

Estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y temperamento en la mujer postmenopáusica

R.A. Castro Jiménez^a, M.J. Moreno Díaz^b, R. Lillo Roldán^b, B. Galán Sánchez^c y A. Medina León^d

^aResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. ^bProfesor titular Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Fuente-Palmera. Córdoba. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Radiología y Medicina Física. Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. ^dCatedrático de Psiquiatría y Psicología Médica

OBJETIVOS. Cuantificar el papel que la variable temperamento imprime en la involución (proceso degenerativo de cada ser), y cuantificar y cualificar los niveles de ansiedad y depresión, y sus implicaciones en la construcción de la realidad axiológica (ejes que marcan los valores y creencias de las personas).

MÉTODOS. La realización del trabajo de investigación constó de dos muestras de 40 casos respectivamente, correspondiendo una muestra “A” a mujeres con menopausia fisiológica y la muestra “B” mujeres con menopausia quirúrgica (miomas), las cuales reunían los siguientes criterios de inclusión: a) mujeres que se encuentran en período involutivo; b) el número de años transcurridos desde la menopausia es menor o igual a 10, y c) no presentaron con anterioridad enfermedad mental, ni en el momento de la exploración.

Se realizó posteriormente una secuencia de test, para cada uno de los casos: test de STAI, cuestionario Hamilton de Depresión e Inventario de Temperamento de Cloninger.

RESULTADOS. El 20,1% de las mujeres con menopausia fisiológica (A) presentaban ansiedad como estado y 24,1% ansiedad como rasgo, con respecto a las pacientes con menopausia quirúrgica (B) con 19,35% de ansiedad como estado y 23,1% de ansiedad como rasgo. Respecto al nivel de depresión: la muestra A puntuaba el 77,5%, de los cuales el 47,5% presentaba una depresión leve y el 30% depresión moderada-intensa; en la muestra B el 60% estaba en rango de depresión, de ellas el 45% padecía una depresión leve y el 15% moderada-intensa. En el estudio del temperamento para la muestra A presenta, *búsqueda de novedad (BN)*: un 72,5% con “BN normal”, un 15% con “BN alta” y un 12,5% con “BN baja”; *Evitación de daño (ED)*: existe un 60% con “ED normal”, un 32,5% con “ED alta” y un 7,5% con “ED baja”; *dependencia de la recompensa (DR)*: hay un 67,5% con “DR normal”, un 0% con “Dr alta” y un 32,5% con “DR ba-

ja”. Para la muestra B, *búsqueda de novedad BN*: existe un 77,5% con “BN normal”, un 10% con “BN alta” y un 12,5% con “BN baja”. *ED*: hay un 75% de los casos con “ED normal”, un 20% con “ED alta” y un 5% con “ED baja”. *DR*: entre los casos de la muestra encontramos un 75% con “DR normal”, un 2,5% con “DR alta” y un 22,5% con “DR baja”.

CONCLUSIONES. Primero: la variable temperamento no influye en nuestras muestras, a la hora de construir la realidad por nosotros suministrada, pero sí es relevante en el *quantum* de depresión que ambas muestras poseen.

Segundo: la construcción de la realidad axiológica de cada muestra está imbuida del estado de ánimo depresivo, fruto de la elaboración del proceso de duelo.

Palabras clave: menopausia, ansiedad, depresión, temperamento.

OBJECTIVE. To quantify the role of the temperament variable in regression (degenerative process of each being) and to quantify and qualify the anxiety and depression levels and their implications in the construction of axiological reality (axes that mark the values and beliefs of the persons).

OBJECTIVES. The investigation study consisted in two samples of 40 cases respectively, sample A corresponding to women with physiological menopause and sample B to women with surgical menopause (myomas), which fulfill the following inclusion criteria: a) women in a regression period; b) number of years from the menopause is less than or equal to 10, and c) they did not present mental disease previously or at the time of the examination.

A sequence of test was performed after for each one of the cases: STAI Test, Hamilton Depression Rating Test and Cloninger's Temperament Inventory.

RESULTS. A total of 20.1% of the women with physiological menopause (A) presented anxiety as a state and 24.1% anxiety as feature, in regards to the patients with surgical menopause (B) who had 19.35% of anxiety as a state and 23.1% of anxiety as feature. Regarding the level of depression, sample A scored 77.5%, of which 47.5% presented mild depression and 30% moderate-severe depression. In sample B, 60% were in the range of depression, of which 45% suffe-

Correspondencia:
R.A. Castro Jiménez
C/ Damasco, 2, 7.^o 2. 14004 Córdoba.

Recibido el 3-06-2002; aceptado para su publicación el 19-11-2002.

red mild depression and 15% moderate-severe. In the temperament study for sample A, there was Novelty seeking (NS): 72.5% with normal NS, 15% with "high NS" and 12.5% with "low NS"; Harm avoidance (HA): there is 60% with "normal HA", 32.5% with "high HA" and 7.5% with "low HA". Award dependence (AD): there is 67.5% with "Normal AD", 0% with "high AD" and 32.5% with "low AD". For sample B; NS: 77.5% with normal NS, 10% with "high NS" and 12.5% with "low NS"; HA: there is 75% of the cases with "normal HA", 20% with "high HA" and 5% "low HA". AD: among the cases of the sample we found 75% with "normal AD", 2.5% with "high AD" and 22.5% with "low AD".

CONCLUSIONS. First: the temperament variable does not influence our samples when constructing the reality supplied by us, but it is relevant in the quantum of depression that both samples have.

Second: the construction of the axiological reality of each sample is imbued with the depressive mood state, result of the elaboration of the mourning process.

Key words: menopause, anxiety, depression, temperament.

INTRODUCCIÓN

Se define como involución sexual al transcurso que la fisiología del sexo recorre desde la madurez hasta la senilidad. Dentro de este período en toda mujer se encuentra la menopausia, definida como el cese menstrual, y el clímenopausia como el período que precede, engloba y sigue a la menopausia, y que es de duración variable¹.

Los acontecimientos vitales como la menopausia se han unido a la aparición de diversos trastornos psicopatológicos (ansiedad, depresión y alteración del carácter y temperamento), siendo por lo tanto objeto de estudio e interés tanto en Psiquiatría como en Atención Primaria, debido a la alta prevalencia e incidencia de patología psiquiátrica, gasto farmacológico y laboral.

Así la menopausia va a suponer, además de la pérdida de la capacidad reproductora, una serie de alteraciones en las estructuras y funcionamiento del organismo, lo que conlleva un proceso de cambio y pérdida en el área de la sexualidad, y de la representación del papel como mujer². Será pues la menopausia un acontecimiento vital estresante, al que se va acercando paulatinamente toda mujer. La pérdida de la fertilidad no ocurre normalmente de manera brusca, sino que conlleva un período de tiempo, en el que se puede ir asumiendo un nuevo papel en la vida. Se producirá un nuevo planteamiento ante la sexualidad, haciendo referencia a la liberación de la menstruación, lo que podría entenderse como un mecanismo de defensa ante la desaparición de lo que confirmaba el estatus femenino³⁻⁶.

En otras ocasiones, por distintas circunstancias, se produce una menopausia por medios quirúrgicos por patología subyacente ginecológica (por ejemplo, miomas uterinos), encontrándose de la noche a la mañana inmersa en ella. La castración quirúrgica no le va a proporcionar un

intervalo de tiempo adecuado para adaptarse a su nueva situación, produciendo un cambio sustancial e inmediato vivenciado de forma totalmente distinta de las que han tenido un largo período de asunción.

De esta manera se ha considerado importante en este trabajo establecer los niveles de ansiedad, depresión, temperamento y carácter de manera comparativa entre los tipos de menstruación, y así establecer conclusiones sobre la distinta adaptación de la mujer en este período vital en función del tipo de menopausia, además de establecer nuevos planteamientos a la hora de atender a las pacientes que se encuentren en este período⁷⁻¹⁷.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño es de un estudio cuasi-experimental sobre pacientes menopáusicas en el centro de Atención Primaria de Fuente-Palmera (Córdoba), que atiende una población de unos 8.000 habitantes. La población diana fueron pacientes en etapa "menopáusica" con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres que se encuentran en "período involutivo".
- El número de años transcurridos desde la menopausia es inferior a 10.
- No presentaban con anterioridad antecedente de enfermedad mental, ni en el momento de la exploración.

La recogida de datos se realizó entre mayo y diciembre de 2000, mediante un muestreo aleatorio simple, con un cálculo del tamaño muestral necesario en función de la incidencia y prevalencia de las patologías a estudio, y se obtuvieron dos muestras de 40 pacientes, en función de si la menopausia había sido "fisiológica" (muestra A) o por "intervención quirúrgica" (histerectomía con o sin doble anexectomía) (muestra B).

Aparecieron errores de forma aleatoria, que quizás se podrían haber evitado aumentando el tamaño de las muestras. Durante el estudio no existieron pérdidas ya que la intervención era puntual con cada paciente.

El plan de trabajo se estructuró siguiendo los siguientes pasos para cada muestra:

Test de STAI

Validado por la "Sección de Estudios de test de TEA Ediciones, con el que medimos el grado de ansiedad, intentando diferenciar entre ansiedad/ rasgo que hace referencia a "cómo se siente generalmente" y ansiedad/ estado que refleja "cómo se siente en ese momento"¹⁸. Se enumeran dos grupos de 20 frases que se puntuán del 0 al 3. Las puntuaciones medias en cada categoría para la población española son:

- STAI- estado: $23,30 \pm 11,93$.
- STAI-rasgo: $24,90 \pm 10,05$.

Cuestionario Hamilton de depresión

Validado por V. Conde López y J. I. Franch Valverde, consta de 21 ítems, cuyas respuestas son valoradas entre el 0 y 4, y cuyo sumatorio es clasificado según los siguientes parámetros¹⁹:

- Menor de 8 puntos: *no depresión*.
- Entre 8-14 puntos: *depresión leve*.
- Más de 14 puntos: *depresión moderada/intensa*.

La media para la población española para este cuestionario es de: $10,92 \pm 5,36$.

Inventario de temperamento de Cloninger

Validado por M. Gurpegui et al está formado por 100 situaciones o ítems, que se puntuarán como *verdadero o falso* según hagan o no referencia a la forma de ser, sentir y pensar de cada paciente y correspondiendo unos a la “búsqueda de novedad”, otros a la “evitación de daño” y otros a la “dependencia de la recompensa”, en un intento de evaluar las dimensiones temperamentales. Las puntuaciones medias en cada dimensión para la población española son²⁰:

- Búsqueda de la novedad: $13,04 \pm 4,89$.
- Evitación de daño: $12,87 \pm 6,06$.
- Dependencia de la recompensa: $20,13 \pm 3,76$.

En todos ellos se realizó el cálculo de sus medias y desviaciones típicas mediante el programa estadístico SPSS, con un grado de significación estadística del 5%.

RESULTADOS

Dentro de los niveles de ansiedad tanto como rasgo o estado encontramos para la muestra “A”: *ansiedad-estado* donde presentan una media de $20,10 \pm 13,88$ de desviación típica, y para *ansiedad-rasgo* presentan una media de $24,15 \pm 12,01$ de desviación típica, encontrándose su puntuación por debajo de la media poblacional en ambos casos (tabla 1 y fig. 1). Para la muestra “B”: *ansiedad-estado* presentan una media de $19,35 \pm 12,55$ de desviación típica, y para *ansiedad-rasgo* presentan una media de $23,10 \pm 11,19$ de desviación típica, por lo que su puntuación está por debajo de la media poblacional al igual que en la muestra A. No encontramos diferencias significativas al comparar ambas muestras entre sí (tabla 2 y fig. 2).

En el análisis de los datos encontrados para niveles de depresión observamos que para la muestra “A” hay 9 casos en los que “no existe depresión” (22,5%), 19 en los que hay “depresión leve” (47,5%) y 12 en los que hay “depresión moderada-intensa” (30%) con lo que el 77,5% de la muestra puntuó en niveles de depresión de leve a moderada-intensa (tabla 3 y fig. 3). Sin embargo con respecto a la muestra B, observamos 16 casos de “no depresión” (40%), 18 casos de “depresión leve” (45%) y 6 casos de “depresión moderada-intensa” (15%), así el 60% de la muestra puntuó en niveles de depresión, aunque respecto a la muestra A hay menos porcentaje de casos de depresión moderada-intensa, sin que existan diferencias significativas entre ellas. (tabla 4 y fig. 4).

Para la Búsqueda de novedad y dependencia de la recompensa, la media muestral se encuentra dentro y por debajo de la poblacional respectivamente; sin embargo para Evitación de daño, la media muestral se sitúa por encima de la media poblacional (tabla 5 y fig. 5)

Sin embargo para la muestra “B”, hemos obtenido:

- *Búsqueda de novedad (BN)*: existe un 77,5% con “BN normal”, un 10% con “BN alta” y un 12,5% con “BN baja”.

- *Evitación de daño (ED)*: hay un 75% de los casos con “ED normal”, un 20% con “ED alta” y un 5% con “ED baja”.

- *Dependencia de la recompensa (DR)*: entre los casos de la muestra encontramos un 75% con “DR normal”, un 2,5% con “DR alta” y un 22,5% con “DR baja”.

Esta muestra puntuó en búsqueda de la novedad y dependencia de la recompensa por debajo de la media po-

TABLA 1. Muestra “A” (menopausia fisiológica) Test de STAI

	Ansiedad-estado	Ansiedad-rasgo
Media muestral	20,10	24,15
Desviación típica muestral	13,88	12,01
Media poblacional	23,30	24,99
Desviación típica poblacional	11,93	10,05

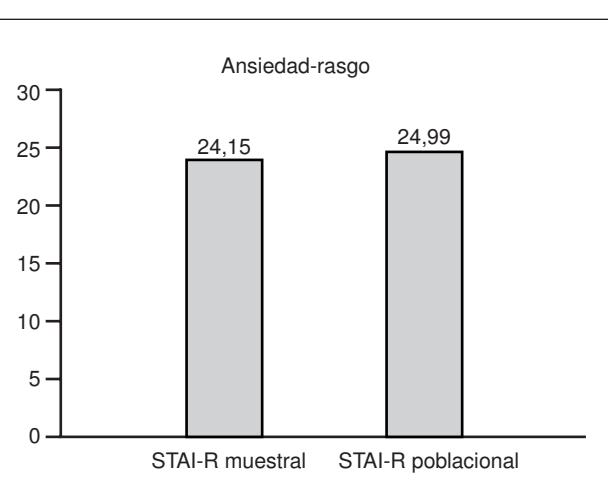
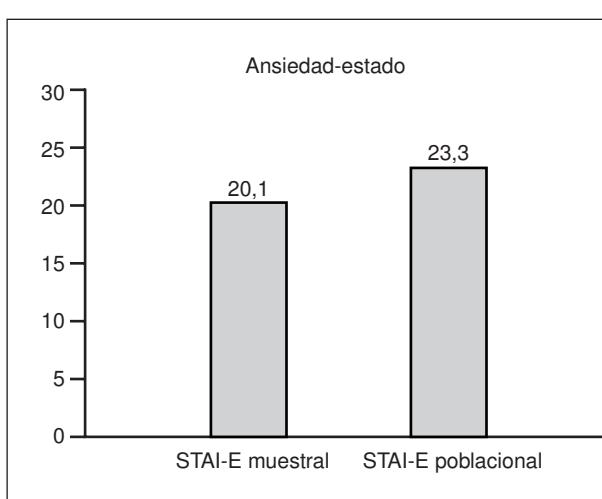


Figura 1. Muestra “A” (menopausia fisiológica). Test de STAI.

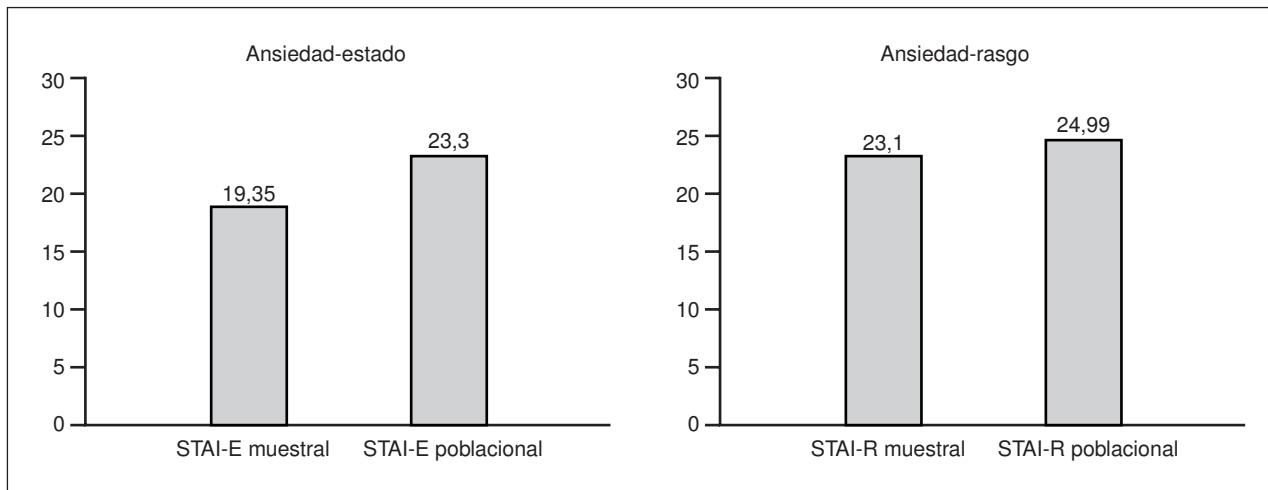


Figura 2. Muestra "B" (menopausia quirúrgica). Test de STAI.

TABLA 2. Muestra "B" (menopausia quirúrgica) Test de STAI

	Ansiedad-estado	Ansiedad-rasgo
Media muestral	19,35	23,10
Desviación típica muestral	12,55	11,19
Media poblacional	23,3	24,99
Desviación típica poblacional	11,93	10,05

TABLA 4. Test de Hamilton de depresión. Muestra "B"

	Test de Hamilton de depresión
Media muestral	9,97
Desviación típica muestral	4,53

blacional, pero al igual que en la muestra "A", la media de evitación de daño puntúa por encima de la media poblacional. Al comparar ambas muestras no hemos obtenido diferencias significativas entre ellas (tabla 6 y fig. 6).

TABLA 3. Test de Hamilton de depresión. Muestra "A"

	Test de Hamilton de depresión
Media muestral	11,87
Desviación típica muestral	5,99

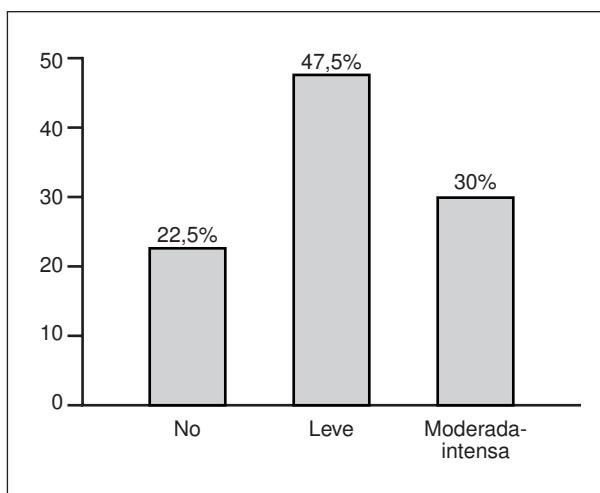


Figura 3. Cuestionario de Hamilton de depresión. Muestra "A".

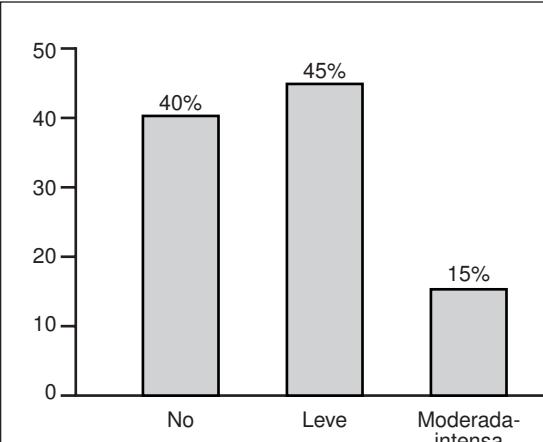


Figura 4. Cuestionario Hamilton de depresión. Muestra "B".

TABLA 5. Inventario de temperamento de Cloninger. Muestra "A"

	Búsqueda de novedad	Evitación de daño	Dependencia de recompensa
Media muestral	13,25	15,40	18,02
Desviación típica muestral	4,28	5,59	2,89
Media poblacional	13,04	12,87	20,13
Desviación típica poblacional	4,89	6,06	3,76

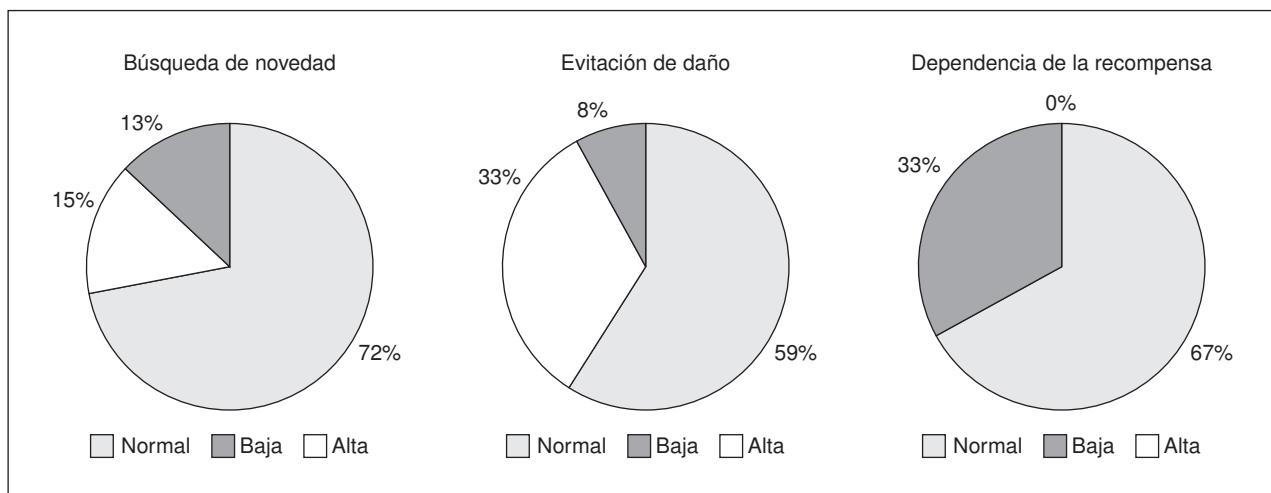


Figura 5. Inventario de temperamento de Cloninger. Muestra "A".

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio estadístico de los datos obtenidos en ambas muestras nos señala una homogeneidad intermuestral en lo referente a las cuestiones de los niveles de ansiedad y depresión, y las dimensiones temperamentales. A pesar de ello, y aunque no existan diferencias significativas entre ambas muestras, es interesante reseñar en esta discusión algunos resultados obtenidos.

Es un hecho cierto y comprobado en la clínica, que en el período postmenopáusico existe una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad y del humor, sugiriéndose para

ello una hipótesis neuroendocrina, con relación a la disminución de las hormonas ováricas, cuya actuación en el ámbito cerebral, fundamentalmente los estrógenos, sería la modulación del GABA/A/receptor benzodiacepina. Así mismo, se le atribuye efectos positivos de los estrógenos en el humor probablemente relacionado con su acción estimulante del tono adrenérgico y serotoninérgico, al igual que parece ocurrir con la progesterona y los andrógenos²¹⁻²³.

Los estudios llevados a cabo en población perimenopáusica también han puesto en relación el aumento del número de depresiones y de trastornos ansiosos con el inicio del descenso en los niveles hormonales. No obstante, sigue siendo controvertido el hecho de atribuir a la menopausia una gran patogenicidad psiquiátrica, considerada exclusivamente como un suceso biológico, pues son muchos los factores psicológicos y sociales que inciden en esta etapa y que también podrían influir en la aparición de dichos trastornos psiquiátricos. Estos aspectos psicosociales tienen que ver con la respuesta individual a esta situa-

TABLA 6. Inventario de temperamento de Cloninger. Muestra "B"

	Búsqueda de novedad	Evitación de daño	Dependencia de recompensa
Media muestral	12,70	15,02	18,27
Desviación típica muestral	3,72	4,65	2,56
Media poblacional	13,04	12,87	20,13
Desviación típica poblacional	4,89	6,06	3,76

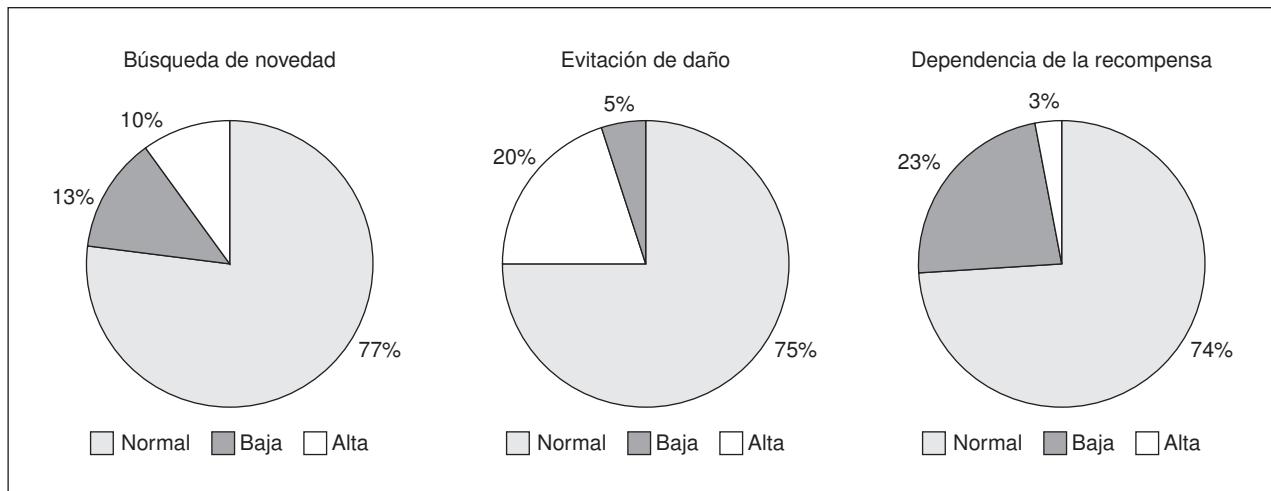


Figura 6. Inventario de temperamento de Cloninger. Muestra "B".

ción crítica de la vida, que amenaza su ajuste, su imagen y su autoconcepto; por ello factores como el ocupacional, el nivel socioeconómico, el estado civil o el nivel educativo pueden condicionar de una manera u otra las expectativas en relación con los cambios experimentados tras el cese de la menstruación. En este sentido, parece ser que un buen apoyo social sería beneficioso y preventivo a la hora de enfrentarse a este período vital²⁴⁻²⁶.

En nuestro trabajo de investigación, estudiamos el *quantum* de ansiedad. Utilizamos el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) precisamente para poder diferenciar el estado o condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (A/E) de la propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y que tienen que ver con la predisposición a ver el mundo de una forma determinada y manifestar unas respuestas específicas ante su vinculación con los objetos (A/R). Contrariamente a lo señalado en los estudios de ansiedad en esta época vital, las mujeres incluidas en las muestras ("A" y "B") no reflejan altos niveles de A/E ni de A/R. No parece pues que las mujeres sometidas a estudio se vean influidas en su estado emocional por el evento menopáusico, pues en ambas muestras las medias de A/E se sitúan por debajo de las medias poblacionales. En este sentido, nuestros resultados parecen corroborar la tesis de Spielberg (1966), en el que los sujetos con A/R positiva presentarían con mayor probabilidad A/E positiva, mientras que los sujetos con A/R negativa (como ocurre en nuestras muestras) tenderían a responder mejor en las situaciones personales e interpersonales que impliquen una amenaza. Al no encontrar en las muestras de estudio ("A" y "B") valores por encima de la media en A/R (ligada a la genética y la constitución), implicaría, y de hecho así parece ocurrir, una mayor protección ante situaciones amenazadoras (menopausia), y por ende una respuesta emocional más adecuada²⁷.

Utilizamos el cuestionario de Hamilton de depresión para evaluar el *quantum* de depresión, y aunque tampoco existen diferencias significativas estadísticas entre ambas muestras, un alto porcentaje de las mujeres sometidas a estudio puntúan en niveles de depresión, desde leve a moderada-intensa. Así, en la muestra "A" el 47,5% presentan depresión leve y el 30% depresión moderada-intensa y en la muestra "B", el 45% puntúan en leve y el 15% en moderada-intensa. Existe por tanto un total de mujeres que alcanzan niveles de depresión de un 77,5% para la muestra "A" y de un 60% para la muestra "B". Estos datos corroboran la prevalencia de trastornos depresivos en mujeres postmenopáusicas al compararlas con otras etapas de la vida, sin embargo los resultados no son acordes con los encontrados por Avis et al (1991) que hallaron que las tasas más elevadas de cuadros depresivos correspondían a mujeres que habían experimentado una menopausia quirúrgica reciente y no detectaban un exceso de riesgo para aquéllos con una menopausia natural, ya que nuestra

muestra "B" presenta menor porcentaje de mujeres depresivas comparado a la muestra "A", y sobre todo que el mayor porcentaje es a partir de puntuaciones en depresión leve (45%). Por otro lado, nuestros resultados pueden deberse a que encontramos en ambas muestras biogenéticamente elevada la dimensión temperamental de evitación de daño, que confirmaría a los sujetos como preocupados, fatigables y con miedo a la incertidumbre, y de ahí su propensión a los trastornos depresivos.

Con independencia de las tasas de prevalencia son muchos los autores que con relación a este problema remarcan la importancia del "proceso de duelo". Este proceso se pone en marcha gracias a una serie de factores desencadenantes cuyo significado es dependiente de la pérdida de relación de objeto, de la personalidad previa, así como del material inconsciente y no confesado, transferido a ese objeto. Entre los factores desencadenantes más importantes está, sin duda, la menopausia, alcanzando incluso una puntuación similar a la pérdida del cónyuge como acontecimiento vital negativo en la escala de acontecimientos vitales. La menopausia es un hecho sincrónico en un período diacrónico, el climaterio; pero es la que marca la transición entre etapa reproductiva y no reproductiva. La asunción de este nuevo período vital, el climaterio, implica nuevas funciones y actividades, tras la pérdida de unas características personales y expresión de estereotipos sociales como son la juventud, la disminución del atractivo físico, la capacidad procreadora, etc. La mujer necesita adquirir un nuevo papel y aprender nuevas formas de existencia ante el futuro y para todo esto necesita la elaboración de una serie de trabajos de duelo, cuyo objetivo final es la recuperación de nuevos objetivos más convenientes y adecuados a su realidad actual, con los que convivir bajo unas condiciones biopsicosociales distintas. Esto podría justificar los resultados encontrados y ya comentados en el cuestionario de depresión en ambas muestras, y que coincide con lo expresado por H. Deustch (1960) cuando decía: "... que casi todas las mujeres pasan en esta etapa por un período breve o largo de depresión... pues la declinación fisiológica se siente como proximidad de la muerte, la vida comienza a aparecer borrosa y sin propósito y el estado de duelo matiza el contenido de la vida psíquica de la mujer aunque no dé muestra de ello y sigan participando como antes en la vida extrema"²⁸.

Así pues, por los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir:

Primero: la variable temperamento no influye en nuestras muestras a la hora de construir la realidad por nosotros suministrada, pero sí es relevante en el *quantum* de depresión que ambas muestras poseen.

Segundo: la construcción de la realidad axiológica de cada muestra está imbuida del estado de ánimo depresivo, fruto de la elaboración del proceso de duelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde López VJM, López Fernández MN, Moro Cepeda P, Bescos García S. Aspectos históricos y conceptos básicos relacionados con el climaterio y la menopausia. En: Trastornos afectivos en la meno-

- pausia. Etiopatogenia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones* 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: p. 305-20.
2. Horney K. *Psicología femenina*. Alianza Editorial, 1967.
 3. Maladum I, Whitehead MI. Aspectos psicológicos del climaterio y de la menopausia. Myra S. Hunter, 61-71.
 4. McCrow RK. Psychosexual changes associated with the perimenopausal period. *J Nurse Midfery* 1991;36 (1):17-24.
 5. Leal Cercos C. Trastornos depresivos en la mujer. Masson SA, 1999.
 6. Rodríguez López A, Mateos Álvarez R, Páramo Fernández M, Ma- zoira Castro J. Menopausia y conducta de enfermedad. En: Trastornos afectivos de la menopausia. Etiopatogenia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 247-57.
 7. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. Departament of Psychiatry and Behavioural Sciences, University College, London Medical School. *Psychol Med* 1998;28 (1):9-19.
 8. Blanco Lozano ML, De la Gándara Martín JJ, De Dios Francos A, Intxausti Zugarramundi A, Medina Fernández MA, Pozo de Castro JV. Estudio clínico-biológico de mujeres menopáusicas con síntomas afectivos. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogenia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 195-206.
 9. Botella Lluvia, Clavero Muñoz. *Tratado de Ginecología*. Barcelona: Grafísima S. A.; 1982;1:176-7.
 10. Caguacca A, Volpe A, Arangino S, Malmusi S, Draetta FP, Matteo ML, et al. Depresión and anxiety in climateric woman: role of hormone replacement therapy. Institute of Pathophysiology of Human Reproduction, University of Modena, Italy; and Institute of Pathophysiology of Human Reproduction of Cagliari, Italy. *The Journal of de North American Menopause Society* 1997;4 (4):206-11.
 11. Cloninger C, Surakic MD, Przybeck TR. A psychobiological mode of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* Dec 1993;50:975-89.
 12. De la Rie SM, Duijsens J, Cloninger R. Temperament, carácter and personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1998;12 (4).
 13. Dell DL, Stewart DE. Menopause and mood. Is depression linked with hormone changes. Departament of Psychiatry, Duke University Medical Center, Durham, North Calorina, USA. *Postgrad Med* 2000;108 (3):34-6, 39-43.
 14. González Infante JM, Gómez Salvador MV, Señor Cem Bellín C. Estudio epidemiológico de los trastornos psíquicos en el climaterio. En: Trastornos afectivos en la menopausia. Etiopatogenia, clínica, terapéutica y aspectos psicosociales. *VI Symposium Nacional del Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*. 1991 Mayo 24-25; Lloret de Mar, España: 259-72.
 15. Kalmar H, Brand Statter N, Resinger E. Psychological disorders of menopause: on the topic of multifactorial origin. Universitas klinik for Psychiatrie Wien. *Wien Med Wochensch* 1992;142 (5-6):104-7.
 16. Landau C, Felise B. Assessment and treatment of depression during the menopause: a preliminary report. Departament of Psychiatry and Human Behavior and Clinical Practice, Brown University School of Medicine. Division of General Internal Medicine, Rhode Island Hospital, Providence, USA. *The Journal of the North America Menopause Society* 1996;3 (4):201-7.
 17. Meli GB. Depresión and anxiety in climateric woman: role of hormone replacement therapy. Institute of Pathophysiology of Human Reproduction, University of Modena, Italy; and Institute of Pathophysiology of Human Reproduction of Cagliari, Italy. *The Journal of de North American Menopause Society* 1997;4 (4):206-11.
 18. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushen RE. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo, California. Consultling Psychologists Press; 1970.
 19. Conde López V, Franch Valverde JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos depresivos. Barcelona: Upjohn Farraquímica S. A.; 1984.
 20. Cloninger C. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatri* 1987;44: 573-88.
 21. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Mood and the menopause transition. Office for Gender an Health, Departament of Psychiatry, the University of Melbourne, Royal Melbourne Hospital, Victoria, Australia. *J Nerv Ment Dis* 1999;187 (11):685-91.
 22. Genazzani AR, Spinetti A, Gallo R, Bernardi F. Menopause and the central nervous system: intervention options. Departament of Obstetrics and Gynecology, University of Pisa, Italy. *Mauritas* 1999;31 (2):103-10.
 23. Montero Pithar I, Ruiz Pérez. Depresión y menopausia. En: Leal C, coordinador. *Trastornos depresivos de la mujer*. Madrid: Masson, 133-49.
 24. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. Departament of Psychiatry and Human Behavior, Brown University School of Medicine, Providence, Rhode Island, USA. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26 (2):279-94.
 25. Ríos Riol B, García-Noblejas Sánchez-Migallán J, Sánchez Cubas S. Depresión en patologías orgánicas. *Trastornos depresivos de la mujer* Madrid: Masson, 1999;26-40.
 26. Stewart DE, Boydell K, Derzko C, Marshall V. Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. University of Toronto, Ontario, Canada. *Int J Psychiatry Med* 1992;22 (3):213.
 27. Pisani G, Facioni L, Fiorani F, Pisan G. Problematic psicosessuali in menopause. Divisione di Obstetricia e Ginecologia, Policlinico Casilino, Azienda USL RM B, Roma. *Minerva Ginecol* 1998;50 (3):77-81.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Burt UK, Altshuler LL, Rasgon N. Depressive symptoms in the perimenopause: prevalence, assessment, and guidelines for treatment. *UCLA Neuropsychiatric Hospital, USA. Har Rev Psychiatry* 1998; 6 (3):121-32.
- Jones III HW, Wentz AC, Burnett LS. *Tratado de Ginecología de Novak*. 11th ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1967; p. 349-88.
- Lo Dico G, Di Maria P, Marino MP. Sintomi neurovegetativi e psico-affettivi in climaterio, nostra esperienza. Cattedra di Ginecologia Endocrinologica. Instituto di Ginecologia e Ostetricia. Univertia degli Studi di Palermo. 1992.
- Nijs P. Counselling of the climateric woman. Diagnostic, difficulties and therapeutic possibilities. University Hospital Gasthuisberg, St. Rafael Psychosomatic Unit, Catholic University of Leuven (Belgium). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998;8 (2):273-6.