

**CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
“FRAY ANDRES DE URDANETA”**

NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACIÓN
UNAM 8853 – 25
PSICOLOGIA

**ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL
PERÍODO MENOPÁUSICO: UNA REVISIÓN
TEÓRICA.**

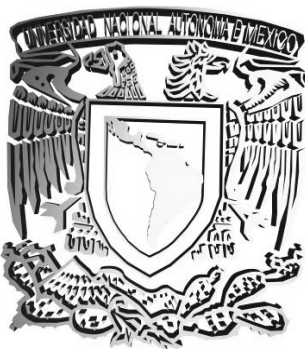
TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

EURIDICE ALVAREZ LÓPEZ



ASESOR: MTRO. MARTIN GONZALEZ ORTEGA

COACALCO, ESTADO DE MEXICO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MIL GRACIAS.....

“El feminismo es más que un grupo de chicas sin sostén bailando bajo la complicidad de la luna; es pues la expresión más clara de lo que significa ser mujer...”

A mi **Madre** por darme la vida, por amarme muy a tu manera; pero principalmente por ser la causante de todas estas palabras, en hora buena ya sé que nos pasa. Te amo.

A mi **Padre** por amarme y aceptarme tal como soy, gracias por guiar mis pasos y apoyarme en las miles de locuras que has sido mi cómplice. Te amo.

A mi Hermano **Roberto** gracias por tus buenos deseos y por incitarme siempre a ser yo misma, Te quiero mucho nunca lo olvides.

A mi hermano **Alberto**, gracias niño por hacerme reír y por compartir conmigo todo, por tus consejos, espero que siempre estemos juntos.

A mi Asesor **Martín** por enseñarme que un buen trabajo no es el que se entrega primero, sino aquel que sin importar el tiempo se entrega con placer y plenitud de haberlo realizado con toda la ciencia y el corazón.

A mis amigas **Alejandra, Laura, Carmen y Leticia** por acompañarme en distintos momentos de este camino, por sus sabios y precisos consejos y por ser una luz en mi vida.

A mis grandes amigos **Rodrigo Cepeda, Gabriel, Gerardo, Roberto, Jorge A., Alfredo, Abraham, Jorge E., José**, por su eterno apoyo a mis ocurrencias y sobre todo por compartir a mi lado grandes experiencias. Siempre seremos amigos.

A usted **Mis Raquel y Profesor Mario** muchas gracias por darme la oportunidad de crecer a su lado, por enseñarme a ser mejor cada día sin importar la cantidad de aciertos y los fracasos soy mejor ser humano por ustedes.

A **Mis Ady y Miss Lilí** por mostrarme que la experiencia y el compañerismo son valores que hay que cultivar todos los días, gracias por su apoyo y las innumerables ocasiones en que me han sacado de apuros.

A mis Profesores **Lidia, Ma. De Lourdes, Nazareno, Fidel, Ricardo, Iván, Sandra, Ángel, Patricia, Vinicio, Judith, Eduardo, Darío, Alberto y Jean**, por permitirme aprender con ustedes sobre esto que es mi profesión "tratar con seres humanos".

A mi tío **Enrique** por su paciencia, por decirme siempre la verdad, aunque duela; por sus sabios consejos y por ayudarme a conformar este trabajo.

A mi alma gemela **Rodrigo B.** tu bien sabes que la vida nos destino a la simbiosis emocional del caos, juntos somos tempestad y separados paz, eres parte de éste trabajo por tu empeño en mostrarme quien soy realmente, comienzo a entenderlo gracias.

A **Roberto**, nene llegaste en el momento en que más te necesitaba, le diste el toque final y soy muy feliz de saber que estás ahí. T. Q. M. GRACIAS por mostrarme la vida de forma tan clara y a la vez tan alocada.

A **Polo y Cristian** gracias por darme aliento y creer en mí, cada uno a su manera a pesar de la distancia sé que puedo contar con ustedes.

A todas las **Mujeres** que directa o indirectamente forman parte de un silencio en voz alta, tanto que es posible escucharlo.

Finalmente a la **Psicología** por darme medios y herramientas para hacer este trabajo posible.

*“Yo no sabía que era la menopausia
y cómo no pecar de ignorancia
sí mi madre nunca me
hablo de ello, no me explico
que algún día esto ocurriría.
Sin embargo no le reprocho, pobre
a ella tampoco le contaron.....”*

A N O N I M O

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I- La Etapa de la Menopausia	4
1.1 Definición de la menopausia	5
1.2 Características Biológicas	8
1.3 Características Psicológicas	10
1.4 características Sociales	15
CAPITULO II- Terapia Cognitivo-Conductual	21
2.1 Reseña Histórica	23
2.2 Perspectiva Teórica	27
2.3 Terapia Cognitiva	31
2.4 Terapia Racional Emotiva	34
CAPITULO III El papel del Psicólogo	40
3.1 Funciones del Psicólogo.....	41
3.2 Relación del Psicólogo con la TRE.....	46
3.3 Identificación de Alteraciones Psicológicas desde la Perspectiva de la TRE.....	55
3.4 Estudios Empíricos.....	59
DISCUSION	64
REFERENCIAS	69

INTRODUCCION

En la sociedad actual en la que hombres y mujeres indistintamente conviven, son manifestadas diferentes situaciones en las que la importancia de la intervención del Psicólogo son cada más solicitadas y oportunas, ello en diferentes campos de aplicación, los cuales abarcan los contextos clínicos, educativos, sociales, industriales y experimentales.

Considerando la extensión de los alcances teóricos y prácticos que la propia Ciencia Psicológica proporciona al especialista, es posible indicar que para los fines de ésta investigación se retoma inicialmente un contenido de carácter clínico, ubicando así el tema del proceso de desarrollo de la menopausia en la vida de la mujer, durante la cual son contemplados los elementos de sustento médico y psicológico que la componen.

Durante ésta primera parte son expuesto los argumentos teóricos que respaldan la objetividad del reparo en una de las etapas de cambios importantes en la vida de la mujer, la cual a su vez manifiesta una variedad innumerable de signos y síntomas directamente vinculados a sus características físicas, del desarrollo, sociales y culturales; que la remiten a la construcción de un factor de importancia, este es la representación de dichos elementos a la conducta pura, dentro de la que es posible discernir al respecto de la presencia de alteraciones asociadas a su vivencia de la menopausia y cómo lo expresa a través de conductas en su vida cotidiana.

Considerado el marco teórico de referencia al respecto de la "menopausia" y su asociación con la conducta, en la segunda parte de éste trabajo se amplia y abre el campo de información con respecto a la Teoría Cognitivo-Conductual, debido a que ésta última se sustenta a partir de dos conceptualizaciones estructurales: los pensamientos o cogniciones por un lado y por el otro la conducta observable, producto de las implicaciones cognitivas, con

las que se pretende la comprensión de los atributos del ser humano, remitiéndonos en este caso a la mujer.

La Teoría cognitivo-conductual es abordada inicialmente considerando sus generalidades posteriormente se retoman los elementos de su desarrollo a través de una de las propuestas Terapéuticas que de ella se desprende, la Terapia Racional Emotiva (TRE) justificando su manejo a partir de la explicación de su propuesta de intervención a partir de tres elementos importantes: los acontecimiento(s), las creencias y las consecuencias dentro de las que se asocia a la conducta y el factor psicológico proponiendo un estilo de tratamiento a corto plazo, utilizando una comparación empírica que la sustente.

Así es posible dar paso a la tercera etapa que conforma el desarrollo de ésta revisión teórica, en la cual se logra empatar la información, a partir de las conceptualizaciones planteadas por los aspectos clínicos y la importancia que para la mujer tiene la alternativa no sólo de un tratamiento médico, sino con apoyo multidisciplinario de carácter psicológico.

Motivo por el cual en ésta parte son revisadas de manera extensa las aplicaciones y la interposición que el Psicólogo puede llevar a cabo en tanto se involucra en la problemática de las alteraciones psicológicas de la mujer percibidas durante su transición por la etapa de la menopausia, ubicando los campos de acción pertinentes a la situación, así como son abordados de manera clara y específica sus relaciones con la Terapia Racional Emotiva, llegando así al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Posteriormente se efectúa una crítica constructiva al respecto del marco teórico y de las aplicaciones empíricas obtenidas para ubicar la manera en qué ambas se expresan; llevando como punto de partida la búsqueda de premisas que permitan su desarrollo y aplicación que se relacione de manera eficaz a los modelos expuestos.

Además de conjuntar las actividades terapéuticas y prácticas que el Psicólogo realiza actualmente y aquellas que requiere transformar para lograr satisfacer las necesidades de la mujer que pasa por etapa de la menopausia y que asiste a terapia; en la cual necesariamente los cambios a realizar para la inserción a dicho campo demande aquellos que competen a la personalidad y profesionalización del terapeuta.

Ello con el objetivo de resaltar y distinguir la importancia que tiene la intervención del Psicólogo en la identificación de alteraciones psicológicas presentes en la mujer que pasa por la etapa de la menopausia; a partir del uso de herramientas y recursos de diferentes aplicaciones terapéuticas.

CAPITULO I

LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA

Para abordar el tema de la menopausia es necesario indiscutiblemente iniciar con sus orígenes en función de los elementos físicos y emocionales que se presentan durante ésta etapa de la vida, por lo que es preciso indicar que esta etapa es el resultado de un desequilibrio hormonal con descenso de la producción de estrógenos y un aumento de las gonadotropinas (Benson, 1995).

La edad crítica o menopausia puede definirse como aquel período de la vida de la mujer en que el cese de las reglas (menstruación), va precedido de una serie de cambios anatómicos, endocrinos, neurológicos y clínicos que obligan a la mujer a una remodelación o readaptación en todos los aspectos de su vida (Clyton, 1991).

La etapa de la menopausia es un período progresivo que puede durar varios años, se considera que antes de que desaparezca la regla se produce un fallo en la ovulación, de tal forma que los últimos ciclos menstruales son anovulatorios; es decir que no se produce la ovulación el día 14 como en un ciclo normal (op. cit. pág. 194).

Ahora bien, es preciso indicar un margen de edad para establecer rangos de inclusión a dicha etapa, por lo que se considera que la edad en la que suelen aparecer los síntomas de la menopausia es entre los 45 y 48 años de y puede durar hasta los 53 o 55 años; aunque la edad y el rango puede variar de mujer a mujer (Basile, 2005).

1.1 DEFINICIÓN DE MENOPAUSIA

La diversidad de personajes que respaldan éste término implica necesariamente su aplicación médica, sin embargo ésta no es ajena al campo de uso de la Psicología que retoma como elementos de sustento teórico el factor de la multidisciplinariedad; con ello es posible llegar a una definición clara y precisa sobre la menopausia.

Ante dicho argumento es importante distinguir que etimológicamente la menopausia se deriva de dos palabras griegas que significan "mes" y "terminación"; por lo que su asociación a la última menstruación tiene que ver con su raíz etimológica (Clyton, 1991).

La menopausia se define como la fecha de la última menstruación, y por lo tanto es un momento, un tiempo breve y determinado; como proceso para llegar a su culminación total (Basile, 2005).

Cada elemento surge de un proceso de estudio de la menopausia realizado a través del tiempo, por lo que a continuación se propone explícitamente la historia de los estudios sobre la menopausia o "edad crítica".

HISTORIA DE LA MENOPAUSIA

La menopausia en la actualidad tiene diferentes visiones, en relación al especialista que retome la temática; sin embargo su conceptualización es más específica y concisa, por lo que Benson (1995) investigó diferentes hechos y sucesos de importancia, que permiten conocer la dimensión actual de los alcances del significado y trabajo de investigación científica al respecto de la menopausia.

Para llegar al planteamiento más óptimo sobre la menopausia, fue necesario esbozarla desde los avances particulares de cada época por lo que sus inicios datan de las primeras investigaciones realizadas por Quincy desde 1972, (referido en Benson, 1995) que presumen supuestos que se relacionaban con ésta etapa de la vida en relación al climaterio, primer concepto propuesto por la medicina, el cual se propone desde el siglo XVIII mismo que se relacionó con el declinar sexual de la mujer y que posteriormente fue más ampliamente estudiado

Posteriormente y durante todo el siglo XIX, Tilt admitía que la mujer tenía dos climaterios, uno al empezar su vida reproductiva y otro al terminarla.

Bore (1906) mencionaba que la menopausia "representa sin duda una de las materias más interesantes para el médico y sobre todo para el ginecólogo (Benson, 1995).

En 1929 Marañón escribía que el problema de la menopausia era cada vez más amplio y cercano a cada persona; dejando de lado distinción alguna sobre la raza, la profesión, etc.

Más tarde, el mismo Marañón (1937) distingue que la menopausia esta en el centro del climaterio, como la menarquía lo esta en el centro de la pubertad; pero menopausia no es climaterio ni es el centro de él, como tampoco pueden ser consideradas como factores sinónimos pubertad y menarquía.

A partir de los años sesentas y hasta llegar a los ochentas (muy particularmente ésta última década) se comienza a contemplar el climaterio como un proceso patológico (en el área de la endocrinopatía) durante el cual los procesos endocrinos primordialmente generan las alteraciones de los sistemas involucrados.

Quincy en 1973 argumentaba la existencia de un climaterio cada 7 años: a los 14 (pubertad), a los 21, a los 28, 35, 42 y hasta llegar a los 49 (menopausia) y finalmente a los 56 años de edad.

Martínez y Bonilla (2000) en tiempos relativamente recientes plantea que el término "climaterio" ha sido sustituido por el de período perimenopáusico; distinguiendo en él tres fases: premenopausia, menopausia y posmenopausia. A su vez Utian (Referido en Martínez 2000) divide éste período en climaterio precoz, climaterio perimenopáusico y climaterio.

Posteriormente se puede apreciar la distinción entre el climaterio y la menopausia, de hecho ésta última se determina en el momento a posteriori, cuando la mujer lleva por lo menos seis meses sin tener la regla (menstruación)según la FIGO (Federación Internacional de Gineco Obstetricia, en Latinoamérica, 2000, referido en Alcaraz, 2005).

En la modernidad la menopausia es considerada como una de las etapas en la cual la mujer sufre ciertas alteraciones relacionadas con su organismo, mismas que le generaran enfermedades más complejas así dicha etapa influye en su conducta (Montes, 2004).

Desde la perspectiva actual se encuentra a su vez la propuesta de crear dentro de los grandes hospitales (privados y públicos) unidades especiales y de consulta adecuadas para el estudio de la menopausia en sus tres fases, ubicando elementos que alteren la rutina de vida de la mujer que pasa por dicha etapa (Programa Nacional de Infraestructura del Sector Salud en México, 2004, referido en Boense, 2005).

Es importante considerar que para lograr desarrollar una nueva cultura del manejo de la menopausia, se halla primordial conocer de manera teórica los elementos que componen ésta etapa; por lo que a continuación se establecerán de forma breve, las características que la distinguen.

1.2 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA MENOPAUSIA

La menopausia como proceso de etapa de vida implica elementos de observación que son la evidencia del suceso, por lo que dentro de sus distinciones en función de otros períodos de la vida, se presentan principalmente:

- La primera de sus características se percibe en función de la disminución considerable de la regularidad y cantidad de la menstruación.
- La edad promedio se distingue entre los 45 y 48 años de edad para marcar su inicio, aunque puede variar de mujer a mujer en función de sus condiciones personales de desarrollo de vida.
- Se presentan alteraciones físicas visibles que alteran todo el funcionamiento regular del cuerpo.
- El sistema cardiovascular incrementa su actividad de forma inadecuado provocando dolores o sofocos.
- El sistema reproductor modifica su funcionamiento así como su estructura interna.
- La piel es un órgano que en ocasiones se atrofia.
- El estado de ánimo es variable e impredecible.
- La conducta de la mujer se observa inestable y con elementos de ambivalencia.

- El sistema urinario manifiesta mal funcionamiento.
- La parte Psíquica se describe como desequilibrada y con posibles alteraciones más graves (Flores, 2006).

Estas características son las elementales para poder realizar distinciones en la etapa de la menopausia, sin embargo no son una regla de aplicación general a todas las mujeres; estos elementos permiten profundizar en el desarrollo del período menopáusico a través de los síntomas que se presentan en ésta etapa.

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA

Para iniciar con la explicación de éste apartado, es propio indicar que serán enumerados los elementos en dos categorías; la primera de ellas se refiere a los síntomas físicos que se presentan y la segunda hace hincapié en los síntomas emocionales que se manifiestan durante la menopausia.

Clyton (1991) postula que entre otros síntomas también aparecen aquellos que se asocian al funcionamiento inadecuado de los diferentes sistemas que conforman la estructura biológica de la mujer, clasificados de la siguiente manera:

- 1) Síntomas circulatorios: Dentro de los cuales aparecen los sofocos, la hipertensión, las cardiopatías y la tendencia a las varices.
- 2) Síntomas digestivos: los cuales son muy numerosos y consisten principalmente en dispepsia, aerocolia, estreñimiento, diarreas, colitis y frecuentes afecciones de las vías biliares: colelitiasis y colecistitis.

- 3) Síntomas del aparato respiratorio: dentro de éste se manifiesta la presencia de asma, tendencia a la disnea, y signo de suspiro.
- 4) Síntomas metabólicos: Se presenta la tendencia a la obesidad o bien adelgazamiento excesivo, diabetes, el signo de la osteoporosis climatérica con afección al metabolismo.
- 5) Síntomas esqueléticos: es común la presencia de la osteoporosis y artrosis.
- 6) Síntomas del aparato urinario: En el cual pueden aparecer la enfermedad de la cistitis frecuente, uretritis, síntomas endocrinos tiroideos y suprarrenales.
- 7) Síntomas del aparato genital: en la cual se presenta la menorrea, atrofia de los labios mayores y menores, atrofia de las mamas, adelgazamiento de la mucosa vaginal y pérdida de lozanía y turgencia de la piel.

Estos elementos incluyen las características de la sintomatología que se presenta durante el período menopáusico de forma física tanto interna como externa; misma que no es extraña al objeto de estudio de la Psicología en referencia al área de la Psicofisiología y la conducta humana.

1.3 CARACTERÍSTICA PSICOLÓGICAS DE LA MENOPAUSIA

b) Síntomas emocionales: El estudio del elemento emocional es importante ya la mayoría de las ocasiones gran parte de los fenómenos o síntomas físicos son debidos a las reacciones Psicológicas de la mujer que pasa por la etapa de la menopausia, algunos de los canales de conducción permiten distinguir ciertos trastornos ocasionados por ésta

etapa o bien que se presentan y desarrollan en ella, tales son:

- **DEPRESIÓN:** Es hoy día la afección psíquica más común en la mujer en la etapa de la menopausia, que se especifica con una tristeza y cambio radical en la rutina de vida, además de vincularse con diferentes elementos propuestos en **el DSM-IV-R. (2004)**.
- **TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD:** La mujer en ésta etapa experimenta una conmoción de sus afectos, con frecuencia revisa y cambia su escala de valores y la aplicación de la misma; la pareja, los hijos y en sí su entrono social se observa disminuido y con hostilidad, puede desarrollar elevado egocentrismo, también puede ser más sensible, adquiere o no nuevas amistades, en sí su contexto se observa modificado (Goldman, 2000).
- **TRASTORNOS DE LA EMOTIVIDAD:** Elemento que afecta el mundo de las emociones, sobre todo relacionado con los elementos físicos, más directamente con su asociación al sistema endocrino, los cuales se observan reflejados en el nerviosismo, la impaciencia, irritabilidad, facilidad para pasar de la risa al llanto y los frecuente accesos de tristeza (Flores, 2006).
- **PSICOPATIAS CLIMATÉRICAS:** En un estudio realizado por Utian en un Hospital Psiquiátrico en **California**, Estados Unidos en 1990, se observó que 208 mujeres internadas por trastornos mentales; 172 tenían más de 50 años, con un indicativo psiquiátrico importante "más del 67% de las paranoias aparecen después de los 50 años" (Benson, 1995).

Dichas respuestas emocionales se reflejan en diferentes conductas, tales como: condicionamiento de la personalidad psíquica de la mujer en función del contexto social que la rodea, manifestando acciones como protección excesiva en su rol de madre, acercamiento total con los hijos, sobre todo si son mujeres, seguimiento de patrones de comportamiento y comunicación al respecto de sucesos importantes en la vida de las personas que la rodean y en sí elevando sobremanera sus intervenciones en aquellas situaciones que le permitan mantener su anterior ritmo de vida (Goldman, 2000).

Además de observar que lo anterior se asocia a las vivencias y experiencias que la mujer tiene, las cuales son los determinantes para proporcionar una respuesta de carácter emocional (Caro, 1997).

Parte de las reacciones que se presentan durante esta etapa son asociadas con el elemento de la sexualidad que la mujer ha desarrollado a lo largo de su vida, ubicando elementos que causaron impacto en la vida sexual anterior al inicio del climaterio y la practica que mantiene una vez que ha iniciado la menopausia y también cuando ésta llega a su fin.

FACTORES EMOCIONALES

Así mismo dentro de los cambios que acompañan a la mujer durante la menopausia son señalados algunos síntomas como: la sequedad vaginal, el ardor y comezón; las infecciones urinarias, dolor en los músculos, dolor de cabeza, insomnio, fatiga, desvanecimiento, aumento o decremento de peso, la presencia de resfriados con mayor frecuencia, cabe señalar que los síntomas están directamente relacionados con el desarrollo Físico y Psicológico de cada mujer (Garcés, 2005).

Por lo que dentro de la sintomatología relacionada con el aspecto psicológico y que es de importancia resaltar y analizar, se presentan elementos de argumentación sobre la aparición de niveles elevados de irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, factores depresivos (en diferentes niveles), estrés, percepción distorsionada de sí misma, desvalorización personal, autoestima baja, accesos repentinos de calor debida a situaciones emocionales, desaparición o bien aumento del apetito debido a factores relacionados con los estímulos que recibe de su medio, etc.

Así a dichos elementos se les ha llamado "síndrome de la menopausia" debido a que se encuentran relacionados con las características de la personalidad y estilo de vida de cada mujer, resaltando que son anteriores al propio período menopáusicos y que además pueden alterar de forma crucial el comportamiento de la mujer (Avis, 1999).

Para algunas mujeres la pérdida de la menstruación, es entonces símbolo de intranquilidad lo cual se denota en todas sus actividades incluidas aquellas relacionadas con su profesión, los negocios, el hogar, la pareja, los hijos, etc. Situación que lleva a la mujer a modificar de manera parcial o total su estilo particular de vida, influyendo sobre todo en la relación que mantiene con las demás personas; haciendo énfasis en su relación familiar (Craig, 1997).

Un factor emocional importante durante la menopausia tiene que ver con la pareja (en caso de estar casada) y la relación que la mujer tiene con ésta, debido a que durante esta etapa de su vida, la esposa comienza un período de declinar sexual, que a su vez se refleja en la de su esposo (posiblemente pasando por situaciones similares) en función del distanciamiento que puede generarse a través de la menopausia, contestando a ello con la falta de atención mutua, la lejanía, falta de comunicación, etc. (Horer, 1997).

Al mismo tiempo que en la relación de la mujer con respecto a sus hijos (en caso de tenerlos), ésta puede asociarse a etapas de la vida de ellos también en presencia de cambios, es decir; en la adolescencia, por lo que suele ser complicado el trato en ambas direcciones, asociado a que la etapa de desarrollo del ciclo vital de la familia se encuentra en el período de "desprendimiento" lo cual tiene especial importancia ya que en ésta los hijos suelen salir de casa y rompen la relación de cercanía con los padres, lo cual para la mujer representa la pérdida de su funcionalidad dentro de su propia familia (Craig, 1997).

Es viable representar de forma clara ciertos trastornos manifestados constantemente durante la etapa de la menopausia, con los cuales el planteamiento de la influencia emocional queda expresada en términos precisos, por ello en la tabla 1, son expuestos de manera breve los más comunes:

SINTOMAS	RASGOS
VASOMOTORES	Sofocos, sudores, enrojecimiento e hipertermia de la piel.
CARDIACOS	Arritmia, taquicardia, angustia precordial.
SINTOMAS DEL APETITO	Anorexia y Bulimia
ADICCION	Alcoholismo y tabaquismo
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Insomnio y somnolencia
TRASTORNOS DEL CARACTER	Agitación, irritabilidad, tristeza, apatía, angustia, temor, ansiedad y depresión.
TRASTORNOS DE LA ACTIVIDAD	Cansancio y fatiga
TRASTORNOS SEXUALES	Pérdida de la libido, dispareunia, sexualidad exaltada y desviaciones sexuales.
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	Pesimismo, pérdida del interés, sentimiento de culpabilidad, cancerofobia.
TRASTORNOS MENTALES	Aumento en la aparición de disfunción mental.
TRASTORNOS SOMATICOS	Cefaleas, parálisis, etc.

Tabla 1. Resumen de los principales síntomas físicos y respuestas emocionales de la mujer durante la menopausia, los cuales se muestran en diferentes categorías dentro de la misma jerarquía (Flores, 2006).

Cabe señalar que los elementos relacionados con la parte de las emociones son complejos, debido a que en su etiología los trastornos psíquicos (entendidos como elementos psicológicos) de las mujeres que pasan por la menopausia, implican situaciones de fenómenos sociales y antropológicos, así como su equivalente a los factores fisiológicos y endocrinos que impactan en el actuar de la mujer (Flores, 2006).

1.4 CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA MENOPAUSIA

Surge entonces la necesidad de considerar un factor complementario a los aspectos biológico y psicológico, éste es el elemento **social**, el cual desempeña un papel fundamental en la adquisición y desarrollo de diferentes conductas que la mujer expresa en toda su vida; más propiamente manifestadas en etapas de cambio tal como la menopausia; entre ellos a continuación se enuncian diferentes posiciones al respecto:

1) Factores constitucionales y hereditarios: parte de la frecuencia de la observación de las familias y ciertos elementos de antecedentes que pudieran relacionarse con la aparición de Trastornos Psíquicos en cualquier sujeto de parentesco directo con la mujer menopáusica (Goldman, 2000).

2) La vida sexual anterior: Las influencias familiares y sociales en la vida sexual de la paciente le impactan de un forma definitiva en su psiquismo, la actitud de la mujer ante el cese de sus reglas y ante declinar de su sexualidad se percibe hostil y con disfunciones adaptables al medio.

3) Las relaciones con el marido y con los hijos: Son estudiadas las relaciones familiares que se presentan entre la mujer menopáusica y su familia, determinando que a mejor relación entre la una y los otros mejor será su adaptación a la etapa de la menopausia, considerando que si la relación es negativa pueden adecuarse al síndrome de "nido vacío" que se produce cuando los hijos de la mujer de 50 años (por mencionar una edad menopáusica), quienes oscilan entre los 20 y 30 años, abandonan el hogar y por tanto la mujer no sabe que hacer con su vida. Es importante resaltar que la relación con el esposo es más lejana y con ritmos alterados (como se mencionó anteriormente), la comunicación toma distintas direcciones, así como sus gustos y deseos, lo cual puede generar conflictos (Craig, 1997).

4) Las relaciones con la sociedad: La sociología de la menopausia es propuesto como un problema cambiante, considerado incluso como una psicopatología o bien un nivel de adaptabilidad acorde a su situación profesional y de desarrollo; así como en función de sus principios y fundamentos constitucionalmente personales (Morales, 1997).

A este respecto Flores (2006) señala que para los psicólogos y los psiquiatras, la percepción de la menopausia puede ser adquirida y manejada desde elementos terapéuticos que le permitan mantener o bien superar su calidad de vida, al mismo tiempo que le propicien la ganancia personal de tener a su alcance herramientas de apoyo que le consientan vivir de manera plena esta etapa de su vida.

Aunado a esto, se manifiesta de manera continua la acción de diversos agentes que propician el desarrollo de condiciones patológicas emocionales dentro del período menopáusicos, por lo que se plantea la acción de dar seguimiento posterior a la identificación del transitar por dicha etapa, proponer estilos de tratamiento viables a las condiciones de las mujeres que los solicitan (Calderón, 2002).

Por tal motivo es pertinente agregar un factor significativo al campo del análisis psicológico, éste es el hecho de considerar la influencia de los mitos y tabúes que se asocian al período menopáusicos, los cuales introyectan en la mujer estilos de pensamiento negativos que a su vez no le permiten conceptuar la menopausia como una etapa de desarrollo de la vida, modificándola hacia concepciones irracionales iniciando en su razonar y pasando al plano de sus acciones. Sustentando el discurso anterior a continuación se presentan los elementos constitutivos de una lista de 6 enunciados básicos que repercuten en la persona que los hace parte de su vida.

Entre los mitos más populares contruidos alrededor de la menopausia podemos nombrar los siguientes:

1.- Los relacionados con estados depresivos y de locura de las mujeres.

2.- Se le vincula directamente a la menopausia la perdida del apetito y disfrute sexual de las mujeres.

3.- Se considera que pasar por la menopausia es comenzar a envejecer.

4.- Durante la etapa de la menopausia comienza la pérdida de la belleza, la salud, energía, actividad constante y así la mayoría de los elementos que le proporcionan sentido a la vida; por lo que éste último también se pierde.

5.- "La menopausia aparece de un día para otro, sin avisar".

6.- "Sentir y percibir que se deja de ser mujer" por estar en la etapa de la menopausia.

Ante los cuales se responde con aportaciones científicas y objetivas:

La depresión no es una patología que surge específicamente durante la menopausia, ya que dicha enfermedad es producto de una serie de situaciones asociadas más directamente a conflictos de carácter personal, social, familiar, etc., mismos que afectan directamente a la persona en cuanto a su propia autoestima y percepción del contexto en el que se encuentra (Rubio, 2003).

La disminución del apetito y el disfrute sexual, se debe a los cambios asociados a las modificaciones del funcionamiento hormonal que inician durante la menopausia, mismas que pasan por un período adaptativo y que repercuten en la conducta sexual de la mujer (Randall, 1993).

Cabe señalar algunos elementos asociados con el inicio de la menopausia y que influencia pueden llegar a tener en la manera en la que la mujer los percibe (Flax, 1995).

- a) La palabra menopausia es asociada al "fin" de las menstruaciones, por lo que puede significar dentro de la percepción del contexto social, "el fin de la fertilidad" y con ello la de la función de la mujer como ser dador de vida. Aunque ello no significa que todo lo que resta de su existencia estará lleno de insatisfacción al no poder tener hijos (Garcés, 2005).
- b) La menopausia es una etapa de cambios, los cuales no necesariamente tienen una asociación directa con el proceso del envejecimiento, por lo que es importante considerar ésta etapa como parte del aprendizaje del ser humano en todo sentido (Basile, 2005).
- c) El desarrollo de la etapa del período menopáusico da como resultado una serie de cambios fisiológicos, los cuales surgen desde la etapa del climaterio, mismos que se expresan a través de la percepción de emociones y sentimientos, que se traducen en la conducta de la mujer; la cual de manera común es diferente a la que venía presentado antes de la menopausia; por lo que los efectos de dicha etapa no pueden surgir de manera espontánea (Calderon, 2002).

Las suposiciones anteriores son corroboradas por una serie de estudios cualitativos realizados en diferentes países de Latinoamérica.

Garcés (2005) realizó una investigación durante la cual fueron efectuadas entrevistas cualitativas a un grupo de 5000 mujeres de entre 45 y 60 años de edad; en las cuales fueron reconocidos elementos de carácter objetivo y personales de los sujetos que intervinieron en el trabajo, dentro de sus aportaciones se encuentra la obtención de 5 mitos, además de proporcionar los resultados de las percepciones de las mujeres entrevistadas en relación a su consideración de la menopausia, en las que son descritos enunciados negativos y positivos al respecto, consiguiendo así el objeto de su estudio que era: identificar las percepciones generales de las mujeres latinas al respecto de la menopausia; con un enfoque teórico-práctico y un análisis mixto, llegando a la conclusión de que las mujeres entrevistadas logran conceptuar y generalizar sus percepciones en 5 mitos específicos.

Al respecto del tema Solís en 1998 llevó a cabo otra investigación en la Universidad de Morelos, partiendo de un diseño de carácter cualitativo y con una perspectiva teórica feminista; logrando dar seguimiento hasta el año 2004, a través de una muestra representativa de la población aportando información sobre el significado y características que las mujeres le atribuyen a la etapa de la menopausia (Referida en Pérez, 2002).

Los resultados de este trabajo centran su atención en 5 puntos:

- La construcción de la mujer surge y se mantiene en función de su fertilidad, por lo que el cese de ésta motiva la perdida del propio sentido de la vida.
- El inicio de la menopausia le significa a la mujer tener presente que comienza a envejecer y a disminuir en la eficacia de sus funciones.

- La construcción del concepto particular que la mujer tiene de sí misma nace en el seno del aprendizaje social.
- El cuerpo de la mujer constituye un factor de creación de estereotipos sociales que se involucran en su manera de pensar y de actuar.
- La sexualidad de la mujer se construye todavía en función de las representaciones de modelos a seguir a partir del contexto y nivel cultural en el que se desarrolla, los cuales intenta reproducir de la manera más satisfactoriamente posible.

Así es posible decir que ambas investigaciones muestran que en general las mujeres no logran conceptualizar de forma práctica su inserción en la etapa de la menopausia; sino que la conciben como un período de cambios que la desequilibran y afectan de manera drástica.

En suma es viable mencionar que las características antes revisadas, con relación al período menopáusic, tienen tres principales aspectos que considerar: el biológico, psicológico y social, los cuales conforman el desarrollo del ser humano y que dentro del aspecto psicológico, que es el que aquí atañe, se logran apreciar dos indicativos de valiosa importancia, "el pensamiento" y "las emociones", los que serán especificados más ampliamente durante el capítulo siguiente, para su mejor comprensión y aplicación a este trabajo, tomando como punto de partida el enfoque de la Terapia Cognitivo- Conductual, la que considera precisamente los indicativos referidos líneas atrás; dentro de su marco de aplicación científica en el estudio de la conducta humana.

CAPITULO II

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Para iniciar el abordaje de la terapia cognitivo-conductual es necesario considerar elementos de explicación más amplia y oportuna que refieran datos de su relevancia, por lo que en principio se puede decir que las llamadas terapias de la conducta comparten una perspectiva de las teorías del aprendizaje aplicada a la génesis y al tratamiento de "perturbaciones" de conceptos, empleados en un principio desde la conducta observable (Jurgen, 2001).

Partiendo de la observación como elemento primordial, es preciso indicar que los procesos se analizan con métodos análogos a los de la psicología empírico-experimental.

Así desde la perspectiva de la Psicología el abordaje de la Terapia Cognitivo-conductual basa su desarrollo a través del estudio de las atribuciones o comprensión que el ser humano (en edad más avanzada) le atribuye como significado a todo aquello que puede denominarse conducta propia (Caro, 1997).

Dicha conducta propicia la adopción de nuevos elementos a los cuales proporciona significado, mismos que son enriquecidos a través de las experiencias y expectativas más grandes que se presentan en su desarrollo, lo que lleva al sujeto a la llamada "generalización" que es simplemente la formación compleja de conocimientos de las anteriores conceptualizaciones (Martínez y Bonilla, 2000).

Lo que significa que llega a algunas presunciones (expectativas o proyecciones) del modo en que aparece desde las perspectivas generales de los otros y sobre lo que éstos esperan de ella, considerando las normas y valores que su propia sociedad establece a partir de los roles que debe de fungir (Mead, 1936, referido en Flax, 1995).

Ahora bien desde esta visión es substancial resaltar que el espíritu del condicionamiento clásico u operante (parte de los orígenes de la terapia), una psicología que no tome en cuenta características de las cualidades humanas, no podría considerarse más allá de un mero estudio etnológico poco especializado.

Considerando que la Terapia Cognitivo-conductual parte de dos elementos que se sugieren en su título, es de interés investigar por un lado el factor de la terapia cognitiva, la cual desde la visión de Aaron T. Beck es observada a partir de que el individuo no reacciona tanto a las cosas mismas cuanto a las percepciones especiales que de ellas tiene y a las interpretaciones por las cuales dota a los objetos de significados especiales para después reaccionar afectivamente e éstos (Jurgen, 2001).

Un concepto importante en este sentido es el "patrimonio personal" cuyo núcleo está determinado por la autoimagen: aquella imagen que un ser humano tiene de sí mismo, de su personalidad, de su apariencia, sus valores, metas, etc. En torno de esta autoimagen se agrupan las demás cosas que son importantes para él, por lo que cosas y sucesos son evaluados para averiguar si importan o bien si tienen presente una restricción, una amenaza o un menoscabo para ese patrimonio particular (Norman, 1999).

Lo que se percibe como un agregado al patrimonio personal despierta sentimientos positivos, por ejemplo alegría, en cambio la opinión de que algo pudiera ser restado de aquel conduce a reacciones y sentimientos negativos (Myers, 2001).

Beck (2000) concibe entonces las emociones en relación con determinadas conductas, relacionadas por el estilo del pensamiento; por ejemplo el duelo que una persona experimenta y manifiesta con una reacción conductual, a la pérdida de personas o bienes importantes, la angustia como una reacción a una amenaza o un peligro percibidos para el patrimonio personal o la cólera y la agresión como una reacción a un daño directo conciente inflingido a éste (Beck referido en Jurgen, 2001).

Considerando éstos mecanismos al respecto de la Terapia cognitiva es importante resaltar la parte correspondiente la Terapia de la conducta, la cual parte de la diversificación y conjunción de diferentes posturas teóricas que se inician desde el condicionamiento clásico, operante y del aprendizaje, hasta llegar a sus combinaciones a través del contracondicionamiento y la desensibilización sistemática; los cuales permiten el desarrollo de variados tratamientos. Motivo por el cual es importante manifestar la evolución y fusión de ambos postulados en una breve reseña histórica que muestra la posibilidad de su vínculo científico.

2.1 Reseña Histórica

En la evolución de las Psicoterapias Cognitivas se plantea que la naturaleza recursiva de la actividad humana es una constante, así la Terapia o Modificación de Conducta (dicho termino se intercambia de manera constante como conducta o comportamiento) hizo su aparición en la escena de los tratamientos Psicológicos a finales de los años cincuentas, como alternativa radical a los modelos existentes en la época, especialmente antagónico al modelo Psicodinámico (Fexias y Miró, 1993).

La terapia de la conducta asociada al aprendizaje se origina de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica; por lo que en lugar de investigar en conflictos subyacentes, los terapeutas de conducta, centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma (Caballo, 1998).

Son desarrollados métodos de diagnóstico y evaluación conductual que les permite identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente, además de que los terapeutas de la conducta conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica (Kelinger, 2002).

Dichos procedimientos fueron convirtiendo a la modificación de la conducta en una orientación "revolucionaria" en la Conceptualización de los problemas psicológicos y su tratamiento, que han contribuido decisivamente a la génesis de una psicoterapia científica (Caro, 1997).

No obstante se considera que más que un modelo terapéutico, se trata de un conjunto de técnicas eficaces con énfasis en la metodología científica y la validación empírica de los tratamientos siendo éstos los rasgos distintivos de los terapeutas de la conducta (Norman, 1999).

Aunado a lo anterior es importante resaltar que a pesar de a eficacia de la aplicación del castigo y del refuerzo positivo o negativo hacia la modificación e la conducta (principios básicos del conductismo) la terapia de la conducta no se convirtió en una alternativa tecnológica sólida durante los inicios de los años sesenta partiendo de la nada.

Los esfuerzos por aplicar los principios del aprendizaje a los problemas clínicos contaban ya con cierta tradición, y su origen se remonta a los inicios de éste siglo; concretamente a la escuela de la fisiología rusa creada por I. M. Schenov (Caro, 1997).

Schenov (1905, citado en op. cit. pág. 115) consideraba que toda conducta podía explicarse apelando a los reflejos, sin hacer referencia alguna a la conciencia u otros procesos mentales, estableciendo el marco para la aplicación de los métodos de la fisiología al estudio de los problemas psicológicos, sus discípulos más destacados fueron I. P. Pavlov y W. M. Bechterev.

En el caso de Pavlov destacan fundamentalmente dos de sus aportaciones hechas a la Psicoterapia Conductual: en primer lugar, el estudio experimental de los procesos de condicionamiento, esto es; la demostración de cómo estímulos anteriormente neutros podían adquirir la capacidad de elicitar una respuesta -principios sobre los que se sustentan las terapias de recondicionamiento- y en segundo lugar, Pavlov inició el estudio de las "neurosis experimentales" (Pavlov y los estudios con elipses como estímulo condicionado, 1927 citado en Babbie, 2000) en animales.

Más adelante Bechterev desarrolló la idea de que el condicionamiento podía explicar una gran variedad de conductas humanas a partir de los estudios de Pavlov, su planteamiento fue influyente sobre Watson (Kelling, 2002).

Éste último fue el autor del manifiesto conductista con el que se cristalizó un movimiento que fomentaba la introducción de métodos objetivos de investigación psicológica, con sus tesis triunfó la idea de que la conducta podía investigarse estudiando los reflejos simples y sus combinaciones (Caro, 1997).

Por otro lado Jones (1933, citado en Kelinger, 2002) llegó a recopilar hasta siete métodos para eliminar los miedos infantiles (deshabitación, engatusamiento verbal, adaptación negativa, represión, distracción, condicionamiento directo e imitación social), dichos trabajos mostraban que los miedos podían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta, en lugar de a nivel de los procesos subyacentes que los psicoanalistas suponían como causas.

Conviene referir que a principios de siglo XX se desarrollaban los trabajos realizados por Thorndike sobre el condicionamiento instrumental, en el que el aprendizaje se entendía como un proceso que obedece a diversas leyes de asociación **estímulo-respuesta** siendo la más importante la **ley del efecto**. En síntesis esta ley afirma que la conducta está controlada por sus consecuencias. Dichos estudios inspiraron al surgimiento de investigaciones sobre el condicionamiento operante (Caro, 1997).

Skinner es el generador de dicha investigación sobre el condicionamiento operante, al cual le agregó un programa de modificación de la conducta; alternadamente Jacobson (1929, citado en Kelinger, 2002) introyectó el método de relajación progresiva.

En 1938 Skinner publica una serie de tesis doctoral y en 1958 (tras el llamado período de latencia, de 1930 a 1950) se publica la denominada *Psicoterapia por inhibición recíproca* de Wolpe que enmarca la búsqueda de la ecuación conductual (op. cit. pág. 224).

A ésta asociación de trabajos se suman C. L. Hull, Guthrie, Tolman, Labrador, entre otros que aportan elementos de importancia al desarrollo de los trabajos sobre la modificación conductual, que llegan hasta la época actual en el año 2000 y dentro de los que en suma se plantean por un lado el desarrollo y crecimiento del marco teórico y por otro de la importancia de su aplicación, que a continuación son especificados más claramente (Jurgen, 2001).

2.2.- PERSPECTIVA TEORICA

La perspectiva científica se planteó a partir del indicativo categórico de la falta de existencia de una teoría única del aprendizaje que sirva de marco conceptual a la terapia de la conducta, sino con que coexisten distintas teorías que sirven de fundamento a distintas técnicas, por lo que su acepción original se fundamenta a partir de conceptos básicos de los distintos paradigmas del aprendizaje que se explicarán de manera breve y concisa en los párrafos siguientes.

En su estudio clásico sobre la historia de la modificación de la conducta, Kazdin (1978, citado en Caballo, 1998) da la siguiente definición a esta orientación:

"la modificación de la conducta podría definirse como la aplicación de la teoría y la investigación básica precedentes de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social"...

Aunque ésta definición capta los rasgos esenciales, resulta demasiado general, por lo que a continuación se exponen las principales características de los modelos conductuales, siguiendo el resumen presentado por Berstein y Nietzel (1980 referido en Kelinger, 2002):

- Se considera que tanto normal como la anormal; las conductas son principalmente, producto del aprendizaje.
- Se concede menor importancia a los factores innatos o heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales.
- Se sitúa el objeto de estudio (o cambio) en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico.
- Se concede especial relevancia al método experimental, como instrumento imprescindible en la descripción, predicción y control de la conducta.
- Se considera necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento.
- No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional; la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios del aprendizaje.
- La evaluación y tratamiento se consideran funcionales, estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.
- Se considera que el rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional.

El alcance de estos principios se puede apreciar mejor si se tienen presentes los derivados de los modelos psicodinámicos o humanísticos co-existenciales. Ello no marca entrar en una comparación detallada, simplemente es importante resaltar el carácter concreto, operativo y minuciosamente estructurado, de los tratamientos conductuales (Norman, 1999).

Además como ya se indicó, los modelos conductuales, al centrar la evaluación y la intervención en la conducta inadaptada en sí misma, han contribuido decisivamente a replantear el modelo tradicional de enfermedad mental. Esto debido a que si se contempla al individuo desde la óptica ofrecida por el condicionamiento clásico y operante, la conducta humana aparece como una máquina de precisión que paso a paso esta regulada por diferentes contingencias ambientales que la acompañan (Caro, 1997).

Dentro de las diferentes alternativas que los terapeutas de la conducta han propuesto se encuentran tres que se relacionan con los mencionados paradigmas de las teorías del aprendizaje, las cuales son: **el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelamiento.**

El Condicionamiento Clásico como paradigma, ha sido utilizado para explicar conductas simples y mecánicas discerniendo el siguiente modelo: cómo a partir de estímulos neutros (o nuevos) se llegan a provocar respuestas innatas como consecuencia del emparejamiento con otros estímulos (op. cit. pág. 176).

Concretamente éste paradigma establece que cuando un estímulo incondicionado (EI, por ejemplo, un soplo de aire) que da origen a una respuesta incondicionada (RI, parpadeo) se presenta después de un estímulo condicionado (EC, p. ej., un sonido), éste adquiere la propiedad de provocar por sí mismo una respuesta condicionada que es similar a la respuesta incondicionada (parpadeo); de éste modo es posible adquirir una gran cantidad de conductas,

como la fobia de Albert a los objetos con pelo (Norman, 1999).

Por otro lado El Condicionamiento Operante como paradigma se ocupa de conductas que el organismo emite libremente y que operan sobre el medio y están controladas por sus consecuencias ambientales.

Así de forma más precisa este modelo establece que si un tipo de respuesta (p. ej., apretar una palanca) se refuerza (p. ej., bola de comida) en presencia de un estímulo discriminativo (p. ej., luz roja), en el futuro este tipo de respuesta tendrá más probabilidad de ocurrir en presencia de ese estímulo (Caro, 1997).

Ahora bien, entre la respuesta operante y el refuerzo se establece una relación de contingencia y si la respuesta se refuerza repetidamente tenderá a consolidarse, mientras que si no se refuerza tenderá a extinguirse.

Otro concepto de interés a la modificación de la conducta es el llamado el Modelamiento o Aprendizaje Observacional, el cual establece que el observador puede aprender una conducta compleja observando la ejecución que realiza un modelo (Norman, 1999).

Para explicar este tipo de aprendizaje es necesario recurrir a mecanismos complejos de procesamiento de información que suponen una discontinuidad respecto a los mecanismos implicados en los paradigmas anteriores, fundamentados principalmente en la investigación experimental con animales (Jurgen, 2001).

Según las investigaciones realizadas por Bandura (1969, citado en Caballo, 1998) en el aprendizaje observacional se suelen distinguir dos fases: la primera es una fase de adquisición de la respuesta, en la que el sujeto observa cómo el modelo realiza la conducta, y la segunda es una fase de ejecución, en la que el observador realiza la conducta a partir de su representación

simbólica una vez observado el modelo, en ambas fases es necesaria la movilización de complejos procesos cognitivos.

En resumen, los conceptos básicos de la Terapia de la Conducta son los que se desprenden de la aplicación de hallazgos de la psicología experimental, en particular de los paradigmas del condicionamiento clásico y operante, en el campo de aplicación clínico; lo cual supone la adopción de rigurosos métodos de observación de secuencias de estímulos, respuestas y consecuencias, para lograr establecer estrategias de intervención más útiles a cada caso particular, a partir de este planteamiento será apropiado abordar de forma breve los elementos más significativos de la Terapia Cognitiva.

2.3 LA TERAPIA COGNITIVA

Dicha terapia es desarrollada por Aaron T. Beck en 1970, la cual es más ampliamente complementada en 1976, dicha terapia propone no sólo la atención centrada a los procesos cognitivos o de pensamiento, sino ubicar su vínculo directo con otros factores importantes tales como: el afecto, la fisiología y la conducta (Caro, 1997).

Una manera de examinar la interdependencia anterior es determinar la disfunción de dicha relación considerando formulaciones cognitivas con respecto a tres aspectos: las causas de la disfunción, los productos de la disfunción y el tratamiento de la disfunción (Kellinger, 2002).

Posteriormente se plantea el tratamiento, el cual enfatiza la identificación y modificación de los procesos y patrones cognitivos que son disfuncionales (Beck, 1976, referido en Caro 1997), empleando los principios directrices a lo largo de toda la terapia, proyectando: *la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia,*

estructuran al mundo es lo que determina sus emociones y su conducta.

El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta, utilizando la siguiente pregunta ¿Cuáles son los sentimientos y los pensamientos de esta persona, aquí y ahora, y cómo se relacionan mutuamente para producir una conducta determinada? Y para contestarla emplearían técnicas como:

- La auto-observación, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.
- La identificación de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta.
- El examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.
- Llevar a cabo experimentos para comprobar los pensamientos automáticos.
- La determinación de las principales actitudes disfuncionales que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados. Y que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias (Beck, 1980).

2.3.1 Técnicas Emocionales.

En la aplicación de la Terapia Racional Emotiva, se utilizan una serie de técnicas enfocadas hacia el cambio emocional, teniendo presente que dicho cambio corresponde a un cambio en el pensamiento del individuo, como base primordial (Ellis, 1962).

Un ejemplo de ello es el ejercicio para atacar la vergüenza, que es una de las técnicas emocionales más conocidas; en dicho ejercicio el paciente actúa de una manera deliberadamente "vergonzosa" en público, tratando, al mismo tiempo, de aceptarse a sí mismo a pesar de su comportamiento y de tolerar la incomodidad que éste le produce (Ellis y Dryden, 1987).

Otro patrón es la utilización de los ejercicios de correr riesgo, donde como su nombre lo indica, el paciente se arriesga a actuar en situaciones en las que normalmente no lo hubiese hecho, tal como iniciar una conversación con una persona extraña; con ello logra darse cuenta de que no es una situación terrible sino que es incómoda y que además posee la capacidad para tolerar y modificar (Ellis, 1962).

2.3.2 Técnicas Conductuales

La mayor parte de éstas técnicas pertenecen a la práctica de la "TRE General". La cual ha definido el uso de técnicas conductuales (especialmente las tareas para casa) desde su creación en 1955, puesto que es sabido que el cambio cognitivo es facilitado muy a menudo por el cambio conductual (Ellis y Dryden, 1987).

Los terapeutas de la TRE intentan ayudar a sus pacientes para que eleven su nivel de tolerancia a la frustración, por lo que les animan a que realicen tareas para casa basadas en modelos de desensibilización en vivo y la inundación, así como la aplicación más actual de *premios y castigos*, la *terapia del papel fijo* de Nelly (en la cual se anima a los pacientes a que actúen "como si" ya pensarán racionalmente, con el fin de permitirles experimentar que el cambio es posible) y por último la utilización de los métodos de *entrenamiento en habilidades* (Jurgen, 2001).

La utilización de todos éstos métodos en la TRE Preferencial se hace mediante su aplicación simultánea con el debate de las ideas irracionales, cuyo propósito final es cambiar la filosofía básica del paciente, y después de que se ha conseguido en cierto cambio filosófico funcional (Ellis y Dryden, 1987).

Ahora bien estos planteamientos remiten a esta investigación a profundizar en la estrecha relación que los postulados teóricos tienen con el Psicólogo; quien al realizar una intervención de carácter clínico, puede emplearlos; intentando delimitar y manifestar la importancia de la identificación y tratamiento de alteraciones psicológicas asociadas al período menopáusico, a partir del uso de un estilo terapéutico cognitivo-conductual desarrollado en su campo de aplicación profesional; considerando así el inicio de la evaluación de la conducta de la mujer producto de la etapa en la que se encuentra.

2.4 LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).

Una de las áreas o corrientes teóricas que emanan de la Teoría conductual es la Terapia Racional Emotiva, un estilo terapéutico cognitivo-conductual, la cual se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, es decir; de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962).

El doctor Albert Ellis es el fundador de la Terapia Racional Emotiva, la cual da brotes de sus inicios en 1955, durante el Congreso de la American Psychological Association, dicha Terapia se basa primordialmente en la premisa estoica de que: *la perturbación emocional no es creada por la situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones* (Epicteto, siglo I d. C.). Por tanto el modelo ABC es el utilizado para la aplicación de dicho tratamiento, el cual a su vez busca llegar a su meta principal; la nueva construcción de un estilo de pensamiento en la persona (Grieger, 1985, citado en Ellis y Dryden, 1987).

La meta primordial de la TRE es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos "irracionales" o disfuncionales y apoyarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más "racionales" o efectivos, que le permitan lograr el cumplimiento de sus metas de tipo personal (op. cit. pág. 165).

Asimismo la TRE examina las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo (que rodea al paciente) en general así como la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis, 1962).

Su modelo tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, así como las creencias que ha generado de sí mismo y las otras personas (op. cit. pág. 206).

Al considerar las interpretaciones, también se considera si éstas son ilógicas, poco empíricas y si dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, las cuales por consiguiente reciben el nombre de "irracionales". Esto no significa que la persona no razone, sino que razona de forma inadecuada y por lo tanto llega a conclusiones erróneas (Ellis y Dryden 1982).

Ahora bien, si por el contrario las interpretaciones o inferencias están basadas en datos empíricos, en una secuencia científica-lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional (Ellis, 1962).

Considerando estas premisas, es elemental resaltar el funcionamiento del modelo ABC con el que se genera la aplicación de la Terapia Racional Emotiva, donde:

- A:** Acontecimiento activante
- B:** Creencias o Beliefs
- C:** Consecuencias (emocionales o conductuales).

Así el ejercicio de la A o acontecimiento activante es interpretado y asociado a las creencias (B) y por lo tanto genera un estilo de C o consecuencia, de tipo emocional o conductual, según se presente la interpretación de la situación. La condición de B es la que determina que la interpretación sea racional o irracional y por lo tanto que su respuesta también se considere de la misma forma (Caballo, 1998).

Si se presenta un estilo de creencia irracional, en la TRE se aplica un método para reemplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB), el cual se llama "refutación" o "debate" conocida como **D** y es básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestiona una hipótesis y la influencia de teorías para determinar su validez (Ellis, 1962).

De acuerdo con la TRE el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo de la realidad, de la situación que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de las exigencias absolutistas, **de los debo de y tengo que dogmáticos** sobre uno mismo, otros y la vida en general (op. cit. pág. 217).

Aquello racional se asocia a las concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma. Con los "debo de y tengo que" dogmáticos y absolutistas del pensamiento el individuo sólo logra sabotear sus propósitos y objetivos básicos, ya que éstos generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos (Ellis y Dryden, 1987).

Ante el estilo de pensamiento irracional, Ellis en (1982, citado en Caballo, 1998) construye tres premisas que le permiten a la Terapia Racional Emotiva ubicarse como un estilo de Terapia de la modificación del pensamiento, éstas son:

1. La tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento ("*tremendismo*"), ya que éste se percibe como más de un 100% malo -una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia- "Esto no debería ser tan malo como lo es".
2. La tendencia a exagerar lo insoportable de una situación ("*no-puedo soportantitis*"), ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia; si esta situación se presenta o amenaza con presentarse en su vida -o deja y amenaza con dejar de ocurrir, según sea el caso-.
3. La tendencia a considerar a los seres humanos o a la vida en general un malestar sin solución ("*Condenación*"), ya que el individuo se evalúa a sí mismo o a los demás como "subhumanos", al comprometer su valor como personas como consecuencia de su comportamiento, o sea de hacer algo que "no deben" hacer.

Es necesario considerar éstas premisas ya que son la base para la formulación de la aplicación del procedimiento terapéutico de la TRE, la cual inicia su entrenamiento con el paciente sobre el sistema ABC de manera directa y hasta llegar a la aplicación del debate (D), apoyándose de diferentes técnicas cognitivas, conductuales y emocionales agrupadas de la siguiente manera (Ellis, 1962):

1.- Darse cuenta. Las personas pueden darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tiene; en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.

2.- Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa dichas perturbaciones.

3.- Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.

4.- Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.

5.- Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.

6.- Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales.

7.- Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

Cuando las personas llevan a cabo un cambio en su pensamiento y ello les permite corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas sobre la realidad, sobre generalizaciones, atribuciones erróneas, etc., es cuando se puede decir que han comenzado un trabajo real con su estilo del pensamiento irracional (Ellis y Dryden, 1987).

Como se mencionó, se utilizan diferentes técnicas de tipo cognitivo, emocional y conductual, las cuales se apoyan de las tareas en casa y el modelo de la fantasía racional-emotiva, las cuales complementan la aplicación del método científico a la vida cotidiana, expuesto en la TRE por lo que a continuación se expondrá brevemente al respecto de aquellos elementos terapéuticos que la apoyan.

CAPITULO III EL PAPEL DEL PSICOLOGO

Es de interés referir la importancia de la intervención que el psicólogo realiza en el área clínica, más específicamente en la etapa de la menopausia identificando la presencia de alteraciones de carácter psicológico, objeto de estudio de esta investigación.

Dentro del campo de aplicación, algunos autores resaltan dicha importancia, por lo que en los siguientes párrafos se describen las impresiones que ellos postulan:

En la actualidad el psicólogo se encuentra cada vez más consciente de la responsabilidad que tiene su labor con las personas que atiende. Contar con habilidades de tipo social es un elemento inherente a cualquier campo de aplicación profesional, sobre todo en el trato con seres humanos; sin embargo, en este punto no es viable olvidar que en realidad un grupo social se integra por individuos cuyo comportamiento está en constante interacción con la comunidad a la que pertenece, ello lleva al psicólogo a ejecutar una labor de conciencia social, con conocimiento y respeto al individuo en particular, objeto de su estudio (Morales, 1997).

Así es posible destacar que los psicólogos estudian funciones básicas, como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, las emociones, los motivos, etc., también se interesan por temas de relevancia social como el divorcio, el racismo, la violación, la diferenciación del género, la contaminación, entre otros además de investigar como objeto de estudio direccional el comportamiento de las personas en las diferentes etapas de su vida, en relación al contacto terapéutico (Díaz, 1996).

Al mismo tiempo que se investiga el desarrollo de la persona desde el nacimiento hasta la muerte; son realizados estudios en terrenos de la salud mental y física, así como en los cuadros sanitarios al mismo que se incursiona de forma multidisciplinaria en diferentes áreas de desarrollo social, las cuales abarcan desde la vida rural hasta los grandes monopolios económicos de las primeras potencias mundiales, intentando encontrar diversas relaciones y diferencias entre los múltiples estilos de vida (Myers, 2001).

Ello remite entonces a plantear que la intervención Psicológica se logra percibir de mejor forma a través de las actividades que el especialista realiza con respecto al área de desarrollo en la que se encuentra, siendo necesario resaltar las funciones que un psicólogo asume en el campo de la intervención.

3.1 FUNCIONES DEL PSICOLOGO

Ubicando a la psicología como una ciencia, en función de la aplicación del método científico en la experimentación y como una profesión en función del uso de diferentes métodos y técnicas respaldadas en la especialización científica, es viable considerar el análisis de los campos de aplicación de la misma a través de los profesionales que la estudian y desarrollan.

La ciencia psicológica logra llegar a sus objetivos por medio del Psicólogo quien a través de la aplicación de una técnica, una teoría y con un enfoque específico mantiene viva la acción de la investigación y desarrollo de las posibilidades de mejorar y optimizar las condiciones en las cuales se manifiesta la conducta de las personas.

Distinguida entonces la Psicología como profesión, es viable analizar los campos de aplicación en los que su actor principal; el psicólogo desarrolla diferentes habilidades que apoyan su interrelación con otras áreas y profesiones, destacando para efectos de ésta investigación el campo de aplicación clínica y experimental.

ÁREAS DE DESARROLLO DEL PSICOLÓGO

- a) Terapia: Esta es la actividad en la que se emplean con mayor frecuencia los esfuerzos de los clínicos y en la que se dedica más tiempo.

Con frecuencia la terapia implica una relación uno a uno, aunque hoy día la terapia grupal es también común. La diversidad de casos lleva a la búsqueda de objetivos cada vez más específicos, de identificar las causas y mostrarlas a través de las consecuencias, así mismo permite sugerir las diferentes opciones presentes para construir un plan de resolución, mismo que será particularmente de la competencia del paciente poner en práctica e ir modificando según sus necesidades personales.

Sin olvidar que la terapia establece una relación recíproca entre el terapeuta y el paciente, quienes estructuran conjuntamente los procedimientos más viables para trabajar al respecto de la dificultad que el paciente manifiesta, dentro de la cual se establecen de manera clara los parámetros para dicho plan y aplicación (Sánchez, 2002).

Existiendo diferentes y numerosos enfoques a través de los que se propicien las condiciones en las cuales se dará la relación, entre ellas: terapia conductual, sistémica, cognitiva, psicoanalítica, humanista, etc. Mismas que se adecuan a la situación del paciente y por tanto lograr cumplir los objetivos que se plantean a través de:

- b) Evaluación: La gran mayoría de los clínicos practicantes, pasantes y profesionales participan en evaluaciones de variadas formas y estilos, con lo cual buscan comprender de la mejor forma posible al individuo al que investigan o bien con el que trabajan (paciente) con ello lograrán apoyar sus primeras presunciones al respecto del diagnóstico que pueden establecer, eliminando aquellos argumentos que no empaten con los resultados que obtienen al evaluar (Kellinger, 2002).

La evaluación, ya sea como observación, entrevista o prueba; es una forma de reunir información al respecto del problema y al mismo tiempo aporta elementos que lo posterior formarán parte de la estrategia de apoyo a la resolución al mismo, la cual de forma específica únicamente es una herramienta para conformar un diagnóstico más preciso y verdadero.

Los conceptos que se manifiestan a continuación surgen de las investigaciones realizadas por Bottinelli (2003), al compilar diferentes postulados al respecto de las implicaciones del Psicólogo en diferentes áreas de intervención terapéutica.

- c) Enseñanza: Al mismo tiempo los psicólogos clínicos tienen compromisos académicos principalmente en el área de la enseñanza en los diferentes niveles escolares en los que logra transmitir diferentes conocimientos al respecto de su propia área de aplicación, sobre todo en los niveles superiores y de postgrado.
- d) Investigación: La Psicología Clínica se deriva de una tradición académica de investigación. El énfasis en ésta área surge de la innovación en los diferentes procedimientos y estilos de los que se derivan el diagnóstico y los tratamientos.
- e) Consultoría: Se especifica caso a caso en relación a temas definidos, dirigidos a diferentes sectores y grupos de la sociedad, que tras la consultoría lograr optimizar y eficientar sus conocimientos o habilidades en áreas de desarrollo diferenciados.

Al mismo tiempo se dedica al estudio sistemático y de investigación de los procesos básicos de la conducta, tales como: la percepción, motivación y emoción, aprendizaje humano, animal; memoria, pensamiento, lenguaje, psicolinguística y desarrollo infantil, entre otras aplicaciones, utilizando los procedimientos experimentales aplicables a los escenarios de laboratorio y de carácter real de su objeto de estudio (Cofer, 2000).

La investigación en el presente se orienta hacia los problemas de lenguaje, lectura, escritura, modelos de enseñanza, memoria, etc., dentro de los niveles de aplicación básico y secundario; así como de carácter de investigación transcultural, tecnológico, sociales, alimentarios, entre otros.

Dentro del campo de la Psicofisiología, el Psicólogo evalúa los efectos farmacológicos en la conducta; delimita los procesos neurales, los ciclos de la actividad y el descanso, al mismo tiempo que se encarga de detectar los factores que limitan la conducta debido principalmente a lesiones cerebrales (Fexias, 1993).

En definitiva la Psicología Clínica y la Experimental son parte elemental del proceso de desarrollo, crecimiento y evolución de la ciencia Psicológica, la cual se origina en el quehacer de su principal actor, éste es el Psicólogo, quién mantiene funciones específicas que permiten el planteamiento formal y científico de la aplicación práctica de los diferentes campos de acción de la misma (Insua, 1991).

El papel que el Psicólogo juega dentro del campo de la clínica y la investigación es pieza medular para especificar y conocer de manera cada vez más amplia los medios a través de los cuales la conducta del ser humano puede adaptarse y modificarse en la búsqueda constante de concepciones novedosas al respecto de cada etapa de su vida. Por lo que la relevancia de éste apartado radica principalmente en las aportaciones que éste profesionista logre proporcionar al desarrollo de nuevos métodos de aplicación terapéutica.

3.2.- RELACION DEL PSICOLOGO CON LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Al considerar el papel del Psicólogo frente al ejercicio de la Psicología es de importancia aclarar que dentro de ésta ciencia existen diferentes argumentos acerca de su aplicación de principio a fin, ello permite mencionar que dentro de su intervención se dividen diferentes estilos y corrientes que determinan sus objetivos y por tanto sus procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Debido a esta diversificación de acciones es viable mencionar que una de las perspectivas más actuales y con relevante aplicación a los campos de la clínica y la investigación, es la Teoría Cognitivo-Conductual misma que plantea diferentes elementos que permiten al Psicólogo mantener una visión clara de su objeto de estudio así como del seguimiento que debe darle a éste para futuras aplicaciones en otros casos, con ello logra establecer las bases de su propio desarrollo.

Así las aportaciones de los Psicólogos están presentes de forma clara en cada estilo y variación del uso de la teoría a la que pertenecen, de entre las cuales son de importancia los factores que componen la Ciencia de la Conducta, ubicando así el papel que el terapeuta juega en la ejecución de la misma.

Es de sumo interés mencionar que la acción del Psicólogo se considera desde dos visiones que en la actualidad se complementan para dar origen a la Terapia Cognitivo-Conductual; la primera se refiere a la investigación en el campo de la conducta en la cual se observa como objetivo precisamente la amplia gama de respuestas que en éste caso el sujeto puede proporcionar frente a una diversidad inmensa de estímulos (Jurgen, 2001).

Y en segundo lugar al área de la cognición, en la que se relacionan a la conducta aquellas acciones reflexivas que caracterizan al ser humano, en su condición de individuo pensante y tras ello son abordados factores como la resolución de problemas, el aprendizaje a través de modelos específicos (como la observación, aproximación acción progresiva, el contexto positivo, explicativo) que pueden ser entrelazados por tres tipos de estímulos tales como los externos, el proceso simbólico interno y aquellos procesos que dan refuerzo a las reacciones (op. cit. pág. 187).

Así algunos de los factores y estrategias que el psicólogo utiliza son: el desarrollo continuo de los conceptos teóricos al respecto de la conducta y la cognición, la utilización de juegos de roles de entrevistas, el análisis de entrevistas grabadas (audio), utilización de la Cámara de Gesell (video de entrevistas y aplicaciones de tratamientos), la discusión de casos clínicos, supervisión de casos, juegos cognitivos y principalmente el trabajo profesional cognitivo-conductual en sus múltiples vertientes.

La visión de una nueva Terapia que involucrará elementos asociados al estilo de pensamiento de las personas y obviamente el análisis y apoyo en cuanto al objeto de estudio de la Psicología, la conducta lleva al desarrollo de la Terapia Racional Emotiva (TRE) una terapia cognitivo-conductual que se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962).

Al mismo tiempo la TRE examina además las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general; la filosofía básica del individuo en la cual se basan esas inferencias (Ellis y Dryden, 1987).

Cabe señalar que emplea un modelo terapéutico que parte de un marco de referencia filosófico y llega a través de diferentes aplicaciones, a plantearse como un procedimiento científico válido por lo que su descripción es de sumo interés ya que fija las bases de un trabajo que requiere análisis y técnicas unidas para su uso.

DESCRIPCION DEL MODELO TERAPEUTICO PARA EL PSICOLÓGO DE LA TRE

El marco filosófico general de la TRE se basa primordialmente en la premisa estoica de que: "la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones (Epicteto, siglo I d. c.). Por consiguiente el modelo ABC utilizado por la TRE para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para apoyar al paciente a su resolución tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera en como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, incluyendo la forma en que a desarrollado creencias de sí mismo; sobre las otras personas y sobre todo aquellos que le rodea (Ellis, 1962; capítulo II).

Por lo que al respecto de las creencias y la interpretación que de ellas el individuo realiza, se observa un razonamiento ilógico, poco empírico o bien que dificulten la obtención de metas establecidas por el individuo mismo, reciben el nombre de irracionales. Ello no significa que el individuo no razone, sino que su estilo de razonamiento es inadecuado par él mismo ya que llega a conclusiones erróneas. Ahora bien mediante la TRE se pretende que dicho razonamiento ilógico se transforme es un estilo de pensamiento, interpretación y razonamiento efectivo, científico y lógico para la obtención de metas ya fijadas con anterioridad, al mismo tiempo que proporcionar con esto un esquema de acción optimo para las situaciones futuras (Ellis 1987).

Durante la aplicación del modelo ABC el Psicólogo considera en cada factor la siguiente asociación:

- A:** acontecimiento activante
- B:** beliefs o creencias (creencia irracional "Ib" o creencia racional "rB").
- C:** consecuencias (emocionales "Ce" o conductuales "Cc").

En dicho modelo se observa y analiza el acontecimiento activante que no produce directamente cualquiera de las consecuencias (o ambas), sino que se encadena a un estilo de creencia o interpretación de dicha realidad y que por tanto hace accionar al individuo de cierta manera peculiar.

Después de analizar la situación bajo éste esquema, se continúa con el reemplazo de la creencia irracional por una racional a través de un procedimiento llamado "refutación o debate considerado **D**, y es básicamente una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Durante la aplicación del debate el paciente puede desafiar y cuestionarse a sí mismo de forma cognitiva y conductualmente sus propios pensamientos irracionales (Ellis Y Dryden, 1987)

El debate racional consiste en diversos tipos de reestructuración cognitiva que incluye: detección de creencias irracionales, la discusión al respecto de las mismas y la distinción entre el pensamiento lógico e ilógico; la definición semántica y la redefinición que ayudan a abandonar la sobre-generalización y a lograr apearse más a la realidad (Ellis, 1962).

Una vez que la aplicación de la refutación tiene éxito, entonces se experimenta o aplica el elemento **E**, una filosofía más racional y un nivel de efecto compatible con una solución clara y óptima del problema (op. cit. pág. 287).

De acuerdo con la TRE el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que el individuo hace de la realidad y de las situaciones que le rodean. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los "debo de" y "tengo que" dogmáticos sobre uno mismo, otros y la vida en general en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas propias a las cuales no logra añadir una característica de dogma. Por los que sus inferencias absolutistas lo llevan a sabotear sus propósitos y objetivos básicos ya que generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos (Ellis y Dryden, 1987).

Así Jurgen (2001) plantea la funcionalidad del Psicólogo radica inicialmente en la identificación del estilo de los pensamientos irracionales a partir de tres inferencias, las cuales son:

1.- La tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento es considerado como "tremendismo", ya que percibido más allá de un 100% negativo -una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia "Esto no debería ser tan malo como es".

2.- La tendencia a exagerar lo insoportable de una situación "no-puedo" (soportantitis), ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta o amenaza con presentarse en su vida - o deja, o indica con dejar de ocurrir- según sea el caso.

3.- La tendencia a considerar a los seres humanos o a la vida en general ("Condenación") ya que el individuo se evalúa a sí mismo o a los demás como "subhumanos", al comprometer su valor como personas a partir de las consecuencias de su comportamiento, es decir de hacer algo que no "deben" hacer o de no hacer algo que "si deben" hacer.

Después de dichas identificaciones es viable mostrar al paciente la utilización del modelo ABC de forma directa y práctica, llegando así a la identificación y cuestionamiento de todos aquellos aspectos irracionales de su estilo de pensamiento para iniciar al procedimiento del reemplazo por otros que le sean más funcionales y eficaces, utilizando claro diferentes técnicas (Ellis y Dryden, 1987).

Para lograr un cambio filosófico, el terapeuta promueve los siguientes elementos constructivos del nuevo estilo de acción en devenir del estilo racional de su pensamiento (op. cit. pág. 226):

- El paciente reflexionará sobre sus acciones y con ello se dará cuenta de él o ella misma crea en gran medida sus propias perturbaciones psicológicas, y que a pesar de que las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general ello se considera un agregado al origen del conflicto.
- El paciente logrará reconocer de manera clara que posee la capacidad de modificar dichas perturbaciones o conflictos de forma significativa y considerablemente en lo positivo y racional.
- Es necesario comprender que los conflictos emocionales y conductuales provienen en gran parte de la construcción de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
- El descubrimiento de creencias irracionales y su posterior discriminación provee al paciente de observar posibles alternativas de solución.
- Es importante extender la discriminación al cuestionamiento de las creencias irracionales a través de la utilización de métodos lógico-empíricos de la ciencia.

- Posteriormente se observa el proceso de internalización de las nuevas creencias racionales ello con la utilización de métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
- Es recomendable continuar con el proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar procedimientos multimodales de cambio durante el resto de la vida del paciente.

Ubicando los elementos anteriores y determinándose una persona, un cambio filosófico en **B** aplicando claro el modelo ABCDE lo llevará a la capacidad de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas sobre la realidad (sobregeneralizaciones, atribuciones erróneas, etc.).

Dentro del modelo de aplicación de la TRE, los factores ABCDE se acompañan de elementos constitutivos de apoyo que pretender alcanzar los objetivos antes mencionados, dentro de los cuales se pueden mencionar los siguientes:

1.- El debate filosófico. Es el procedimiento principal utilizado por la TRE para reemplazar una creencia irracional por una racional (Ellis y Dryden, 1987) ello consiste en un proceso de adaptación con referencias del método científico, mostrando que existen tres pasos para ejercer la refutación:

- En primer lugar el terapeuta apoya al paciente en la reflexión y descubrimiento de de sus creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones autodevaluadoras.

- En segundo lugar el terapeuta debate con el paciente (s) al respecto de la verdad o falsedad de sus creencias irracionales (propiciando con ello la validez de sus hipótesis y teorías) además de apoyar al procedimiento de discriminación entre inferencias irracionales y racionales.
- En tercer lugar se plantea el estilo terapéutico con eficacia, que se sugiere debe de utilizar el denominado Debate filosófico con aplicaciones de tipo empírico, esto combinado con la técnica del diálogo Socrático (haciendo preguntas como: "¿Cuál es la evidencia de que tiene que hacer eso?" o "¿En qué sentido es falsa o cierta esta creencias?", dichos cuestionamientos se utilizan debido a que el paciente percibe la distinción entre sus creencias irracionales y aquellas que no lo son y sólo memoriza los conceptos o frases que se le manifiestan.

2.- Tareas para casa. Éstas se emplean de manera regular y tienen como objetivo ayudar al paciente a generalizar su trabajo terapéutico más allá de la consulta con el Psicólogo, por lo que dentro de la utilización de esta se apoya con el "Formulario de Autoayuda de la TRE ("RET Self-help-Form) El cual sólo puede ser reproducido con la autorización del Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York, ver anexo). Algunas otras tareas son la técnica de la Biblioterapia, en la cual se asigna al paciente la lectura de libros y artículos que se asocien a la problemática que presenta y al mismo tiempo que empleen de forma práctica los métodos propuestos por la TRE además de poder relacionarlo con casetes, discos, películas, talleres, conferencias, etc. (Ellis y Dryden, 1987).

3.- Fantasía racional-emotiva (Ellis, 1962). El propósito de esta técnica es el de permitir al paciente la exploración de la conexión B-C, es decir; de las interpretaciones-consecuencias, lugar donde se puede experimentar un cambio cognitivo sin necesidad de estar directamente envuelto en la situación (A) pero teniendo una imagen vívida, una fantasía sobre ella, ello generará practica en el paciente para así mantener cambios raciones a pensamientos irracionales de manera más oportuna y eficaz, objetivo planteado por la TRE.

4.- Técnicas emocionales. Dentro de éstas se encuentra el ejercicio para "atacar la vergüenza (Ellis y Dryden, 1987) en dicho ejercicio el paciente actúa de forma vergonzosa deliberadamente en público tratando al mismo tiempo de aceptarse a sí mismo a pesar de su comportamiento y de lograr tolerar la incomodidad que produce, lo anterior no debe suponer riesgo alguno para el paciente. Otra técnica son los ejercicios de "correr riesgo" en los cuales como su nombre lo indica el paciente se adentra a correr un riesgo a través de la actuación en situaciones que normalmente no lo haría, lo cual lo lleva al "darse cuenta" de que no es tan horrible como le parecía, sino muy incomodo pero algo tolerable.

5.- Técnicas conductuales. Con ellas los terapeutas intentan ayudar a sus pacientes para que eleven su nivel de tolerancia a la frustración a través de los cambios cognitivos que pueden producir por las tareas en casa, los cuestionamientos, la entrevista, los reforzadores, la desensibilización en vivo, la terapia del papel fijo de Nelly (en donde se anima al paciente a actuar como si ya pensara racionalmente en cada situación, con fin de permitirles experimentar que el cambio es posible) o bien a través de los métodos de entrenamiento de habilidades.

Para concluir con esta descripción es importante mencionar que desde el establecimiento de la asociación o relación terapéutica, la inducción, valoración de los problemas del cliente, evaluación y Psicodiagnóstico de la TRE, discriminación activa, el establecimiento del diagrama psicodiagnóstico y el establecimiento de metas se mantendrán condicionados a los parámetros antes mencionados para lograr los objetivos iniciales.

3.3. PROCESO DE IDENTIFICACION DE ALTERACIONES PSICOLOGICAS POR MEDIO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

La naturaleza de las alteraciones Psicológicas desde la visión de la TRE mantiene que las personas a menudo usan sus procesos cognitivos de manera auto-derrotista, porque está es la forma más natural y fácil de pensar. Así la TRE de manera cotidiana busca los síntomas primarios del cliente, a través de la observación clínica.

Mediante éste procedimiento básico se percibe que las personas tienden a espiarse y condenarse a sí mismos en cuanto se descubren éstos síntomas primarios y por lo tanto desarrollan síntomas secundarios que los incapacitan para mantener el seguimiento de su vida rutinaria, por lo que ello apoya la hipótesis a cerca de que las cogniciones son enormemente importantes en el desarrollo de sentimientos y conductas neuróticas (Ellis, 1962).

Debido a esto, las personas desarrollan síntomas secundarios, por ejemplo sentirse ansiosas al respecto de su estado de ánimo o de su propia ansiedad; como en el caso de los ágorafóbicos, sus sentimientos secundarios influyen de manera determinante sobre sus cogniciones y conductas. Así se sienten mal porque acaban llegando a conclusiones del tipo "es realmente terrible que tenga tanto pánico a los espacios abiertos". Lo que hace que cada vez se comporten de una forma más derrotista ante las mismas condiciones de situaciones que se les presentan.

Ello demuestra que los pensamientos afectan significativamente a los sentimientos y a las conductas, a su vez los sentimientos afectan a los pensamientos y las conductas y las conductas, al mismo tiempo influyen negativamente en los pensamientos y en los sentimientos (Ellis y Dryden, 1987).

La TRE sostiene que la irracionalidad humana, se halla excepcionalmente extendida, nadie logra escapar de ella en diversas ocasiones y en un grado considerable, por ejemplo a pesar de que los neuróticos severos, las personalidades border y los sicóticos pueden estar altamente perturbados no sólo por su padecimiento es viable indicar que serán los únicos con irracionalidad pues el resto de la población que es considerada dentro de los estándares de normalidad son quienes mantienen frecuentemente creencias irracionales y por tanto actúan de manera disfuncional sin ser considerados dentro de alguna de las patologías anteriores.

Por otro lado es importante mencionar que ésta teoría esta de acuerdo con los Psicoanalistas en que los seres humanos a menudo crean defensas ante sus sentimientos perturbados y en vez de experimentar la ansiedad, culpa o ira usan el método de la racionalización, evasión, proyección, falsas atribuciones y otros medios para ocultar sus fallas o los sentimiento que tendrían si admitieran de manera adecuada sus fallas (Merler, 2000).

Así la TRE parte de la hipótesis de que la recompensa principal es el simple alivio, con frecuencia se dan cuenta de que deshacerse de sus síntomas perturbados como la ira o bien la conducta disfuncional de comer en exceso, les ayudara de manera considerable a sentirse bien (aunque ello se da por un tiempo corto) aunque también son conscientes de que les es mucho más sencillo, sobre todo en períodos cortos de tiempo; tolerar éstos síntomas que enfrentarlos totalmente e intentar extirparlos de forma definitiva.

Por lo que su resistencia a cambiar podría derivar de las recompensas de obtener un placer específico, sin embargo lo más probable es que su resistencia derive de su baja tolerancia a la frustración, su negativa a pasar por un dolor inmediato para así obtener una ganancia futura. Su principal recompensa es la comodidad instantánea, situación que puede ser considerada por los terapeutas como la estructura básica de los pensamientos y conductas irracionales de los individuos.

Ahora bien a menudo son confundidos los estados emocionales y en ocasiones se nombran de manera no muy clara y específica, por lo que es viable clarificar el estado afectivo que manifiesta un individuo, por lo que la atención a diferentes señales afectivas es un gran paso dentro y fuera de las sesiones con el especialista; con ello se perciben involucradas la identificación de posturas corporales, la tensión en partes del cuerpo tales como el mentón, la sien, los dientes apretados, cambios respiratorios, etc.

Lo que puede ser considerado para discernir algunos estados emocionales que el sujeto manifiesta a través de cualquiera de ellos y a su vez lograr su conocimiento y definición.

También existen aquellas situaciones que los clientes mencionan sólo experimentar sentimientos sin pensar en nada en particular, lo que se le conoce como emociones abreviadas; en éste caso la palabra clave es "un hábito" ya que de manera cotidiana se repite el mismo pensamiento acerca de las percepciones, se comienza a experimentar por ende la misma clase de sentimientos, esto indica que el cerebro está realizando un misma actividad rutinaria a través de dos funciones (Cofer, 2000):

1.- Se están convirtiendo los hábitos emocionales en rasgos de la personalidad básicamente permanentes.

2.- Se están produciendo actitudes y creencias básicas o relativamente permanentes que se reflejarán en la conducta del sujeto que las asimile.

Debido a ello un número considerable de personas tienen actitudes y creencias negativas o positivas con respecto a ciertos hechos y con sólo encontrarse en una situación similar, reaccionan de manera automática con cualquiera de las emociones que predominen en su estilo único de accionar, ya sea de forma positiva o negativa.

En ambos casos las actitudes provocan emociones de manera instantánea que inician sin un previo análisis, en ocasiones estos aprendizajes ocurrieron desde la infancia convirtiéndose en emociones abreviadas (Rosenzweig, 1992).

También los problemas de identificar **C** o la consecuencia pueden surgir de la culpa, la vergüenza de tener determinados sentimientos o bien que alguna otra persona perciba que el sujeto está emocionado, por temor a percibir emociones dolorosas, entre otras. Los pacientes se pueden rehusar a definir su emoción si ésta es de signo negativo o bien le provoca auto-devaluación.

Las personas puede que no estén en contacto con sus emociones debido a que su tendencia a intelectualizar sus circunstancias o problemas es más grande que su habilidad de enfrentamiento directo y planteamiento de resolución, por lo tanto, tales sujetos evitarán etiquetar sus sentimientos, y en vez de ello describirán sus pensamientos de forma irracional, que a su vez estarán enmascarados e incluso pueden llegar a negar que experimentan alguna emoción. Por lo que es considerablemente claro que las personas tiendan a confundir los pensamientos y las emociones o bien éstas con sus creencias (Ellis, 1987).

En ocasiones los sujetos confunden una situación de **B** o creencia con un sentimiento y es conveniente hacer la distinción entre ambas ya que las emociones no pueden ser debatibles pues son experiencias fenomenológicas que sólo el propio individuo vivencia, así debatir entonces su estado emocional equivaldría a no lograr establecer un esquema de acción adecuado a su vida, porque ésta no se encuentra aún determinada, por ello es viable considerar como aspectos a discernir: los pensamientos, creencias y opiniones (Ellis, 1962).

Ahora bien el modelo ABC propuesto por la TRE ayuda a explicar a los clientes, la fuente de su aflicción emocional, en su forma extendida el modelo ABCDE muestra como pueden reducir la angustia a través del debate en un nivel desafiante hacia el área cognitiva propia y al mismo tiempo con la modificación en sus estilo de comportamiento que crean y mantienen un efecto en sus pensamientos pasando de un estado irracional a uno más lógico, llegando así a la experiencia de un nuevo efecto, una filosofía más racional y un nivel de afecto compatible con una solución afectiva del problema más optima a su situación, sin dejar aspectos descompensados que puedan crear nuevos conflictos o bien creencias inadecuadas (Ellis, 1962).

3.4.- ESTUDIOS EMPIRICOS SOBRE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PERIODO MENOPÁUSICO.

Los trabajos empíricos con mujeres que viven la etapa de la menopausia coadyuvan a extender el panorama y la visión acerca de la dimensión a la que remonta esta problemática en la población femenina que es quien vive este proceso en conjunto de los seres que la rodean.

Considerando entonces la trascendencia que implica la obtención de resultados bajo diferentes enfoques que se asocian al estudio de la menopausia, surge la necesidad de abordar de forma más clara la perspectiva de la intervención Psicológica a partir de la integración de

una serie de estudios aplicados en diferentes lugares de México y Latinoamérica, con los que se pretende exponer el desarrollo de diversas técnicas de intervención; vinculando la información teórica con la obtención de resultados que finalmente permitan plantear una comparación y discusión objetiva al respecto de la teoría y sus conclusiones.

Inicialmente Siems (2000) llevó a cabo un trabajo de estudio en Argentina, centrando sus esfuerzos en determinar alteraciones conductuales en aquellas mujeres que pasan por la etapa de la menopausia y que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva, observando repercusiones negativas, principalmente en su relación con las personas que las rodean; para ello utilizó un estilo de intrusión de trabajo con una población de 600 mujeres de entre 45 y 53 años de edad, realizando la aplicación de un cuestionario piloto sobre ecuaciones de relación de la mujer con diferentes personas de su contexto; dividiendo los resultados en tres áreas: a) síntomas inespecíficos, b) alteraciones de la percepción y c) síntomas graves menos frecuentes, en los cuales fue posible clasificar a la mujer menopáusicas. Posteriormente Siems plantea que el uso de sustancias Psicoactivas en muchas ocasiones suele asociarse con la primera toma de medicamentos y que por lo tanto las mujeres comienzan la búsqueda de otras sustancias que les proporcionen la satisfacción y bienestar que necesitan, haciendo su uso con dosis cada vez más elevadas; más frecuente, repercutiendo principalmente en su forma de actuar.

En asociación a la investigación de Siems al respecto de las alteraciones de la conducta, Medina (2000) realizó una investigación comparativa en Michoacán, México con el objetivo de conocer las repercusiones de la etapa de la menopausia por la cual pasan las madres de adolescentes de Colegios Estatales y no Estatales de la Entidad; partiendo de una intervención realizada en una población de 310 mujeres quienes fueron

divididas en tres grupos: perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas a las que se aplicaron dos tipos de entrevistas: una de estudio socioeconómico con el fin de hacer la primera división grupal y otra de tipo cualitativo, de la que se obtuvieron datos de carácter personal al respecto de las conductas de las madres con las que se trabajó, concluyendo que: a pesar de las diferencias socioeconómicas y de personalidad de cada mujer, las féminas vivencian y sienten la menopausia de manera similar; considerando en ello el aspecto social, familiar y personal; significando que las madres con hijos adolescentes son quienes resultan menos apoyadas o comprendidas, modificando negativamente la manera de comportarse con respecto a sus hijos.

Un año más tarde Madero (2001), en su investigación llevada a cabo en Perú, propone como objetivo ubicar aquellos trastornos psíquicos que se atribuyen a la menopausia, mismos que generan comportamientos no cotidianos en la mujer; realizando una intervención que consta de dos partes: una investigación teórica y una aplicación de estudios de caso con 400 mujeres, a quienes se les aplicó una entrevista piloto preguntándoles sobre situaciones de carácter emocional y posteriormente comparándola con la información científica obtenida, formando un expediente de estudio de caso. Donde los resultados fueron divididos en dos categorías: primero la de los efectos de carácter emocional que repercuten en la conducta provocando un trastorno mental y por lo tanto el desequilibrio de la mujer; y segundo, la asociación de la conducta a los cambios fisiológicos experimentados en la etapa de la menopausia.

Concluyendo que en la actualidad las mujeres carecen de información suficiente al respecto de la manifestación de trastornos psicológicos que pueden presentarse en la menopausia, (incluyendo en esto a la información referida en los manuales de Trastornos mentales que se utilizan a nivel mundial) y que pueden ser inicialmente tratados al darse cuenta de ciertas modificaciones que se expresan en su conducta cotidiana.

Siguiendo entonces con el estudio de las alteraciones mentales y de su repercusión en la conducta de la mujer, Coe (2003) en su trabajo realizado en Latinoamérica, pretende obtener datos reales sobre el uso de terapia en el tratamiento de las mujeres que pasan por la menopausia, buscando la mejor opción como estilo de tratamiento; aplicando a 2231 pacientes de diferentes clínicas de Colombia, Brasil, Paraguay y Guatemala, un cuestionario para conocer los resultados del trabajo terapéutico, propuesto como plan de seguimiento emocional bajo el enfoque Conductual; obteniendo los siguientes datos: del total de mujeres cuestionadas, el 55% expresó mejoría y superación de sus conflictos asociados a la menopausia, al asistir a terapia en por lo menos 5 sesiones de trabajo. Explicando que a pesar de la aplicación de los cuestionarios y de saber que hoy día una gran cantidad de mujeres asiste o bien busca apoyo psicológico; aún no es posible cubrir las necesidades de una población que día a día crece y desproporcionalmente es atendida; además de observar que de ese porcentaje por lo menos el 40% recurre al apoyo terapéutico particular debido a la falta de programas públicos en las instituciones en las que son atendidas. Dicha situación enmarca que la intervención Psicológica logra ser un procedimiento que apoya las alteraciones conductuales de las pacientes.

Dando alcance a las investigaciones anteriores, Rincón (2005) realiza un trabajo en una red de asociaciones latinoamericanas de Institutos de la Salud de la Mujer, dentro de los que se encuentra México, centrando su atención en la vinculación de los síntomas emocionales a los síntomas fisiológicos manifestados durante la menopausia a partir del estudio de caso de 50 mujeres mediante la aplicación de una entrevista clínica con ítems cualitativos que al término de su análisis fueron comparados encontrando tres factores de asociación: 1.- La manifestación de enfermedades psicosomáticas, 2.- La presencia de organicidad y 3.- El uso de fármacos; argumentando que a pesar de que las mujeres reciben un tratamiento, muy pocas (de las

entrevistadas) reciben apoyo terapéutico para el proceso de superación de sus síntomas emocionales negativos, situación que no las favorece y a su vez hace más complicada la etapa de la menopausia para aquellas en que es más significativa.

A través de los trabajos realizados por los Psicólogos es entonces posible argumentar que la intervención Psicológica es una necesidad, prueba de ello son los resultados obtenidos de las investigaciones expuestas, comprobando también que la demanda de la aplicación de diferentes técnicas asociadas a la tónica de la menopausia es un campo que requiere atención y enriquecimiento, donde el factor humano y el análisis de su conducta pueden desarrollar los caminos hacia una mejoría en relación al estilo de tratamiento de las pacientes.

5.- DISCUSION

El tema de la menopausia y su asociación con el factor emocional abre cada día más caminos hacia la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de una sociedad que demanda alternativas de tratamiento que van más allá del control médico a través de medicina de patente y algunas recomendaciones de carácter higiénico y preventivo.

Hoy no bastan los programas implementados por Asociaciones públicas y particulares al respecto del climaterio y la menopausia, en los cuales el manejo de hormonas comienza a perder fuerza por no proporcionar los resultados deseados e idealizados por las pacientes, como se muestra en la investigación presentada por Siems (2000) en donde las sustancias facilitan un bienestar, sensación que evoca en las mujeres la búsqueda de otras con el propósito de mantener la percepción de equilibrio; situación que las lleva a la dependencia de las mismas y que en la mayoría de los casos no les propicia el aprendizaje al respecto de la menopausia y por lo tanto

no logran regular los síntomas y mucho menos convivir con ellos.

Condicionado esto, a los medios de comunicación que de manera cotidiana exponen la vida de mujeres que son víctimas de enfermedades; incluso mortales, relacionadas con éste período de la vida, es entonces cuando comienza a revolucionarse todo esfuerzo por cubrir las expectativas de la gran cantidad de mujeres que solicitan diversos servicios asociados a esta etapa de la vida, partiendo de la postura de la Psicología Médica en la que se sustenta que en las culturas occidentales la juventud y el vigor físico son los valores más apreciados, mismos que al observarse disminuidos comienzan a ser experimentados como "injuria narcisista" iniciando a su vez las comparaciones referentes al logro de metas y cumplimiento de expectativas que se pretendían alcanzar y que al iniciar la menopausia y verse, éstas no alcanzadas, marcan una fuente de frustración (De la Fuente, 2004). Dicha situación permite entonces visionar el impacto que causa la influencia de diversos agentes en el tránsito por ésta etapa.

Motivado por ello dentro de ésta investigación es posible hacer referencia a diferentes posturas Psicológicas como el proceso Terapéutico propuesto por Ellis (1962) apoyado por Dryden (1987) (Ellis y Dryden, 1987) en el cual se manifiesta de forma descriptiva la manera en cómo es viable intervenir con pacientes; desde la aplicación del modelo **ABCDE** y que al respecto del tema de las alteraciones psicológicas asociadas al período menopáusicos puede satisfacer las necesidades de apoyo emocional a las mujeres que sin distinción pasan por dicha etapa; así como del apoyo en los modelos de la práctica Cognitivo-Conductual expuestos por Caballo (1998) a través de diversas Técnicas de Terapia, de la que emana la Teoría de la TRE; favoreciendo así el desarrollo de nuevos procesos experimentales al respecto del ejercicio de la aplicación Psicológica en la etapa de la menopausia, en la que se considera un aspecto

importante la atención y análisis de las "creencias", abordados desde la Psicopatología del Climaterio como la sumación de factores personales idiosincrásicos y adaptativos al contexto donde se desarrolla (De la Fuente, 2004).

Los estudios realizados por Coe (2003) y Rincón (2005) son un claro ejemplo de la presencia de alteraciones psicológicas en la etapa de la menopausia y de cómo la intervención psicológica es una necesidad entre las pacientes, que además al ser aplicada arroja resultados positivos de más del 50% (de las mujeres con las que se trabajó) y que a su vez refuerzan las acciones que día a día los especialistas del área de la Psicología realizan con dichas mujeres al paso de ésta etapa, lo que permite abrir el campo de intervención de manera válida y confiable.

Asimismo es importante mencionar que el trabajo del Psicólogo al respecto de la menopausia centra sus esfuerzos en el desarrollo de sus propias técnicas terapéuticas que deben encontrarse sustentadas en una teoría Psicológica otorgando peso al estilo de tratamiento conductual que de éstas surjan ubicando su labor de forma estructural a partir de la primera sesión y en las subsecuentes con el desarrollo de entrevistas, recopilación de datos clínicos y personales, así como la intervención propuesta por la TRE, discurrendo como base de trabajo la presencia de diversos síntomas menopáusicos que finalmente son la clara expresión de la depleción estrogénica y de los desórdenes afectivos, que sin tratamiento efectivo suelen ser más frecuentes, intensos y persistentes hasta convertirse en conflictos de importancia o trascendencia fuera de control para la mujer.

Considerando que en la mayoría de las ocasiones las mujeres recurren a la terapia básicamente por sentirse mal, por problemas con sus esposos, porque al llegar a esta etapa se activa un arraigado temor de ser abandonada

o bien sustituida, por devaluación personal, desamparo, soledad y más claramente por el sentimiento de no lograr llevar su vida como antes, siendo el resultado de la "menopausia" por lo que el terapeuta no actúa exclusivamente antes o después de su aparición, sino en el momento en el que se recurra a él. Refiriendo entonces que el trabajo del Psicólogo no depende de un diagnóstico, sino que es un factor que puede ser considerado como una base multidisciplinaria para su intervención terapéutica (Buela, 1997), sin embargo también es conveniente dejar en claro que la participación de un especialista no limita la colaboración de otro ya que no son mutuamente excluyentes.

Lo anterior supone entonces que un mismo tema de ninguna manera puede ser visto de forma general o bien tratado igual que los demás, sin importar la cantidad de casos en referencia al mismo, por lo que en éste argumento la menopausia se aborda considerando una visión más amplia y con la trascendencia de reflexionar y tomar especial atención a un factor de gran importancia: el "**hecho emocional**" inherente al ser humano en el cual se intenta mostrar a la mujer que la funcionalidad física o bien su deterioro también pueden ser producto de "cómo se percibe a sí misma, a los demás y al mundo en general" (Ellis y Dryden 1987).

Lo que significa que en una buena proporción las conductas negativas, los períodos de inadecuación a la situación y en sí la inestabilidad del ritmo de la vida cotidiana tienen necesariamente una raíz de carácter emocional, que además no sólo se fundamenta en el supuesto teórico de la TRE planteado por Albert Ellis (1962) en su análisis del estilo del pensamiento; sino que se retoma y desarrolla desde otras posiciones, como la investigación realizada por Madero (2000) en la que se refiere la presencia de trastornos Psíquicos asociados a la etapa de la menopausia y que demuestra que los patrones de conducta negativos pueden ser inicialmente un

ejemplo de este factor, por lo que es importante incurrir en su análisis e intervención directa y oportuna.

Por tanto lo que en esencia arroja éste planteamiento es que resulta importante y urgente abrir los canales de acción y desarrollo en innovación científica en el campo de la multidisciplinariedad de entidades metodológicas de la conducta, que desde la aplicación de la TRE pueden resultar benéficos proponiendo entonces no sólo la unificación de objetivos en común, sino el bienestar de la mujer menopáusica, así como la exploración de opciones como la aplicación de cuestionarios clínicos, del seguimiento de estudios de caso, de entrevistas sociales y de la aplicación de modelos de trabajo como el propuesto por Ellis (1962): **ABCDE**, que pueden dar paso a importantes avances el desarrollo de las pacientes y del propio terapeuta, como lo enmarca Rincón (2005) en su trabajo de investigación en el que se estudia el vínculo existente entre la sintomatología fisiológica y emocional, estudiando de forma amplia aspectos como: el significado social de la menstruación, el significado social de la pérdida de la fertilidad, el estatus de la mujer pre-meno y posmenopáusica, la actitud de esposo o pareja sexual, la deprivación del nivel socioeconómico, las nuevas alternativas de desarrollo, disponibilidad de información y atención médica y finalmente la intervención terapéutica efectiva; tópicos que permiten el conocimiento de la problemática y así su mejor análisis y designación de tratamiento(Pérez, 2002).

Haciendo así un atento llamado a la integración de mayores y mejores proyectos de trabajo que se asocien a éste, que además puedan ser aplicados en aquellos lugares en los que se cuente con las condiciones adecuadas para sus fines y al mismo tiempo ello permita la real superación de metas en diferentes niveles; con eso se puede decir que realmente se habrá realizado un excelente trabajo en materia de desarrollo clínico-científico; médico-psicológico, con la prevalencia objetiva de la búsqueda del apoyo al centro de la investigación "la

mujer menopáusica que manifiesta alteraciones psicológicas".

Finalmente es importante mencionar que la información vertida en este trabajo refleja la satisfacción de haber podido observar el tema de la menopausia desde una visión más personal y claro profesional, ya que atañe a mi condición de mujer la expectativa de saber más sobre un tema que tarde o temprano formará parte de mi vida y en sí de toda mujer, mi interés entonces parte de un factor importante: la menopausia es una realidad como proceso de la naturaleza de lo femenino entonces ¿Qué hace a este proceso un alivio o un conflicto? Y he caído en cuenta que debidamente es multifactorial con un elemento en común: **las creencias.**

7.- REFERENCIAS

Alcaraz, M. B. (2005). Influencia de la menopausia en la sexualidad de la mujer, alternativas de tratamiento. Recuperado 26 de octubre de 2005, de www.us.es/aulaexp/enlaces/proyecto_sup.htm.

Avis, C. L. (1999). Manual de Ginecología (10ª ed.). México: Manual Moderno.

Babbie, E. (2000). Fundamentos de la Investigación Social (2ª ed.). México: Thomson.

Basile, E. (2005). Las mujeres en la menopausia. Recuperado 08 de septiembre de 2005, de www.Elseminario.com.ar/Estudiantes/Basile_Envidia_mujer.htm

Benson, R. (1995). Manual de Ginecología y Obstetricia (8ª ed.). México: Manual Moderno.

Boense, G. (2005). Método hormonal para mujeres climatéricas. Recuperado 05 de septiembre de 2005, de www.ship.edu/cgboeree/hornevesp.html.

Bottinelli, M. M. y Cols. (2003). Metodología de la Investigación. Buenos Aires - México: Editorial Independiente.

Buela, F. G. (1997). Psicología Preventiva (3ª ed.). Madrid: Pirámide.

Caballo E. V. (1998). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta (3ª ed.). Madrid España: (3ª ed.): Siglo Veintiuno de España Editores S. A.

Calderón, M. E. (2002). El apoyo social como amortiguador del estrés en la etapa del climaterio. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de México.

- Caro, G. I. (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas compiladora. Buenos Aires: Paidós.
- Clyton, N. (1991). Manual de Obstetricia y Ginecología (12ª ed.). México: Manual Moderno.
- Coe, A. G. (2003). Mujeres del presente. Revista Internacional de la Salud de la Mujer, 13 (21), 43-48.
- Cofer, N. C. (2000). Motivación y Emoción (5ª ed.). México: Noriega Editores Limusa.
- Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico (8ª ed.). México: Prentice Hall.
- De la Fuente, R. (2004). Psicología Médica (5ª ed.). México: F. C. E. Editorial.
- Díaz, G. E. (1996). Criterios de Aplicación del Conocimiento Psicológico (4ª ed.). México: UNAM
- Ellis, A. (1962). El Método de la Terapia Racional Emotiva, España: Siglo Veintiuno de España, Editores S.A.
- Ellis, A. y Dryden W. (1987). La Práctica de la TRE en Terapia. (2ª ed.). España: Manual Moderno.
- Eysenck, H. J. (1990). Psicología Humana (3ª ed.). México: Manual Moderno.
- Fexias G. y Miró Ma. T. (1993). Aproximaciones a la Terapia. Buenos Aires: Paidós, Buenos Aires.
- Flax, J. (1995). Psicoanálisis y Feminismo, Pensamientos Fragmentarios (2ª ed.). México: Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer.
- Flores, R. I. (2006). Los Síntomas Sicóticos en la menopausia. Recuperado 07 de enero de 2006 de, www.iso flavones.info/es/menopausia.php.

Garcés, T. A. (2005). La menopausia en las mujeres latinas. Recuperado 10 de noviembre de 2005 de, www.encolombia.com/conocimientos2_meno5-1.htm.

Goldman, H. H. (2000). Psiquiatría General (3ª ed.). México: Manual Moderno.

Horer, S. (1997). La Sexualidad de las Mujeres (2ª ed.). México: Gediza.

Insua, J. A. (1991). Introducción a la Psicología Médica (3ª ed.). Buenos Aires: Promed.

Jurgen, K. (2001). Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. (3ª ed.). Buenos Aires-México: Amorrortu Editores.

Kelinger, F. N. (2002). Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales (4ª ed.). México: McGraw Hill.

López-Ibor, J. J. y Valdés, M. M. (2004). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona-México: MASSON.

Madero, V. R. (2001). Sistema sexo-genero de hoy. Programa de Estudios de identidades de Género de Perú, 9 (34) 7-15.

Martínez, B. I. y Bonilla, C. A. (2000). Sistema Sexo/Género identidades y construcción de la subjetividad. Madrid-México: Universidad de Valencia.

Merler, I. y Tajer D. (2000). Psicoanálisis y Género. Debates de Foro (2ª ed.). Argentina-México: Lugar editorial Argentina.

Medina N. E. (2000). Michoacán: Revista Mexicana de Psicología, 28, 17-21.

Montes, H. M. (2004). Percepciones emocionales de la mujer, investigación documental. Recuperado 16 de octubre de 2005, de [www.prof.usb.ve/miguelm/historias de vida.htm-102](http://www.prof.usb.ve/miguelm/historias_de_vida.htm-102).

Morales J. F. y cols. (1997). Psicología Social (3ª ed.). Madrid: McGraw Hill.

Myers, G. D. (2001). Psicología de Estudios Sociales (4ª ed.). Colombia: McGraw Hill.

Norman, A. D. (1999). Perspectivas de la Ciencia Cognitiva (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

Pérez, F. C. (2002). Antología De la Sexualidad Humana (4ª ED.). México: CONAPO, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.

Randall, M. (1993). Las Mujeres (10ª ed.). México-Colombia: Siglo Veintiuno de Colombia.

Rincón, G. H. (2005). Desarrollo de la Investigación Psicológica Femenina. Programa de Estudios sexo-genero de la Universidad de Colombia, 8 (18), 81-90.

Rosenzweig, M. (1992). Psicología Fisiológica. (2ª ed.). España: McGraw-Hill.

Rubio, G. L. (2003). La Representación Social de la Mujer, implicaciones, retos y posibilidades. Tesis de Licenciatura de la Universidad Autónoma de México.

Sánchez, L. G. (2002). La Terapia Racional Emotiva como alternativa Terapéutica Efectiva. Tesis de Licenciatura de la Universidad Autónoma de México.

Siems, A. C. (2000). Estudios sobre la mujer. Programa Universitario de Estudios de Genero de la Universidad de Argentina, 12 (56), 33-37.