

ANSIEDAD Y MENOPAUSIA. ESTUDIO CUALITATIVO EN MUESTRA DE MUJERES DE SAN MIGUEL, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Anxiety and Menopause. Qualitative study in a sample of women from San Miguel, Provincia De Buenos Aires
Nadia Borquez¹, Nicolas Piovano², Carlos Cejudo³ y Analía Verónica Losada⁴

Resumen

Esta investigación se enfoca en conocer y describir la ansiedad en mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio. La menopausia es un proceso de cambio y de transición fisiológico, en el que aparecen manifestaciones relacionadas con la ansiedad. Método: Se llevaron adelante 25 entrevistas a adultas de entre 45 y 55 residentes del partido de San Miguel Provincia de Buenos Aires de la República Argentina.

Resultados: Las respuestas obtenidas de la muestra indican que las mujeres participantes manifiestan un nivel alto de ansiedad, esto se confirma ya que la mayoría de ellas expresan tener síntomas compatibles con la ansiedad durante el climaterio. Discusión: La ansiedad aumenta en mujeres adultas que se encuentran transitando la menopausia. Este aumento de ansiedad puede deberse a los cambios hormonales que potencian el desarrollo de síntomas emocionales y psicológicos.

Palabras Clave: Menopausia, Patología, Ansiedad, Síntomas, Climaterio.

Abstract

This research focuses on knowing and describing anxiety in women who are in the climacteric stage. Menopause is a process of change and physiological transition, in which manifestations related to anxiety appear. Method: 25 interviews were carried out with adults between 45 and 55 residents of the district of San Miguel, Province of Buenos Aires, Republic of Argentina. Results: The answers obtained from the sample indicate that the participating women show a high level of anxiety, this is confirmed since most of them show in the interviews to have symptoms compatible with anxiety during the climacteric. Discussion: Anxiety increases in adult women who are going through menopause. This increased anxiety may be due to hormonal changes that can enhance the development of emotional and psychological symptoms.

Keywords: Menopause, Pathology, Anxiety, Symptoms, Climacteric.

Resumo

Esta pesquisa tem como foco conhecer e descrever a ansiedade em mulheres que estão no climatério. A menopausa é um processo de mudança e transição fisiológica, no qual aparecem manifestações relacionadas à ansiedade. Método: foram realizadas 25 entrevistas com adultos entre 45 e 55 moradores do bairro de San Miguel, Província de Buenos Aires, República Argentina. Resultados: As respostas obtidas da amostra indicam que as mulheres participantes apresentam um alto nível de ansiedade, isso se confirma, pois a maioria delas apresenta nas entrevistas sintomas compatíveis com a ansiedade durante o climatério. Discussão: A ansiedade aumenta em mulheres adultas que estão na menopausa. Esse aumento da ansiedade pode ser devido a alterações hormonais que podem potencializar o desenvolvimento de sintomas emocionais e psicológicos.

Palavras-chave: Menopausa, Patologia, Ansiedade, Sintomas, Climatério.

¹ <https://orcid.org/000-0002-4369-6305>

² <https://orcid.org/000-0002-6400-8189>

³ <https://orcid.org/0000-0002-73579514>

⁴ <https://orcid.org/0000-0003-0488-4651>

Universidad de Flores. Correo electrónico: analia_losada@yahoo.com.ar

Introducción

Esta investigación ha buscado conocer y describir la ansiedad en mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio. La ansiedad puede ser definida en términos de un proceso patológico, así también como un proceso normal, presente en los seres humanos. La ansiedad normal se define como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un peligro presente o futuro; que tiene la función de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación de peligro (Cía, 2007). Lo que convierte a la ansiedad en patológica es la intensidad, duración y frecuencia de la respuesta producida frente a este estímulo, siendo de magnitud exagerada en relación con éste, o incluso también cuando se origina en ausencia del mismo (Sierra et al., 2003). La persona adopta un sentimiento de indefensión y, se produce un deterioro de su funcionamiento psicosocial y fisiológico.

A la vez, la menopausia se define como la interrupción permanente de la menstruación ocasionada por la pérdida de la función folicular de los ovarios y se diagnostica de forma retrospectiva después de 12 meses de amenorrea (OMS, 1996). La peri menopausia transcurre desde la época inmediatamente anterior a la menopausia, hasta el primer año después del cese de las menstruaciones; mientras que la pre menopausia representa el ciclo reproductivo en su totalidad hasta que comienza la peri menopausia. La edad de comienzo de la menopausia es aproximadamente a los 51 años de edad (Pantoja et al., 2022).

Según la Asociación Argentina de Menopausia y Andropausia, AAMA, las mujeres que presentaban síntomas leves de ansiedad antes de la menopausia han incrementado sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia, y aquellas mujeres que presentaban síntomas elevados de ansiedad antes de la menopausia se mantuvieron constantes durante la transición a la menopausia (Bromberger et al., 2013). Moizeszowicz (2009) clasifica los tipos de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio: intervención desde la psicología, es decir el acompañamiento psicoterapéutico y el uso de terapia de reemplazo hormonal y psicofármacos. La psicoterapia cognitivo-conductual resulta útil para tratar los síntomas de ansiedad propios del climaterio, ya sea aplicada en forma individual o grupal, a través de la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, los registros de síntomas. También el entrenamiento en relajación y respiración controlada resultaría beneficioso para los síntomas menopáusicos (Jadresic, 2009).

Postula Zelaschi (2003) en cuanto a los tratamientos psicoterapéuticos para la etapa de la menopausia en Argentina que los mismos son privativos de los sectores medios y altos, aunque existen servicios específicos en algunos hospitales públicos. Por otra parte, los servicios prestados no incluyen necesariamente una perspectiva de género ni la inclusión de los determinantes sociales en su abordaje. A la vez, la terapia de reemplazo hormonal con estrógenos es una opción válida para tratar los síntomas de ansiedad leves que se presentan en mujeres que se encuentran transitando el climaterio. En aquellos casos de trastornos del estado de ánimo específicos, los tratamientos que resultan más eficaces son los antidepresivos, la terapia con estrógenos o una combinación de ambos (Jadresic, 2009).

En cuanto a la medicalización de las mujeres que se encuentran transitando esta etapa biológica, cabe mencionar que los medicamentos son utilizados para intentar controlar algunos síntomas de la ansiedad. Esta tarea corresponde a un médico especializado quien deberá prescribir teniendo en cuenta la sintomatología y el caso específico de cada mujer. Los medicamentos más comunes para este propósito son: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La pauta recomendada incluye iniciar benzodiazepinas de acción corta (Cervera y Rovira, 2009).

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como también las variaciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, esta puede ser real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta que se anticipa a una amenaza futura. Ambas respuestas se superponen, aunque también se pueden diferenciar: el miedo frecuentemente es asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (American Psychiatric Association, 2013).

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes, suelen tener una duración de 6 meses o más (American Psychiatric Association, 2013).

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, la persona experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (American Psychiatric Association, 2013).

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en sus hijos. El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave (American Psychiatric Association, 2013).

El quehacer profesional en este sentido cobra relevancia tanto en la intervención temprana como en el tratamiento. El psicólogo debe asumir un rol activo en la terapia de las mujeres con Trastornos de Ansiedad durante la menopausia, y debe trabajar de forma interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, siendo un complemento necesario para realizar un diagnóstico y una correcta intervención. Los programas más frecuentes en el tratamiento de ansiedad incluyen los transdiagnósticos que pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad como: la educación, el incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, el entrenamiento en conciencia emocional, la relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición y la prevención de recaídas. También puede incluir elementos específicos como la exposición interoceptiva y la asertividad (Norton y Philipp, 2008).

El climaterio es un proceso de cambio y de transición fisiológico, en el que aparecen manifestaciones relacionadas con el estrés, como pueden ser: irritabilidad, alteraciones del sueño, frecuencia cardíaca acelerada, dolores de cabeza, necesidad de tranquilizadores o hipnóticos, signos de ansiedad, entre ellos: sudor, temor, agitación y depresión generando olvidos, tristeza y astenia. Estas manifestaciones son las que hacen que se considere al climaterio: un síndrome psicósomático-sociocultural, donde sus síntomas, características y grado de complejidad varían, según el estilo de vida que haya tenido cada mujer y dependiendo de factores como: la salud física, psíquica, hijos, parejas y/o profesión. (O'Connell, 2005).

En la práctica clínica es de vital importancia, para mejorar la calidad de vida de aquellas mujeres que se encuentran transitando la menopausia, eliminar cualquier connotación de enfermedad, patología o anomalía ligada al proceso fisiológico del climaterio. Desde el ámbito de la Salud Pública es importante otorgar una atención médica de calidad, por un equipo multidisciplinario que resuelva inquietudes y brinde un trato amable, lo que brindará a las mujeres un sentimiento de tranquilidad y contención que se traducirá en un incremento de la calidad de vida (Urdaneta et al., 2010).

Para llevar adelante una propuesta de acción habrá que tomar como punto de inicio el reconocimiento de la multideterminación, cultural, socioeconómica y personal en la sintomatología que acompaña a cada mujer durante el climaterio. Es de suma importancia que las mujeres cuenten con espacios en los que puedan expresar

su voz y donde sus necesidades, dudas y temores puedan hacerse explícitos sin preconceptos ni mandatos. También se deberá tener en cuenta que la construcción de creencias y valores de cada mujer son procesos complejos y prolongados. Las estrategias y propuestas del mejor tratamiento surgirán de la experiencia colectiva y de la realización de estudios comparativos en distintos sectores sociales. Finalmente tener siempre presente la perspectiva de género y el derecho a la diversidad (Zelaschi, 2003).

Caravajal et al. (2016) realizaron una revisión en la que se presentan datos acerca de los síntomas de ansiedad durante la transición de la menopausia y se hace alusión a los trastornos de ansiedad generalizada y trastornos de pánico, ya que se ha observado una mayor prevalencia de estas patologías durante la transición de la menopausia, probablemente debido a los cambios hormonales vividos durante esta etapa. En un estudio de cohorte con una muestra de 2,956 mujeres llevado a cabo durante 10 años se observó que mujeres que presentaban síntomas leves de ansiedad antes de la menopausia han incrementado sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia, y mujeres que presentaban síntomas elevados de ansiedad antes de la menopausia se mantuvieron constantes durante la transición a la menopausia. Esta revisión concluye que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en las mujeres que en los hombres, y en el caso de las mujeres se ha observado que aumenta su prevalencia durante la transición a la menopausia. Un trabajo relevante se llevó a cabo por Couto y Nápoles (2014) en el que se analizan los aspectos socio psicológicos durante la menopausia.

El estudio analiza la repercusión del contexto social sobre la persona, cuya sobrecarga física y mental favorece la aparición de procesos psicológicos que deterioran la salud femenina y hacen más crítico el cuadro sintomático en este período. Se señala que el estrés psicosocial puede afectar los valores de los esteroides gonadales durante la menopausia e influir en el estado de ánimo. Esta investigación plantea que los síntomas más frecuentes en esta etapa biológica son de origen psicológico y aunque esto no genera un problema de salud mental grave, puede generar la disminución de la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales de la mujer. Se ha llegado a la conclusión de que el aumento de los episodios de depresión mayor que ocurren en este momento está ligados a los cambios hormonales de la transición a la menopausia, más que a desencadenantes sociales o ambientales, aunque los cambios en factores valiosos del estilo de vida, asociados con la maternidad, la familia, la fertilidad o el rigor y el atractivo físico, pueden precipitar estados depresivos en mujeres predispuestas o vulnerables. Los resultados obtenidos señalan la importancia de diseñar programas para incorporar a las mujeres maduras a trabajos que incrementen su participación social y mejoren su satisfacción personal.

La revisión sobre la calidad de vida en la menopausia fue llevada a cabo por Martínez et al. (2016) y tiene como objetivo explorar la información existente en la literatura que aborda la calidad de vida en el período de la menopausia. Determinó que entre 33-51 % de las mujeres de edad mediana presentan trastornos del sueño al tiempo que transcurren por la menopausia, los cuales pueden ser el resultado de cambios hormonales, síntomas vasomotores o factores psicológicos. Con respecto a esta esfera psicológica, han manifestado: irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida de la memoria, humor depresivo, labilidad afectiva y falta de concentración. De igual forma, aspectos biológicos y psicológicos propios de este momento vital, asociados a las estereotipias culturales, contribuyen a la presentación de serias disfunciones sexuales, así como pérdida de la libido y actividad sexual. El médico tratante debe contar con herramientas y opciones terapéuticas que le permitan brindarles a estas mujeres soluciones frente a los síntomas que afectan su calidad de vida. Actualmente no se cuenta con suficiente evidencia para apoyar una terapia adecuada, que logre dar una respuesta completa a estos pacientes.

Otro estudio que cabe destacar es el realizado por Freeman y Sammel (2016), sobre la ansiedad como factor de riesgo para los sofocos menopáusicos, donde los resultados obtenidos de 233 mujeres durante 14 años de seguimiento demuestran una fuerte asociación predictiva de ansiedad somática con el riesgo de sofocos menopáusicos. El 72% de la muestra tuvo sofocos de moderados a severos durante el intervalo de 14 años. La asociación entre la ansiedad y los sofocos aumentó considerablemente, mientras que la asociación entre la ansiedad afectiva y los sofocos aumentó en menor medida. Las asociaciones temporales sugieren que la ansiedad

somática no es simplemente una medida redundante de los sofocos, sino que predice el riesgo de sofocos menopáusicos y puede ser un objetivo potencial en el manejo clínico de las mujeres peri menopáusicas.

Soares (2014) realizó una revisión sobre los trastornos del estado de ánimo en las mujeres de mediana edad, en el mismo, desarrolla que la transición menopáusica y los primeros años post menopáusicos se han descrito como momentos vulnerables para la mujer y para el desarrollo de síntomas psicológicos. Existe evidencia de que el inicio de la menopausia puede dar inicio a la depresión, pero un episodio depresivo previo, sigue siendo el predictor más fuerte de síntomas del estado de ánimo o depresión durante los años de mediana edad. Los síntomas vasomotores, la ansiedad y otros problemas relacionados con la salud también modulan el riesgo de depresión. Los investigadores esperan desarrollar estrategias preventivas y tratamientos que podrían adaptarse a múltiples dominios de síntomas y mejorar el funcionamiento general.

El estudio de Mishra y Kuh (2012) añade valor al mostrar que sólo una minoría de mujeres tiene síntomas psicológicos relacionados con la transición a la menopausia. Se identificaron cuatro grupos de síntomas en mujeres con menopausia natural: malestar psicológico, somático, vasomotor y sexual. Algunos perfiles de síntomas psicológicos, vasomotores y molestias sexuales han demostrado una clara relación con la transición menopáusica. Los perfiles de síntomas pueden ayudar a los profesionales de la salud a adaptar sus consejos a las mujeres sobre la probable gravedad y duración de sus síntomas durante la menopausia.

Este estudio buscó conocer la ansiedad en mujeres adultas que se encuentran transitando la menopausia en el partido de San Miguel.

Método

Se llevó adelante una investigación de corte cualitativo. Este tipo de investigación se distingue por estudiar una problemática presente en un grupo o comunidad. Como instrumento de recolección de datos se utilizaron entrevistas. La recolección de información se constituye como guía para la toma de decisiones para proyectos, procesos y reformas, tiene como objetivo generar un cambio social, para transformar la realidad de las personas y que las mismas tomen conciencia de su papel en el proceso de transformación, implicando la total colaboración de los participantes (Sandín, 2003).

Para el presente trabajo se tomó en cuenta como sujetos de estudio a 25 mujeres adultas de entre 45 y 55 años, que estén transitando la menopausia, y que residen en la localidad de San Miguel. Las variables de estudio han sido ansiedad y mujeres menopáusicas, siendo que los criterios de inclusión han sido el sexo y franja etaria de 45 a 55 años. A la vez los criterios excluyentes han sido embarazo y mujeres que se encuentren bajo tratamiento hormonal.

Se relevaron datos sociodemográficos como: edad, estado civil, con quién vive, lugar de residencia, nivel educativo alcanzado, presencia o no de los ciclos menstruales y fecha aproximada de la última menstruación, la realización de algún tratamiento hormonal y consumo de psicofármacos. Se realizaron entrevistas en profundidad semi estructuradas a mujeres adultas entre 50 y 60 años que se encuentran transitando la menopausia. En la misma se realizan preguntas como: ¿Es usted una mujer que se preocupa con facilidad? ¿Qué cosas le preocupan? ¿Considera que se preocupa demasiado? ¿Encuentra difícil dejar de preocuparse?

También se realizaron preguntas del nivel general de ansiedad y su sintomatología, se trabajó con una selección de ítems, extraídos del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA. El ISRA se elaboró en España en 1986 y evalúa el nivel general de ansiedad. Es un inventario que incluye tanto situaciones como respuestas. La tarea de la persona que responde consiste en evaluar la frecuencia con que en ella se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Otra característica de este inventario es que recoge conductas o respuestas pertenecientes al sistema cognitivo, al fisiológico y al motor, por lo que se puede obtener una puntuación para cada uno de los tres sistemas citados. La aplicación de la prueba debe realizarse en el siguiente orden: C = cognitivo, F= fisiológico, M= motor. Para evaluar esta frecuencia se utiliza una escala de cinco puntos, con las siguientes categorías: 0= casi nunca 1= pocas veces 2= unas veces sí otras veces no 3= muchas veces 4= casi siempre (Tobal y Cano, 1986).

A las participantes del estudio se les explicó acerca de los objetivos del estudio, los procedimientos empleados y el alcance de los resultados. Para ser incluidas dentro del estudio previamente han dado su consentimiento, cada una de ellas recibió y cumplimentó el formulario de consentimiento informado. Esta investigación sigue los lineamientos éticos que requiere el vigor científico. Se le otorgó a cada participante toda la información adecuada referida a la investigación y sus fines, de forma clara y en el lenguaje del participante, quien ha brindado su consentimiento de forma libre y voluntaria. Esta acción se realizó previo al inicio del procedimiento y la persona podrá retirarse en cualquier instancia si así lo requiere (Losada, 2014).

Resultados

La muestra obtenida se conformó por 25 mujeres que residen en la ciudad de San Miguel, que se encuentran transitando la menopausia y la peri menopausia, con edades comprendidas entre los 45 y 55 años y que al momento de participar del estudio no están recibiendo un tratamiento de reemplazo hormonal. El instrumento ha sido una entrevista con una previa administración del consentimiento informado para cada mujer y luego la entrevista.

En primer lugar, se analizaron los datos sociodemográficos obtenidos para luego describir los resultados comportamentales, cognitivos y fisiológicos de la muestra. Respecto a la edad de las participantes según los datos analizados se observa con 55 años $n= 3$, con 54 años $n=2$, con 53 años $n= 2$, con 52 años $n= 3$, con 51 años $n= 3$, con 50 años $n= 3$, con 49 años $n= 4$, representando la mayor parte de la muestra con un 16%, con 48 años $n= 2$ mujeres, con 46 años $n= 2$ mujeres y con 45 años $n= 1$.

En relación al estado civil de las participantes según los datos analizados se observa que: casadas $n= 16$, representando la mayor parte de la muestra, un 64%, solteras $n= 3$, separadas $n= 3$ mujeres, divorciadas $n= 2$ y en concubinato $n=1$.

En tanto al consultársele respecto del grupo de convivencia de las participantes según los datos obtenidos se observa que: 13 mujeres conviven con pareja e hijos, lo que representa un 52% de la muestra, 5 mujeres conviven con sus hijos, 4 mujeres conviven con su pareja, 2 mujeres viven solas y una mujer vive con su padre.

Respecto al máximo nivel educativo alcanzado por las participantes la información que arroja la muestra, tal y como se observa en el gráfico 4 es: 13 mujeres alcanzaron un nivel educativo terciario, representando un 52% de la muestra, 7 mujeres alcanzaron un nivel educativo universitario, representando un 28% de la muestra, 2 mujeres alcanzaron un nivel educativo de posgrado, representando un 8% de la muestra, dos mujeres completaron su educación primaria, representado un 8% de la muestra y una mujer completó su educación secundaria, representando el 4% de la muestra. Con relación a los ciclos menstruales de las participantes: 19 mujeres manifiestan que no presentan, representando un 76% de la muestra, 4 mujeres manifiestan ser irregulares por haber tenido dos periodos en el último año, representando un 16% de la muestra y 2 mujeres manifiestan ser regulares, pero ya presentan los síntomas característicos de la menopausia, representando un 8% de la muestra.

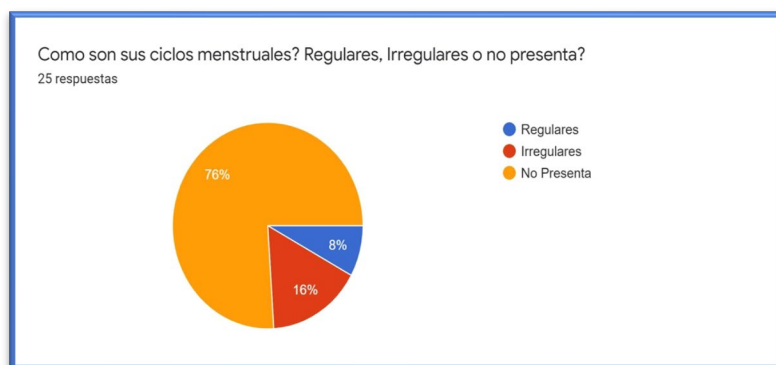


Gráfico 1 Ciclos menstruales

De las 25 mujeres entrevistadas 12 de ellas presentan sofocos y 13 no presentan. Las participantes que presentan sofocos manifiestan que los mismos aparecen en distintos momentos del día, pero que se intensifican por las noches, lo que provoca alteraciones en el sueño y períodos de insomnio, cómo se observará en los resultados arrojados en el apartado 6.3.2- Área Fisiológica. Cuando surgen se producen alteraciones de su estado de ánimo, manifiestan irritabilidad, nervios, cambios bruscos de humor, y fastidio. Cuando estos aparecen suelen sentir un calor intenso que surge en nuca y cuello para luego expandirse hacia el rostro, estos sofocos se acompañan de transpiración, taquicardia y sequedad bucal.

Respecto a los ciclos menstruales de las participantes: 19 mujeres manifiestan que no presentaron su periodo durante el último año, y la edad en que el mismo se ausentó se compone de la siguiente manera: 4 participantes a los 49 años, representando la mayor parte de la muestra, 3 participantes a los 46 años, 2 participantes a los 48 años, dos participantes a los 44 años, dos participantes a los 51 años, 1 participante a los 39 años, 1 participante a los 41 años, 1 participante a los 43 años, 1 participante a los 45 años, 1 participante a los 50 años y 1 participante a los 54 años.

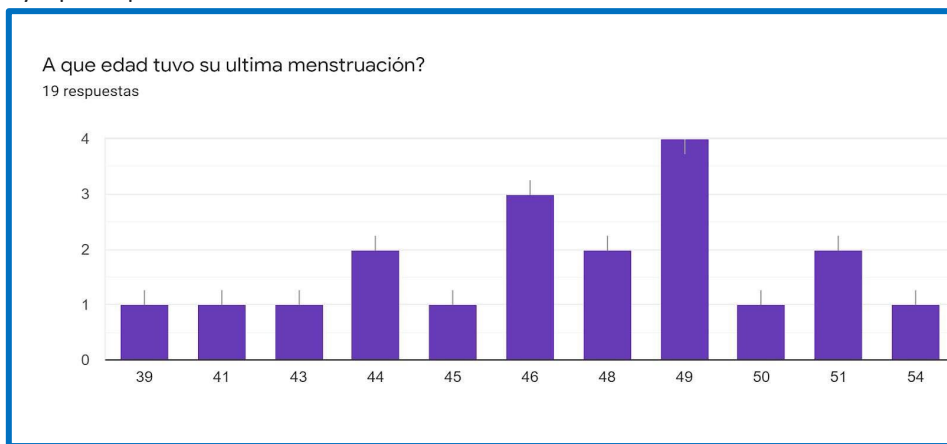


Gráfico 2 Edad de última menstruación

Al respecto de reocupaciones que surgen con facilidad de las 25 mujeres que realizaron la prueba, 16 respondieron que sí, que se preocupan bastante y con facilidad, 6 respondieron que no y 3 mencionaron que se preocupan un poco, por lo que se puede observar que la mayoría de las mujeres entrevistadas expresan preocuparse con facilidad.

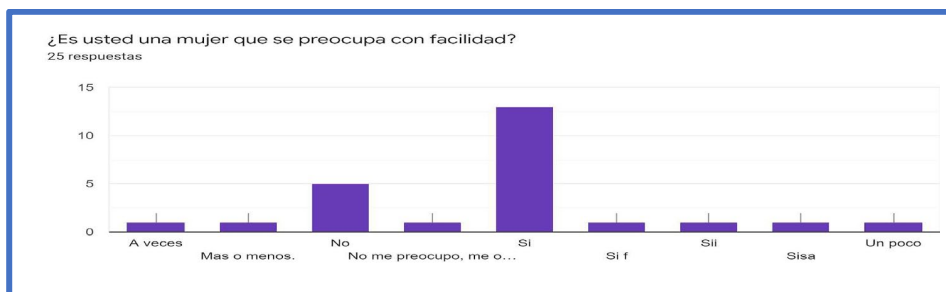


Gráfico 3 Preocupaciones

Con respecto a qué temas les preocupan: 24 de ellas coincidieron en preocuparse por su familia, el trabajo y la salud, generalmente de otros miembros de la familia. En las entrevistas algunas agregaron también preocuparse por la economía nacional y mundial, por el medio ambiente, la contaminación y los animales y solo una mujer manifestó no sentir preocupaciones. El 56% de las mujeres entrevistadas cree que se preocupan demasiado y en

exceso, un 28% cree que no y un 16% que a veces. Se puede observar por las respuestas obtenidas que durante la menopausia las mujeres presentan preocupaciones excesivas.

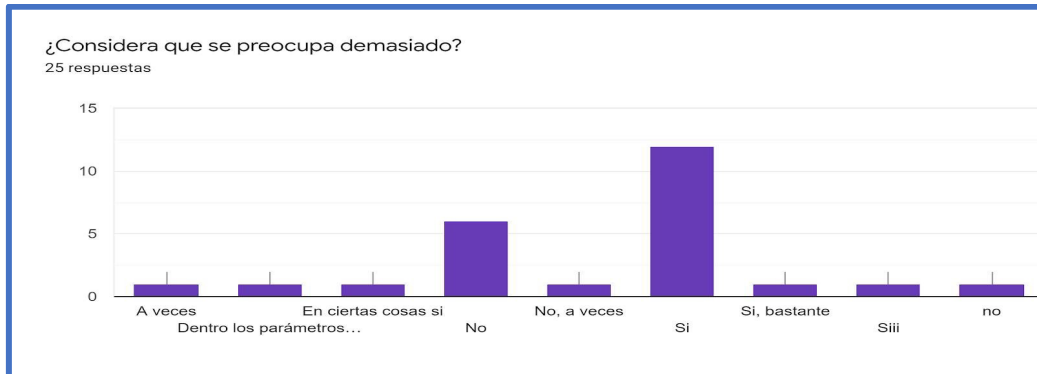


Gráfico 4 Preocupaciones excesivas

El 52% de las mujeres, representada por 13 participantes, manifiesta que les resulta difícil dejar de preocuparse siendo que el 28% de las mujeres, representada por 7 participantes, manifiesta que no le resulta difícil dejar de preocuparse especialmente cuando se encuentran ocupadas y el 20% de las mujeres, representada por 5 mujeres, han expresado que a veces les resulta difícil dejar de preocuparse, depende del tema de preocupación y de que se tengan que ocupar. Como se ve en el siguiente gráfico.

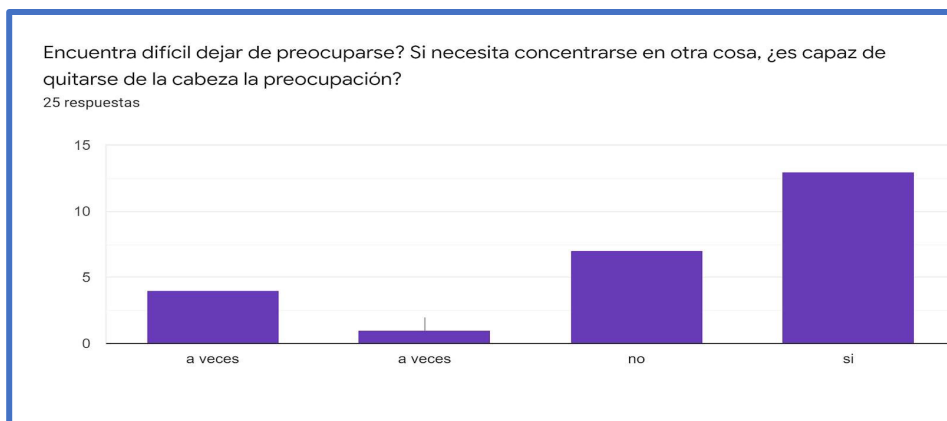


Gráfico 5 Dejar atrás preocupaciones

En términos de si encuentran cosas que las preocupen o las pongan ansiosas cuando todo va bien: 12 mujeres contestaron que no, representando un 48% de la muestra, 11 mujeres contestaron que sí, representando un 44% de la muestra, y dos mujeres contestaron que a veces encuentra cosas que la siguen preocupando, representando un 8% de la muestra.

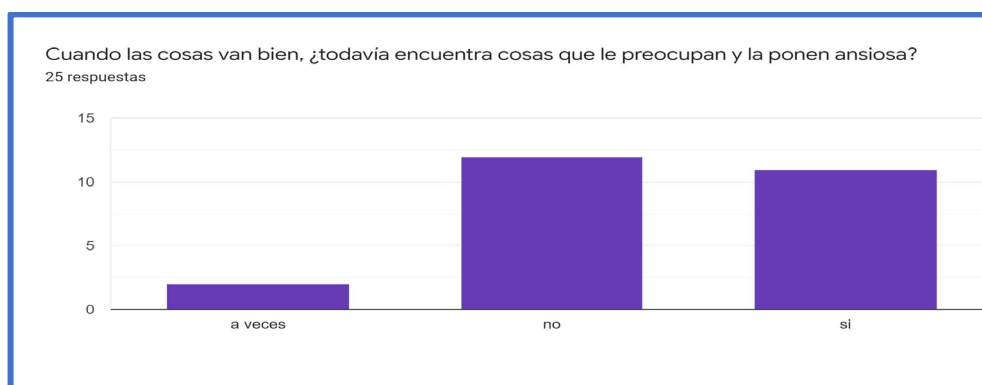


Gráfico 6 Estado de preocupaciones en momentos favorables

En cuanto a las respuestas cognitivas referidas a aquellas preguntas sobre pensamientos, sentimientos de preocupación, miedos e inseguridades las mismas se conformaron de la siguiente manera:

- -¿Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible? El 52% de las participantes 13 mujeres, respondieron que sí y el 48% de las participantes, 12 mujeres, respondieron que no.
- -¿Ha tenido pensamientos o sentimientos negativos sobre usted misma? El 52% de las participantes, 13 mujeres, respondieron que sí y el 48% de las participantes, 12 mujeres, respondieron que no.
- -¿Ha experimentado inseguridad sobre usted misma? El 56% de las participantes, 14 mujeres, respondieron que sí y el 44% de las participantes, 11 mujeres, respondieron que no.-¿Se ha irritado o enfadado con facilidad? El 56% de las participantes, n=14, respondieron que sí y el 44% de las participantes, n=11, respondieron que no.
- -¿Ha tenido temor a que noten su ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede? El 80% de las participantes, n= 20, respondieron que no y el 20% de las participantes, n= 5, respondieron que si.

Del análisis de las respuestas surge que la mitad de las participantes ante una situación crítica y de preocupación experimentan un estado de alerta y la sensación de que algo terrible fuera a suceder, surgen pensamientos negativos sobre ellas mismas, se sienten inseguras e irritables, lo cual las lleva a tener su atención y capacidad de tomar decisiones disminuida. La otra mitad de las entrevistadas respondieron que no suelen tener los síntomas nombrados anteriormente. En cuanto a la idea de que las personas de su entorno observen su conducta y noten su ansiedad el 80% de las mujeres respondió que no temen a que eso suceda.

En cuanto a las respuestas fisiológicas referidas a aquellas preguntas sobre lo que sucede en sus cuerpos como molestias en el estómago, sudor, temblor, tensión, palpitaciones, aceleración cardíaca las mismas se conformaron de la siguiente manera:

- -¿Ha sentido tensión en su cuerpo cuando surgen sus preocupaciones? El 72% de las participantes n=13, respondieron que sí, que sienten tensión en su cuerpo cuando surgen las preocupaciones y el 16% de las participantes, n=4, respondieron que no, mientras que el 12% restante, n=3, manifestaron que a veces sienten esa tensión, dependiendo de la preocupación.
- -¿Ha tenido molestias en el estómago, sudor, temblor, palpitaciones, aceleración cardíaca? ¿Qué molestia ha tenido? El 76% de las participantes, n=19, respondieron que sí, cuando están preocupadas y nerviosas tiene reacciones fisiológicas, y el 24% de las participantes, n=6, respondieron que no. Del análisis de las 19 mujeres que respondieron que, si surge que el 58% de las participantes, n=11, tienen palpitaciones, el 21% de las participantes, n=4, tienen molestias estomacales, el 16% de las participantes, n=3, sienten dolor y opresión en el pecho, el 5% de la muestra, n=1, tiene sudor intenso.

También agregaron en ocasiones tener temblores, llanto continuo, dolor de cuerpo, dolor de cabeza, falta de aire y respiración agitada.

- -¿Ha experimentado problemas para dormir? El 60% de las participantes, 15 mujeres, respondieron que sí, que han sufrido alteraciones en el sueño, incrementados por la aparición de sofocos y sudoración, lo que las irrita y enoja. El 40% de las participantes, 10 mujeres, no ha experimentado problemas para dormir ni alteraciones en el sueño.

Del análisis de las respuestas surge que la mayoría de las entrevistadas tienen respuestas del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso central, como son palpitations, taquicardia, dolor y opresión en el pecho, molestias estomacales, sudor, tensión muscular, respiración agitada y falta de aire, temblores, llanto, dolor de cuerpo y de cabeza. Estas respuestas son las que las entrevistadas experimentan de manera recurrente cuando se encuentran preocupadas y nerviosas y con miedos. En cuanto a los problemas para dormir suelen surgir por que no pueden sacarse una preocupación de la cabeza o por la aparición de sofocos.

En cuanto a las respuestas motoras referidas a lo que manifiestan sus comportamientos, como movimientos repetitivos de pies, manos, rascarse, limpiar, moverse por la casa, salir a correr, fumar, comer o beber en exceso, evitación de situaciones, las mismas se conformaron de la siguiente manera:

- -¿Se ha encontrado tan intranquila que no podía estarse quieta? ¿Qué movimientos repetitivos ha tenido? El 52% de las participantes, 13 mujeres, respondieron que no y el 48% de las participantes, 12 mujeres, respondieron que sí, que han estado tan intranquilas que no podían mantenerse quietas, entre los movimientos repetitivos nombraron los siguientes: el 67% de ellas, 8 mujeres, manifestaron limpiar repetitivamente sus casas y jardines, expresaron la necesidad de mantener sus manos ocupadas, el 33% restante, 4 mujeres, manifestaron la necesidad de mover repetidamente manos y pies, rascarse, sentir un hormigueo en todo el cuerpo que las hace moverse y salir a caminar.
- -¿Ha fumado, bebido o comido en exceso? El 84% de las participantes, n=21, respondieron que no han fumado en exceso en los últimos 6 meses, el 16% de las participantes, n=4, respondieron que sí han fumado en exceso en el mismo periodo de tiempo. El 100% de las entrevistadas, n=25, respondieron que no habían bebido en exceso, la mayoría remarcó que no beben. El 64% de las participantes, n=16, respondieron que si han comido en exceso en los últimos 6 meses, llevándolas a tener un aumento significativo de peso, mientras que el 36%, n=9, respondieron que no y que han mantenido sus hábitos alimenticios.
- -¿Ha evitado situaciones que podrían ponerla ansiosa? ¿Que tipo de situaciones? El 68% de las participantes, 17 mujeres, respondieron que sí, que tienden a evitar situaciones que las ponen ansiosas: el 76% de ellas, 13 mujeres, manifestó evitar reuniones familiares, el 18% de ellas, 3 mujeres, manifestó evitar situaciones laborales y sociales y el 6%, representada por una mujer manifestó que evita situaciones familiares, laborales y sociales. El 32% restante de las participantes, 8 mujeres, respondieron que no evitan situaciones que las ponen ansiosas.

Del análisis de las respuestas surge que las participantes presentan un índice medio de agitación motor o manifestaciones físicas fácilmente observables por otra persona, que a simple vista puedan ser captadas por los demás.

Discusión

En la presente investigación se analizaron las respuestas obtenidas de una muestra de mujeres que se encuentran atravesando la menopausia, que residen en la ciudad de San Miguel, provincia de Buenos Aires. El objetivo principal ha sido analizar la ansiedad en adultas que se encuentran transitando esta etapa biológica. Luego de un análisis exhaustivo, las respuestas obtenidas de la muestra indican que las mujeres participantes

manifiestan un nivel alto de ansiedad, esto se confirma ya que la mayoría de ellas revelan en las entrevistas tener síntomas compatibles con la ansiedad durante el climaterio. Como se observa durante el estudio hay adultas transitando la menopausia que presentan ansiedad, por lo cual este es un grupo que se beneficiaría de la atención psicológica. La tarea como psicólogos es la de acompañar a la mujer en esta etapa de su vida. El papel de la psicoeducación es fundamental, para afrontar esta como una etapa más de la vida. Las intervenciones psicológicas ayudarán a las mujeres a aceptar el cambio del ciclo vital, distinguir, evaluar y aliviar los síntomas psicológicos derivados de la menopausia, como así también favorecer una mejora en la calidad de vida de la mujer, identificar y controlar las preocupaciones excesivas y creencias irracionales, reestructurar ideas irracionales y erróneas sobre la visión de la menopausia a nivel físico, emocional y sexual, promover conocimientos y hábitos saludables con el fin de mejorar la calidad de vida bio-psico-social y proporcionar técnicas que faciliten la gestión de emociones (Reina, 2017).

En cuanto a la edad en la que comienza la menopausia según Pantoja et al. (2022) es aproximadamente a los 51 años de edad, pero es normal que ocurra en cualquier momento entre los 41 y los 59 años. En el presente estudio un mayor porcentaje de mujeres manifestó haber tenido su último período menstrual entre los 46 y 50 años de edad, coincidiendo de esta manera con lo expuesto por el autor al estar dentro del rango etario de los 41 y 59 años lo que se describe como normal para la aparición de la menopausia.

Como plantean Couto y Nápoles (2014), los síntomas más frecuentes durante la menopausia son de origen psicológico y aunque los mismos no generan un problema de salud mental grave, provocan la disminución de la satisfacción personal e influyen en las relaciones interpersonales. En la presente investigación el 68% de las participantes manifestó que evita situaciones familiares, sociales y laborales ya que les generan nervios y ansiedad, por lo que se ven disminuidas las interacciones interpersonales. Esto reafirma la idea de que durante este periodo característico de las mujeres surgen los síntomas ansiosos.

Respecto a los trastornos del sueño en mujeres que se encuentran transitando la menopausia los resultados obtenidos muestran similitudes con un estudio realizado por Martínez et al. (2016), en el que se determinó que entre 33% y el 51 % de las mujeres de edad mediana presentan trastornos del sueño al tiempo que transcurren por este ciclo vital, los cuales pueden ser el resultado de cambios hormonales, síntomas vasomotores o factores psicológicos. En la presente investigación, el 60% de las participantes manifestó sufrir alteraciones en el sueño, incrementados por la aparición de sofocos y sudoración, lo cual las irrita y enoja. Con respecto a la esfera psicológica, la muestra estudiada ha manifestado: irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida de la memoria, humor depresivo, labilidad afectiva y falta de concentración, lo cual se condice con la investigación actual en la que el 56% de las entrevistadas afirmó haberse irritado o enfadado con facilidad durante los últimos seis meses. Cuando comienza la menopausia, disminuyen los niveles de estrógeno lo cual repercute en el estado de ánimo de las mujeres y surgen síntomas asociados al estado de ánimo.

En el DSM 5 (2013) afirma que la característica principal del trastorno de ansiedad generalizada es: ansiedad y preocupación excesivas. Describe que a la persona le resulta difícil controlar la preocupación, y la constancia de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas y se acompaña de al menos tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud, nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. En el presente estudio se puede observar que la mayoría de las participantes considera que tienen preocupaciones excesivas y que les es difícil sacarse esa preocupación de la mente para desarrollar otra actividad o concentrarse en otra tarea, también han manifestado tener inquietud motora, la mayoría hace tareas domésticas, han tenido periodos de insomnio, tensión muscular y se han sentido irritadas. Esta información aportada por las participantes se condice con las características de ansiedad generalizada aportadas por el DSM.

Con esta investigación se pretende realizar un aporte a la comunidad académica, ya que vincula y relaciona dos temas importantes para la mujer adulta: la ansiedad y la menopausia. Se ha encontrado mucho material sobre

- Cervera, E. & Rovira, J. (2009). Aconitum para el trastorno de pánico: razones para la esperanza. *Revista medica de homeopatía*, 2, 144-146.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- Couto, D., & Nápoles, D., (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *MEDISAN*, 18(10), 1409-1418.
- Freeman, E. & Sammel, M. (2016). Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: evidence from the Penn Ovarian Aging cohort. *Menopause*, 23(9), 942-9. doi:10.1097/GME.0000000000000662.
- Jadresic, E. (2009). Climaterio: Depresión y alteraciones del ánimo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20, 61-65.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps.) *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica* (pp. 159-167). Ediciones Universidad de Flores.
- Martínez, L., Lopera, J., Parada, A., Jaramillo, L. & Rojas, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. *Rev cuba med gen integr*, 32(3), 128138.
- Mishra, G. & Kuh, D. (2012). Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. *BMJ Clinical Research*, 344(1), e402. doi:10.1136/bmj.e402.
- Moizeszowicz, J. (2009). *Psicofarmacología psicodinámico IV: Actualizaciones*. Fundopsi.
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214–226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- O’Connell, E. (2005). Mood, energy, cognition and physical complaints: a mind/body approach to symptom management during the climateric. *Jobsret ginecol neonatal nurse*, 30(2), 274-9.
- Pantoja, E. L. P., Ciau, P. S., & Pérez, V. Y. (2022). Metabolismo óseo y osteoporosis: conceptos y funciones. *Revista Biomédica*, 33(1), 22-32.
- Reina, F. (2017). Cambios Psicológicos en la Menopausia. *Psicología ySalud*, 1-3.
- Sandín, E. (2003). Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. *Revista de Pedagogía*, 26(77), 48-58.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev. Malestar Subj*, 3(1),10-59.
- Soares, C. (2014). Trastornos del estado de ánimo en las mujeres de mediana edad, comprensión de la ventana crítica y sus implicaciones clínicas. *Menopausia*, 21, 2, 198-206. doi:10.1097/ME.00000000000000193.
- Tobal, J. & Cano, A. (1986). *ISRA- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. TEA Ediciones.
- Urdaneta, J., Cepeda, M., Guerra, M., Baabel, N. & Contreras, A. (2010). Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 75(1), 17-34.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa : informe de un Grupo Científico de la OMS. Organización Mundial de la Salud.
- Zelaschi, S. (2003). *El abordaje social y cultural de la menopausia, aportes para la reflexión en programas de cooperación y trabajo comunitario*.

Fecha de recepción: 05 de enero de 2022
Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2022

la menopausia y la depresión, pero no la relación de la misma con la ansiedad. El presente estudio recoge y analiza información y experiencias de mujeres adultas de la ciudad de San Miguel.

El presente estudio posee una serie de limitaciones que deben ser señaladas: en primer lugar, debido al aislamiento social preventivo y obligatorio decretado por la emergencia sanitaria mundial, ante la pandemia de COVID-19, las entrevistas no pudieron realizarse personalmente, por lo cual se perdió el contacto directo y la posibilidad de crear un contexto cercano entre entrevistadas y entrevistadora. En segundo lugar, la muestra está compuesta en su gran mayoría por mujeres con un nivel educativo terciario, lo que dificulta la obtención de resultados más heterogéneos.

Por otra parte, las participantes han sido muy abiertas y sinceras a contar sus miedos, preocupaciones y experiencias, han demostrado mucho entusiasmo y colaboración al referir la entrevista a sus amigas dentro del mismo rango etario.

No hay evidencia clara de que la transición a la menopausia por sí sola, aumente los niveles de ansiedad, por lo tanto creo importante promover la realización de más investigaciones sobre el tema, para entender y comprobar la existencia de una relación directa entre ambas variables.

Conclusiones

De acuerdo con el objetivo planteado en la presente investigación, se puede concluir en términos generales que se logró analizar que las mujeres participantes manifiestan un nivel alto de ansiedad. La ansiedad aumenta en mujeres adultas que se encuentran transitando la menopausia. Este aumento de ansiedad puede deberse a los cambios hormonales que pueden potenciar el desarrollo de síntomas emocionales y psicológicos. En los cambios importantes de la vida, como los cambios de ciclos vitales, suelen surgir síntomas de ansiedad.

Estos síntomas disminuyen con el paso del tiempo pero se pueden repetir frente a situaciones de crisis, como los cambios que se dan en las mujeres al llegar a la edad adulta y a la etapa de la menopausia.

La ansiedad patológica afecta la salud de las personas, es importante recibir un tratamiento adecuado, para ello se recomienda que la persona acuda a un profesional de la salud mental, que dispone de distintos tratamientos para tratar esta patología. Para las mujeres que están transitando la menopausia lo más efectivo es combinar la atención de distintos profesionales de la salud que trabajen de forma interdisciplinaria, para conseguir un tratamiento óptimo.

Es de suma importancia la creación de espacios comunitarios psicoeducativos espacios donde las mujeres sean escuchadas y puedan expresar sus dudas y necesidades sin temor y donde se tenga en cuenta la singularidad de cada mujer con sus creencias y valores.

No hay evidencia clara de que la transición a la menopausia por sí sola, aumente los niveles de ansiedad, por lo tanto, se estima importante promover la realización de más investigaciones sobre el tema, para entender y comprobar la existencia de una relación directa entre ambas variables. Con el objetivo de prevenir la aparición de síntomas emocionales y psicológicos, y en caso de que aparezcan, poder ofrecer un tratamiento acorde para cada mujer, teniendo en cuenta sus singularidades y así poder mejorar su calidad de vida.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*.
Bromberger, J., Kravitz, H., Chang, Y., Randolph, J., Avis, N., Gold, E. & Matthews, K. (2013). Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of women's health across the nation. *Menopause*, 20(5), 488–495. doi: 10.1097/GME.0b013e3182730599.
- Caravajal, A., Flores, M., Marin, S. y Morales, C. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción humana*, 30,(1), 39-45.
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.003>.

- Cervera, E. & Rovira, J. (2009). Aconitum para el trastorno de pánico: razones para la esperanza. *Revista medica de homeopatía*, 2, 144-146.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- Couto, D., & Nápoles, D., (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *MEDISAN*, 18(10), 1409-1418.
- Freeman, E. & Sammel, M. (2016). Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: evidence from the Penn Ovarian Aging cohort. *Menopause*, 23(9), 942-9. doi:10.1097/GME.0000000000000662.
- Jadresic, E. (2009). Climaterio: Depresión y alteraciones del ánimo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20, 61-65.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps.) *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica* (pp. 159-167). Ediciones Universidad de Flores.
- Martínez, L., Lopera, J., Parada, A., Jaramillo, L. & Rojas, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. *Rev cuba med gen integr*, 32(3), 128138.
- Mishra, G. & Kuh, D. (2012). Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. *BMJ Clinical Research*, 344(1), e402. doi:10.1136/bmj.e402.
- Moizeszowicz, J. (2009). *Psicofarmacología psicodinámico IV: Actualizaciones*. Fundopsi.
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214–226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- O’Connell, E. (2005). Mood, energy, cognition and physical complaints: a mind/body approach to symptom management during the climateric. *Jobsret ginecol neonatal nurse*, 30(2), 274-9.
- Pantoja, E. L. P., Ciau, P. S., & Pérez, V. Y. (2022). Metabolismo óseo y osteoporosis: conceptos y funciones. *Revista Biomédica*, 33(1), 22-32.
- Reina, F. (2017). Cambios Psicológicos en la Menopausia. *Psicología ySalud*, 1-3.
- Sandín, E. (2003). Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. *Revista de Pedagogía*, 26(77), 48-58.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev. Malestar Subj*, 3(1),10-59.
- Soares, C. (2014). Trastornos del estado de ánimo en las mujeres de mediana edad, comprensión de la ventana crítica y sus implicaciones clínicas. *Menopausia*, 21, 2, 198-206. doi:10.1097/ME.00000000000000193.
- Tobal, J. & Cano, A. (1986). *ISRA- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. TEA Ediciones.
- Urdaneta, J., Cepeda, M., Guerra, M., Baabel, N. & Contreras, A. (2010). Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 75(1), 17-34.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa : informe de un Grupo Científico de la OMS. Organización Mundial de la Salud.
- Zelaschi, S. (2003). *El abordaje social y cultural de la menopausia, aportes para la reflexión en programas de cooperación y trabajo comunitario*.

Fecha de recepción: 05 de enero de 2022
Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2022