



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
“LUIS CASTELAZO AYALA”

**COMPARACIÓN DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD, TRASTORNO BIPOLAR Y EL
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, UTILIZANDO EL INSTRUMENTO
WHAT’S MY M3 EN MUJERES PRE Y POSMENOPÁUSICAS DEL HOSPITAL DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA “LUIS CASTELAZO AYALA”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. EDITH PABLO CRUZ

ASESOR: DR. SEBASTIÁN CARRANZA LIRA



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.

ÍNDICE

Carta de aceptación del trabajo de tesis	3
Dedicatoria	4
Resumen	5
Introducción	7
Planteamiento del problema	20
Objetivo	21
Justificación	22
Tipo de estudio	23
Universo de trabajo.....	23
Determinación estadística del tamaño de la muestra.....	23
Especificación de variables.....	24
Material y métodos	26
Análisis estadístico	26
Aspectos éticos.....	27
Resultados.....	28
Discusión	29
Conclusiones	30
Referencias	31
Cuadro.....	35
Anexos	36

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que la **C. Edith Pablo Cruz**, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“Comparación de la depresión, ansiedad, trastorno bipolar y el trastorno por estrés postraumático, utilizando el instrumento What’s My M3 en mujeres pre y posmenopáusicas del Hospital de Ginecología y Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”** y otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Encargado de la Dirección General

Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira

Jefe de la División de Investigación en Salud

Asesor de tesis

Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

DEDICATORIA

A mis padres Julieta y Hernando por haberme forjado como persona y como profesionalista; porque los logros obtenidos hasta hoy se los debo a ustedes, por su esfuerzo y dedicación día con día, por sus consejos y apoyo incondicional para cumplir todas mis metas.

A mis hermanos Emilio y Hector, por su apoyo y comprensión en este largo camino.

A José Luis por ser una parte importante de mi carrera y de mi vida, por la ayuda que me has brindado hasta este momento, por tus consejos, tus palabras y tu confianza.

A mi asesor Dr. Sebastián Carranza Lira, por confiar en mí y por invertir su tiempo y paciencia para la realización de este proyecto.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado mental en la mujer pre y posmenopáusica.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo, transversal y prospectivo, se incluyeron mujeres pre y posmenopáusicas que acudieron a la consulta de ginecología endocrina a las que se les aplicó el cuestionario What's My M3.

Análisis Estadístico: Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, prueba U de Mann Whitney y análisis de correlación de Spearman.

Resultados: Se encuestaron un total de 202 pacientes por grupo, de entre 45 a 55 años de edad, se excluyeron las pacientes con diagnóstico previo de trastorno depresivo, uso de antidepresivos y aquellas con antecedente de histerectomía con o sin salpingooforectomía bilateral. Una puntuación ≥ 33 se consideró anormal, las pacientes posmenopáusicas tuvieron una puntuación mayor en el cuestionario What's My M3, que las premenopáusicas 15 (0-69) y 6 (0-42) respectivamente ($p < 0.001$). Se encontró que a mayor edad de las pacientes, mayor puntuación (Rho de Spearman $p < 0.005$).

Conclusión: Las pacientes posmenopáusicas presentaron más alteraciones en el estado mental que las pacientes premenopáusicas.

Palabras clave: Premenopausia, Posmenopausia, Estado mental

ABSTRACT

Objective: Evaluate the mental status in pre and postmenopausal women.

Material and methods: Observational, comparative, cross-sectional, and prospective study, included pre and postmenopausal women who attended to the endocrine gynecology clinic to which the What's My M3 questionnaire was applied.

Statistical analysis: Descriptive statistics, measures of central tendency, Mann Whitney U and Spearman correlation analysis.

Results: A total of 202 patients per group, aged 45 to 55 years, were surveyed. Patients with previous diagnosis of depressive disorder, antidepressants use and those with a history of hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were excluded. A score ≥ 33 was considered abnormal, the postmenopausal patients had a higher score in the What's My M3 questionnaire, than the premenopausal 15 (0-69) and 6 (0-42) respectively ($p < 0.001$). It was found that older patients had the higher score (Rho of Spearman, $p < 0.005$).

Conclusion: Postmenopausal patients presented more alterations in mental status than premenopausal patients.

Keywords: Premenopause, Postmenopause, Mental status

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, en los países en vías de desarrollo, la menopausia y los problemas que ésta provoca se aceptan como un fenómeno fisiológico normal. Los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo, muy preocupados con cuestiones como las enfermedades contagiosas, las deficiencias nutricionales, la mortalidad materna y perinatal, tradicionalmente prestaron escasa atención a los síntomas menopáusicos y a los problemas relacionados. Sin embargo, con la expectativa de vida en aumento entre las mujeres de países en vías de desarrollo, la prevalencia de la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular y los problemas de las mujeres posmenopáusicas continúan incrementándose en forma considerable. Aproximadamente el 75% de las mujeres posmenopáusicas del mundo viven en estos países. Por lo tanto, los problemas de salud relacionados con la menopausia tienen una gran magnitud.¹

En 1930, en México la población de adultos mayores era inferior al millón de personas, esto es, 5.3% de la población total. El Censo de Población y Vivienda 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total. En 1990, la población de 60 y más años alcanzó 5.0 millones de habitantes, de los cuales 52.9%, es decir, alrededor de 2.6 millones eran mujeres. En un lapso de 20 años, la población adulta mayor del país ha aumentado de manera constante, prácticamente se duplicó (10.1 millones), sobre todo para el grupo de mujeres, ya que concentran 53.5% de la misma (5.4 millones). Con el aumento de la esperanza de vida (de 49 a 77.6 años) y la reducción de la mortalidad perinatal la población mayor de 50 años se ha incrementado; de 112, 336, 538 millones de nacionales, predomina el sexo femenino con 57, 481, 307 o un 51.3%, por lo que la mujer pasará casi un tercio de su vida después de la menopausia, la cual se presenta en México entre 49 a 50 años de edad.²

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la menopausia es una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos situada ente los 45 y los 64 años de edad. Se define como el cese permanente de menstruación que ocurre después de la pérdida de la actividad ovárica. No puede ser establecido que sucedió hasta que transcurre un año después del último periodo menstrual.³

En América del Norte, la edad media de la menopausia es de 51 años. Algunas mujeres inician a presentar los cambios psicológicos asociados con la menopausia en los años que preceden al cese de la menstruación, dicho intervalo a menudo es referido como perimenopausia, climaterio o más recientemente como transición a la menopausia.

Las mujeres en la transición a la menopausia comúnmente reportan una variedad de síntomas. Incluyendo síntomas vasomotores (bochornos y sudoración nocturna), síntomas vaginales, incontinencia urinaria, problemas para dormir, disfunción sexual, depresión, ansiedad, estado de ánimo lábil, pérdida de la memoria, fatiga, cefalea y ganancia ponderal. Sin embargo en un estudio longitudinal después del ajuste de edad y otros datos, solo los síntomas vasomotores, vaginales y alteraciones en el patrón del sueño se han asociado con la transición a la menopausia.⁴

Globalmente, en el inicio del siglo XXI la prevalencia de depresión es de 5.8% para hombres y 9.5% para mujeres, con variaciones de acuerdo con la población estudiada y los criterios diagnósticos o instrumentos de estudio utilizados.⁵

Los trastornos mentales afectan a cerca de 1 de cada 4 adultos anualmente, o 57.7 millones de personas hasta el 2004, y son la causa principal de discapacidad en los Estados Unidos y Canadá para las personas de 15 a 44 años. Las mujeres son más propensas que los hombres a tener depresiones graves y a la recaída. La relación mujer a hombre de la depresión en la pubertad se eleva desde 1:1 a 2:1, que apunta como causa

a la influencia del estrógeno y progesterona sobre la función cerebral y la respuesta al estrés.

Depresión

La depresión es una de las formas más comunes de desorden psiquiátrico y su incidencia se encuentra en aumento. Las mujeres experimentan desórdenes en asociación con el bajo nivel de estrógenos que se presenta posterior a un parto o durante la menopausia. La depresión es la enfermedad mental más común experimentada por mujeres. La prevalencia de la depresión en las mujeres es de aproximadamente 21% en comparación con el 13% en los hombres y es la segunda causa de enfermedad para las mujeres en los Estados Unidos. El mayor factor de riesgo para un futuro episodio depresivo es la historia de un episodio depresivo pasado. Las mujeres que tienen un historial de depresión tienen casi cinco veces más probabilidades de tener un episodio de trastorno depresivo mayor en el futuro, con el riesgo de recurrencia creciente con cada episodio.

La investigación claramente muestra que la mayoría de las mujeres no desarrollan la depresión en su transición a la menopausia; sin embargo, un subgrupo de mujeres presenta un mayor riesgo de desarrollar depresión durante la transición a la menopausia. Aunque la menopausia ha sido identificada como un factor de riesgo independiente para la depresión, el contar con un historial de depresión, predice a la aparición de la depresión durante la transición a la menopausia. La depresión en mujeres se presenta más a menudo y con mayor gravedad en los 2 o 3 años antes de la última menstruación.⁶

Depresión, hormonas y menopausia

La relación potencial que existe entre la depresión, las hormonas y la menopausia ha sido objeto de controversia. La hipótesis de que los patrones irregulares de la producción de

hormonas durante la transición a la menopausia aumentan la vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo en mujeres susceptibles, es soportada por el aumento de las tasas de prevalencia en estudios con animales y estudios en humanos, aunque no hay respuestas definitivas a esta pregunta.

La menopausia quirúrgica

Las mujeres que se someten a la menopausia inducida quirúrgicamente tienen mayores tasas de depresión que aquellas que presentan menopausia de forma natural. Problemas psiquiátricos tales como depresión, agitación, insomnio, ansiedad, fobias, trastornos psicósomáticos y problemas psicosexuales se han reportado después de la histerectomía y/o la ooforectomía. Por otra parte, varios estudios longitudinales han informado que la mayoría de las pacientes perciben una mejora general en la calidad de la vida, incluidos los síntomas depresivos, después de la histerectomía y ooforectomía, que apoya el concepto de que los problemas en la menopausia dependen de una multitud de factores distintos al puro hormonal.²

Flory et al. revisaron 100 artículos publicados en los últimos 30 años, y reportaron que la histerectomía generalmente no causa problemas psicosociales; sin embargo, en el 10-20% de las mujeres, el interés sexual, la excitación y el orgasmo disminuyó, mientras que los síntomas depresivos y deterioro de la imagen corporal aumentó. Los efectos de la brusca privación de estrógenos después de la ooforectomía parecen ser diferentes en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. En las mujeres más jóvenes (menores de 48 años de edad), la menopausia quirúrgica se asoció con un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad, y están en mayor riesgo de sufrir depresión que las pacientes mayores posterior a la histerectomía.⁷

Además, en la Clínica Mayo se realizó un estudio de cohorte de ooforectomía y el envejecimiento, las mujeres a las cuales se les retiraron ambos ovarios antes de alcanzar la menopausia natural experimentaron a largo plazo aumento en el riesgo de síntomas depresivos y de ansiedad, parkinsonismo, y deterioro cognitivo o demencia.⁸

Trastornos depresivos durante la transición y después de la menopausia

La asociación entre los trastornos depresivos y la menopausia es un importante problema de salud pública. Varios estudios han proporcionado buena evidencia de tal asociación, y han sugerido que el período de mayor vulnerabilidad a la depresión de nuevo inicio en mujeres de mediana edad es la transición a la menopausia, no el periodo posmenopáusico, como se creía. Las tasas de prevalencia de depresión mayor en las mujeres varían entre 0% y 11%. En la premenopausia las tasas de prevalencia oscilan entre el 5.8% a 11%.

Impacto de las etapas de la menopausia en la depresión clínica

El estudio de Alternativas de tratamiento para aliviar la depresión (STAR * D) es el primero en centrarse en la influencia de la menopausia y la terapia hormonal en la presentación de la depresión. Cuenta con un total de 4041 participantes. Lo relevante es que incluyó 1890 mujeres con depresión mayor: 50.1% premenopáusicas, 20.3% perimenopáusicas y 29.6% posmenopáusicas. Las pacientes premenopáusicas y perimenopáusicas tenían con más frecuencia historia familiar de depresión que las mujeres posmenopáusicas (58% y 63% vs 51%, $p < 0.001$), así como historia personal de intentos de suicidio (23% y 20% frente a 12%, $p < 0.0001$). Cuando los autores analizaron la influencia de la terapia hormonal (TH) en la presentación de un trastorno depresivo mayor, encontraron que las mujeres posmenopáusicas con hormonoterapia tenían más

probabilidades de tener un trastorno depresivo recurrente (83% vs 69%, $p < 0,001$). El hecho de que no hubo diferencias en la gravedad de la depresión es compatible con la sugerencia de que la TH no es el tratamiento de la depresión mayor en mujeres posmenopáusicas.⁹

El trastorno bipolar en mujeres

El trastorno bipolar es una causa principal de discapacidad en todo el mundo. Se puede clasificar en dos tipos: Trastorno bipolar tipo I (TB-I) se diagnostica en pacientes que han tenido al menos un episodio maniaco, que consta de euforia, irritabilidad o ambos estados de ánimo durante al menos una semana, junto con al menos otros tres síntomas maníacos.

El trastorno bipolar tipo II (TB-II) se diagnostica en pacientes que han tenido episodios de depresión mayor y de hipomanía, definida como al menos cuatro días de síntomas maníacos con deterioro funcional. La prevalencia en los Estados Unidos para los trastornos bipolares es de aproximadamente 4.4%, la prevalencia en todo el mundo es de aproximadamente 0.6% para TB-I y aproximadamente 0.4% para TB-II.

Marsh y colaboradores realizaron un estudio en el 2009, con el objetivo de examinar el curso del trastorno bipolar en la menopausia, se incluyeron 164 pacientes con trastorno bipolar (67 de tipo I, 82 de tipo II, y 15 no se especificó el tipo). Fueron examinados pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. Se compararon las mujeres en la transición a la menopausia ($n = 47$) con hombres de edad similar de 45-55 años de edad ($n = 30$), con mujeres más jóvenes ($n = 48$) y con hombres de 30 a 40 años de edad ($n = 39$). Se llegó a la conclusión de que las mujeres en la menopausia y en la etapa de transición con trastorno bipolar, realizan un mayor número de visitas a la clínica con síntomas

depresivos en comparación con los hombres de edad similar, y las mujeres y hombres más jóvenes con el trastorno bipolar.¹⁰

Diferencias de género

En la mayoría de los estudios, la prevalencia, la edad de inicio y la gravedad del trastorno bipolar son similares en hombres y mujeres, pero las mujeres tienen más episodios depresivos. Los episodios mixtos, en los que tanto los síntomas maníacos y depresivos están presentes, son más comunes en mujeres que en hombres. Las mujeres son más propensas que los hombres a tener episodios depresivos en otoño e invierno. La depresión es la enfermedad más común en todo el mundo, con alrededor de 350 millones de personas afectadas en todo el mundo, es dos veces más común en las mujeres que en los hombres, y ha sido ampliamente sugerido que las mujeres pueden estar en riesgo incrementado durante los períodos de cambio hormonal como la pubertad, el embarazo y la transición a la menopausia. La transición a la menopausia es el período comprendido entre los períodos irregulares hasta que la menstruación llega a su final, esto marca el inicio del período posmenopáusico, tiene una duración de 3 a 9 años y se caracteriza por las fluctuaciones en los niveles de esteroides sexuales, síntomas vasomotores, sequedad vaginal y pérdida de la libido.¹¹

Influencias del ciclo reproductivo

Ciclo menstrual

Hasta la fecha, la mayoría de los investigadores no han encontrado relación entre el estado de trastorno bipolar y las fases del ciclo menstrual.

Embarazo

No hay evidencia clara de que el embarazo afecte el riesgo de presentar episodios de trastorno bipolar. Lo que está claro es que las mujeres embarazadas con trastorno bipolar que suspenden el tratamiento durante el embarazo tienen altas tasas de recurrencia en comparación con las mujeres embarazadas que mantienen la medicación.

Posparto

El riesgo de recurrencia de un episodio afectivo bipolar es significativamente mayor después del parto que durante el embarazo. Aproximadamente el 49%-67% de las mujeres con trastorno bipolar presentan un episodio de trastorno de ánimo postparto.

La perimenopausia

Los estudios del efecto de la transición de la menopausia en el trastorno bipolar son escasos, pero sus resultados coinciden en que existe un mayor riesgo de síntomas depresivos. En un estudio de 164 pacientes con trastorno bipolar, las mujeres de entre 45-55 años realizaron más visitas al médico por síntomas depresivos que los hombres de edad similar y las mujeres más jóvenes. Existe evidencia de que el estrógeno puede aliviar los síntomas depresivos, aunque no los episodios depresivos mayores. No se sabe si éste es el caso para el trastorno depresivo bipolar.¹²

La menopausia es un evento significativo en la vida de cada mujer. Los síntomas físicos incluyen periodos menstruales irregulares, bochornos, sudores nocturnos, y la falta de sueño, mientras que los síntomas psicológicos pueden incluir cambios de humor e irritabilidad. Para las mujeres con enfermedad mental, la menopausia puede estar asociada con el empeoramiento o exacerbación de enfermedades psiquiátricas subyacentes. Pueden existir efectos en el sistema nervioso central, donde el estrógeno ha

enviado la señal para aumentar la síntesis de norepinefrina, aumentar los niveles de serotonina, inhibir la monoamino oxidasa y alterar los receptores de dopamina, entre otros efectos biológicos.¹³

Los síntomas vasomotores, incluidos los bochornos y sudores nocturnos, son datos de la transición a la menopausia y pueden afectar significativamente la calidad de vida. Hasta el 80% de las mujeres experimentan síntomas vasomotores durante la transición a la menopausia.

Avis y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de determinar la duración total de los síntomas vasomotores durante la transición a la menopausia, para cuantificar cuánto tiempo persisten los síntomas después del último período menstrual. Realizaron un estudio observacional multirracial / multiétnico de la transición a la menopausia entre 3302 mujeres en 7 sitios de Estados Unidos. Desde febrero de 1996 hasta abril de 2013 las mujeres completaron una mediana de 13 visitas, se incluyeron 1449 mujeres con síntomas vasomotores frecuentes, en conclusión, la mediana de duración total de los síntomas fue de 7.4 años y la mediana de la persistencia posmenopáusica fue de 4.5 años.¹⁴

En el 2014, Brown y colaboradores publicaron un estudio transversal que se realizó aplicando un cuestionario a 206 mujeres de entre 40 y 60, quienes habían presentado bochornos y/o sudores nocturnos. Se analizó la relación de los síntomas vasomotores y las actividades diarias. En promedio, las mujeres experimentaron 4.02 síntomas vasomotores por día.¹⁵

Los trastornos del sueño son comunes en las mujeres posmenopáusicas, independiente de la edad, las mujeres perimenopáusicas y las posmenopáusicas tienen más problemas de sueño que las mujeres premenopáusicas.

Lampio y colaboradores realizaron un estudio para evaluar la calidad del sueño y su asociación con los síntomas vasomotores de las pacientes, encontraron un total de 158 mujeres sanas; 107 eran premenopáusicas y 51 eran posmenopáusicas. La calidad del sueño se evaluó en base a un cuestionario, los sudores nocturnos y bochornos en base a un cuestionario de síntomas específicos, los síntomas depresivos fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Beck. Las mujeres posmenopáusicas tenían peor calidad del sueño en general, dormían más inquietas, y tenían mayor número de despertares nocturnos. Sin embargo, la frecuencia de las dificultades para conciliar el sueño, ronquidos, apnea del sueño, o el uso de medicamentos para dormir fueron similares entre los grupos. Además, la latencia del sueño por la mañana, cansancio o fatiga durante el día no fue diferente entre los grupos. Las mujeres posmenopáusicas no presentaron mayor número de episodios de descanso en el trabajo o durante el tiempo libre; sin embargo, cuando no estaban activas, dormitaban más fácilmente que las mujeres premenopáusicas ($p < 0.001$). Las mujeres posmenopáusicas tenían más episodios de sudores nocturnos ($p < 0.001$), bochornos ($p < 0.001$), y síntomas depresivos ($p < 0.001$).¹⁶

Zambotti y colaboradores publicaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la interacción entre el sueño fisiológico y los estados hormonales en la vida reproductiva en las mujeres perimenopáusicas. Fue un estudio transversal de 33 mujeres perimenopáusicas entre 43-52 años de edad (17 sin problemas de sueño y 16 con diagnóstico clínico de insomnio). Se midieron los índices de sueño polisomnográficos y los niveles de hormonas en suero (estradiol y la hormona estimulante del folículo [FSH]). La FSH se asoció positivamente con la vigilia polisomnográfica definida como el número de despertares después de dormir. En conclusión los resultados sugieren una interacción entre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario y los sistemas reguladores del sueño-vigilia en

mujeres pre y perimenopáusicas. No hubo relación entre las hormonas y el sueño en las pacientes perimenopáusicas, cuyo sueño puede estar influenciado por otros factores intrínsecos al insomnio.¹⁷

Hautamäki y colaboradores en el 2014 publicaron un estudio con el objetivo de investigar el impacto de los síntomas premenstruales en la aparición y gravedad de los síntomas vasomotores de la menopausia y la calidad de vida. Se estudiaron 150 mujeres sanas posmenopáusicas con presencia de bochornos y su calidad de vida se evaluó a través de un cuestionario. Se midió la aparición de los síntomas premenstruales y se calculó una puntuación que refleja la gravedad de los síntomas. 107 mujeres (89.2%) reportaron síntomas premenstruales, con relevancia en problemas en el trabajo y con problemas en las relaciones sociales en 64 mujeres (53.3%). La ocurrencia de síntomas premenstruales fue similar en mujeres con y sin bochornos. La gravedad de los síntomas premenstruales no pudo correlacionarse con la gravedad de los bochornos posmenopáusicas ($r = 0.087$; $p = 0.346$). Los síntomas premenstruales se asociaron con deterioro de la memoria y la capacidad de concentración, estado de ánimo depresivo, problemas del sueño, y sentirse menos atractiva durante los primeros años de la menopausia. En conclusión, la aparición de los síntomas premenstruales en edad fértil se asocia con alteración de la calidad de vida, pero no con bochornos en las mujeres posmenopáusicas.¹⁸

Marsh y colaboradores, es un estudio que se realizó con 47 pacientes entre 45 y 55 años de edad, reportaron que durante la transición a la menopausia las mujeres con trastorno bipolar experimentan al menos un episodio depresivo, estas mujeres experimentan una alta frecuencia de episodios depresivos durante la transición a la menopausia, y esta frecuencia parece ser mayor que durante los años reproductivos anteriores.¹⁰

El estudio de la salud de las mujeres a través de la nación (SWAN) es un estudio multicéntrico de 3302 mujeres en el periodo de transición a la menopausia, encontró un

riesgo aumentado de progresión en las mujeres a través de la transición a la menopausia, independiente de los factores demográficos, psicosociales y de comportamiento. A los 5 años de seguimiento, la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos fue significativamente mayor en la perimenopausia temprana (razón de momios 1.3), perimenopausia tardía (razón de momios 1.7) y posmenopausia (razón de momios 1.57) en comparación con la premenopausia. Esto sugiere que los síntomas depresivos aumentan durante la transición a la menopausia y pueden persistir después de la menopausia.¹⁹

En el 2011, Bryant y colaboradores, realizaron una revisión sistémica basada en la literatura publicada entre 1960 a 2011, utilizando las bases de datos Medline, Web of Science y PsychINFO. Se utilizaron palabras clave como: "ansiedad", "síntomas de ansiedad", "desorden y ansiedad", "menopausia", "transición a la menopausia", "vida media", "bochornos" y "síntomas vasomotores". Nueve estudios reportaron la relación entre menopausia y ansiedad, dos estudios reportaron la prevalencia de desorden de pánico, y ocho estudios investigaron la relación entre ansiedad y síntomas vasomotores. Llegaron a la conclusión de que ninguno de los estudios disponibles ofrece datos sólidos sobre la prevalencia de trastornos de la ansiedad en la menopausia. Con el estado actual de los conocimientos no se puede justificar la inclusión de la "ansiedad de la menopausia", como un trastorno relacionado con la vida reproductiva.²⁰

El tratamiento de la depresión en la menopausia más a menudo incluye medicamentos antidepresivos, psicoterapia o una combinación de los dos, similar al tratamiento de depresión en otros períodos de vida. Sin embargo, un estudio reciente sugiere el uso de estrógenos en dosis altas en el tratamiento de los trastornos depresivos asociados a cambios hormonales.⁶

El What's My M3 es una prueba en línea, auto-evaluada, la cual está dirigida para cualquier persona de 18 años o mayor y ésta indica el riesgo relativo para depresión, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno bipolar (TBP) y trastorno por estrés post-traumático (TPSPT). Las calificaciones individuales se suman y si el resultado final tiene un valor ≥ 33 indica que se requiere valoración psiquiátrica. Esta prueba es útil tanto para hacer diagnóstico, como para estimular el apego al tratamiento y el seguimiento del progreso a largo plazo.²¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál será el estado mental en la mujer premenopáusica en comparación con la posmenopáusica?

OBJETIVO

Evaluar el estado mental en la mujer pre y posmenopáusica

JUSTIFICACIÓN

Existen múltiples estudios que mencionan que las mujeres posmenopáusicas tienen mayor ansiedad y depresión que las pacientes premenopáusicas, sin embargo, también hay otros estudios que describen que las pacientes posmenopáusicas no presentan mayores alteraciones que las premenopáusicas.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, comparativo, transversal y prospectivo

UNIVERSO DE TRABAJO

Las pacientes pre y posmenopáusicas del servicio de ginecología endocrina del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Considerando un intervalo de confianza de 90%, una potencia de 80% y una relación de 1 a 1. Con una frecuencia de presentación en las premenopáusicas de 4% y 11% para las posmenopáusicas, quedan 202 pacientes por grupo.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Dependientes

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Depresión	Enfermedad mental	Cuantitativa	Numérica
Ansiedad	Enfermedad mental	Cuantitativa	Numérica
Trastorno bipolar	Enfermedad mental	Cuantitativa	Numérica
Trastorno obsesivo compulsivo	Enfermedad mental	Cuantitativa	Numérica
Trastorno por estrés postraumático	Enfermedad mental	Cuantitativa	Numérica

Independientes

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Menopausia	Edad de la última menstruación	Cuantitativa Continua	Numérica/Años
Tiempo desde la menopausia	Tiempo transcurrido desde el último periodo menstrual hasta el día de hoy	Cuantitativa Continua	Numérica/Años
Premenopausia	Desde el inicio de los síntomas de la menopausia hasta la última menstruación	Nominal Dicotómica	Si o no
Posmenopausia	Desde la última menstruación hasta los 60 años	Nominal Dicotómica	Si o no
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de hoy	Cuantitativa Continua	Numérica/Años

MATERIAL Y MÉTODOS

Se encuestaron 404 pacientes de entre 45 a 55 años de edad, 202 pacientes premenopáusicas y 202 posmenopáusicas, que tenían más de 12 meses de haber presentado el último ciclo menstrual, se excluyeron aquellas con diagnóstico previo de trastorno depresivo y las pacientes con antecedente de histerectomía y/o salpingooforectomía bilateral.

En todas ellas se investigó: edad (años), edad de la menopausia (años), presencia de síntomas vasomotores (bochornos y sequedad vaginal) y edad de inicio de los síntomas (años).

Se investigó el estado psicológico de las pacientes con la prueba What's My M3 (depresión, ansiedad, TOC, TBP, TPSPT). (Anexo 1)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se describieron las características de las pacientes utilizando estadística descriptiva, medidas de tendencia central. La comparación entre los grupos se realizó con la prueba U de Mann Whitney. Se hizo análisis de correlación de Spearman entre la edad y tiempo desde la menopausia con la puntuación total del What's My M3.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó en mujeres pre y posmenopáusicas, no hubo intervenciones de riesgo, ni procedimientos invasivos, por lo tanto se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la declaración de Helsinki. El proyecto fue autorizado por el CLIEIS con el número R-2016-3606-4 (Anexo 2) y las pacientes dieron firmaron el consentimiento informado (Anexo 3).

RESULTADOS

Se realizó el estudio con un total de 404 pacientes, 202 premenopáusicas y 164 posmenopáusicas. Se excluyeron 38 pacientes debido a que estaban histerectomizadas.

La edad fue mayor en las posmenopáusicas que en las premenopáusicas 51 (45-55) y 47 (45-55) ($p < 0.001$), en estas el tiempo desde la menopausia, fue 2 años (1-13).

Ambos grupos presentaban sintomatología vasomotora como bochornos así como sequedad vaginal, los cuales se presentaron a los 49 (38-55) y 47 (40-55) años en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas respectivamente. Los bochornos se presentaron en una mayor proporción en las posmenopáusicas que en las premenopáusicas 68.9% y 21.3% ($p < 0.001$). La sequedad vaginal fue más frecuente en las mujeres posmenopáusicas que en las pacientes premenopáusicas 67.7% y 14.4% ($p < 0.001$).

Cuando se comparó el puntaje total del instrumento What's My M3 este fue mayor en las posmenopáusicas que en las premenopáusicas 15 (0-69) y 6 (0-42) ($p < 0.001$), hubo mayor puntuación en el rubro depresión en las pacientes posmenopáusicas que en las premenopáusicas, 9 (0-23) y 5 (0-18) respectivamente ($p < 0.001$), lo mismo ocurrió con la ansiedad 3 (0-26) y 1 (0-14) y con en el trastorno obsesivo compulsivo en pacientes posmenopáusicas 1 (0-12) y 0 (0-12) respectivamente ($p < 0.001$), (Cuadro 1).

La proporción de mujeres con un puntaje ≥ 33 fue mayor en las pacientes posmenopáusicas que en las premenopáusicas 22% y 8% respectivamente ($p < 0.001$).

En el análisis de correlación se encontró que a mayor edad de las pacientes, mayor puntuación en el What's My M3 (Rho de Spearman 0.951, $p < 0.005$). No hubo relación entre el tiempo desde la menopausia y el estado emocional de las pacientes.

DISCUSIÓN

La asociación entre los desórdenes depresivos y la menopausia es un importante problema de salud pública que amerita atención.

En el 2005 el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos concluyó que la asociación entre depresión y menopausia es muy pobre, y sugirió que el periodo de mayor vulnerabilidad para presentar depresión es durante la transición a la menopausia y no la posmenopausia como hasta ese entonces se creía.⁹

En cuanto a la presencia de sintomatología, la prevalencia de los bochornos es máxima en la transición menopáusica tardía, que ocurre en 65% de las mujeres y se presenta hasta en un 50% de las mujeres en los primeros años de la posmenopausia.⁴ En este estudio se evaluó la presencia de sintomatología vasomotora como bochornos y sequedad vaginal en ambos grupos, la cual se presentó a los 49 y 47 años en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas respectivamente. Hubo mayor presencia de bochornos en el grupo de pacientes posmenopáusicas que en las premenopáusicas. Los síntomas vaginales como sequedad, prurito y dispareunia se reportaron en 30% de las mujeres durante los primeros años de la posmenopausia y se elevan hasta el 47% en los años posteriores.⁴ En el presente estudio se encontró un mayor porcentaje de pacientes con sequedad vaginal durante la posmenopausia. La transición a la menopausia se asocia con depresión y ansiedad, esta última se presenta en cerca del 26% de la población general en Estados Unidos y esa prevalencia es mayor en mujeres y se incrementa de forma significativa después de los 45 años. Los estudios claramente muestran que la mayoría de las mujeres no desarrollan depresión durante la transición a la menopausia, sin embargo, en un grupo de mujeres existe un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor y menor durante la transición a la menopausia. La menopausia se ha identificado

como un factor de riesgo independiente para depresión. Actualmente la evidencia sugiere que el riesgo de presentar depresión aumenta durante la perimenopausia en relación con los cambios hormonales, para posteriormente disminuir durante la posmenopausia. La depresión que se presenta alrededor de la menopausia se ha mostrado con mayor severidad durante los últimos 2 a 3 años previos a la menopausia.⁶

Los reportes de prevalencia de depresión en mujeres varían entre 0% y 11%. En la premenopausia la prevalencia varía de 5.8% a 11%, en la perimenopausia varía de < 4% a 9.1% y en la posmenopausia de < 1% a 9.8%.⁹ Lo cual se pudo corroborar en el presente estudio, aunque sin utilizar un instrumento específico, se encontró mayor depresión en las pacientes posmenopáusicas que en las premenopáusicas.

Se evaluaron las visitas al hospital de las pacientes menopáusicas comparadas con la población en general diagnosticados con trastorno bipolar, las pacientes que se encontraban en la transición a la menopausia experimentaron un aumento significativo en el porcentaje de visitas con síntomas depresivos 42% comparados con hombres de la misma edad, mujeres y hombres jóvenes que en total sumaron 30%.¹⁰ Resultados similares se presentaron en este estudio, donde las pacientes posmenopáusicas tuvieron mayor presencia de trastorno bipolar que las pacientes premenopáusicas.

CONCLUSIONES

Las pacientes posmenopáusicas presentaron más alteraciones en el estado mental que las pacientes premenopáusicas.

REFERENCIAS

1. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women.
http://apps.who.int/rhl/gynaecology/gynaecology_infertility/lscm/en/index
2. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio siglo XXI. INEGI. 2012
3. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2014;123(1):202-16
4. Grady D. Clinical practice. Management of menopausal symptoms. *N Engl J Med* 2006; 355(22):2338–47.
5. Patten SB. Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. *BMC Psychiatry* 2009;9(19):1-4.
6. Zender R, Olshansky E. Women's Mental Health: Depression and Anxiety. *Nurs Clin North Am* 2009;44(3):355–64
7. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *J Psychosom Res* 2005;59(3):117–29.
8. Rocca WA, Shuster LT, Grossardt BR, Maraganore DM, Gostout BS, Geda YE, et al. Long-term effects of bilateral oophorectomy on brain aging: unanswered questions from the mayo clinic cohort study of oophorectomy and aging. *Womens Health (Lond)* 2009;5(1):39–48.
9. Llana P, García MP, Llana D, Begoña F. Pérez R. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas* 2010;71(2):120–30

10. Marsh WK, Ketter TA, Rasgon NL. Increased depressive symptoms in menopausal age women with bipolar disorder: Age and gender comparison. *J Psychiatr Res* 2009;43(8):798–802.
11. Vivian J, Hickey M. Review Menopause and depression: Is there a link? *Maturitas* 2014;79(2):142-6.
12. Miller LJ, Ghadiali NY, Larusso EM, Wahlen KJ, Barron O, Mittal L, et al. Bipolar Disorder in Women, *Health Care for Women International*. 2015;36(4):475-98.
13. Sajatovic M, Friedman SH, Schuermeyer IN, Safavi R, Ignacio RV, Hays RW, et al. Menopause knowledge and subjective experience among peri- and postmenopausal women with bipolar disorder, schizophrenia and major depression. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(3):173-8.
14. Avis N, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med* 2015;175(4):531-9.
15. Brown L, Bryant C, Brown VM, Bei B, Judd FK. Self-compassion weakens the association between hot flushes and night sweats and daily life functioning and depression. *Maturitas* 2014;78(4):298–303.
16. Lampio L, Kantola P, Polo O, Kauko T, Aittokallio J, Saaresranta T. Sleep in midlife women: effects of menopause, vasomotor symptoms, and depressive symptoms. *Menopause*, 2014;21(11):1217-24.
17. Zambotti M, Colrain IM, Baker FC. Interaction between reproductive hormones and physiological sleep in women. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100(4):1426–33.
18. Hautamäki H, Haapalahti P, Savolainen H, Tuomikoski P, Ylikorkala O, Mikkola T. Premenstrual symptoms in fertile age are associated with impaired quality of life,

but not hot flashes, in recently postmenopausal women. *Menopause* 2014;21(12):1287-91.

19. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord* 2007;103(1):267–72.

20. Bryant C, Judd F, Hickey M. Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *J Affect Disord* 2012;139(2):141–8.

21. What's My M3. <http://www.whatsmym3.com/aboutassessment.aspx>

CUADRO

Cuadro 1. Los resultados se expresan en mediana (mínimo y máximo)

	Premenopáusicas	Posmenopáusicas	p
Depresión	5 (0-18)	9 (0-23)	< 0.001
Ansiedad	1 (0-14)	3 (0-26)	< 0.001
Trastorno obsesivo compulsivo	0 (0-12)	1 (0-12)	< 0.001
Trastorno bipolar	0 (0-10)	0 (0-14)	< 0.001
Trastorno por estrés postraumático	0 (0-6)	0 (0-8)	< 0.001
Suma total	6 (0-42)	15 (0-69)	< 0.001

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento What's My M3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE – HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”

Favor de responder las siguientes preguntas

Edad: _____ No. De Afiliación _____

Marque con una X ¿Usted menstrúa? Sí _____ No _____

Si su respuesta es no: ¿A qué edad presentó su última menstruación?: _____

¿Usted tiene bochornos? Sí _____ No _____ ¿Usted tiene sequedad vaginal? Sí _____ No _____

Si su respuesta es Sí, ¿a qué edad empezaron estos síntomas?: _____

¿Usted tiene útero? Sí _____ No _____

¿Toma algún medicamento antidepresivo? Sí _____ No _____

Marque con una X su respuesta a las siguientes preguntas:

Durante las últimas dos semanas, ¿ha notado la siguiente?:	No existe	Rara vez	A veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1. Me siento triste, deprimido o infeliz					
2. No me puedo concentrar o centrarme en algo					
3. Nada me place, nada me satisface					
4. Me siento cansado; no tengo energía					
5. He tenido pensamientos suicidas					
6. Cambios en los patrones de sueño:					
a Tengo dificultad para dormir					
b Duermo demasiado					
7. Cambios en el apetito:					
a. He perdido un poco el apetito					
b. He estado comiendo más					
8. Me siento tenso, ansioso o no puedo permanecer sentado					
9. Me siento preocupado o temeroso					
10. Tengo ataques de ansiedad o pánico					
11. Me preocupa morir o perder el control					
12. Estoy nervioso o tembloroso en situaciones sociales					
13. Tengo pesadillas o recuerdos del pasado					
14. Estoy agitado o me sobresalto fácilmente					
15. Evito lugares que me recuerdan fuertemente a una mala experiencia					
16. Me siento torpe, embotado, insensible o indiferente					
17. No puedo alejar ciertos pensamientos de mi mente/dejar de pensar en algunas cosas					
18. Siento que debo repetir ciertos actos de forma ritual					
19. Necesito comprobar las cosas una y otra vez					
En cualquier momento en su vida ¿Ha habido fases o períodos en que usted tiene:					
20. Tenía más energía de lo habitual					
21. Me siento inusualmente irritable/irascible y enfadado/a					
22. Estoy agitado/a, ansioso/a, acelerado/a o hiper-animado/a					
23. Necesito dormir menos de lo habitual					
Indique si alguno de los síntomas antes mencionados interfiere con el trabajo o mis estudios/en la escuela:					
24. Influye en mi trabajo en mis estudios/en la escuela					
25. Afecta mis relaciones con los amigos o la familia					
26. Me ha llevado a consumir bebidas alcohólicas					
27. Me ha llevado a consumir drogas					

ANEXO 2



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante
 COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA 31/05/2016

M.C. SEBASTIAN CARRANZA LIRA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Comparación de la depresión, ansiedad, trastorno bipolar y el trastorno por estrés postraumático utilizando el instrumento What's My M3 en mujeres pre y posmenopáusicas del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3606-4

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de consentimiento para participar en un estudio de investigación:

			
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD			
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:	Comparación de la depresión, ansiedad, trastorno bipolar y el trastorno por estrés postraumático, utilizando el instrumento What's My M3 en mujeres pre y posmenopáusicas del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"		
Patrocinador externo (si aplica):			
Lugar y fecha:	Ciudad de México		
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar si existe repercusión en el estado de ánimo de las pacientes posmenopáusicas, comparadas con pacientes premenopáusicas		
Procedimientos:	Responder un cuestionario		
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su estado de salud mental.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Conocerán sus resultados hasta ser procesados los datos.		
Participación o retiro:	Voluntario.		
Privacidad y confidencialidad:	Completa.		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="vertical-align: top;"> No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):			
Beneficios al término del estudio:	Conocer su estado de salud mental		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dr. Sebastián Carranza Lira		
Colaboradores:	Dra. Edith Pablo Cruz		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto _____ Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____ Testigo 2		