.3 FACTORES MEDICOS

En la actualidad, manifiesta Dexeus (1989) se dan con frecuencia situaciones médico - ginecológicas en mujeres premenopáusicas que matizan y condicionan la conducta contraceptiva. Ante esta situación la pregunta sería ¿Cuál es el método anticonceptivo de elección?

Los Métodos de Barrera: Diafragma, DIU, y preservativos solos o en combinación con espermicidas.

La anticoncepción quirúrgica se refiere a la ligadura de trompas.

El método hormonal es sin duda el método más utilizado en este grupo de edad, con un alto índice de fiabilidad, pero al mismo tiempo es el más polémico en función de circunstancias diversas que van desde factores de riesgo vascular pasando por la posible incidencia de un proceso de neoplasia.

Dexeus concluye que "es claro que no existe un método contraceptivo ideal para la premenopausia, debido a los cambios hormonales que existen en esta etapa, por lo que debe elegirse con cuidado el método adecuado para cada mujer" (pag. 57)

3. TIPOS DE MENOPAUSIA

3.1 PRECOZ

Canessa, citado por González (1993), indica que se entiende por menopausia precoz el cese de la función ovárica antes de los 30 o 40 años.

Para Jones & Jones (1987) el diagnóstico de menopausia prematura especialmente en mujeres muy jóvenes, a veces es difícil dado que este estado puede ocurrir a cualquier edad. El caso más joven publicado que se conoce fue a los 18 años de edad.

Si los valores de la hormona hipofisiaria estimulante de los folículos (FSH) están elevados y la paciente se queja de bochornos, el diagnóstico se establece claramente. Sin embargo no siempre se presentan y es necesario obtener cuando menos dos valoraciones elevadas de gonadotropinas. En pacientes muy jóvenes puede ser razonable practicar una biopsia ovárica. Esta es la única forma de diferenciar la menopausia precoz con ausencia de oocitos y folículos, del síndrome de insensibilidad ovárica "(Jones & Jones, pag. 810).

3.2 ARTIFICIAL

Sundquist, escritor de la revista Medix (1993), plantea que la menopausia puede ser producida por cirugía, cuando extirpan los dos ovarios. Entre las razones de por qué esta cirugía es necesaria, radica principalmente cuando uno o los dos

ovarios se encuentran atrofiados, y la razón más fuerte es cuando se detecta cáncer en consecuencia se presentará una etapa repentina con síntomas combinados de corto y largo plazo, sin experimentar la etapa natural. Estos síntomas no son inmediatos pero sí 100% seguros ya que con la extirpación de los dos ovarios definitivamente no hay producción de estrógenos. Para controlar esta reacción es necesaria la terapia de reemplazo por hormonas.

3.3 TARDIA

El Dr. Enríquez (1996) indicó "que la menopausia tardía va relacionada en algunos casos con la pubertad, ya que si ésta llega a temprana edad puede llegar a tener una menopausia tardía, con el riesgo de padecer cáncer en el útero. Este tipo de menopausia como ya se indicó casi nunca se da, pues los casos son dos de cada diez mujeres y, para establecerla es necesario tener los antecedentes personales de la familia, ya que pueden presentarse casos aislados de estos antecedentes, de la paciente que se suponga tiene una menopausia tardía".

Para Novak (1987) la menopausia tardía es aquella situación en la cual el cese permanente de las menstruaciones se demora más allá del tiempo normal.

4. SINTOMATOLOGIA

Morales (1995) hace una descripción de los síntomas premenopáusicos dividiéndolos en tres etapas:

4.1 CORTO PLAZO

- Ansiedad e irritabilidad
- Bochornos
- Sudoraciones nocturnas

- Insomnio
- Irregularidad menstrual

4.2 MEDIANO PLAZO

- Sequedad vaginal y disminución del apetito sexual.
- Necesidad de micción frecuente
- Pérdida de control de la vejiga
- Prurito cutáneo
- Dolor de cabeza
- Pérdida de la confianza y autoestima

4.3. LARGO PLAZO

- Osteoporosis
- Enfermedades cardiovasculares

D. TRASTORNOS DEL PERIODO PREMENOPAUSICO

Para Lidz (1973), los trastornos emocionales depresivos se asocian corrientemente a la menopausia y aunque la labilidad emocional puede ser provocada por las alteraciones hormonales, es evidente que la menopausia requiere una estructuración de la actitud sobre el yo que penetra profundamente en la personalidad y sus defensas. Manifiesta que es una época de gran vulnerabilidad emocional en la que las manifestaciones neuróticas se intensifican frecuentemente, dan síntomas y pueden llegar a crear incapacidad. Después de haber cesado definitivamente la menstruación y haberse reestablecido un equilibrio hormonal, cesan por lo general los síntomas físicos. Aunque una mujer emocionalmente estable y adaptable puede experimentar solamente disminución de la capacidad física, también se siente cambiada por el fenómeno y necesita que se reajuste el equilibrio hormonal para mantener la estabilidad emocional.

1. SITUACION PSICO-SOCIAL

Palacios (1994) plantea que toda transición representa un estrés, que exige una tarea de adaptación que puede realizarse de muy diversas maneras y está determinada en parte por patrones sociales y culturales, por lo que la premenopausia constituye una transición psicosocial, o sea que hay un cambio en la vida que ocurre en un período relativamente breve, y que perdura en sus efectos, perturbando grandes áreas de conducta.

En la cuarta década de la vida son frecuentes los acontecimientos vitales estresantes, en torno a la premenopausia. Aparte de los considerados, suele ocurrir la enfermedad o muerte de los padres, la viudez con la transición de un papel de apoyo a un papel dependiente, la aparición de una enfermedad, el conflicto conyugal por infidelidad, el cambio de domicilio y el nivel de vida ligado a la carrera del esposo, la invalidez y jubilación, y otros que están íntimamente unidos.

Por su parte, Sundquist (1993) manifiesta que la madurez normalmente coincide con la adolescencia de los hijos, y puede ser una época turbulenta para todos, cuando los hijos comienzan a romper sus ataduras y a volverse independientes y dejan el hogar por cualquier razón, por lo que viene un período de ajuste tanto para ellos como para la mujer.

2. PERSONALIDAD Y SALUD MENTAL

Donovan (1951) plantea que es importante la constitución de la personalidad en el curso del climaterio. El tipo de sintomatología está determinado esencialmente por el patrimonio genético. Pero que esa sintomatología sea predominante psicológicamente puede llevar a un cuadro depresivo clínicamente. Estos síntomas van a depender de los rasgos anormales de la personalidad, y finalmente llegar al neurotismo.

Por su parte, Cameron (1982) amplió la idea de que la ansiedad

es un factor esencial en todas las neurosis. En la mayoría de las reacciones de ansiedad los síntomas representan los esfuerzos del paciente por liberarse de la tensión excesiva mediante la descarga directa.

Hay personas que se adaptan a niveles bastante elevados de tensión y ansiedad neurótica sin distorsión obvia de su percepción del mundo y sin serias limitaciones en un campo. Algunos logran descargar una sobre actividad continua en todo lo que hacen. Entre ellos están los trabajadores infatigables, los entusiastas constantes y los sensibles críticos del vivir cotidiano.

Horney (1974) sostiene que la neurosis se refiere a la neurosis del carácter, es decir, aquellas condiciones que bien pueden presentarse en un cuadro sintomático exactamente igual al de las neurosis situacionales.

Se observa también las distinciones sexuales; por lo menos en la cultura occidental, donde se admite que hombres y mujeres están dotados de temperamentos distintos. De ahí resulta, pues, anormal que a la mujer le afecte el temor a la vejez cuando se aproxima a los 40 o 50 años, mientras sería por cierto lo neurótico que un hombre a tal altura de la vida le preocupe su edad.

Para Silva (1990), los trastornos psíquicos del climaterio se asocian a la cesación de los ciclos menstruales debido a la cantidad de síntomas depresivos.

Hace mención que es curioso que los ginecólogos reporten más casos con síntomas psiquiátricos por consultas de período menopáusico que los psiquiatras que ven más casos de mujeres con trastornos emocionales y de los cuales son muy pocos los que se encuentran en período menopáusico.

Se considera que la salud mental es un equilibrio entre lo físico y lo psíquico, sin embargo la menopausia, en sentido amplio, conlleva alteraciones psicológicas de una depresión o bien un deterioro

de salud mental que implica mayor exigencia de atención médica.

Sin embargo, para Hunter (1990) este deterioro se puede llegar a cultivar desde muy temprana edad, por los juicios emitidos de desvalorización hacia la mujer desde la antigüedad, por lo que dentro de la imagen creada por cada mujer existe en el fondo un sentimiento de inferioridad transmitido culturalmente de generación a generación destruyendo de esta manera la autoestima.

La importancia que le da Coronado (1975) al bienestar y equilibrio psíquico del individuo es la de establecer una adaptación adecuada de la personalidad con respecto a la vida del grupo en que actúa y hacia la humanidad en general, considerando ese ajuste uno de los problemas fundamentales que todo hombre civilizado debe resolver satisfactoriamente.

Las condiciones neuróticas las caracteriza por la resistencia del paciente al enfrentarse con decisiones a alguno o varios problemas que la vida le plantea en forma apremiante, a fin de resolverlos lógicamente y en términos de la realidad.

El bienestar constituye la respuesta adecuada del individuo a su mundo en la esfera emotiva, señalando Coronado que la eficiencia la constituye la esfera intelectual y orgánica y por último la cooperación en todas las tareas de la personalidad, ya que cooperar es saber recibir y saber darse.

Se puede observar que este tema involucra muchísimo a la profesión médica ya que básicamente la edad crítica es debida a cambios hormonales.

Sin embargo, no por ello la deficiencia estrogénica va a ser un trampolín para un envejecimiento más rápido; como ya se dijo eso quedó en el pasado.

Hoy en día la mujer comprendida de los 30 años en adelante debe

formar parte de una generación que busca información y participación activa para explorar su propia sexualidad.

Esta investigación alienta a las mujeres a que piensen en forma positiva buscando la información adecuada para anticiparse a ciertos eventos y tomar el control de los cambios que se produzcan para un período positivo y prepararse para un futuro mejor.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que la mujer es más participativa hoy en día en la comunidad se deben tomar en cuenta todos aquellos factores que influyen en el desarrollo óptimo de la mujer como ente productivo. Así la premenopausia es un proceso inevitable por el cual toda mujer debe pasar, y en base a esto es necesario conocer cuáles son las principales causas que provocan ansiedad, ya que es parte de la dimensión antológica de la especie humana. En la actualidad se vive un período ansiogénico en el cual la ansiedad es la enfermedad del siglo y el proceso de adaptación a esta nueva etapa da como consecuencia un bombardeo constante de estímulos internos y externos.

Al enfrentarse la mujer a los cambios biológicos de la etapa premenopáusica, éstos van a repercutir en su vida psicosocial, por lo que es importante conocer las reacciones y tratar de considerar tanto a nivel médico y psicológico el periodo denominado como "Período crítico de la Vida".

Por lo anterior, este estudio pretende medir el nivel de ansiedad con relación a los primeros síntomas de la premenopausia en un grupo de mujeres comprendidas en las edades de 35 a 50 años de nivel socioeconómico medio y compararlo con un grupo similar de mujeres no premenopáusicas.

1. OBJETIVOS

GENERALES

Determinar el nivel de ansiedad en mujeres comprendidas en las edades de 35 a 50 años que asistan a la Clínica de la Mujer de APROFAM y relacionarlo con la presencia o ausencia de los primeros síntomas de la premenopausia.

ESPECIFICOS

- 1 Establecer factores condicionantes de la ansiedad durante el período premenopáusico, ya sean éstos conocidos o no por las personas a encuestar.

- 2 Determinar algunos mecanismos que contribuyan a disminuir la ansiedad en las mujeres comprendidas en las edades de 35 a 50 años.
- 3 Establecer el conocimiento que la mujer guatemalteca encuestada tiene ante el proceso biológico e inevitable de la menopausia.

2. HIPOTESIS

Hi= Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de confianza del 0.05 entre el nivel de ansiedad de mujeres comprendidas en las edades de 35 a 50 años de nivel socioeconómico medio, que presentan los síntomas de la premenopausia y el nivel de ansiedad en mujeres de características similares que no presenten estos síntomas.

Ho= No existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de confianza del 0.05 entre el nivel de ansiedad de mujeres comprendidas en las edades de 35 a 50 años, de nivel socioeconómico medio, que presentan los síntomas de la premenopausia y el nivel de ansiedad de mujeres de características similares que no presentan estos síntomas.

3. VARIABLES

VARIABLES Aleatorias:

1. Ausencia o presencia de síntomas premenopáusicos. Esta variable se define operacionalmente por la característica principal de menstruación normal o irregular.
2. Nivel de ansiedad en relación a los primeros síntomas premenopáusicos. Por su parte, esta variable se define operacionalmente como el puntaje obtenido en

el test de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad del Dr. Zung.

Unidad de Análisis:

Mujeres de edades comprendidas entre los 35 a 50 años, nivel socioeconómico medio, ubicadas en la ciudad capital, no importando el estado civil.

4. ALCANCES

Establecer el grado de conocimiento o desconocimiento sobre los síntomas de la premenopausia y establecer si afectan o no el aspecto emotivo de la mujer; de esta manera dar a conocer por medio de campañas de divulgación sobre este tema, contribuyendo de esta manera a la aceptación de esta etapa de la vida dándole la oportunidad a la mujer a que conozca mejor el desarrollo de su cuerpo en las áreas biológicas, psicológicas y sociales.

5. LIMITACIONES

El límite principal para esta investigación es la falta de información en Guatemala en vista de que la mayoría de estudios sobre este tema son realizados a nivel médico quedando atrás el aspecto humanístico.

6. APOORTE QUE LA INVESTIGACION DA A GUATEMALA

El principal aporte de esta investigación lo constituye el hecho de que es el primer trabajo de investigación realizado en Guatemala específicamente sobre la influencia de la ansiedad en la mujer premenopáusica a través del conocimiento o desconocimiento de los síntomas en un nivel socioeconómico y educativo medio.

También puede tomarse como un interesante aporte dirigido a instituciones

como Centros de Salud, Hospitales y Clínicas de Servicio Ginecológico para despertar el interés en el campo informativo, científico y humanístico implementando así nuevos programas en estas áreas y de esta manera se estaría dando desde ya un tratamiento preventivo para mejorar el estilo de vida de toda mujer sin mitos, tabúes, y supersticiones.

III. METODO

1. SUJETOS

La población de esta investigación estuvo integrada por las pacientes que visitan la Clínica de la Mujer de la Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) ubicada en la Ira. Ave. 8-50 zona 1 de la Ciudad capital.

De esta población se extrajo la muestra de 123 pacientes ambulatorias que llenaban los criterios de inclusión establecidos para el estudio, siendo éstos: edad comprendida entre los 35 a 50 años, presencia o ausencia de síntomas premenopáusicos cero situaciones alternas (situaciones que pudieran justificar la presencia de ansiedad) y un nivel socioeconómico medio.

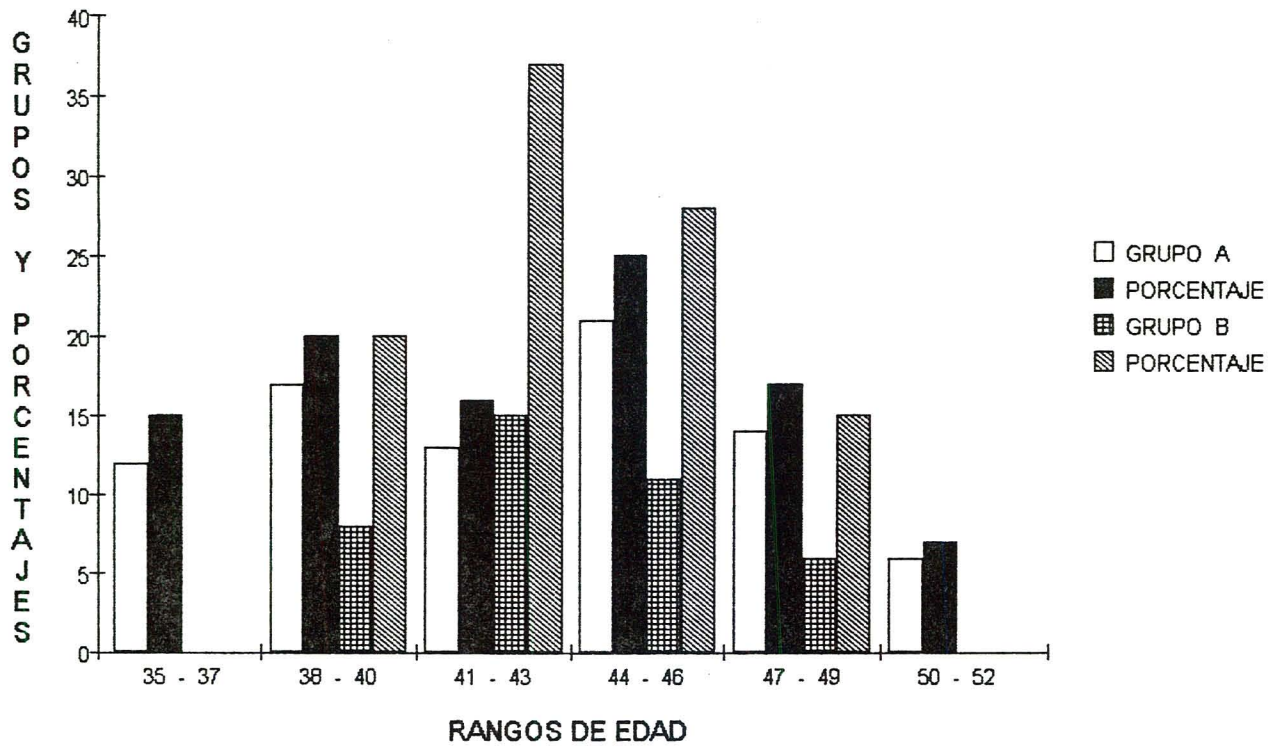
CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE LA EDAD

RANGOS DE EDAD	GRUPO "A"	%	GRUPO "B"	%
	Premenopáusicas		No Premenopáusicas	
35 - 37	12	15	0	0
38 - 40	17	20	8	20
41 - 43	13	16	15	37
44 - 46	21	25	11	28
47 - 49	14	17	6	15
50 - 52	6	7	0	0
	N 83	100	N 40	100

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 1 FORMA DE DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE LA EDAD



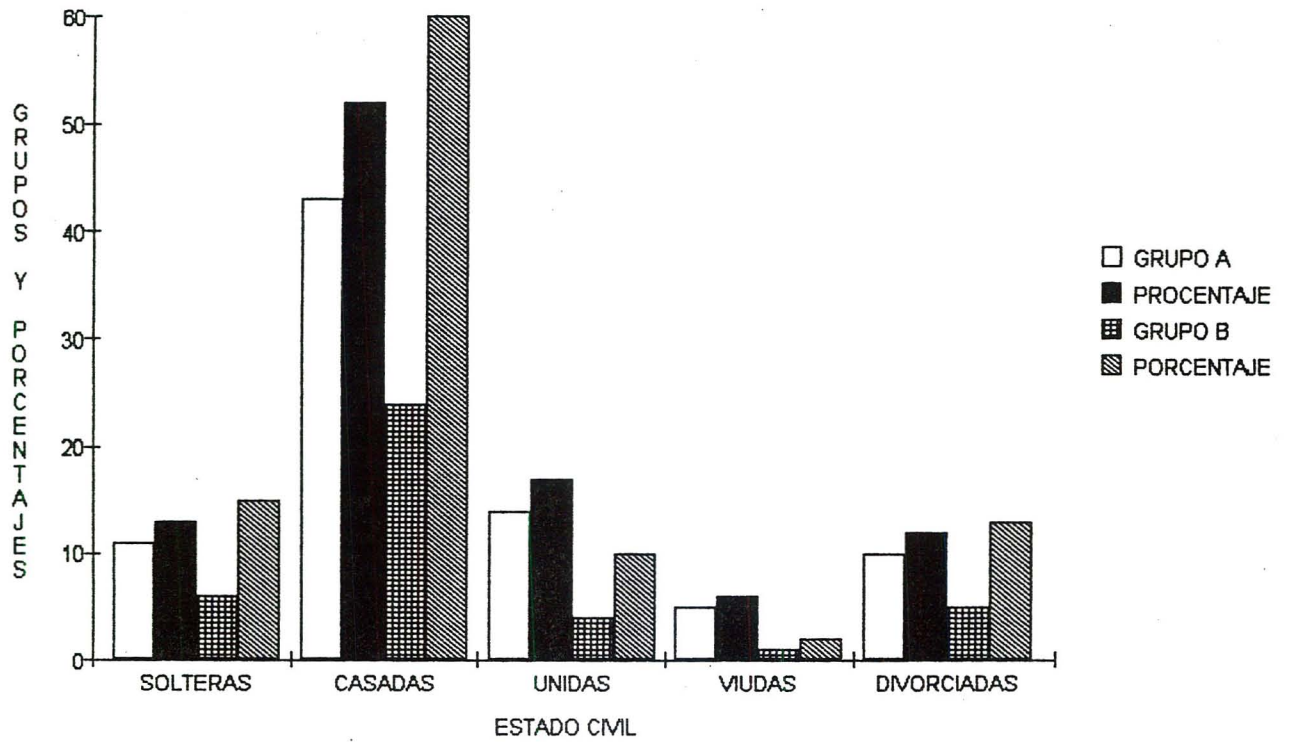
FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

CUADRO No. 2**DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN FUNCION DEL ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	GRUPO "A" Premenopáusicas	%	GRUPO "B" No Premenopáusicas	%
Solteras	11	3	6	15
Casadas	43	52	24	60
Unidas	14	17	4	10
Viudas	5	6	1	2
Divorciadas	10	12	5	13
	N 83	100	40	100

FUENTE. Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 2 EN FUNCION DEL ESTADO CIVIL



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

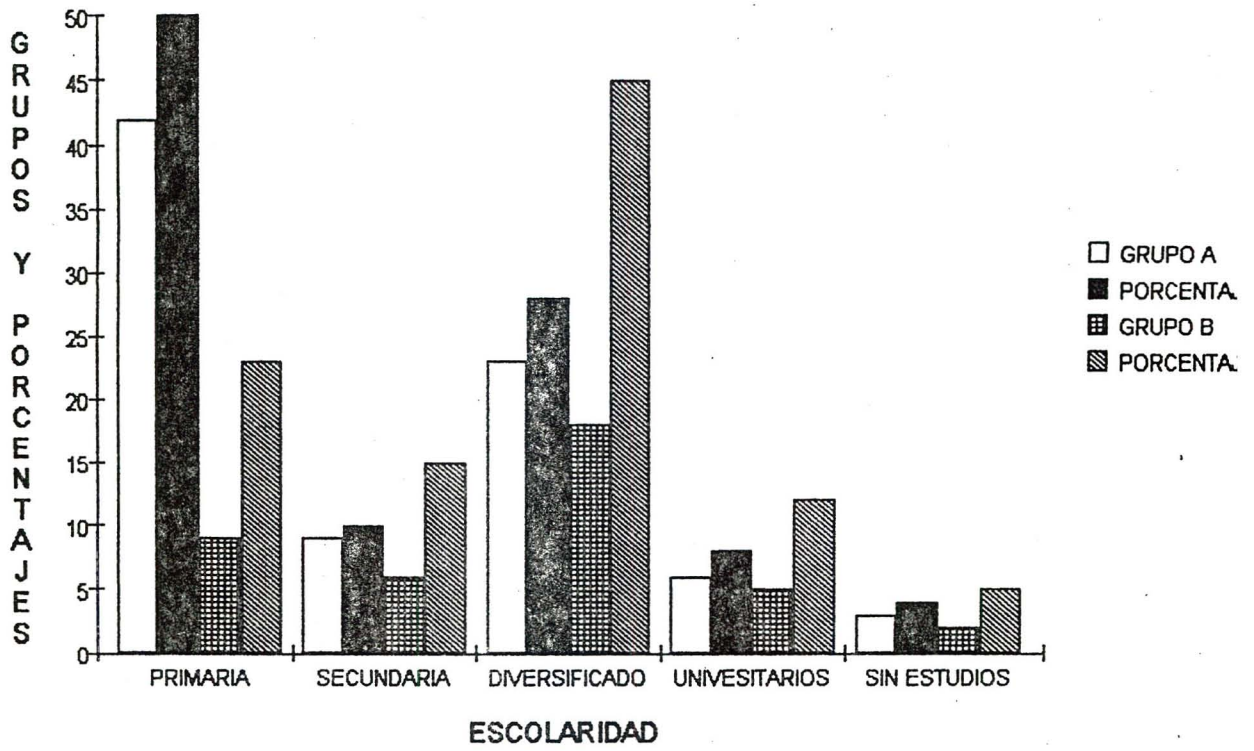
CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN FUNCION DE LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	GRUPO "A" Premenopáusicas		GRUPO "B" No Premenopáusicas	
		%		%
Sin estudios	3	4	2	5
Con Primaria	42	50	9	23
Con Secundaria	9	10	6	15
Con Diversificado	23	28	18	45
Universitarios	6	8	5	12
	N 83	100	N 40	100

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 3 EN FUNCION DE LA ESCOLARIDAD



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

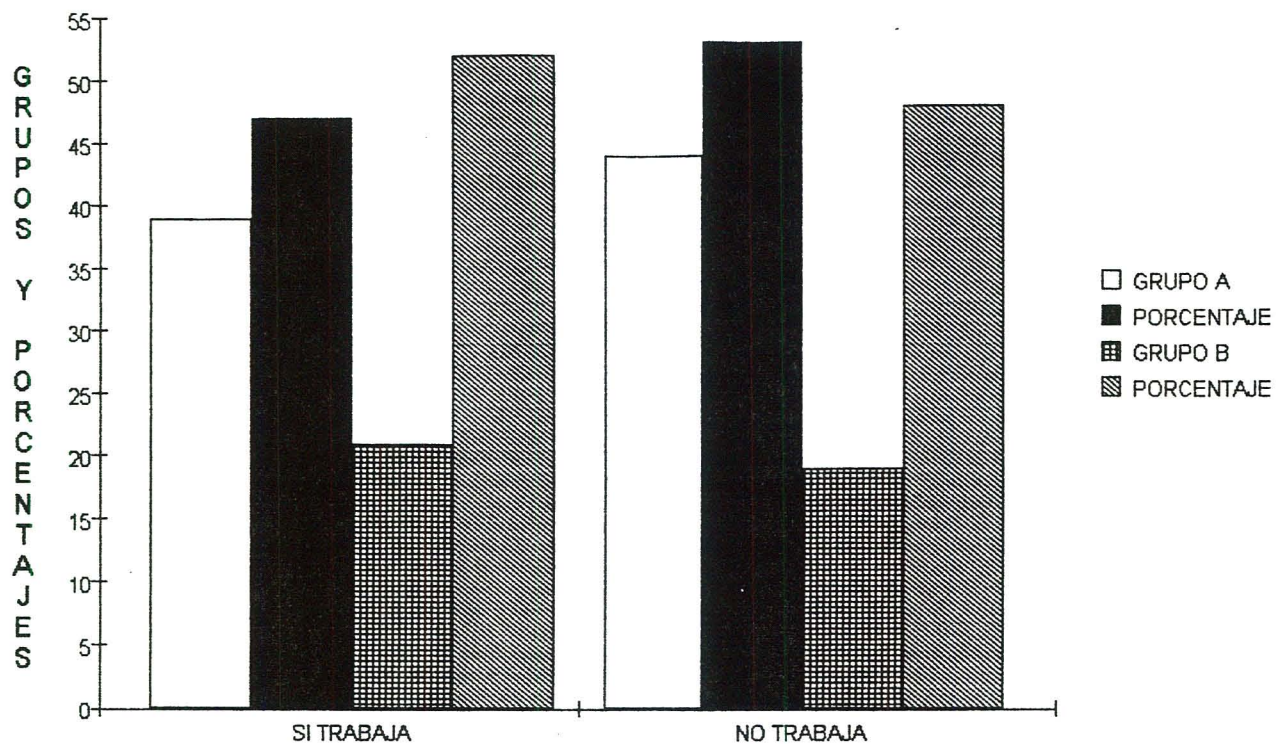
CUADRO NO. 4

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DEL TRABAJO

TRABAJAN ACTUALMENTE	GRUPO "A" Premenopáusicas	%	GRUPO "B" No Premenopáusicas	%
Sí trabajan	39	47	21	52
No trabajan	44	53	19	48
	<hr/> N 83	100	N 40	100

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 4 EN FUNCION DEL TRABAJO



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

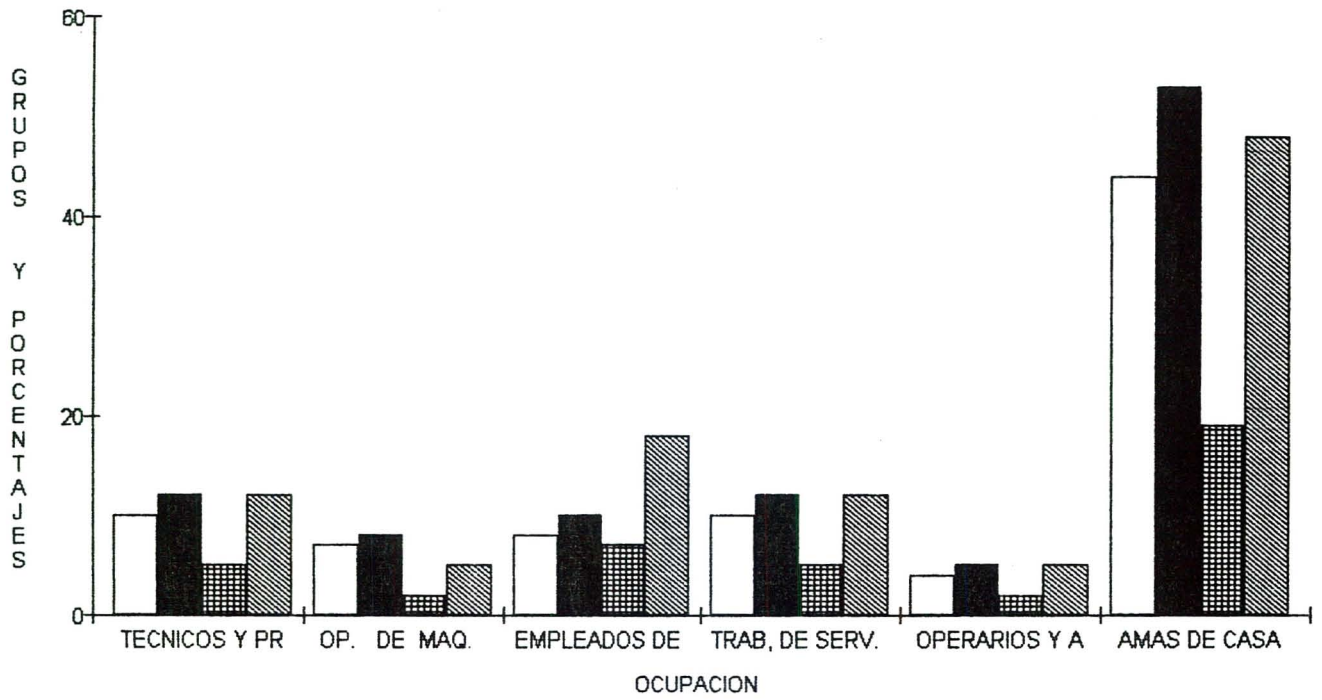
CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE LA OCUPACION ACTUAL

OCUPACION ACTUAL	GRUPO "A" Premenopáusicas	%	GRUPO "B" No Premenopáusicas	%
Técnicos y Profesionales	10	12	5	12
Operadores de Máquinas y Trabajos no Calificados	7	8	2	5
Empleados de Oficina	8	10	7	18
Trabajadoras de Servicios y Vendedoras	10	12	5	12
Operarios y Artesanos	4	5	2	5
Amas de Casa	44	53	19	48
	N 83	100	N 40	100

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 5 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN FUNCION DE LA OCUPACION



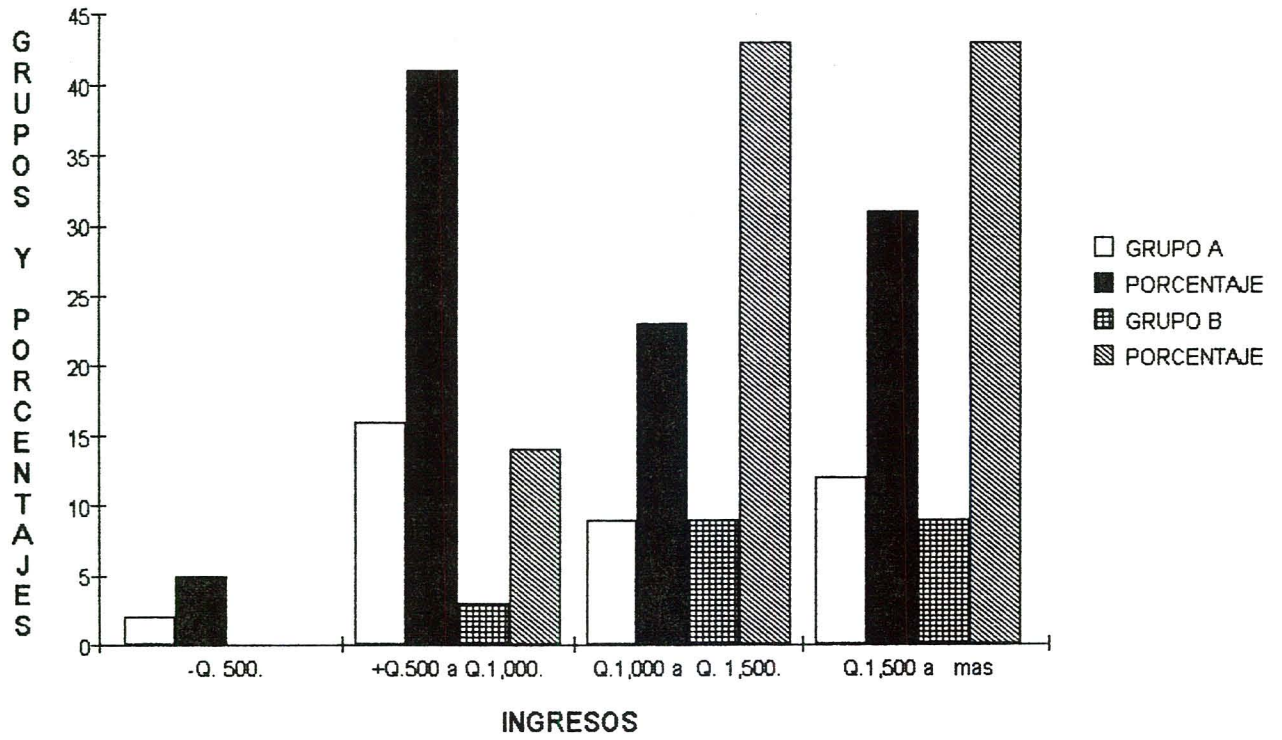
FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

CUADRO No. 6**DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE LOS
INGRESOS ECONOMICOS**

INGRESOS	GRUPO "A"		GRUPO "B"	
	Premenopáusicas	%	No Premenopáusicas	%
- Q. 500	2	5	0	0
+ Q. 500 a 1000	16	41	3	14
Q. 1001 a 1500	9	23	9	43
Q. 1501 a +	12	31	9	43
	<hr/>		<hr/>	
	N 39	100	N 21	100

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 6 EN FUNCION DE LA SITUACION ECONOMICA



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

2. AMBIENTE

La aplicación de la encuesta y test de la ansiedad se llevó a cabo en la sala de espera de la Clínica de la Mujer APROFAM, con una adecuada iluminación, y mobiliario y de forma individual, abordando a cada paciente quienes al principio se mostraban inseguras y avergonzadas por el tema, pero a medida que se les explicaba el objetivo que perseguía dicho estudio se mostraron colaboradoras.

3. INSTRUMENTOS

Como instrumento para determinar el conocimiento de los síntomas de premenopausia y establecer las situaciones alternas que podrían afectar los niveles de ansiedad se elaboró una encuesta, la cual fue revisada y validada por juicio de expertos tanto de APROFAM como por otros profesionales, tomando en cuenta todos los aspectos a mejorar la misma.

La encuesta proporciona datos generales, síntomas de premenopausia y menopausia, opiniones de las mismas pacientes acerca del tema y preguntas de selección múltiple, en las que podían elegir una o más respuestas.

Es una encuesta fácil de aplicar en forma colectiva o individual, breve, y adecuada al nivel cultural y socioeconómico de las pacientes. La tabulación de los datos resulta cómoda y rápida.

Se utilizó también como instrumento de medición la Escala de Autovaloración de la Ansiedad del Dr. W. W. K. Zung, que mide cuantitativamente la ansiedad, proporcionando un índice numérico que puede compararse a otro, es breve y fácil de aplicar, calificar e interpretar. Además, la aplicación de la escala puede hacerse en forma colectiva o individual y es adecuada para el nivel socioeconómico y cultural de los sujetos.

La escala de autovaloración de la ansiedad del Dr. Zung, está compuesta de veinte frases, cada una de las cuales se refiere a un síntoma o signo característico de la ansiedad.

En conjunto, las veinte frases abarcan síntomas ampliamente reconocidos de la ansiedad divididos en síntomas afectivos, tales como: intranquilidad, temor, angustia, desintegración mental y aprensión; y síntomas somáticos, tales como: temblores, molestias y dolores corporales, fatigabilidad, debilidad, inquietud, palpitaciones, vértigo, desmayos, disnea, parestesias, náuseas y vómitos, micción frecuente, sudoraciones, rubor facial, insomnio y pesadillas. Sin embargo, es conveniente señalar que algunos de estos síntomas también son indicadores de la depresión y de la menopausia.

Cada frase se califica de acuerdo a una escala de valoración que va de uno a cuatro, según las respuestas dadas por el entrevistado, las cuales pueden ser "nunca o casi nunca", "a veces", "con bastante frecuencia" y "siempre o casi siempre".

Además, la escala está constituida de tal manera que un índice bajo (- de 20) indica poca o ninguna ansiedad, mientras que un índice elevado (+ de 30) indica la presencia de ansiedad.

4. PROCEDIMIENTO

El universo inicial para este estudio estuvo integrado por 300 pacientes de la Clínica de la Mujer de APROFAM. Las pacientes fueron seleccionadas al principio en la Clínica de Menopausia, encontrándose la dificultad de que la mayor parte de las pacientes ya estaban en períodos menopáusicos y postmenopáusicos siendo muy pocas las pacientes para esta investigación, por lo que se solicitó autorización al Director de la Clínica de la Mujer para realizar la encuesta a todas las pacientes que visitan APROFAM.

Después de establecer un buen rapport con la paciente una de las preguntas básicas antes de iniciar la entrevista fue preguntarles si aún se les presentaba su ciclo menstrual en forma normal o irregular y aclarar si estaban operadas o no aclarando que fuera de ligadura de trompas, en vista de que algunas pacientes no asocian esta operación como un método anticonceptivo.

Se descartaron aquellas pacientes que estaban próximas a una histerectomía por tener conocimiento que Lavarreda realizó una investigación sobre ansiedad en pacientes a ser sometidas quirúrgicamente, ya que estos resultados podrían resultar alterados.

Seguidamente se recopiló toda la información tanto de las encuestas como de la prueba de ansiedad por un período de tres meses. Cada una de las pacientes fue entrevistada en forma individual y anónima, lo que las ayudó a que tuvieran mayor comunicación con la encuestadora y dieran a conocer sus inquietudes y temores sobre el tema. Estas conversaciones se llevaron a cabo después de la aplicación de la encuesta y test quedando la mayoría satisfechas de la breve explicación sobre la diferencia entre premenopausia y menopausia, ejercicios, y dieta a seguir. Durante la aplicación de la encuesta a cada paciente ambulatoria que sabía leer se le entregó una tarjeta para visualizar las respuestas múltiples de las preguntas 9, 14 y 16.

Es importante hacer notar que la prueba de ansiedad se aplicó conjuntamente con la encuesta ya que existía la posibilidad de que las pacientes asistieran a la Clínica una vez por año o bien era reconsulta.

Luego se procedió a seleccionar las encuestas que llenaran los requisitos de las preguntas No. 9 y 16, que se refieren a los síntomas de premenopausia y diferentes situaciones alternas que podrían afectar las situación emocional de la paciente y que fueron la clave para establecer los lineamientos de la muestra.

Se seleccionaron dos grupos de pacientes; el Grupo "A" constituido por 83 mujeres que presentaban síntomas premenopáusicos con cero situaciones alternas y el Grupo "B" constituido por 40 mujeres en edad premenopáusica que no presentaron síntomas y situaciones alternas.

Se procedió a tabular los datos de la encuesta y a calificar la prueba de ansiedad sumando cada una de las áreas.

5. DISEÑO

El diseño utilizado en esta investigación es el de comparación de grupos estáticos equivalente al diseño 3 de Stanley y Campbell, el cual permite hacer una comparación entre grupos, después de la ocurrencia no controlada de la variable de estudio, pues es un trabajo de tipo ex post facto y por tanto en el caso particular de esta investigación no hay manipulación de las variables independientes, en el que se determinó un grupo de pacientes que ya habían experimentado síntomas premenopáusicos en condiciones naturales, con edades de 35 a 50, nivel socioeconómico medio, cero situaciones alternas y otro grupo con características

similares que no presentaban síntomas premenopáusicos y que finalmente no fueron elegidas al azar.

$$X = \frac{0}{1}$$

$$X = \frac{0}{2}$$

6. METODOLOGIA ESTADISTICA

Para la comprobación de las hipótesis planteadas fue necesario desarrollar el método de diferencia entre las medias de dos muestras independientes, para verificar el nivel de significancia del 0.05 descrita por Johnson (1990), (pag. 351).

$$S_{ax} = \sqrt{\frac{S_1^2}{N} + \frac{S_2^2}{N}}$$

Para ello se estableció en primera instancia la media aritmética, que permitió conocer el nivel de ansiedad que manejan las personas del estudio.

También fue necesario establecer la desviación estándar de los dos grupos que se formaron para determinar si se dispersan o no dentro de los límites descritos por Freund & Simon (1992). (pag. 72)

$$s = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N}}$$

IV PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se describen los cuadros del 1 al 6 que figuran en el capítulo anterior, con el fin de presentar las características de las personas que conformaron las muestras necesarias para realizar esta investigación, siendo estos resultados objetivos y concretos estadísticamente. Al respecto cabe comentar lo siguiente:

- ▶ Al analizar el cuadro No. 1 en relación a la edad de las personas integrantes de ambos grupos se comprobó que hay casos de premenopausia antes de los 40 años y sobrepasan a los 50 años sin haber llegado a la Menopausia.
- ▶ En cuanto al estado civil (cuadro No. 2), se estableció que en los dos grupos prevalece el matrimonio en un 50% y un 60% lo que da mayor estabilidad a la mujer durante esta etapa.
- ▶ En relación a la escolaridad (cuadro No. 3), se puede observar que en ambos grupos es bajo el porcentaje que no tiene escolaridad y que en el Grupo "A" prevalece el 50% de mujeres con estudios de primaria, mientras que en el Grupo "B" prevalecen las mujeres con estudios de diversificado, alcanzando un 45%.
- ▶ En el cuadro No. 4 relacionado a la función del trabajo se estableció que si bien en el Grupo "A" el 53% lo constituyen mujeres que no trabajan y en el Grupo "B" el 52% de mujeres que trabajan, las cifras son muy similares en ambos grupos.
- ▶ En cuanto a la función de la ocupación actual (cuadro No. 5), se comprobó que en los dos grupos el porcentaje mayor lo constituyen las Amas de Casa, sin embargo el Grupo "A" el 53% lo constituyen las mujeres que no trabajan y presentan síntomas premenopáusicos, lo que vendría a reforzar que la mujer que se mantiene activa, realizada como profesional sube su nivel de autoestima y bajan las situaciones alternas. (Ver Anexo: Desglose de ocupaciones).
- ▶ En el cuadro No. 6 se presentan los resultados de aquellas personas que desempeñan una labor remunerada, de conformidad con los datos del cuadro No. 4, según los cuales 39 mujeres premenopáusicas y 21 no premenopáusicas devengan salarios.

CUADRO No. 7

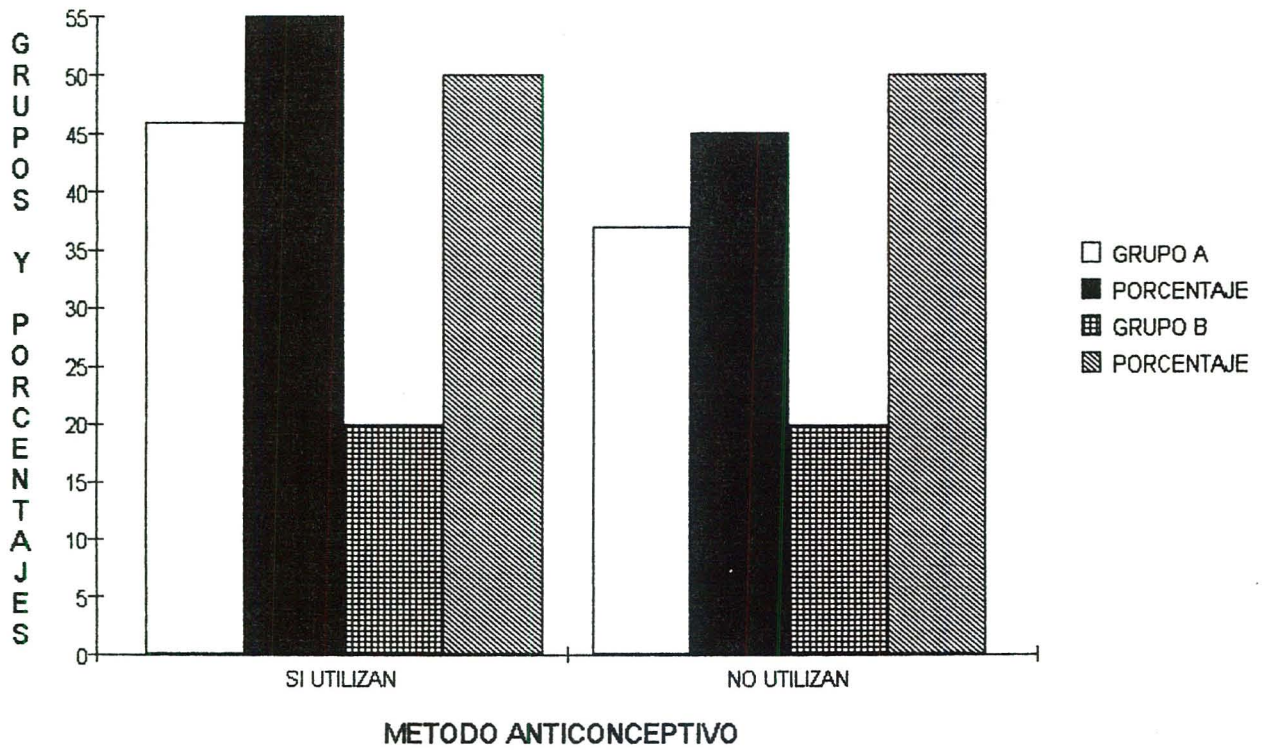
DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE
UTILIZAR METODO ANTICONCEPTIVO

METODO ANTICONCEPTIVO	GRUPO "A" Premenopáusicas	%	GRUPO "B" No Premenopáusicas	%
Sí utilizan método	46	55	20	50
No utilizan método	37	45	20	50
	N 83	100	N 40	100

Se pudo establecer que en los dos grupos el 55% y 50% respectivamente utilizan métodos anticonceptivos, no así el otro 45% y 50% corriendo el riesgo de un embarazo no deseado en edad premenopáusica.

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 7 EN FUNCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

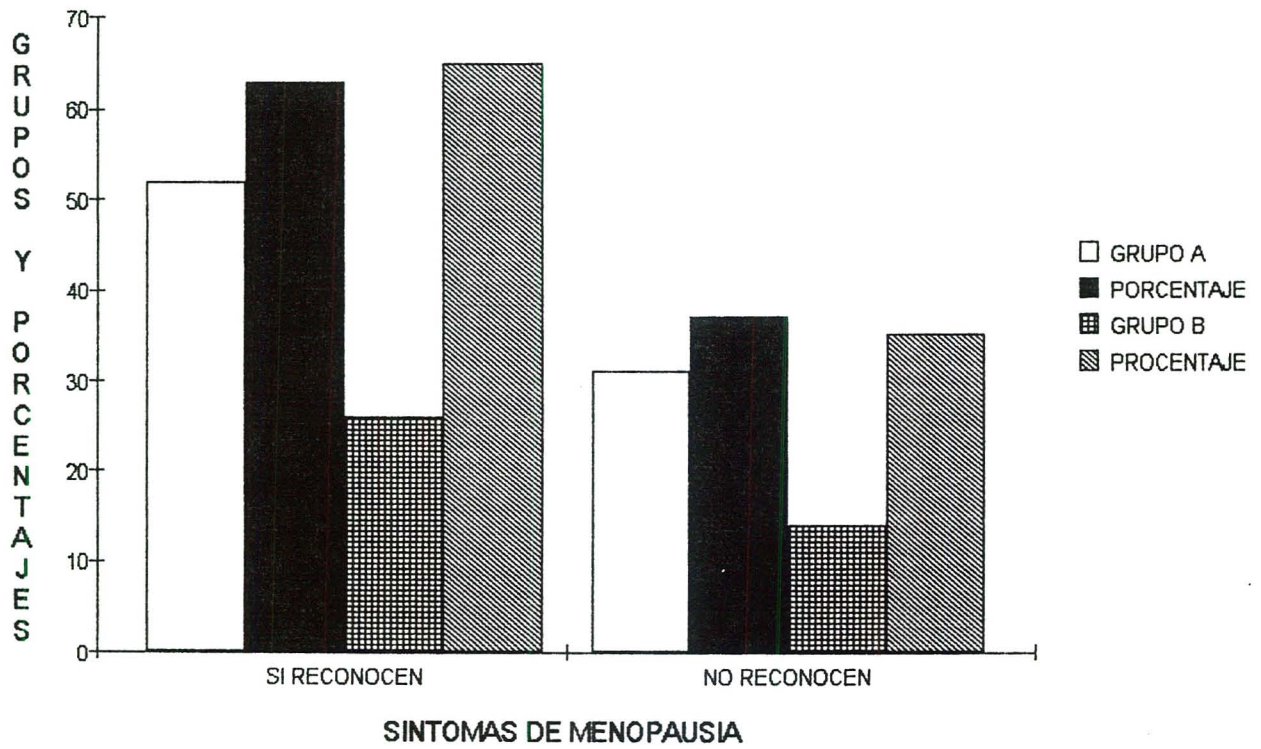
CUADRO No. 8
DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE TENER
CONOCIMIENTO SOBRE LOS SINTOMAS DE LA
MENOPAUSIA

RECONOCEN SINTOMAS	GRUPO "A" (Premenopáusicas)	%	GRUPO "B" (No Premenopáusicas)	%
Sí reconocen	52	63	26	65
No reconocen	31	37	14	35
	N 83	100	N 40	100

A un nivel del 63% y 65% en los dos grupos reconocen síntomas propiamente de la menopausia, por referencia de otras personas e inclusive de la misma familia, esto quiere decir que en la población encuestada existe un porcentaje del 37% y 35% de mujeres que se encuentran en edad premenopáusica y desconocen los efectos causados propiamente por la menopausia

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No.8 EN FUNCION DE RECONOCER SINTOMAS DE MENOPAUSIA



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

CUADRO No. 9

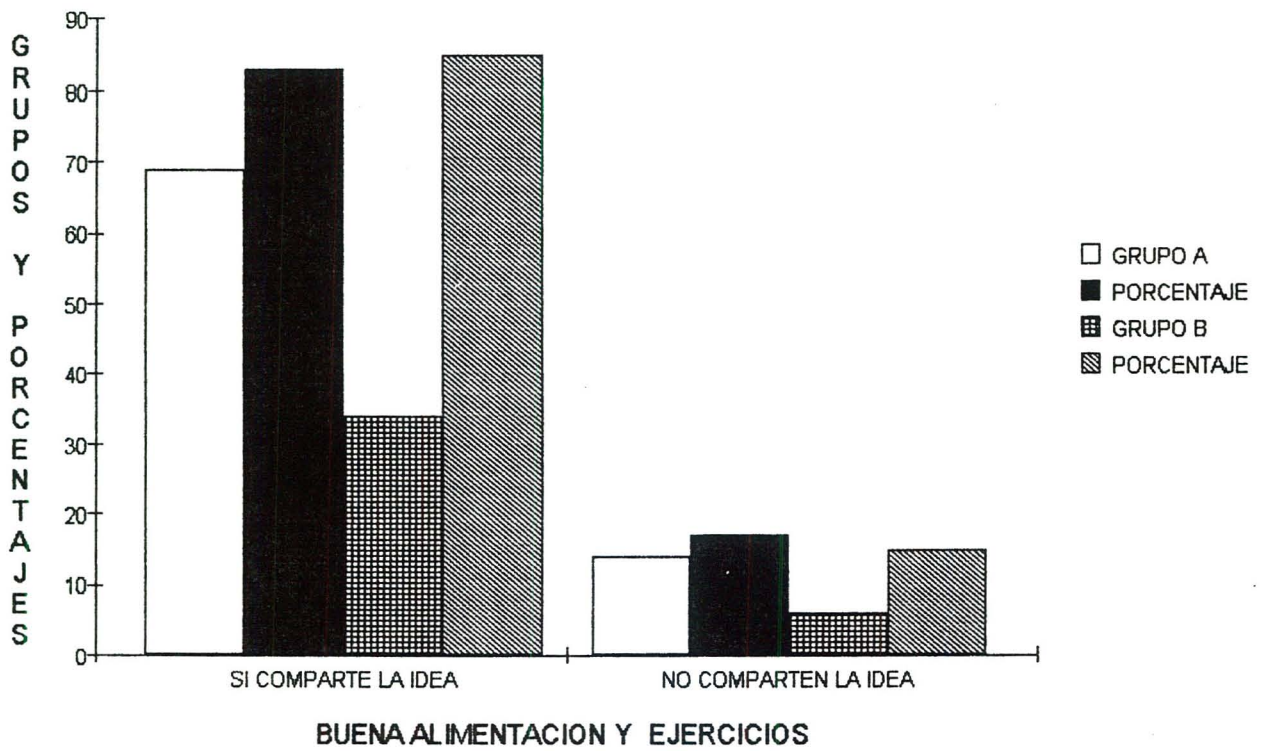
**DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE COMPARTIR
LA IDEA DE UNA BUENA ALIMENTACION ACOMPAÑADA
DE VITAMINAS Y MINERALES**

COMPARTEN LA IDEA	GRUPO "A" Premenopáusicas		GRUPO "B" No Premenopáusicas	
		%		%
Sí la comparten	69	83	34	85
No la comparten	14	17	6	15
	N 83	100	N 40	100

En relación a si es conveniente hacer ejercicio, tener una buena alimentación y la ingesta de vitaminas y minerales es aceptada en un 83% y 85% en los dos grupos, sin embargo, las pacientes hacen la salvedad de que comparten la idea, pero que en la realidad no se cumple a cabalidad, pues no ingieren los alimentos que tienen que consumir por circunstancias que ellas explicaron como falta de tiempo, situación económica, etc. El otro 17% y 15% que no comparten la idea obedece a que desconocen que son minerales y tienen la idea que las vitaminas engordan.

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 9 EN FUNCION DE ACEPTAR UNA BUENA ALIMENTACION Y EJERCICIO



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

CUADRO No. 10

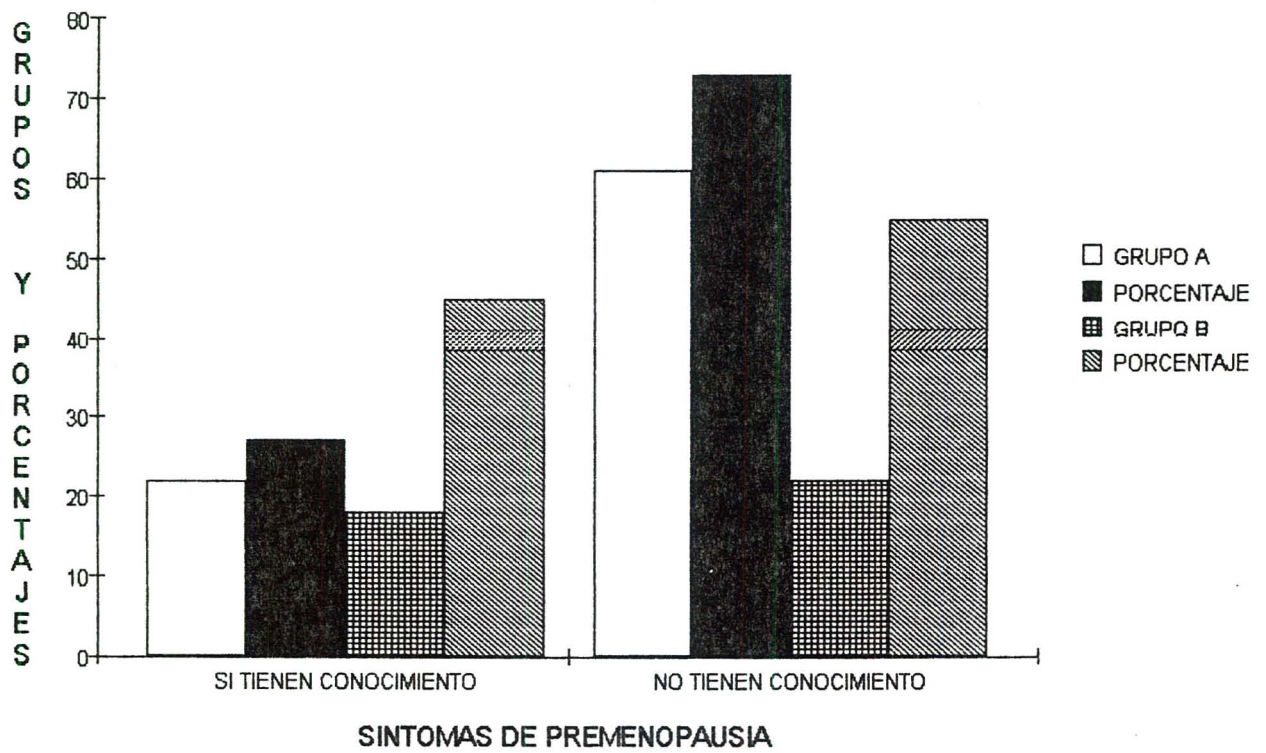
**DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE TENER
CONOCIMIENTO SOBRE LOS SINTOMAS
PREMENOPAUSICOS**

RECONOCEN SINTOMAS PREMENOPAUSICOS	GRUPO "A" (Premenopáusicas)	%	GRUPO "B" (No Premenopáusicas)	%
Sí reconocen	22	27	18	45
No reconocen	61	73	22	55
	N 83	100	N 40	100

Los resultados que se exponen reflejan que el 73% y el 55% de los dos grupos no reconocen los síntomas de premenopausia. Sin embargo llama poderosamente la atención que un 73% de las mujeres que ya están premenopáusicas no reconozcan sus propios síntomas ya presentes que las hicieron estar ubicadas en este grupo y los atribuyan a otros factores o enfermedades ajenas a la premenopausia.

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

GRAFICA No. 10 EN FUNCION DE TENER CONOCIMIENTO DE PREMENOPAUSIA



FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

CUADRO No. 11

ESTADISTICA MUESTRAL DEL NIVEL DE ANSIEDAD

MUESTRA	N	X		Z
Grupo A Premenopáusicas	83	34.86	7.46	1.09
Grupo B No Premenopáusicas	40	29.68	4.58	

Para un 0.05 la Z crítica es de 1.96

El principal propósito de esta investigación fue determinar el nivel de ansiedad de la mujer premenopáusica y según los hallazgos se rechazó la hipótesis alterna, lo que implica que no hubo en el grupo de mujeres premenopáusicas un nivel de ansiedad significativamente distinto al de las mujeres no premenopáusicas según test de Autovaloración de la Ansiedad del Dr. Zung.

FUENTE: Datos recopilados del test de ansiedad del Dr. Zung aplicado en APROFAM donde se obtuvo la muestra.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

- ▶ Los resultados de esta investigación coinciden con Kuafert y Sirotuik (1981) en su estudio Manitoba en el que afirman que no hay influencia de la menopausia sobre el estado psicológico y salud mental. Lo que dicen es que la menopausia no es un factor que incida en la propensión a la baja de la autoestima de la mujer no premenopáusica.
- ▶ En relación a los comentarios realizados por las pacientes en la pregunta sobre ¿Qué es lo que más les preocupa sobre la menopausia?, se pudo corroborar que la sexualidad juega un papel muy importante en la mujer de todo nivel social. La falta de menstruación las hace pensar que su función reproductora ha terminado y que por lo tanto la relación sexual decaerá. Autores como Lindeman (1983) demuestran que la propia mujer se priva de su propia determinación en relación a su sexualidad y que por medio de centros de trabajo social dan programas de tratamientos alternativos que van a facilitar la aceptación de sus propios recursos. Por otro lado, autores como Avis, Stellato, Crawford y Johanes (1995), hacen un análisis de los efectos de la menopausia encontrando siete situaciones que preocupan actualmente a la mujer siendo la frecuencia sexual, satisfacción, deseo sexual, dolor o molestias durante o después del acto sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo y excitación, llegando a concluir que el estado menopáusico parece tener algunos efectos sobre las percepciones y actitudes de las mujeres pero no sobre su satisfacción o frecuencia. Si se toma en cuenta la baja de producción hormonal físicamente pueden darse algunas molestias, pero con la debida terapia hormonal estos síntomas desaparecen.

Aunque los comentarios de las pacientes no aparecen en las encuestas, es de gran importancia mencionar algo sobre la pregunta No. 15, que se refiere " a la opinión de marcar para qué población es conveniente cada uno de los aspectos como: hacer ejercicio.....", Cifuentes (1984) llega a dar su conclusión más importante "No importa lo que usted pretenda de la vida, debe darle prioridad a su salud, tratando de evitar las tensiones y los ataques cardíacos por medio de un régimen de comida y ejercicios razonables" (Pag. 69). Sin embargo en los dos grupos, a pesar de tener los porcentajes más altos, las mismas pacientes están conscientes de la necesidad de llevar una dieta adecuada y hacer ejercicio o por lo menos caminar, pero no lo llevan a cabo por situaciones que ellas mismas manifestaron como: falta de tiempo, situación económica para pagar un gimnasio, cuidado de los hijos, etc.

- ▶ En cuanto al resultado de conocimientos sobre los síntomas de la premenopausia, en esta investigación se encontró un alto índice de mujeres que tienen poco conocimiento al respecto, hallazgo que concuerda con lo dicho por Georgiev y Netzov (1995) en su estudio, en el cual indican también un alto índice de desconocimiento sobre los problemas relacionados con la premenopausia.

VI. CONCLUSIONES

Con relación a los objetivos de esta investigación se concluye:

- ▶ Que la ansiedad no es un factor condicionante para que la mujer en etapa premenopáusica, menopáusica y postmenopáusica se vea afectada emocionalmente, ya que siempre van a existir situaciones alternas que van a ocurrir en la vida de toda mujer como lo son: pérdida de los padres, matrimonio de los hijos, jubilación, situación económica, aspectos que no tienen nada que ver con la disfunción ovárica. Este resultado concuerda con el estudio relacionado con la ansiedad de Arguedas (1990), en el que encontró que no hay índices significativos de ansiedad.
- ▶ Se estableció por medio de estudios realizados y comentarios de las pacientes entrevistadas que el ejercicio es el mejor medio de liberar tensiones, manteniéndolas activas, y siendo ésta una terapia física alternativa vale la pena ponerla en práctica.
- ▶ Se pudo comprobar en esta investigación que en la actualidad y aún con los variados medios de comunicación, persiste la desinformación sobre este tema.
- ▶ De los resultados de la encuesta se ve claramente la confusión que hay entre los síntomas de premenopausia con la menopausia, siendo esta última el cese definitivo del período menstrual y que en algunas mujeres van a persistir los síntomas premenopáusicos, como son los calores, irritabilidad, insomnio, los cuales pueden cesar con un adecuado tratamiento alternativo.

VII. RECOMENDACIONES

- ▶ Como primer paso se recomienda iniciar una función informativa y de divulgación dirigida a mujeres incluso antes de que se presente la premenopausia, enfatizando la importancia de tener una dieta balanceada en nutrientes y minerales, ingerir comidas a base de verduras y legumbres, lácteos y sus derivados, carnes blancas, así como evitar los hábitos del cigarro y el alcohol. El ejercicio es una de las cosas más importantes que la mujer premenopáusica puede hacer; se ha visto que los resultados son beneficiosos tanto para mantener un peso ideal, para evitar el desarrollo de osteoporosis, como también para reducir la falta de flexibilidad en las articulaciones, dando más energía y reduciendo el riesgo de una enfermedad cardíaca, con lo que incluso el sueño es más relajante y mejora la función intestinal.
- ▶ Las mujeres comprendidas entre los 35 a 50 años deben llevar un control médico por lo menos dos veces al año debiéndose efectuar el papanicolaou por los riesgos de inflamación en el cuello de la matriz, una densitometría que permitirá conocer el riesgo de padecer o no osteoporosis, así como un electrocardiograma, un electromiograma y un examen de lípidos.
- ▶ Es importante tomar en cuenta que existen tratamientos alternativos para mejorar la sintomatología de la mujer premenopáusica, tales como la Homeopatía, tratamiento que consiste en pequeñas dosis de sustancias naturales para lo cual se recomienda la consulta de un homeópata de prestigio; la Naturopatía que consiste en el uso de mecanismos naturales a base de dietas balanceadas, ejercicio, masajes y hierbas; y el tratamiento de Reemplazo Hormonal, el cual queda a criterio del médico y de la paciente controlando los efectos secundarios, riesgos y beneficios.
- ▶ Se recomienda psicoterapia individual como medio de prevención y/o resolución para aquellos casos que presenten niveles de ansiedad altos.
- ▶ Se recomienda a las autoridades relacionadas con centros de salud y clínicas de servicio ginecológico que por medio del Departamento de Trabajo Social motiven a las pacientes a participar en charlas educativas sobre este tema, proporcionando de esta manera la información necesaria que les permita aclarar sus dudas y conozcan más acerca de su cuerpo.
- ▶ Es importante el papel del Psicólogo en un Centro Asistencial ya que le permite

a la paciente exteriorizar sus temores y entrar con más confianza con el médico tratante.

- ▶ Las pacientes manifestaron una muy buena aceptación a la Clínica de la Mujer de APROFAM, ya que ha sido uno de los centros que se ha interesado por el bienestar de la familia. A manera de sugerencia de las pacientes de la Clínica de Menopausia se plantea la posibilidad de que esta clínica cuente con un profesional de la medicina, pero que se trate de una mujer, pues piensan que ello les permitiría tener más confianza al tratar temas que involucran directamente a la mujer, como es la sexualidad y que en nuestro medio para algunas mujeres es un tema tabú todavía.
- ▶ Se plantea la inquietud de que el médico tratante dé una explicación del porqué se hace el paquete de exámenes de menopausia.
- ▶ Se recomienda que el horario de atención para esta clínica sea durante todo el día, y días sábados, ya que hay pacientes que vienen del interior de la República.
- ▶ Sería conveniente dar a conocer por medio de panfletos la información sobre premenopausia para aquellas personas que no asistan a la charla, así como programas educativos en la televisión para aquellas personas que por medio de la visualización tienden a percibir mejor las cosas.
- ▶ Es importante que la mujer premenopáusica tenga acceso a diversos métodos anticonceptivos, conociendo sus peculiaridades, indicaciones, eficacia, riesgos y beneficios por el médico tratante, teniendo la paciente la libre elección.
- ▶ Queda la inquietud para otros investigadores de realizar estudios relacionados con este tema y establecer con una población más elevada si el nivel de ansiedad es significativo utilizando el mismo test de ansiedad o bien otro. Este tipo de investigación podría ser dirigido a hombres en su etapa andropáusica y establecer si hay diferencia significativa con el estudio de Arguedas (1990).
- ▶ Otro estudio que se podría llevar a cabo es el de medir el nivel de ansiedad que manifiestan las pacientes ambulatorias que llevan un tratamiento de restitución hormonal y presentan sangrados nuevamente.

- ▶ Finalmente se exhorta a la Clínica de la Mujer de APROFAM, a continuar buscando mejoras y cuidados tanto para mujeres, como para hombres y niños, ya que sus servicios cubren necesidades muy importantes de atender en nuestro país.

A N E X O S

**MODELO DE ENCUESTA
SOBRE CONOCIMIENTOS DE PREMENOPAUSIA**

INSTRUCCIONES:

Conteste en los espacios correspondientes sus datos generales, escribiendo o anotando con "X" la opinión que mejor se ajuste a su realidad.

1- Edad: _____

2- Estado civil: Soltera Casada
 Viuda Unida
 Divorciada

3- Cuántos hijos tiene: _____ Edades de sus hijos: _____

4- Tiene estudios de: Primaria (a qué grado llegó) _____
Secundaria (a qué grado llegó) _____
Título obtenido _____
Actualmente asiste a la Universidad SI NO

5- Trabaja actualmente..... SI NO

6- Si contestó NO indique si es por jubilación.....SI NO

7- Ocupación o trabajo actual: _____

8- Sus ingresos están entre: Q. 500.00 a Q.1,000.00
 1,001.00 a 1,500.00
 1,501.00 a MAS

9- En los últimos seis (6) meses ha notado
(puede marcar más de una respuesta)

- ...que se enoja con mucha frecuencia
- ...que se siente sola y triste
- ...que cambia de humor sin una razón aparente

- ...con deseos de llorar sin motivo aparente
- ...sensaciones de calor seguidas de sudoraciones por la cara, cuello y espalda
- ...que por las noches suda quedando una sensación de escalofríos
- ...que sus períodos menstruales han sido irregulares
- ...que le es difícil conciliar el sueño despertándolos por la madrugada

10- ¿Utiliza algún método anticonceptivo actualmente? SI NO
 ¿Cuál de éstos?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pildora | <input type="checkbox"/> Pastillas vaginales |
| <input type="checkbox"/> T de Cobre | <input type="checkbox"/> Condón o Preservativo |
| <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas (mujer) |
| <input type="checkbox"/> Ritmo | <input type="checkbox"/> Basectomía (operación del varón) |
| <input type="checkbox"/> Inyección | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

11- Actualmente, continúan presentándosele sus períodos menstruales: SI NO

12- Si contestó NO, cuánto tiempo tiene de no tener período menstrual: _____ meses

13- Si contestó SI a la pregunta 11, ¿Cada cuánto tiempo se presenta su período?

- cada 28 días
- cada 30 a 40 días
- cada 45 o más días
- en períodos irregulares explicar: _____

14- ¿Cuáles de los siguientes síntomas cree usted que se relacionan con la menopausia?
 (Puede marcar más de una respuesta)

- Enfermedades del corazón
- Relaciones sexuales dolorosas
- Resequedad en la piel
- Falta de lubricación en la vagina
- Pérdida del esfínter de orina
- Osteoporosis
- Ninguna de estas

- 15- En su opinión marque usted para qué población es conveniente cada uno de los siguientes aspectos: (puede marcar más de una respuesta para cada aspecto)

	Niños	Adolescentes	Adultos Jóvenes	Adultos Maduros	Ancianos
Hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buena alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar Calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar fósforo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

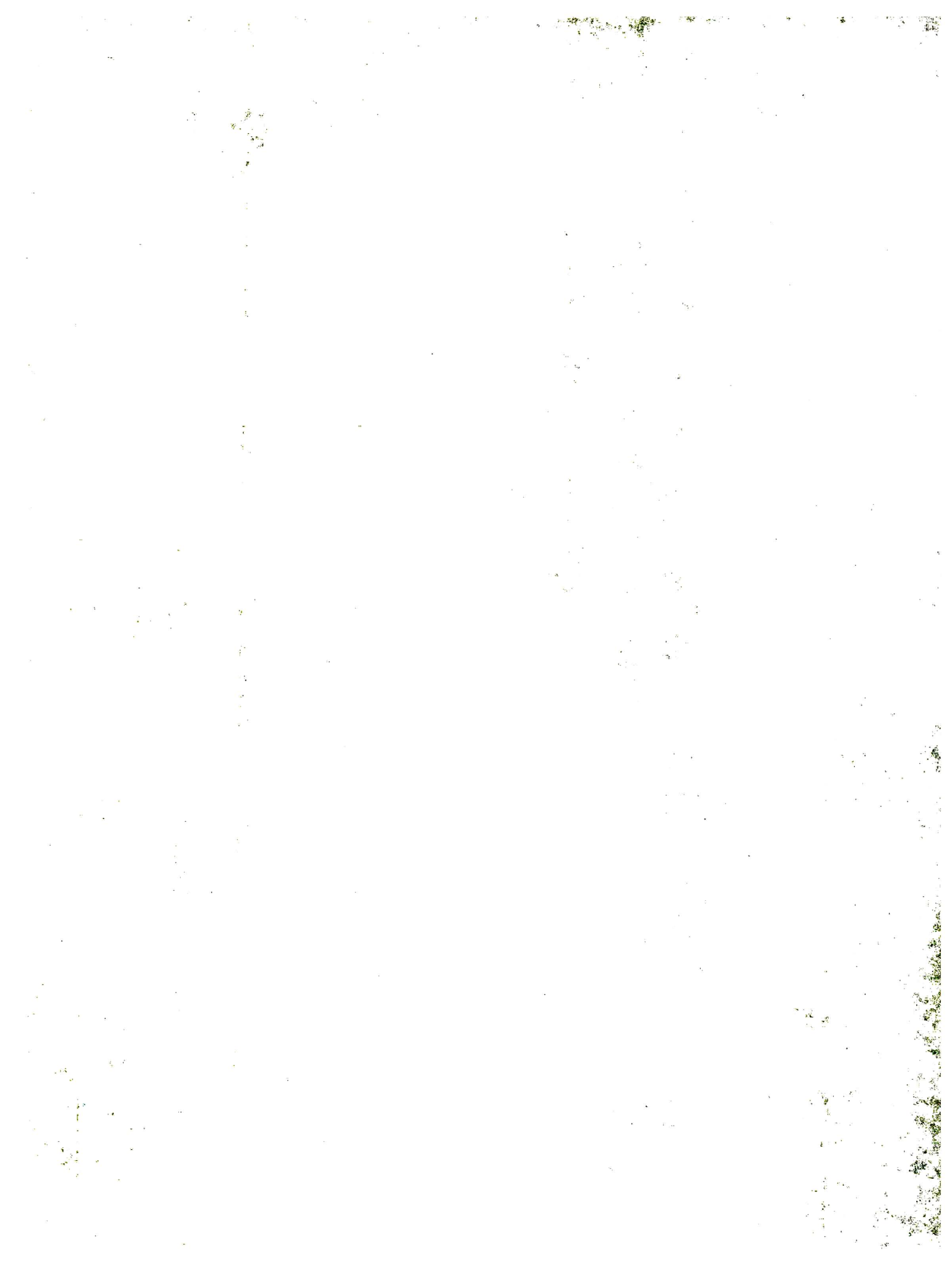
- 16- En los últimos seis meses ha vivido alguna de las siguientes situaciones intensamente (situaciones alternas): (Puede marcar más de una respuesta)

- ...enfermedad de un pariente cercano
- ...fallecimiento de un pariente muy cercano
- ...conflictos conyugales por infidelidad
- ...problemas de alcoholismo con el esposo o hijos
- ...ausencia de los hijos por abandono del hogar
- ...matrimonio de un hijo y el primer nieto
- ...pérdida del trabajo
- ...problemas de salud que le hayan causado invalidez o limitaciones serias
- ...ninguno de los anteriores
- ...otros

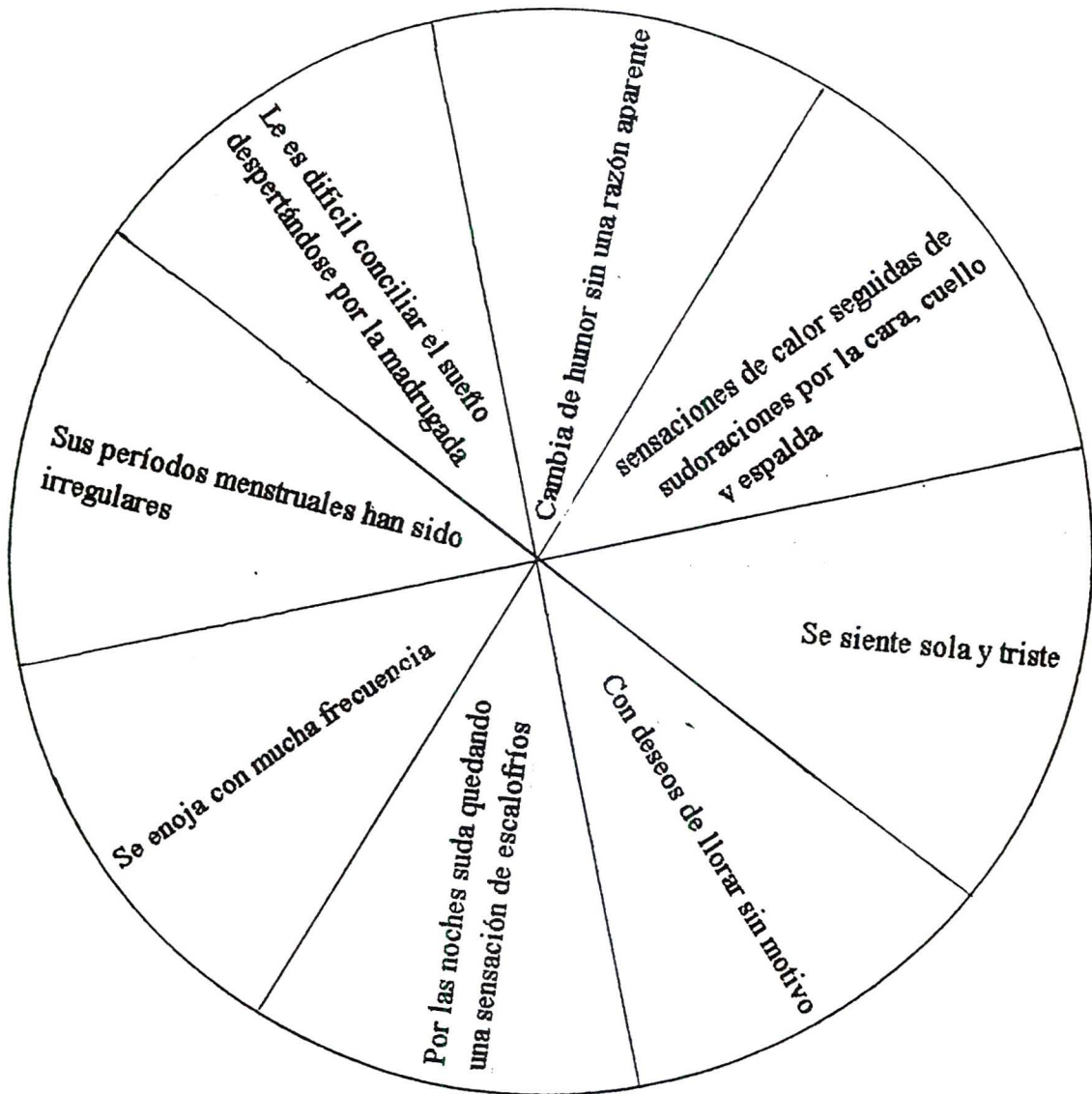
¿Indique cuál? _____

- 17- ¿Qué sabe usted acerca de la premenopausia o climaterio? _____

- 18- ¿Cuál es su opinión de llegar a los 40 a 50 años? _____

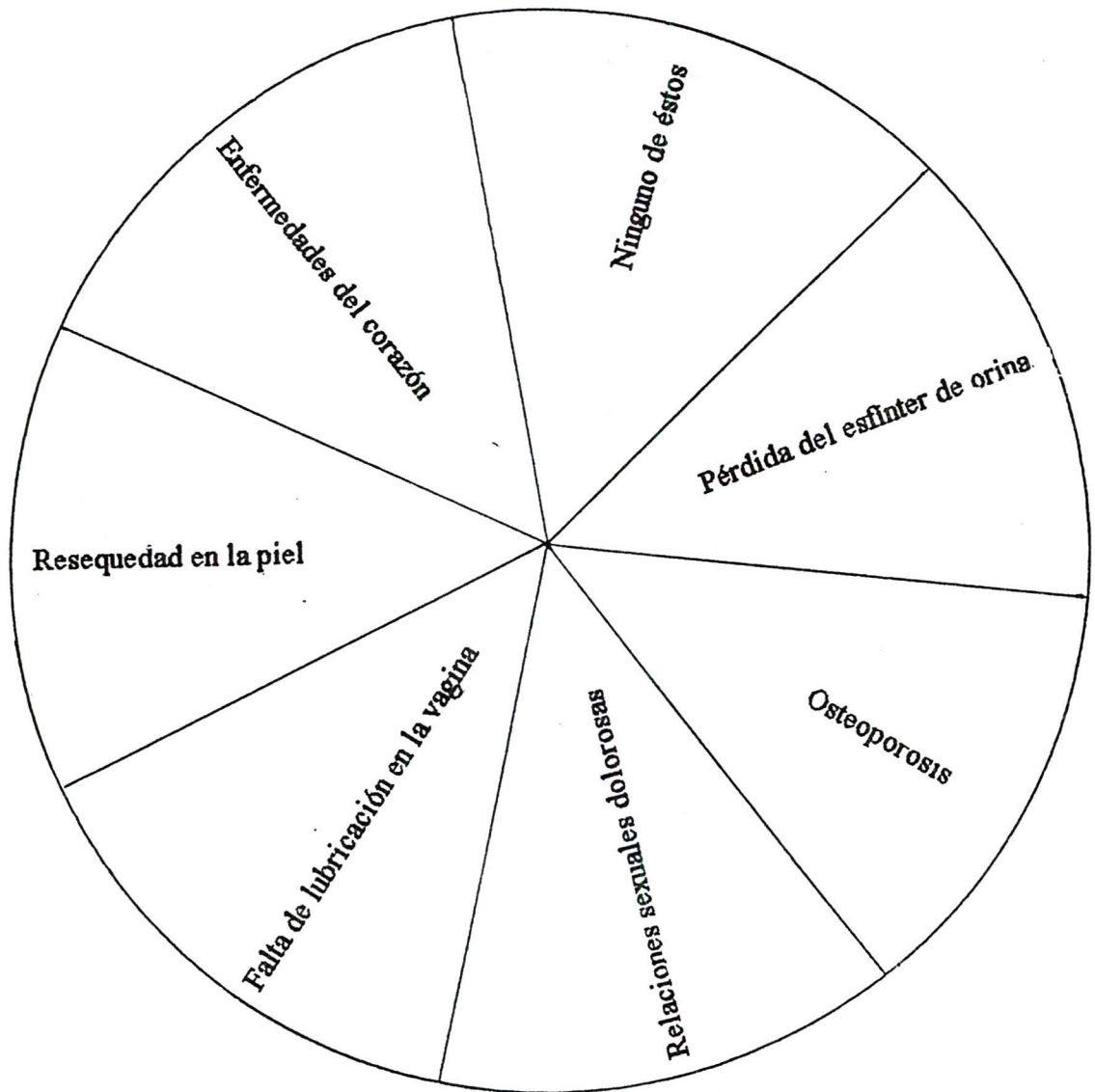


Esquema visual de opciones para la Pregunta No. 9
En los últimos 6 meses ha notado

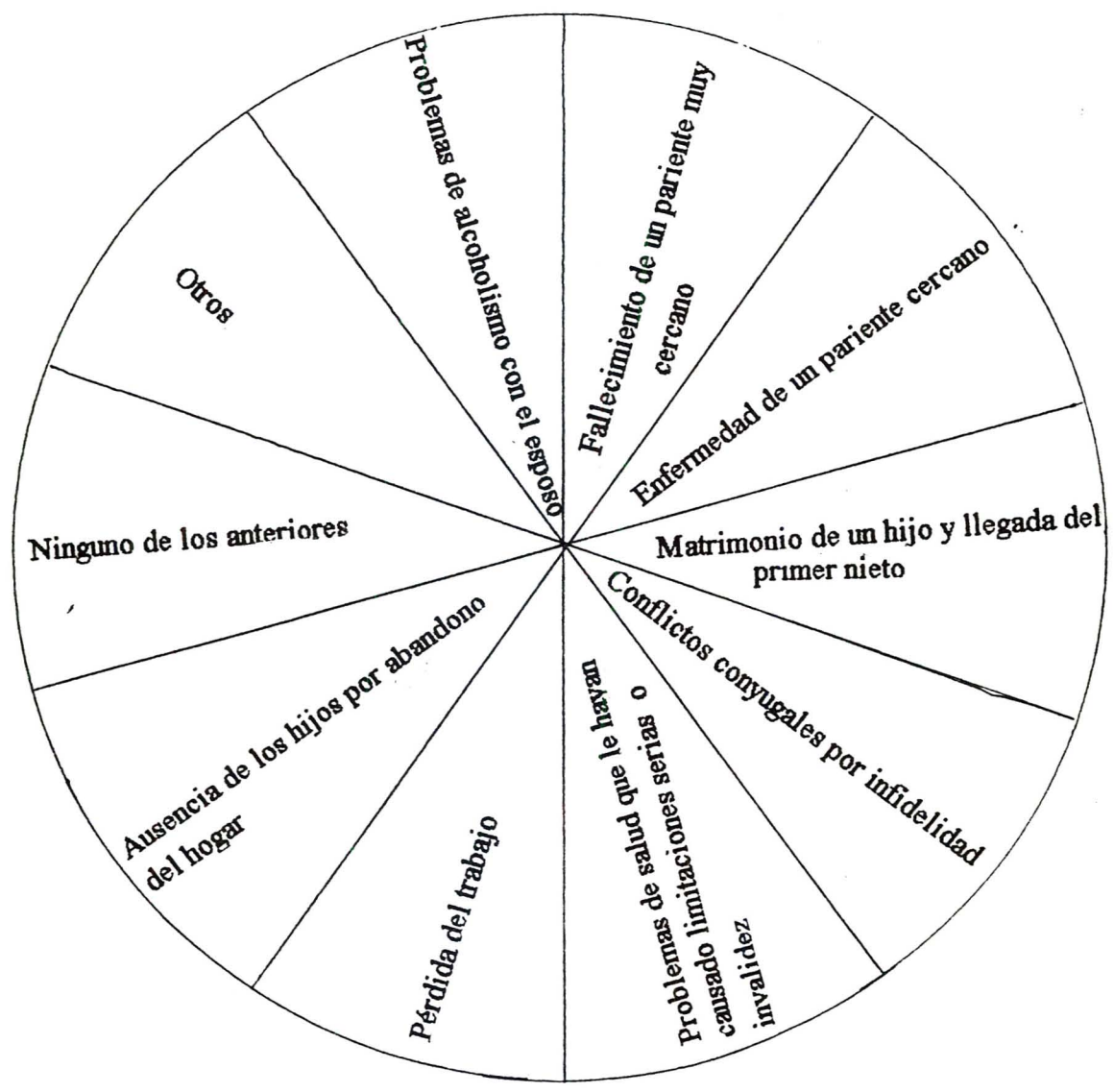


Esquema visual de opciones para la Pregunta No. 14

Cuáles de los siguientes síntomas cree usted que se relacionan con la menopausia?



Esquema visual de opciones para la Pregunta No. 16
En los últimos 6 meses ha vivido alguna de las siguientes situaciones



Procedimiento para " \bar{X} "

Del punteo burdo de los resultados de ansiedad de cada grupo se multiplicó por el No. de casos para cada nivel de ansiedad. De este resultado se sumaron todos los niveles, dividiéndolos dentro del número de casos para cada grupo.

$$\text{Grupo A} \quad 2893 \div 83 = 34.86$$

$$\text{Grupo B} \quad 1187 \div 40 = 29.68$$

Para establecer la desviación estándar se utilizó para cada grupo la fórmula:

$$\sigma = \sqrt{\frac{(X - \bar{X})^2}{N}}$$

$$\text{Grupo "A"} = \sigma 7.46$$

$$\text{Grupo "B"} = \sigma 4.58$$

Para establecer el cálculo en el Contraste de Medias

$$Sax = \sqrt{\frac{S_1^2}{N} + \frac{S_2^2}{N}}$$

$$Sax = \sqrt{\frac{7.46^2}{83} + \frac{4.58^2}{40}}$$

$$Sax = \sqrt{\frac{55.6515}{83} + \frac{20.9764}{40}}$$

$$Sax = \sqrt{0.6705012 + 0.52441}$$

$$Sax = \sqrt{1.1949112}$$

$$Sax = 1.09$$

Para un $\alpha = 0.05$ la Z Crítica es de 1.96

**NIVELES DE ANSIEDAD GRUPO A
MUJERES PREMENOPAUSICAS**

Niveles Ansiedad		No. Pacientes		
23	x	0	=	0
24		3		72
25		3		75
26		5		130
27		2		54
28		4		112
29		5		145
30		5		150
31		3		93
32		9		288
33		5		165
34		4		136
35		2		70
36		2		72
37		3		117
38		4		152
39		3		117
40		2		80
41		4		164
42		3		126
43		1		43
44		2		88
45		0		0
46		2		92
47		1		47
48		0		0
49		0		0
50		2		100
51		1		51
52		2		104
56		1		56
		83		2,893

$$2,893 \div 83 = 34.855 = \bar{X} \quad 34.86$$

**NIVELES DE ANSIEDAD GRUPO B
MUJERES NO PREMENOPAUSICAS**

Niveles Ansiedad	x	No. Pacientes	=	
23		1	=	23
24		3		72
25		4		100
26		3		78
27		5		135
28		1		28
29		5		145
30		4		120
31		4		124
32		2		64
33		0		0
34		1		34
35		1		35
36		1		36
37		2		74
38		2		76
39		0		0
40		0		0
41		0		0
42		0		0
43		1		43
		40		1,187

$$1,187 \div 40 = 29.675 = \bar{X} \ 29.68$$

**RESULTADOS GLOBALES TEST DE ANSIEDAD
MUJERES PREMENOPAUSICAS
GRUPO A**

Niveles Ansiedad	\bar{X}	Pro- ducto	No. Pacientes	Pro- ducto
23			--	----
24	- 10.86	117.94	3	353.82
25	9.86	97.22	3	291.66
26	8.86	78.50	5	392.50
27	7.86	61.78	2	123.56
28	6.86	47.06	4	188.24
29	5.86	34.34	5	171.70
30	4.86	23.62	5	118.10
31	3.86	14.90	3	44.70
32	2.86	8.18	9	73.62
33	1.86	3.46	5	17.30
34	0.86	0.74	4	2.96
35	+ 0.14	0.0196	2	0.04
36	1.14	1.30	2	2.60
37	2.14	4.58	3	13.74
38	3.14	9.86	4	39.44
39	4.14	17.14	3	51.42
40	5.14	26.42	2	52.84
41	6.14	37.70	4	150.80
42	7.14	50.98	3	152.94
43	8.14	66.26	1	66.26
44	9.14	83.54	2	167.08
45	-----		-	-----
46	11.14	124.10	2	248.20
47	12.14	147.38	1	147.38
50	15.14	229.22	2	458.44
51	16.14	260.50	1	260.50
52	17.14	293.78	2	587.56
56	21.14	446.90	1	446.90
			83	4,624.30

$$\sqrt{\frac{4624.30}{83}} = \sqrt{55.714457} \quad \sigma = 7.46$$

**RESULTADOS GLOBALES TEST DE ANSIEDAD
MUJERES NO PREMENOPAUSICAS
GRUPO B**

Niveles de Ansiedad	\bar{X}	=	Pro- ducto		No. Pacientes	=	Pro- ducto
23	- 6.88		44.62	x	1		44.62
24	- 5.68		32.26		3		96.79
25	- 4.68		21.90		4		87.61
26	- 3.68		13.54		3		40.63
27	- 2.68		7.18		5		35.91
28	- 1.68		2.82		1		2.82
29	- 0.68		0.46		5		2.31
30	+ 0.32		0.1024		4		0.41
31	1.32		1.74		4		6.97
32	2.32		5.38		2		10.76
33	-----		--		-		-----
34	4.32		18.66		1		18.66
35	5.32		28.30		1		28.30
36	6.32		39.94		1		39.94
37	7.32		53.58		2		107.16
38	8.32		69.22		2		138.44
39	-----		--		-		-----
43	13.32		177.42		1		177.42
					40		838.75

$$\sqrt{\frac{838.75}{40}} = \sqrt{20.96875} = \sigma 4.58$$

**DESGLOSE DE DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN FUNCION DE
LA OCUPACION ACTUAL**

	OCUPACION	GRUPO "A" Premenopáusicas	GRUPO "B" No Premenopáusicas
++	Comerciantes	3	3
<	Amas de Casa	44	19
++	Niñeras	1	0
++	Ventas	6	2
>	Modistas	4	0
**	Meseras	3	1
*	Licda Admon de E.	1	0
**	Oficios Domésticos	2	0
+	Contadoras	3	4
++	Dependientes	2	1
*	Auditoras	1	0
*	Catedráticas	2	2
*	Enfermeras	3	0
+	Secretarias	5	3
*	Maestras	2	1
*	Psicólogas	1	1
*	Laboratoristas	0	1
>	Inst. Manualidades	0	1
>	Cultura de Belleza	0	1
		N 83	N 40

Estas ocupaciones se pueden agrupar por rubros así:

		Grupo A	Grupo B
*	Técnicos y Profesionales	10	5
**	Operadores de Máquinas y Trabajos no Calificados	7	2
+	Empleados de Oficina	8	7
++	Trabajadores de Servicios y Vendedores	10	5
>	Operarios y Artesanos	4	2
<	Amas de Casa	44	19
		N 83	N 40

FUENTE: Datos recopilados de la encuesta aplicada en APROFAM.

BIBLIOGRAFIA

1. Aburdene, P. & Naisbitt, J. (1994). La Megatendencia de la Mujer. Colombia: Grupo Editorial Norma.
2. Achaerandio Z, L. (1995). Iniciación a la Práctica de la Investigación. PROFASR, URL
3. Arguedas, A. (1990). La ansiedad en el Hombre de 40 a 45 Años. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar.
4. Avis, Stellato, Crawford & Johannes (1995). How Does Menopause Impact Sexual Activity. S-4 Menopause. The Journal of the North American Menopause Society Abstracts. Vol. 2, No. 4.
5. Bauer, F., (1997) Asociación del Climaterio y Osteoporosis de Guatemala.
6. Cameron, N. (1982). Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México D. F.: Trillas.
7. Cifuentes, M. (1984). Gimnasia Como Medio de Liberación de Tensiones. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar.
8. Coronado, M. (1975). Introducción a la Higiene Mental. México D. F.: Orión.
9. Cziekerberg, D. (1994). Lesiones Endometriales en Mujeres Postmenopáusicas Premalignas Asintomáticas mediante una Prueba de Provocación de Estrógenos. Tesis inédita. Universidad Francisco Marroquín.
10. Davidoff, L. (1979). Introducción a la Psicología. México, D. F.: McGraw-Hill Latinoamericana, S. A.
11. Dexeus, F. (1989). Anticoncepción en Edades y Circunstancias Especiales. Barcelona: Editorial Salvat.
12. Donovan, (1951). Menopausal Syndrome: a Study of Case Histories. Abstracts 62:1281-82
13. Elia, D. & Doucet, G. (1980). La Mujer y su Cuerpo. México, D. F.: Martínez Roca, S. A.

14. Enríquez, F. (1996). La Menopausia. Disertación no publicada. Guatemala, Colegio Americano
15. Freund, J. & Simon, G. (1992). Estadística Elemental. México, D. F.: Prentice-Hall Hispanoamericana.
16. Gantús, V. (1994). La Segunda Edad de la Mujer. México, D. F.: Diana.
17. Georgiev, D & Netzov, V. (1995). Perimenopausal Perception and Knowledge in a Bulgarian Population. P-23 Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. Abstracts Vol. 2, No. 4.
18. González, O. (1993). Menopausia y Envejecimiento. Chile: Ciceros Ltda.
19. Guyton, A. (1989). Tratado de Fisiología Médica. México, D. F.: Interamericana McGraw-Hill.
20. Hanke, Muck, Ickrath, Lange, Bruck, Voesard, Seeger, Zwirner, Both, Haasis & Hombach (1995). Estradiol Levels are Decreasing in Premenopausal Women with Coronary Heart Disease. P-3 Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. Abstracts Vol. 2, No. 4.
21. Hammar, Brydnhildsen, Wyon, Nedstrand & Notelovitz, (1995). The Effects of Physical Activity on Menopausal Symptoms and Metabolic Changes around Menopause. Menopause: The Journal of the American Menopause Society. Abstracts Vol.2, No. 4.
22. Hautman, M., (1995). Perimenopause among Filipin-Americans. P-48 Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. Abstracts Vol. 2 No. 4.
23. Horney, K. (1974). La Personalidad Neurótica de nuestro Tiempo. Buenos Aires: Paidós.
24. Hunter, M. (1990). La Menopausia. México, D. F.: Sudamericana.
25. Iglesias, G. (1990). La Contracepción después de los 35 años. Barcelona: Edit. Mayo.
26. Johnson, R. (1990). Estadística Elemental. México, D. F.: Iberoamericana.
27. Jones, H. & Jones, G. (1958). Tratado de Ginecología de Novak. México, D. F.: Interamericana.

28. Kuafert & Syrotuik (1981). Reporting at the Menopause. Soc. Sci Med. 15E, 173-184 Abstracts.
29. Lavarreda, E. (1982). Tratamiento Psicoterapéutico Tendiente a Reducir Ansiedad y Angustia en pacientes cuyo Diagnóstico amerita Histerectomía. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala.
30. Lidz, T. 1973). La Persona, su Desarrollo a Través del Ciclo Vital. México D. F.: Herder
31. Lindemann, C. (1984). Women's Health/Sexuality: The Case of Menopause. 282009 Psychological Abstracts Vol. 71 # 11 Noviembre.
32. López de la Osa, E. & Roman, J. (1984). La Contracepción en las Edades Límites de la vida Sexual Femenina. Palma de Mallorca: Edit. Avances
33. Mazariegos, B. (1995). Perfil de Lípidos en Mujeres Postmenopáusicas. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala.
34. Morales, B. (1995). Revista Saludable. México, D. F.: Intermex, S. A. # 11
35. Novak, Jones & Siegor. Tratado de Ginecología. México, D. F.: Interamericana S.A.
36. Palacios, S. (1994) Menopausia. Chile: Grefal, S. A.
37. Pereira, Abreu, Lima y Neto (1995). View of Bleeding by Women in Pre-, Peri-, and Post Menopause, with or Without Hormone Replacement Therapy. P-41 Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. Abstracts Vol. 2 No. 4.
38. Pérez, E. (1995). Incidencia del Síndrome del Tunel del Carpo en Pacientes Transmenopáusicas. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala.
39. Pritchard, Macdonald & Grant. (1987). Williams Obstetricia. Barcelona: Edit. Salvat.
40. Rojas, E. (1989). La Ansiedad. México, D. F. : Colección Fin de Siglo.
41. Silva, H. (1990). Progresos en Psiquiatría Biológica. Santiago: Edit. Universidad Católica de Chile.

42. Sundquist, K. (1993). La Salud a su Alcance. Menopausia. México, D. F.: Revista Medix.
43. Talavan, Díaz & Barrientos. (1980). Breve Estudio sobre el Climaterio. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala.
44. Upton, G. (1990). Contracepción en la mujer por encima de los cuarenta. Barcelona: Editorial Carlos Alejandra.