



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

ANGUSTIA Y DEPRESIÓN EN EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

AUTORES:

Br. Bellomo, Gianina
Br. dos Santos, Anabella
Br. Etchenique, Analía
Br. Guillenea, Fabricio
Br. Pintos, Mariela
Br. Prevosti, Laura

TUTORES:

Lic. Enf. Garay, Margarita
Lic. Psic. Tuzzo, Rosario

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos a los médicos de la policlínica, al personal de enfermería y en especial a las usuarias, quienes nos hicieron posible llevar a cabo dicha investigación.

También queremos mencionar a los distintos profesionales, que de una forma u otra nos brindaron su apoyo.

INDICE

1- Introducción-----	Pag.1
2- Formulación del problema-----	Pag.2
3- Objetivos-----	Pag.2
3.1- Objetivo general-----	Pag.2
3.2- Objetivos específicos-----	Pag.2
4- Justificación del problema-----	Pag.2
5- Metodología-----	Pag.3
6- Método de recolección de datos-----	Pag.3
7- Operacionalización de variables-----	Pag.3
8- Marco teórico-----	Pag.5
9- Resultados y análisis-----	Pag.14
10- Conclusiones-----	Pag.29
11- Bibliografía-----	Pag.30
12- Glosario-----	Pag.31
13- Anexos-----	Pag.33

INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado por un grupo de estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería asimilado a facultad; generación 92; de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Se llevó a cabo un estudio de investigación de la mujer entre 40 y 55 años durante la etapa de climaterio y menopausia fisiológica, realizando una síntesis general de los trastornos provocados por esta etapa; enfatizando en algunos problemas psicológicos como la angustia y la depresión.

Dicho estudio fue realizado en el ámbito de la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período comprendido entre Julio Agosto de 1999.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1-Problema

1.1-Título

Angustia y depresión en el climaterio y la menopausia.

1.2-Formulación del problema

Existe angustia y depresión en las mujeres que transitan por el período de climaterio y menopausia, que se atienden en la policlínica del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período Julio Agosto 1999.

1.3-Objetivo General

Identificar la existencia de angustia y depresión en la población en estudio.

1.4 Objetivos específicos

- A. Caracterizar a la población según los siguientes datos: edad, ocupación, nivel de instrucción, situación de pareja.
- B. Determinar el conocimiento que tienen dichas mujeres sobre el climaterio y la menopausia y los posibles tratamientos.
- C. Identificar que actividades realiza el personal de salud de dicha policlínica con la usuaria con angustia y depresión.

1.5- Justificación del problema

Creemos importante éste tema dado que toda mujer va a llegar a esta etapa fisiológica y hemos visto que en el correr de las décadas; si bien algunas de las cosas han ido cambiando, el tema fundamental sigue latente, dado que recién en los últimos años se ha comenzado a trabajar desde el punto de vista psicológico.

(Fuente Mirta Videla)

Como profesionales, entendemos que el ser humano es un individuo biopsicosociocultural, por tanto debe ser atendido no solo desde el punto de vista biológico; sino también desde lo psicológico.

1.6- Limitaciones de la investigación

El estudio estuvo restringido a un grupo de mujeres del área pública.

1.7- Metodología

La presente investigación correspondió a un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. En función al tipo de estudio, los recursos y el tiempo disponible se tomó una muestra de carácter intencional o de conveniencia integrada por las mujeres en climaterio y menopausia que concurren a la policlínica del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período de julio agosto de 1999.

1.8- Método de recolección de datos

Concurrimos a la policlínica los días miércoles y jueves de los meses Julio y Agosto de 1999 de 11 a 13Hs; realizando una entrevista dirigida y personalizada a las mujeres antes mencionadas, mediante un formulario con preguntas abiertas y cerradas. (ver anexo N°1)

Previamente a la realización de la entrevista nos presentamos ante las usuarias, explicándoles brevemente los objetivos del trabajo y el anonimato de la información obtenida. Conjuntamente participamos en la consulta para poder identificar las tareas realizadas por el personal.

La tabulación de los datos se realizó por medio de tablas de entrada simple. Posteriormente se procedió al análisis de los resultados, elaborando las correspondientes conclusiones.

1.9- Operacionalización de las variables

Edad: Años cumplidos del encuestado, en el momento de la encuesta; que indica la etapa cronológica de la vida que se encuentra cursando. (variable cuantitativa continua nominal). Se categorizará según: 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años.

Situación de pareja: Se refiere al estado legal o no en que se encuentra la usuaria con su pareja. (variable cualitativa) Se categorizará: viuda, divorciada, soltera, casada, unión libre.

Ocupación: Se refiere a las actividades que realiza la mujer en forma remunerada o no. (variable cualitativa). Se categorizará: trabajo fijo, changas, ama de casa.

Nivel de instrucción: Se refiere a los años de estudio formal. (Variable cuantitativa) Se categorizará según años de estudio terminados.

N° de hijos: variable cuantitativa

Cambios en el cuerpo: Corresponde a los cambios físicos percibidos por la usuaria. (variable cualitativa) Se categorizará en: aumento de peso, cefaléas, calores, mas vieja, dolores, otros(flacidez muscular, adelgazamiento, fatiga).

Cambios en el estado de ánimo: Corresponde a los cambios de ánimo referidos por la usuaria y si coinciden con el comienzo de esta etapa. (variable cualitativa) Se categorizará: tristeza, irritable, mal humor, otros(soledad, insomnio, indesección).

Cambios en la sexualidad: Se refiere a los cambios en la actividad sexual percibidos por la usuaria, en esta etapa. (variable cualitativa) Se categorizará en: disminución del deseo sexual, dolor, ausencia de orgasmo, miedo al embarazo, tranquilidad(libración), aumento del apetito sexual.

Angustia: Sensación de temor, ansiedad o preocupación en respuesta a un posible peligro. (variable cualitativa). Se categorizará: presencia o ausencia de: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aire, sensación de soledad, escalofríos o sofocaciones, opresión o malestar torácico.0-2 leve, 3-5 moderada, 6 o más severa. (fuente DSM IV)

Depresión: Estado mental caracterizado por sentimiento de culpa, desesperanza, melancolía y desánimo. (variable cualitativa). Se categorizará según presencia o ausencia de: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, despertar precoz, anorexia y/o pérdida de peso.0-2 leve, 3-5 moderada, 6 o más severa. (Fuente DSM IV).

Asistencia psicológica: Se refiere al tratamiento o no de la usuaria con psicólogo. (variable cuantitativa). Se categorizará en: sí, no. Sí, no. Si no.

Climaterio y Menopausia: Variable cualitativa. Se categorizará en si esta informada y no esta informada; tomando como parámetros de información lo siguiente: climaterio es una etapa que comienza alrededor de los 40 años con síntomas característicos, irregularidades menstruales y cambios en el cuerpo.

Menopausia es el cese definitivo de la menstruación (basados en el marco teórico).

Tratamiento sustitutivo hormonal: Variable cualitativa. Se categorizará en: igual, mejor y peor.

2.0- MARCO TEORICO

2.1-Reseña Histórica

En el pasado las mujeres no alcanzaban el climaterio y la menopausia dado que el promedio de vida era alrededor de los 26 años; actualmente los progresos de las condiciones de vida y de la medicina, aumentaron el promedio de vida a los 80 años aproximadamente.

Antiguamente la mujer era valorizada por su fase reproductora, al culminar dicha etapa era objeto de menosprecio no solamente a nivel familiar y social sino también en el campo laboral.

2.2-Climaterio y Menopausia Hoy

Ya en nuestros días, en la medida en que las mujeres acceden a casi todas las posiciones sociales hasta hace poco reservadas a los hombres, se ve el ejemplo de mujeres maduras en cargos de conducción de Estados, caso de Golda Meyer, Indira Gandhi, etc.; líderes en el campo de acción social, artistas, científicas, escritoras, etc. siendo estos casos muy notorios, reproducidos también en la vida cotidiana.

A nivel de la medicina ha evolucionado la manera de encarar el climaterio y la menopausia, siendo en un principio un modelo biologicista, ampliándose actualmente a un modelo integral, interdisciplinario, teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la mujer apuntando a una mejor calidad de vida.

2.3-Climaterio (Definición biológica)

Periodo en el cual el ciclo menstrual cesa gradualmente y con él la ovulación y la fertilidad, modificándose la secreción de hormonas sexuales. Comienza con la aparición de ciclos monofásicos seguidos de la menopausia. Luego aparecen funciones tróficas y somáticas del ovario el cual se vuelve refractario a las gonadotrofinas marcando la culminación del climaterio.

Se divide en tres periodos:

a) climaterio premenopáusico: comienza con el declinar de la función ovarica sin límite preciso dado que la menstruación no cesa bruscamente.

b) periodo premenopáusico: lapsos de amenorrea a partir de la última menstruación por un periodo mínimo de un año, continuando luego el periodo post menopáusico.

c) climaterio postmenopáusico: lapso transcurrido entre la última menstruación y el cese definitivo de la función endocrina del ovario. Puede persistir una estrogenia en tiempo variable, que se debe a una acción suprarrenal o a la actividad del estroma del ovario bajo la acción de la hormona luteinizante (LH), lo que explicaría algunos signos androgénicos como el aumento del vello.

SIGNOS Y SINTOMAS

CORTO PLAZO: sofocaciones, sudoración nocturna, cefaleas, malestar general, nerviosismo e irritabilidad, tendencia a la depresión, disminución de la memoria, dificultad en la concentración, insomnio, labilidad emocional (llanto fácil).

MEDIANO PLAZO: trastornos genitourinarios, atrofia del cuello uterino, vagina y vulva.

LARGO PLAZO: Alteraciones cardiovasculares: cambio en la presión arterial, trastornos en la coagulación y cambio en el metabolismo de las grasas.

Alteraciones psicológicas: sensación de ser innecesaria (los hijos se independizan), temor al envejecimiento (pérdida de la belleza física), depresión, sensación de soledad, síndrome del nido vacío, dependencia de los psicofármacos.

Alteraciones patológicas: cáncer de mama y endometrio, osteoporosis (disminución general, lenta y progresiva de la masa ósea dada por el descenso de los minerales y el calcio, provocando disminución de la resistencia del esqueleto) La osteoporosis se acentúa también según otros factores como: cambios hormonales, sexo femenino, antecedentes familiares, menopausia precoz, factores médicos, como diabetes, anorexia, etc., estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo, nutrición, etc.).

2.4-MENOPAUSIA (Definición biológica)

Cese definitivo de la menstruación que ocurre en forma natural entre los 45 y 55 años aproximadamente. Hay una disminución de los niveles de progesterona y estrógenos no produciéndose la ovulación.

Clasificación

- a) Natural: es la que se produce entre los 45 y 55 años.
- b) Precoz: es la que se presenta antes de los 40 años.
- c) Tardía: es la que se presenta después de los 55 años.
- d) Artificial: inducida por cirugía, radioterapia o quimioterapia.

La aparición de la menopausia está influida por factores hereditarios, psíquicos y socioeconómicos. Puede instalarse en forma brusca o progresivamente con oligomenorreas que evolucionan hacia la amenorrea fisiológica definitiva. El climaterio y la menopausia son etapas naturales de la vida de la mujer; que por mucho tiempo han sido ignoradas y discutidas en voz baja. Se debe hablar de esto sin timidez y miedo. Es una etapa de la vida que si bien puede ser penosa, incómoda y desagradable, también puede ser ocasión para ver las cosas con optimismo sin las preocupaciones del cuidado de los hijos, ni los problemas de la menstruación.

Puede ser un tiempo para descubrir algo nuevo, para realizar las actividades tanto tiempo postergadas y embarcarse en una nueva carrera. Se puede ver como un período de liberación, aunque está determinado por los valores familiares, religiosos, culturales y sociales que pueden influir en la reputación, autoestima e imagen. Además en dicho período las mujeres sienten con mayor intensidad que el tiempo es finito, en vez de infinito lo cual conduce a una actitud introspectiva. Es el final de la reproducción y no de la producción. Aunque la menopausia sea una experiencia neutral o positiva para muchas mujeres, a menudo se mitifican y malentienden los cambios físicos y emocionales relacionados con ella.

Como la falta de conocimiento puede desembocar fácilmente en ansiedad, no es sorprendente que algunas mujeres hayan sentido que lo peor de la menopausia haya sido el no saber que esperar y el no tener a quien acudir para pedir información. Por cada hombre a quien se le diagnostica depresión hay de dos a seis más mujeres. Además un estudio de cuatro grupos de hombres y mujeres que estaban pasando por importantes cambios de vida, encontraron que las mujeres de edad madura eran las más afligidas del grupo. Eran las que tenían la menor satisfacción de la vida, las más pesimistas, las de mayor desesperación existencial, y las más negativas hacia sus conyugues; estaban deprimidas.

Martin Schigman (1975) cree que la depresión se presenta en la mujer de esta edad porque se ha vuelto sumamente dependiente de la aprobación, consideración y apoyo de los otros en cuanto a todos los sentimientos hacia sí misma. Una vez definidos los conceptos de climaterio y menopausia desde el punto de vista biológico, nos abocaremos a la depresión y la angustia existente en esta etapa de la vida de la mujer. Podríamos decir que se produce una alteración de la homeostasis familiar, dada por situaciones particulares de sus vidas, la edad de sus hijos y de sus padres, la situación laboral, personal y de su marido, la soledad, el divorcio o la viudez, etapa esta que también está relacionada con el sentimiento de envejecer, pudiendo determinar esto un paso a la depresión y la angustia.

2.5-ANGUSTIA

La angustia acompaña al hombre en el curso de su existencia, explicándose según el estímulo que la desencadena pudiendo llegar a ser patológico.

Aunque no hay diferencias cualitativas entre la ansiedad normal y la patológica, ésta última queda definida por ser más corporal, desproporcionada al estímulo y persistente por encima de los límites adaptativos; lo cual mantiene al sujeto en un estado de hiperactivación inadecuado que afecta el rendimiento, el funcionamiento psicosocial y la libertad personal. El fenómeno de la angustia puede constituirse primariamente de un cuadro clínico que aparece como reacción a una situación y en otras ocasiones, aflora de forma secundaria acompañada de otro trastorno específico subyacente. La clasificación actual de los trastornos de ansiedad es la siguiente: 1) trastorno de angustia, 2) trastorno neurótico por stress y somatoformes.

La angustia neurótica según la teoría psicoanalítica es un estado del yo con funciones defensivas ante peligros desconocidos por el consciente.

Como vemos, según estas teorías, la angustia aunque ubicada en el yo procede siempre de conflictos a nivel del ello y del super yo. Podemos decir que la etiopatogénia de los trastornos de la angustia depende de los estímulos o conflictos ambientales y de la personalidad del individuo, estructurado a su vez de una dotación genética y unas experiencias tempranas.

Aspectos Clínicos

En el plano somático la sintomatología es amplia, hay una disregulación neurovegetativa y neuroendócrina a causa de una hiperactivación; palpitaciones, taquicardia, sudoración, hiper o hipotensión, anorexia, bulimia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, trastornos de la función sexual, etc. Este complejo clínico puede manifestarse en forma aguda o permanente.

2.6-DEPRESION

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad, que puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia, tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. A estos estados se los puede dividir en tres grupos de estados afectivos claros: 1) síntoma depresivo (presentes en población normal), 2) depresiones unipolares que son endógenas y neuróticas, 3) trastornos bipolares que hacen referencia a la psicosis maníacodepresiva.

Aspectos Clínicos

El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. De dicha tristeza pueden emerger diferentes estados emocionales como la ansiedad, irritabilidad o la hostilidad. En ocasiones, el paciente carente de toda ansiedad se puede encontrar inhibido lo cual puede agravar la situación hasta alcanzar el estado estuporoso. Puede ocurrir no frecuentemente, que la depresión aparezca atenuada cuya manifestación se produce a través del plano somático. Algunas veces tanto en pacientes con depresiones endógenas como neuróticas, depresiones atípicas y trastornos afectivos estacionales, la tendencia a los autoreproches es frecuente. La agresividad va dirigida hacia sí mismo provocando en el paciente penosos sentimientos de culpa y desesperanza pudiendo llevar al suicidio. Se define como psicosis cuando el paciente tiene un mal vínculo con la realidad, no hay objeto real que tenga un móvil para desencadenar esto ej.: paciente delirando, neurosis es cuando el conflicto es existencial, no hay rotura con la realidad, el conflicto es consigo mismo. No hay un factor de riesgo específico, es multicausal para cualquiera de sus patologías. Ambos términos definidos anteriormente son excesivamente restrictivos y no captan mas que una parte del problema depresivo. De una forma estricta el término psicótico y neurótico están referidos a la presencia o ausencia de un trastorno grave con ideas delirantes y alucinaciones, falta de contacto con la realidad, en tanto que endógeno y reactivo apuntan hacia la presencia o ausencia de factores precipitantes. Todo esto lleva a encontrar dos síndromes depresivos: uno denominado endógeno se caracteriza en general por: personalidad premórbida adecuada, ausencia en general de factores psicogénicos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales del humor, fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz e ideas deliroides de ruina, de culpa e hipocondrias, un curso fásico y pronóstico favorable con respuesta satisfactoria a las terapéuticas biológicas (psicofármacos, antidepresivos, electrochoques). El otro síndrome depresivo, denominado neurótico, situacional, reactivo o psicogénico está caracterizado por: rasgos neuróticos de personalidad, psicogénesis del cuadro, ansiedad, agravación de los síntomas por la tarde, variaciones anárquicas que pueden oscilar de un día a otro, curso prolongado no estacional y pronóstico más desfavorable, con respuesta más pobre que las depresiones endógenas a la terapéutica antidepresiva habitual y mucho más sensible a la psicoterapia. Otra definición de depresión es: estado mental caracterizado por sentimientos de culpa, desesperanza, melancolía, desánimo y la impresión general de que no merece la pena vivir. Puede haber también un deterioro de las funciones mentales y físicas, como apetito, sueño, trabajo, y libido. Los signos y síntomas de la depresión son entre otros: aburrimiento, inmovilidad, pesimismo, irritabilidad, incapacidad de concentrarse y apatía generalizada. Otros fenómenos que indican depresión son: pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor torácico, y dolor de cabeza crónico.

Causas

No se conoce con precisión. Algunos tipos de depresiones como la tensión premenstrual y la depresión menopáusica, se relacionan aparentemente con el metabolismo y la edad de la persona.

2.7-MUJER – CLIMATERIO – MENOPAUSIA

La menopausia significa la interrupción de las menstruaciones por la disminución de la función ovárica. No existe por tanto una menopausia como síndrome universal, sino menopausias, puesto que cada mujer representa una personalidad única, que vivirá “su” menopausia con su cuerpo y con su psiquismo, según su estructura familiar, su vida amorosa y su entorno sociocultural. La menopausia no es una enfermedad, pero la forma como se la vive puede llegar a constituirse en una alteración de la salud. Las mujeres en esta etapa enfrentan situaciones particulares en sus vidas, por la edad de sus hijos y sus propios padres, por la situación laboral y personal, de ellas y de su marido, o la soledad, el divorcio y también la viudez.

Las ventajas de la menopausia se refieren a la finalización de la menstruación y las incomodidades que su higiene produce, como así también al despreocuparse definitivamente de la anticoncepción, el conflicto con embarazos no deseados y el aborto. Las desventajas están relacionadas con las valoraciones prejuiciosas que hacen vivir a la menopausia como si fuese algo vergonzoso, algo para ocultar y silenciar.

Dice la socióloga argentina Nancy López: “En realidad estamos en condiciones de afirmar que no es la pérdida de la menstruación lo que la mujer llora, sino la pérdida del valor simbólico de la ecuación madre-mujer, depositado en la menstruación.

René Kaes, psicoanalista francés, dice que “las soluciones que se ponen en práctica para resolver la crisis varían según sus causas. El mecanismo de extinción implica recurrir a una acción reguladora, eficaz, generadora de nuevos equilibrios estructurales”. Agrega más adelante este autor que “la crisis comprende un aspecto benéfico, puesto que hace posible, gracias a un movimiento de retracción salvadora, las modificaciones del comportamiento, de los sistemas de defensa, de los esquemas de representación y de acción”.

Crisis es para nosotros además, un concepto que incluye un componente de incremento de desórdenes y de una incertidumbre peculiar.

Las crisis solo pueden ser superadas por un mecanismo de regulación psicosocial, compuesto por la actividad intrapsíquica, el encuadre y el entorno psicosocial.

Una crisis psicológica significa el enfrentarse a un cambio trascendente, que genera sensaciones diversas de acuerdo a la vida y cultura de cada persona, que pone en movimiento mecanismos de adaptación y que afecta todas sus áreas: el cuerpo, la mente y sus relaciones personales.

Toda situación nueva, de cambios importantes, moviliza ansiedades humanas básicas, de pérdida y de persecución. Se suele llorar lo que se deja y constituía hasta ese momento el referente vital, y por otro lado, se desconfía y se teme aquello que sobreviene y no se había experimentado antes.

La mujer madura, al aparecer la menopausia y encontrarse dentro del climaterio, debe también despedirse de su cuerpo joven, de su capacidad reproductiva, permitir el despegue del hogar de sus hijos y hacerse cargo de sus propios padres a quienes la vejez hace dependiente y necesitados. Son procesos muy importantes y para nosotros es claro de entender que son estos hechos en este momento de la edad madura, los que suelen desencadenar problemas o síntomas psicológicos o psicosomáticos y no sólo las hormonas, como se suele afirmar.

Hay cambio de algunas funciones psíquicas, lo que se convierte en motivo de preocupación, como las alteraciones de la memoria y la concentración intelectual. Aparece entonces el pánico a la senilidad, se suele asociar con imágenes de mujeres deterioradas o enfermas y el descalificativo social de "arterioesclerótica", conque malignamente se etiqueta a quien comete un acto fallido o posee un olvido selectivo. Debemos en estos recordar que la angustia y las preocupaciones extremas son capaces de alterar la memoria y la concentración, como también las depresiones.

SEXUALIDAD

Todas las etapas de la vida que están ligadas a grandes cambios de la sexualidad humana suelen estar sujetas a prejuicios y son valoradas míticamente. En nuestra cultura se suelen asociar algunos de estos acontecimientos femeninos con patologías o disfunciones de la sexualidad. Tanto es así que cuando se desea insultar a una mujer, porque existe un conflicto en alguna relación, se le dice "es una menopáusica" o "es una histérica", lo cual quiere significar poco satisfecha sexualmente o loca.

La fertilidad, la juventud, la belleza física, el vigor y la fuerza, son los valores más preciados del cuerpo de las personas en nuestra cultura. Casi todos ellos entran en crisis, se atenúan o se pierden durante el climaterio. La sexualidad de la mujer en el climaterio se altera cuando ya estaba perturbada previamente y no por factores de la menopausia como proceso fisiológico. A Marie Langer la revista FEM le realizó una entrevista en 1982 interrogándola acerca de su vejez; este reportaje es realmente un texto que debiera ser leído por muchas mujeres. Ella describe como un hecho determinante para la mujer madura su realización personal, ya que si no trabaja dependerá de sus hijos y nietos, lo cual la define como "marginada laboral". Agrega que existe una situación de injusticia hacia la sexualidad de las mujeres mayores, una negación a reconocer su sexualidad. Afirma que la sexualidad acompaña hasta el final de la vida, para lo cual es importante la estabilidad de los "objetos internos". Esto se refleja al observarnos en el espejo, según conceptos de Melanie Klein. Hoy diríamos que el mejor espejo de una mujer en climaterio es el deseo manifiesto del hombre hacia ella. El seguir sintiéndose deseada y capaz de ser sujeto del deseo del otro. Finalmente Langer agrega un concepto que compartimos totalmente: "Cuando cambie la mujer la imagen corporal de sí misma, la sexualidad va a prolongarse para ella, llegando hasta el final de su vida".

Las funciones esenciales que intervienen en el equilibrio del narcisismo son la sexualidad y la capacidad intelectual. Cuando sobrevienen los primeros síntomas y signos de la menopausia la mujer sufre un fuerte impacto en su narcisismo y su angustia de castración se reactiva en convergencia con lo que ginecológicamente es una castración evolutiva: el cese de la función reproductiva.

La menopausia altera la imagen corporal de la mujer, hiere su narcisismo por la pérdida de la función más calificada de la cultura: la procreación. Entonces se repliega sobre sí misma y esto se objetiva en una disminución del deseo sexual. La menopausia reactualiza todas las valoraciones descalificadoras de la sexualidad, tan frecuentes en nuestra cultura. Al perderse la capacidad procreativa, se pierde la potencialidad de cumplir con el mandato bíblico que es el que justifica la unión de la pareja, la "santifica" por poner la sexualidad al servicio de la procreación. La mujer en la menopausia queda en disponibilidad de disfrutar del sexo por el sexo en sí y allí aparece su conflicto: desgano, disminución del deseo, miedo y depresiones muchas veces ocasionadas por la culpa y la represión y no por las hormonas.

Muchos autores siguen afirmando que luego de la menopausia en todas las mujeres se produce una reducción del deseo y de la capacidad de goce en el sexo. Tal afirmación rotunda es errónea. Muchas mujeres se sienten más excitadas y con menos miedos e inhibiciones. Generalmente lo que sucede es que el marido no experimenta lo mismo, entonces la mujer se siente rechazada y esto daña su autoestima y la deprime.

FAMILIA

Para muchas mujeres entrar en la década de los cuarenta resulta aterrador, pues algunas edades poseen significaciones especiales; otras mujeres manifiestan que a partir de entonces comenzó para ellas una época de descubrimiento de sí mismas, puesto que habiendo superado una serie de crisis estuvieron en condiciones de disfrutar mejor de su existencia. Por supuesto que todo es relativo a cada persona y a la sociedad donde vive.

No todas experimentan el drama del "nido vacío". Muchas se satisfacen por la mayor disponibilidad de tiempo y libertad. Claro que si la única razón de ser de la mujer la han constituido su familia y las tareas relacionadas con el hogar, ahora se podrá sentir inútil, innecesaria y desempleada. Podrá volverse amarga e intentar retener a los hijos a costa de cualquier cosa, bloqueando su autonomía y desarrollo personal. En estos casos la soledad y el aburrimiento la hacen llegar a la menopausia con un bagaje negativo, angustia frente a las horas vacías y resignándose a esperar la vejez que precederá a la muerte.

Durante la etapa de la menopausia las mujeres sienten menoscabarse su autoestima por el proceso de inicio de signos de envejecimiento y la castración evolutiva. Esto las hace ser mucho más sensibles a las conductas afectivas del marido y en ocasiones comienzan a experimentar celos que antes no habían padecido. Resulta, además, conflictivo, porque en la misma época el hombre comienza a temer por su potencia y su capacidad de seducir a las mujeres.

Desde luego está mucho más seguro frente a las que son más jóvenes y algunos, para lograr este reaseguro, viven una relación extramatrimonial. Esto genera problemas en la pareja y puede ocasionar depresiones en las mujeres que transitan su climaterio. También en esta etapa puede acaecer la desgracia del fallecimiento del marido: la viudez y la soledad son factores de riesgo en la menopausia y durante el climaterio. Ellas están preocupadas por su cuerpo, por el cansancio que en ocasiones no pueden justificar, por las canas que comienzan a aparecer, por la irregularidad de sus reglas, incómodas con los calores que las hacen transpirar y arruinar su maquillaje, despertarse de noche arrojando mantas y frazadas al piso, congelando a su marido en invierno. Requieren de contención y comprensión, pero el hombre no está preparado para esta etapa, le suele huir. Le recuerda la menopausia de su madre y también el transcurso del tiempo en su vida.

Se irrita o se ríe de las molestias. En muy pocas ocasiones suele ser un compañero comprensivo. El silencio sobre estos temas, por la vergüenza que aún muchas mujeres experimentan ante sus procesos biológicos naturales, crea una especie de "secretito familiar" que desconcierta, incomunica y aleja a quienes en ese momento deberían apoyarla, como ser hijos y/o marido.

En algunos casos la pérdida de los hijos del hogar paterno se realiza de manera armónica, de común acuerdo entre todos y con ayuda en ese proceso. Pero está también la situación contraria, casos en que no hay posibilidad de exogamia sin ruptura, ya sea con uno o con los dos progenitores. Una de las situaciones problemáticas de las mujeres durante el climaterio es la de sus padres mayores o ancianos.

Debido a los cambios de los roles familiares, hay más ancianos vivos pero menos hijos para poder ocuparse de ellos. En la mayoría de las sociedades actuales se supone que es la hija mujer quien debe encargarse de ese cuidado. Esta demanda sobre la mujer en climaterio ejerce una presión que puede ser fuente de conflictos severos. Si ambos padres permanecen vivos, entre ellos se acompañan, y si la salud se los permite pueden tener autonomía social y económica. Pero cuando uno es viuda, es la hija quien debe hacerse cargo de acompañar, cuidar y llenar el vacío. Todo esto configura un campo adicional de exigencias en relación a suministros afectivos, justamente cuando ella se encuentra con el tema de su propio e incipiente proceso de envejecimiento. El tema es mucho más doloroso cuando los padres, o uno de ellos, no están sanos o padecen de enfermedades invalidantes. Si la situación económica es buena, se podrá contar con ayuda especializada o con internación en instituciones geriátricas adecuadas. En otros casos van a vivir a la casa de los hijos, de la hija generalmente. Esto configura una situación verdaderamente densa, ya que la hija pasa a ser entonces "la madre de su madre", precisamente cuando la exogamia de los propios hijos le había ofrecido una disponibilidad de su propio desarrollo como persona. Es cuando las agobiadas mujeres suelen preguntarse irritadas "¿y a mí cuando me toca?".

Estas encrucijadas existenciales son bien difíciles de resolver, sin que inevitablemente por una u otra razón nuevamente las mujeres tengan que experimentar el sentimiento de culpa, ese viejo conocido que las acompaña casi a lo largo de toda su vida.

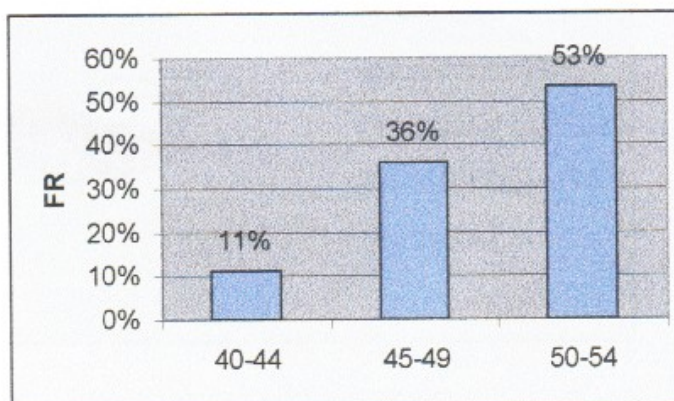
RESULTADOS Y ANÁLISIS

A partir del análisis de la información obtenida, las características generales de la población son las siguientes. La muestra estudiada fue de 100 usuarias.

TABLA N°1: Distribución por edad de las mujeres que consultan en la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período comprendido entre julio agosto 1999.

DISTRUBUCION ETARIA		
EDAD (años)	FA	FR
40-44	11	11%
45-49	36	36%
50-54	53	53%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N°1:Distribución por edad



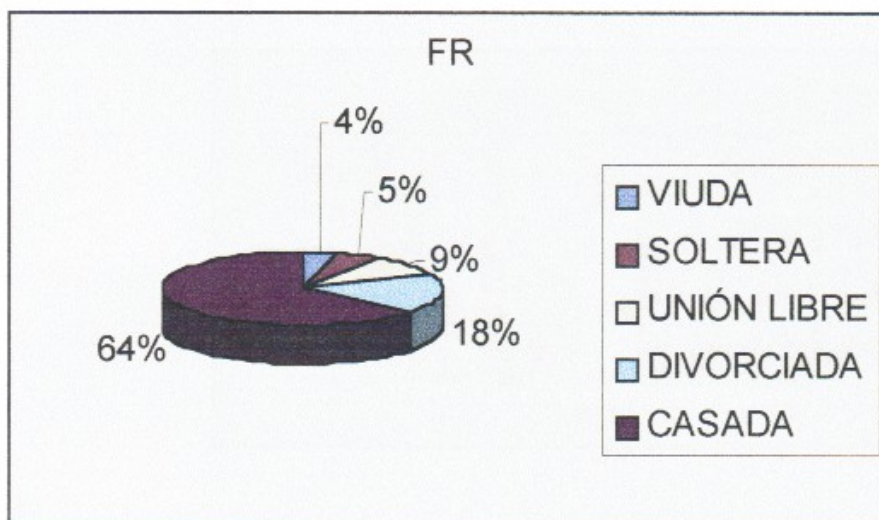
Podemos decir que el promedio de edad fue de 49 años. Destacando que la mitad de la población se encuentra entre los 50 y 55 años.

***Fuente:** entrevista con las usuarias

TABLA N° 2: Distribución según situación de pareja de las mujeres que concurren a la policlínica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período entre julio agosto de 1999.

SITUACIÓN DE PAREJA		
SIT. DE PAREJA	FA	FR
CASADA	64	64%
DIVORCIADA	18	18%
UNIÓN LIBRE	9	9%
SOLTERA	5	5%
VIUDA	4	4%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N° 2: Distribución según situación de pareja



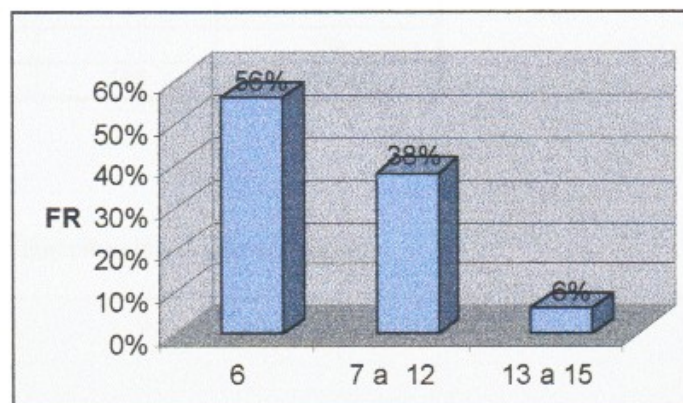
Es de destacar que el 64% está casada, lo que puede influir en cuanto al apoyo familiar y a que la usuaria se sienta acompañada en esta etapa de la vida.

***Fuente:** entrevista con las usuarias

TABLA N° 3: Distribución según años de estudio de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período entre julio agosto de 1999.

AÑOS DE ESTUDIO		
ANOS DE ESTUDIO	FA	FR
6	56	56%
7 a 12	38	38%
13 a 15	6	6%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N° 3: Distribución según años de estudio



En cuanto a los años de estudio, vemos que la mayoría solo tienen primaria completa, lo que puede influir en el entendimiento del tratamiento, y en la capacidad de retener información.

***Fuente:** entrevista con las usuarias

TABLA N°4: Distribución según ocupación

En cuanto a la ocupación, la mitad de la población estudiada trabaja en forma remunerada, la otra mitad es ama de casa; siendo baja la proporción de las desocupadas.

DISTRIBUCION POR OCUPACION		
OCUPACION	FA	FR
TRABAJO FIJO	48	48%
AMA DE CASA	48	48%
DESOCUPADA	3	3%
CHANGAS	1	1%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N° 4: Distribución según ocupación

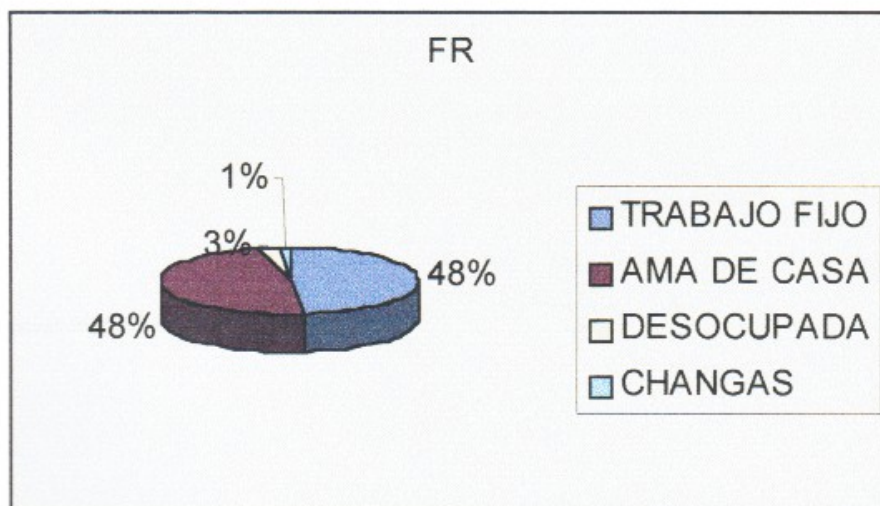


TABLA N°5: Distribución según porcentaje de información de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período entre julio agosto de 1999.

PORCENTAJE DE INFORMACIÓN		
INFORMADA	FA	FR
SI	51	51%
NO	49	49%
TOTAL	100	100%

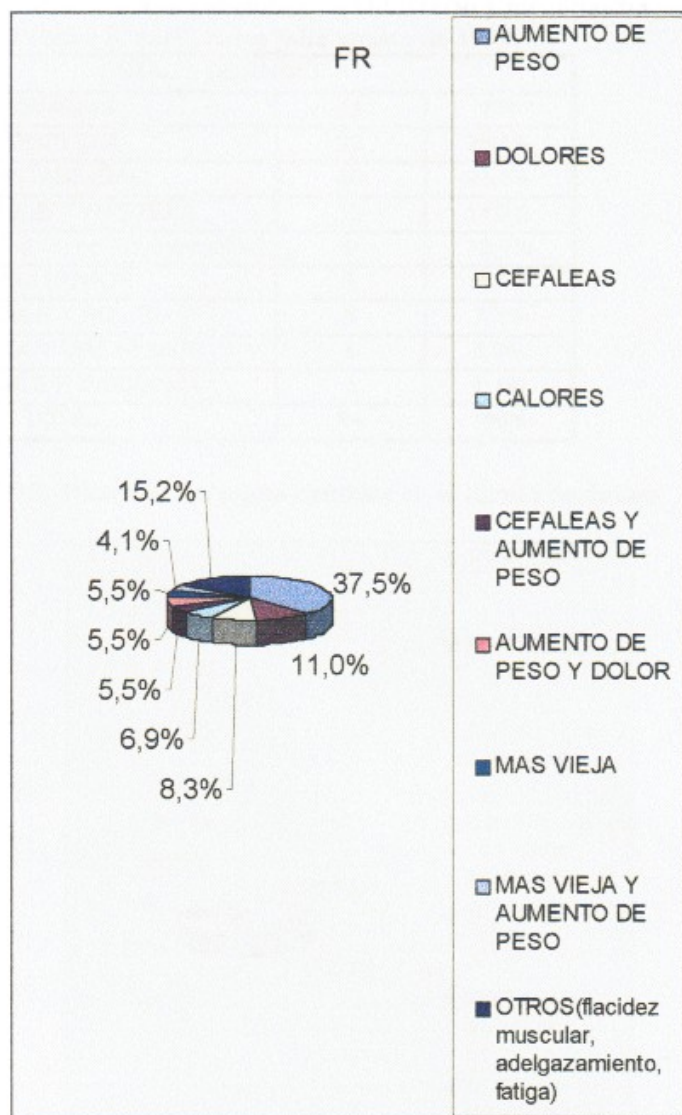
***Fuente:** entrevista con las usuarias

TABLA N°6: Distribución según cambios corporales de las mujeres que se atienden en la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período entre julio agosto de 1999.

CAMBIOS CORPORALES		
CAMBIOS	FA	FR
AUMENTO DE PESO	27	37,5%
DÓLORES	8	11,0%
CEFALEAS	6	8,3%
CALORES	5	6,9%
CEFALEAS Y AUMENTO DE PESO	4	5,5%
AUMENTO DE PESO Y DOLOR	4	5,5%
MÁS VIEJA	4	5,5%
MÁS VIEJA Y AUMENTO DE PESO	3	4,1%
OTROS(flacidez muscular, adelgazamiento, fatiga)	11	15,2%
TOTAL	72	100%

Es de destacar que 72 de las 100 mujeres experimentaron cambios corporales, siendo el mayor porcentaje el aumento de peso, dato que se podría relacionar con la angustia y depresión existente en las usuarias lo que las lleva a consumir mas alimentos.

GRAFICO N°6: Distribución según cambios corporales

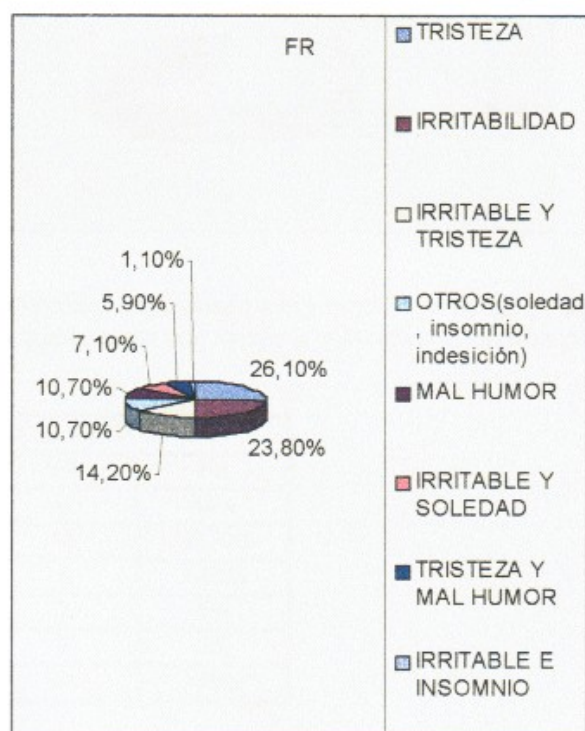


***Fuente:** entrevista con usuarias

TABLA N°7: Distribución según cambios en el estado de ánimo de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

ESTADO DE ÁNIMO		
CAMBIOS	FA	FR
TRISTEZA	22	26,1%
IRRITABILIDAD	20	23,8%
IRRITABLE Y TRISTEZA	12	14,2%
OTROS(soledad, insomnio, indecisión)	9	10,7%
MAL HUMOR	9	10,7%
IRRITABLE Y SOLEDAD	6	7,1%
TRISTEZA Y MAL HUMOR	5	5,9%
IRRITABLE E INSOMNIO	1	1,1%
TOTAL	84	100%

GRAFICO N° 7: Distribución según cambios en el estado de ánimo



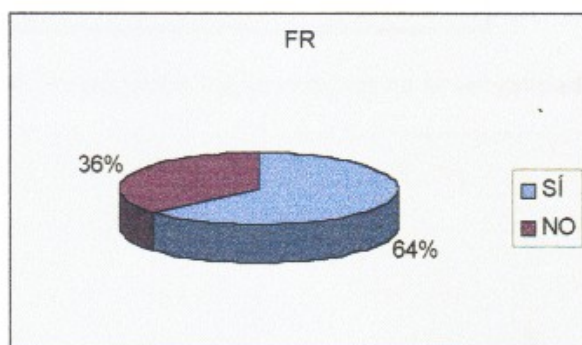
En cuanto a los cambios en el estado de ánimo destacamos que 84 de las 100 mujeres experimentaron cambios, destacándose la tristeza y la irritabilidad.

***Fuente:** entrevista con usuaria

TABLA N°8: Distribución según porcentaje de apoyo familiar de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

SITUACIÓN FAMILIAR		
APOYO	FA	FR
SÍ	64	64%
NO	36	36%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N° 8: Distribución según porcentaje de apoyo familiar



En cuanto al apoyo familiar relacionado a la situación de pareja podemos decir que; de las mujeres que cuentan con apoyo la mayoría son casadas como lo dice la siguiente tabla.

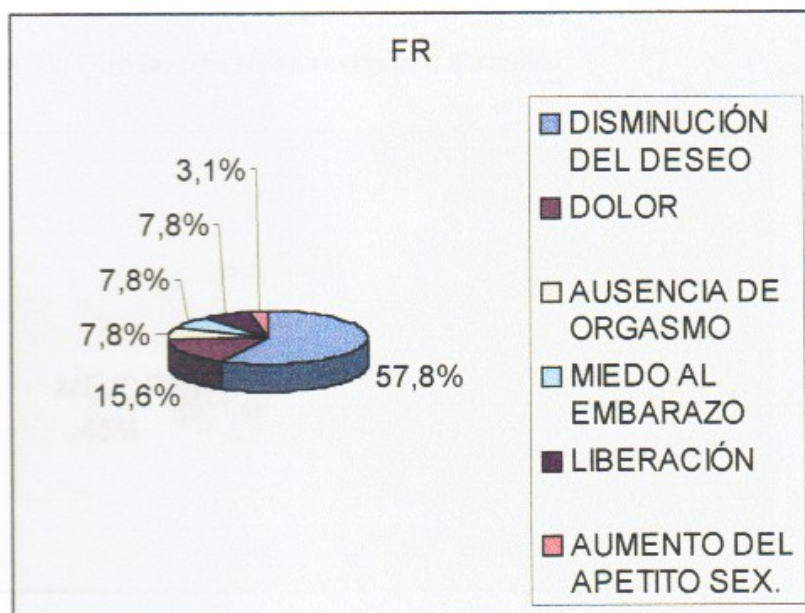
SIT. DE PAREJA Vs APOYO FLIAR		
SIT. DE PAREJA	FA	FR
CASADA	41	64%
DIVORCIADA	12	18,70%
UNIÓN LIBRE	5	7,80%
VIUDA	3	5%
SOLTERA	3	5%
TOTAL	64	100%

***Fuente :** entrevista con usuarias

TABLA N° 9: Distribución según cambios en la sexualidad de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

SEXUALIDAD		
CAMBIOS	FA	FR
DISMINUCIÓN DEL DESEO	37	57,8%
DOLOR	10	15,6%
AUSENCIA DE ORGASMO	5	7,8%
IEDO AL EMBARAZO	5	7,8%
LIBERACIÓN	5	7,8%
AUMENTO DEL APETITO SEX.	2	3,1%
TOTAL	64	100%

GRAFICO N° 9: Distribución según cambios en la sexualidad



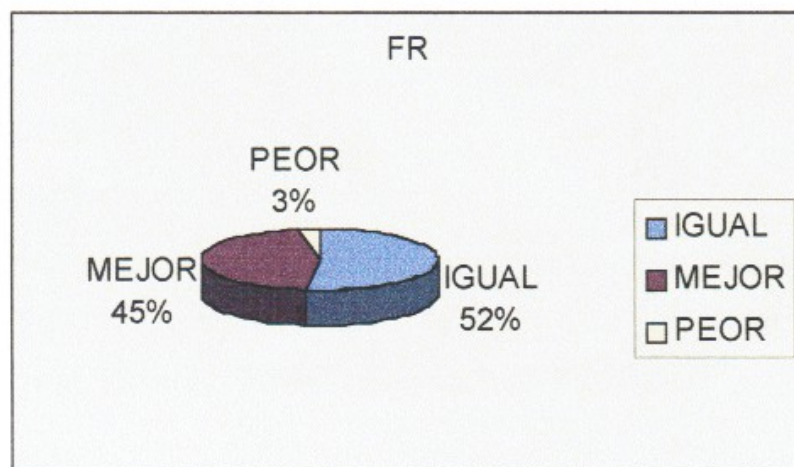
En cuanto a la sexualidad, también se hallaron cambios, dentro de los cuales la mayoría están en la disminución del deseo sexual (57.9%), 15.6% relata tener dolor en la relación sexual, 7.8% ausencia de orgasmo, miedo al embarazo y liberación sexual; 3.1% aumento del apetito sexual.

***Fuente:** entrevista con usuarias

TABLA N° 10: Distribución según sustitución hormonal de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

SUSTITUCIÓN HORMONAL		
PERCEPCIÓN	FA	FR
IGUAL	52	52%
MEJOR	45	45%
PEOR	3	3%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N°10: Distribución según sustitución hormonal



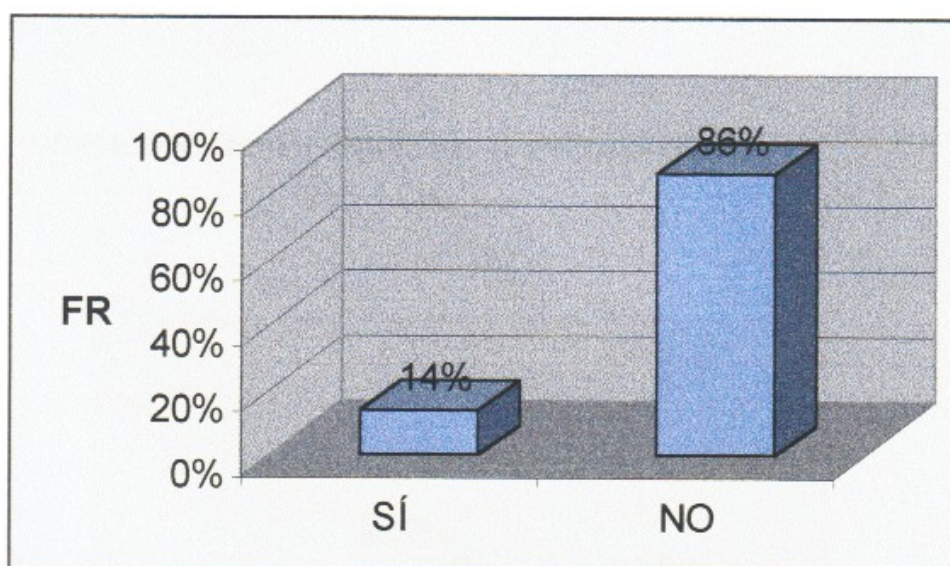
Con respecto al tratamiento sustitutivo hormonal, la mitad de la población se siente igual, de la otra mitad la mayoría está mejor y solo un 3% se siente peor.

***Fuente:** entrevista con usuarias e historias clínicas

TABLA N°11: Distribución según porcentaje de asistencia psicológica de las usuarias de la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

ASISTENCIA PSICOLÓGICA		
RECIBE	FA	FR
SÍ	14	14%
NO	86	86%
TOTAL	100	100%

GRAFICO N° 11: Distribución según porcentaje de asistencia psicológica



En cuanto a la asistencia psicológica, la mayoría no la reciben, punto esencial en dicha investigación, apuntando a una atención integral.

***Fuente:** entrevista con usuarias

TABLA N° 12: Distribución según porcentaje de angustia de las usuarias de la policlínica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

ANGUSTIA		
PRESENCIA	FA	FR
LAVA	5	9,10%
SEVERA	7	12,70%
MODERADA	43	78,20%
TOTAL	55	100%

GRAFICO N° 12: Distribución según porcentaje de angustia

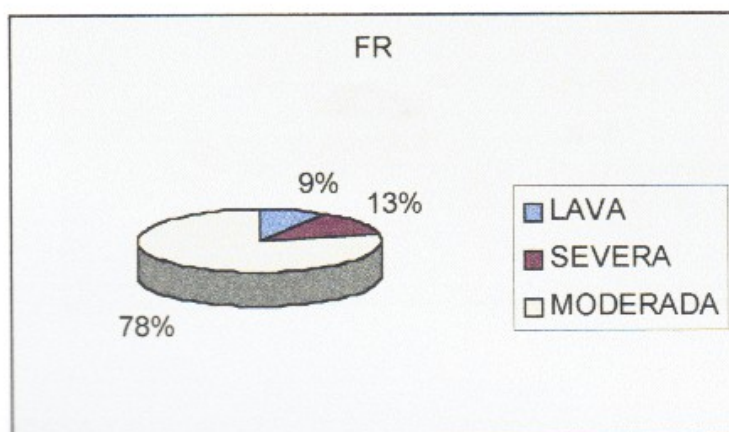


TABLA N° 13: Distribución según porcentaje de depresión de las usuarias de la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

DEPRESION		
PRESENCIA	FA	FR
SEVERA	1	4,76%
LEVE	5	23,90%
MODERADA	15	71,40%
TOTAL	21	100%

GRAFICO N° 13: Distribución según porcentaje de depresión

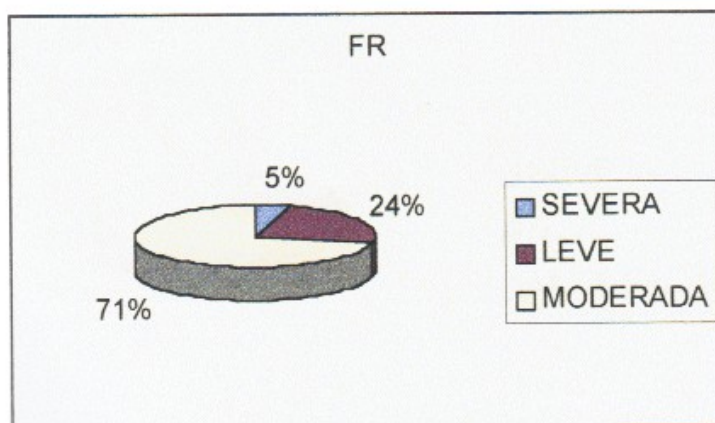
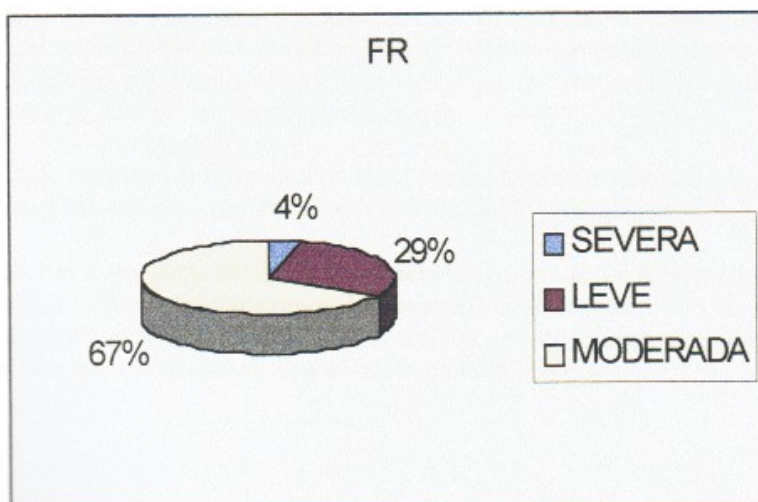


TABLA N° 14: Distribución según porcentaje de angustia y depresión de las mujeres que concurren a la policlínica de climaterio y menopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre julio agosto de 1999.

ANGUSTIA Y DEPRESION		
PRESENCIA	FA	FR
SEVERA	1	4,20%
LEVE	7	29,20%
MODERADA	16	66,70%
TOTAL	24	100%

GRAFICO N°14: Distribución según porcentaje de angustia y depresión



Con relación a la angustia y la depresión, vemos que dicha población pasa por ellas en forma moderada, notando la necesidad de las usuarias de contar con un espacio de charla sobre dichos temas.

***Fuente:** entrevista con usuarias

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- En el presente trabajo tomamos como muestra a las usuarias en climaterio y menopausia fisiológica; ya que pensamos que cuando este período llega en forma abrupta puede tener connotaciones diferentes y producir trastornos físico-psíquicos de mayor relevancia.
- En cuanto a las tareas desempeñadas por el personal de la policlínica, podemos decir que la aux. de enfermería se limita al control de signos vitales y coordinación de nueva consulta. El equipo médico está abocado al tratamiento en base a la sustitución hormonal, derivando a la usuaria para consulta psicológica en un índice poco significativo.
- El comportamiento de la población estudiada nos muestra que el pasaje por éste período de climaterio y menopausia, se realiza con una carga de angustia y depresión moderada, la cual no es apoyada por una consulta psicológica.
- Si bien la mitad de la población manifiesta mejoría luego del tratamiento hormonal sustitutivo, concluimos que éste sería potenciado con la realización conjunta de grupos de autoayuda para poder desmitificar las creencias disminuyendo ansiedades y sintomatología. Creando así un espacio para la mujer en dicho período, donde se realicen talleres que posibiliten ver la menopausia como algo normal de la vida y que no debe sentir vergüenza ni ocultarse, sino hablar sin miedos ni tabúes.
- Hemos visto que la propuesta en salud apunta a brindar atención a la mujer en dicho período, pero aún se trabaja con un modelo biologicista.
- Sugerimos que sería necesaria la existencia de una Lic. en enfermería la cual pudiera formar y liderar grupos de autoayuda conjuntamente con un equipo multidisciplinario, brindando así a la usuaria una atención integral como un ser biopsicosociocultural, mejorando la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- BELLAK L. Psicología de las enfermedades orgánicas. Editorial Paidós. Cap.7 Implicaciones psiquiátricas en ginecología y obstetricia.
- CANALES F.H, ALVARADO E.L, PINEDA E.B. Metodología de la Investigación. Primera edición. Washington D.C, O.P.S 1996.
- CARDOZO S, DEFELD, ESTORCH Climaterio necesidades y expectativas Asistenciales. Prensa médica latinoamericana limitada. Montevideo 1993.
- JENSOULD. S MARGARETH. La edad reproductiva de la mujer. Canadá 1987.
- PARDEL H. CORBO E. Manual de Bioestadística. Primera edición. Barcelona. Editorial Masson. Abril 1986.
- PICHOT P. D S M IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. 1995
- POU FERRARI RICARDO La mujer y su sexualidad. Montevideo 1993
- PRIEST R. G. Trastornos psicológicos en obstetricia y ginecología. Editorial Toray. Cap.8 Menopausia y Climaterio.
- TAMAYO Y TAMAYO El proceso de investigación científica. México. Editorial Limusa 1987.
- VALLEJO RUTLOBA J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Tercera edición. Editorial Masson Salvat. 1991.
- VIDEJA MIRTA, La mujer su climaterio y menopausia.
- Clínicas obstétricas y ginecológicas. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill 1992.
- Cotidiano mujer. Publicación cuatrimestral. Editorial Mujer. Mayo-Agosto 1995.
- Mujer y Salud Mental. Casa de la mujer.
- Primer consenso multidisciplinario sobre evaluación y tratamiento del climaterio femenino. Laboratorio Servi-Medic. Montevideo 1996.
- Taller Menopausia: La mujer en la mitad de la vida. (Encuentro mujer y Salud). Casa de la mujer.
- El doctor en su casa. Enciclopedia médica familiar. Editorial Lord Cochrand

GLOSARIO

ESTUDIO DESCRIPTIVO: Son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como está” la situación de las variables que deberán estudiarse en la población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quienes donde y cuando se está presentando determinado fenómeno. Investiga características de la población; es un primer nivel de investigación y da bases para otros estudios descriptivos.

ESTUDIO TRANSVERSAL: (Según el período y secuencia del estudio). Estudia las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

INSTRUMENTO: Es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro de los objetivos.

MUESTRA: Parte de la población en la cual se efectúa el estudio del fenómeno.

MUESTRA DE CONVENIENCIA O INTENCIONAL: El investigador decide, según sus objetivos, los elementos que integran la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente “típicas” de la población que desea conocer.

POBLACIÓN: Conjunto de todos los individuos que tienen en común alguna característica observable, y en los que se desea estudiar un determinado fenómeno.

ENTREVISTA: Obtención directa de respuestas de un sujeto por parte del investigador, el cual los anota.

PREGUNTAS ABIERTAS: Enunciado abierto para que la respuesta se produzca a juicio del sujeto.

PREGUNTAS CERRADAS: Enunciado con un n° determinado de respuestas, entre las cuales se puede elegir.

TABULACIÓN: Proceso de resumir un conjunto de datos de manera ordenados en una tabla.

VARIABLE: Característica empírica que es objeto del proceso de estudio y que puede manifestarse según dos ó más modalidades. Pueden ser cualitativas o cuantitativas.

VARIABLE CUALITATIVA: Cuyos valores representan cualidades o atributos.

VARIABLE CUANTITATIVA: Puede ser de dos tipos: discreta –Los diferentes valores que presenta la variable pueden ser contados, y entre dos valores consecutivos no existen valores intermedios. Continua –Los diferentes valores que forman la variable son susceptibles de ser medidos y entre dos valores consecutivos existen infinitas modalidades intermedias.

FRECUENCIA ABSOLUTA: Son aquellas que expresan el n° de veces que ocurre un determinado valor de la variable, y solo dicho valor.

FRECUENCIA RELATIVA: Se calcula dividiendo las frecuencias absolutas por el número total de individuos estudiados.

ANÁLISIS: Descomposición de elementos que conforman la totalidad de datos; para clasificar el material obtenido.

CONCLUSIÓN: Enunciado que se deduce de una premisa, mediante ciertas reglas lógicas.

OBJETIVO: Son aquellos aspectos que se desea estudiar, cuya definición se realiza en relación con el problema y con la finalidad de la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN: Es el proceso de llevar una variable de un nivel abstracto a un plano operacional, o sea precisar o concretar al máximo el significado que se otorga a una variable.

ANEXOS

NOMBRE: _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: _____

ANEXO NR 1

EDAD: _____

SITUACION DE PAREJA: _____

NUMERO DE HIJOS: _____

OCUPACION: TRABAJO FIJO ☐
DESOCUPADA ☐
CHANGAS ☐
AMA DE CASA ☐

1- ¿QUÉ SABE USTED ACERCA DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA?
INFORMADA: SI ☐ NO ☐

2- CON RESPECTO A SU CUERPO, ¿CÓMO SE HA SENTIDO USTED EN LOS ULTIMOS AÑOS?

3- CON RESPECTO A SU ESTADO DE ANIMO, ¿CÓMO SE HA SENTIDO USTED EN LOS ULTIMOS AÑOS?

4- ¿SE SIENTE APOYADA USTED POR SU FAMILIA?
SI ☐ NO ☐

5- EN CUANTO A SU VIDA SEXUAL, ¿CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE ESTE PERIODO?

6- LUEGO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO, ¿CÓMO SE HA SENTIDO?

IGUAL ☐
MEJOR ☐
PEOR ☐

7- ¿HA RECIBIDO ASISTENCIA PSICOLOGICA EN ESTE PERIODO?
SI ☐ NO ☐

8- DURANTE ESTE PERIODO DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA, ¿QUE SINTOMAS HA TENIDO?

- PALPITACIONES
- SUDORACION
- TEMBLORES O SACUDIDAS
- SENSACION DE AHOGO O FALTA DE AIRE
- SENSACION DE SOLEDAD

- OPRESION O MALESTAR TORACICO
- ESCALOFRIOS O SOFOCACIONES

- PERDIDA O AUMENTO DEL APETITO
- INSOMIO O HIPERSOMIA
- FALTA DE ENERGIA O FATIGA
- BAJA AUTOESTIMA
- DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE Y TOMAR DESICIONES.
- DESPERTAR PRECOZ
- ANOREXIA Y/O PERDIDA DE PESO

Amor en ocre y pastel

Agatunada en mi cama,
desde un sol de mediodía
cálido,
que me desnuda
acariciándome,
siento el calor de tu cuerpo
y el olor que dejas,
luego del hecho
de nuestras pasiones.
Como volutas de humo,
navegando
en el espacio,
mis pensamientos siguen
imaginariamente,
la ruta de tus cigarrillos
que unidos a los míos,
están impúdicamente
juntos,
en el cenicero de la mesa.
Trato de darle un color
a los recuerdos
de tu presencia,
y sonrío.
Lo hago porque no logro
acostumbrarme,
a eso de que "a mi edad",
se recomiendan los ocre y pasteles,
que mi cabeza se cubre de plata
(sobre el oro)
y que aquel terciopelo
de mi piel,
se hace papel pergamino,
arrugándose.
¿Cómo conjugar, me pregunto
sin hallar respuesta,
la fuerza del "viento rojo"
que posees,
con mis años
del ocre, plata y papel?

*Fuente: "La mujer, su climaterio y menopausia" Mirta Videla.

[illegible]