



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEDE ACADEMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

TITULO:

**“DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO DE LA
CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 242 TENANGO DEL VALLE”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR RESPONSABLE

M. C. LUZ ADRIANA RIVERA RIOS
ADSCRIPCIÓN UMF 242
LUGAR DE TRABAJO UMF 242 TENANGO DEL VALLE
TEL. 7171440216
luza199@hotmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO
MF GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES
ADSCRIPCIÓN UMF 222
LUGAR DE TRABAJO CCEIS UMF 222
TEL 7223809382
gaespinosa.fuentes@gmail.com

TLAXOMULCO, MEXICO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO DE LA
CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 242 TENANGO DEL VALLE”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. LUZ ADRIANA RIVERA RIOS

AUTORIZACIONES

**EMF ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO**

**EMF. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 249, TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO**

**INVESTIGADOR ASOCIADO
EMF. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES**

**EMF. JOSUE JACIEL AGUILAR REYES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UMF 249**

TLAXOMULCO, MEXICO 2019

**“DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO DE LA
CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 242 TENANGO DEL VALLE”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. LUZ ADRIANA RIVERA RIOS

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TLAXOMULCO, MEXICO 2019

INDICE

Resumen/ Abstrac	
1. Marco teórico	Pág.1
1.1. Definiciones, manifestaciones clínicas, diagnóstico y Tratamiento	Pág.1
1.2. Magnitud de la depresión en México	Pág.4
1.3. Depresión, climaterio y menopausia	Pág.6
1.4. Instrumento	Pág.12
2. Metodología	Pág.13
2.1. Justificación	Pág.13
2.2. Planteamiento del problema	Pág.14
2.3. Objetivos	Pág.15
2.3.1. Objetivo general	Pág.15
2.3.2. Objetivo específico	Pág.15
2.4. Hipotesis	Pág.15
2.5. Material y métodos	Pág.16
2.5.1. Tipo de estudio	Pág.16
2.5.2. Población, lugar y tiempo	Pág.16
2.5.3. Tipo de muestra	Pág.16
2.5.4. Tamaño de la muestra	Pág.16
2.6. Criterios de selección	Pág.17
2.6.1. Criterios de inclusión	Pág.17
2.6.2. Criterios de no inclusión	Pág.17
2.6.3. Criterios de eliminación	Pág.17
2.7. Operacionalización de variables	Pág.18
3. Aspectos éticos	Pág.19
4. Recursos, financiamiento y factibilidad	Pág.21
5. Resultados.	Pág.22
6. Discusión.	Pág.29
7. Conclusiones	Pág.30
8. Sugerencias	Pág.31
Referencias bibliográficas	Pág.32
Anexos	Pág.34
Anexo 1: Consentimiento informado	Pág.34
Anexo 2: Escala de Hamilton	Pág.35
Anexo 3: Cronograma de Gantt	Pág.37
Anexo 4: Sabana de datos	Pág.38

DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 242 TENANGO DEL VALLE

Autores: Rivera Rios Luz Adriana. Espinosa Fuentes Guillermo A.

Antecedentes: El climaterio es el periodo de transición en la vida reproductiva de la mujer a la no reproductiva. Inicia aproximadamente entre 5 y 10 años antes de la menopausia y su duración es de 10 a 15 años. La menopausia ocurre en México en edad promedio de 47.6 años.

La OMS (2001), indica que la depresión será la segunda causa de muerte, después de los infartos al miocardio, en el año 2020. La prevalencia de depresión en México, según la Secretaria de Salud (2014), es de hasta el 20%, en personas entre los 18 a 65 años de edad, en ambos sexos.

Objetivo: Identificar la depresión en mujeres en etapa de climaterio de la consulta externa de la UMF 242, Tenango del Valle.

Material y Métodos: Previa autorización de autoridades y pacientes participantes, se determinó la presencia de depresión en pacientes en etapa de climaterio usando la escala de Hamilton. Los resultados se presentaron en gráficas y cuadros, empleando estadística descriptiva.

Resultados: El 83% de las pacientes en etapa de climaterio presentó algún grado de depresión, 20% con depresión severa, leve y moderada con 29%, el 17% de la población no presentó depresión, 89% se encontraban casadas y 77% en la quinta década de la vida.

Conclusiones y recomendaciones: Las mujeres pre y posmenopáusicas, con estudios básicos y casadas son el grupo de riesgo para desarrollar depresión, aplicando la escala de Hamilton podemos realizar una detección precoz y manejo oportuno de la misma.

Abstract:

Background: The climacteric is the period of transition in the reproductive life of women to non-reproductive. Starts approximately between 5 and 10 years before menopause and its duration is 10 to 15 years. Menopause occurs in Mexico with an average age of 47.6 years.

The WHO (2001), indicates that depression will be the second cause of death, after myocardial infarction, in the year 2020. The prevalence of depression in Mexico, according to the Ministry of Health (2014), is up to 20 %, in people between 18 to 65 years of age, in both sexes.

Objective: to identify depression in women in climacteric stage of the outpatient clinic of UMF 242, Tenango del Valle.

Material and Methods: Prior authorization from authorities and participating patients, the presence of depression in climacteric patients was determined using the Hamilton scale. The results were presented in graphs and tables, using descriptive statistics.

Results: 83% of patients in climacteric stage have some degree of depression, 20% with severe depression, mild and moderate with 29%, 17% of the population does not present depression, 89% were married and 77% in the fifth decade of life.

Conclusions and recommendations: Pre and postmenopausal women, with basic and married studies are the risk group to develop depression, applying the Hamilton scale we can perform an early detection and timely management of it.

1. MARCO TEORICO

1.1 Definiciones, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Climaterio

Conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia, incluye los síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital. ⁽¹⁾

Es el periodo durante el cual la mujer transita de la fertilidad a la infertilidad, va desde la premenopausia que comprende el inicio de los síntomas climatéricos, que se pueden iniciar alrededor de los 40 años, hasta el último año de la perimenopausia y entra al cese definitivo de la menstruación, en que se instaura la menopausia, en promedio a los 49 años para la población Mexicana, y que a partir de este momento pasa a ser la posmenopausia. ⁽²⁾

Es un periodo que se caracteriza por la disminución de las funciones ováricas productoras de hormonas, sobre todo por la intensa variabilidad en las concentraciones de estrógenos y progesterona. ⁽¹⁵⁾

Los estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que el estrógeno ejerce una influencia positiva no sólo en la inestabilidad vasomotora, al reducir el número e intensidad de los bochornos y las sudoraciones, sino también en los trastornos psicológicos como la depresión, las enfermedades de la conducta sexual y afectiva y la disminución de la función cognitiva. ⁽¹⁵⁾

El climaterio se divide en dos etapas: la perimenopausia (desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia) y la posmenopausia (etapa que en nuestro medio se extiende desde la menopausia hasta los 64 años, y que a su vez, se subdivide en etapa temprana, que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia; y la etapa tardía, desde 5 años después de la menopausia, hasta los 64 años). ⁽¹⁴⁾

Menopausia

Evento o etapa de la vida de la mujer que marca el final de la vida reproductiva. Con la menopausia, la mujer llega en forma más objetiva a la ausencia de la menstruación después de 12 meses. Se considera natural o fisiológica la que se presenta a partir de los 40 años de edad. ⁽¹⁾

Etapas de transición a la menopausia

Inicia con las variaciones en la duración del ciclo menstrual y con un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH, por sus siglas en inglés), sin incremento de la hormona luteinizante (LH): termina con la ausencia de la menstruación por 12 meses. ⁽¹⁾

Perimenopausia

Significa sobre o alrededor de la menopausia. Empieza al mismo tiempo que la transición a la menopausia y termina un año después del último periodo menstrual. ⁽¹⁾

Postmenopausia

Periodo que inicia a partir del año de la ausencia de la menstruación hasta el fin de la vida. ⁽¹⁾

Postmenopausia temprana

Periodo de tiempo dentro de los cinco años después de la última menstruación, ya sea de forma natural o inducida. ⁽¹⁾

Manifestaciones clínicas

La depleción hormonal comienza en el periodo premenopáusico, (entre los 40 y los 50 años) y se caracteriza por diversos trastornos menstruales que comprenden desde polimenorreas hasta oligomenorreas y aumento progresivo del intervalo entre uno y otro ciclo. ⁽¹³⁾

El desbalance endocrino altera el metabolismo de los lípidos, promueve la aterogénesis, modifica los procesos de remodelación ósea, induce cambios en los órganos genitales y se asocia a variaciones en el estado de ánimo y trastornos del comportamiento. Los cambios fisiopatológicos más significativos incluyen: hemorragias uterinas disfuncionales, crisis vasomotoras, sequedad vaginal, incontinencia urinaria, aumento de aterosclerosis, mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, fracturas y cambios del comportamiento. ⁽¹³⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de menopausia se establece por la ausencia de menstruación por 12 meses o más en mujer con útero. El diagnóstico del síndrome climatérico es clínico se basa en una historia clínica orientada y fundamentada en trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos o sudoraciones), manifestaciones genitourinarias, trastornos psicológicos (cambios del estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón del sueño). ⁽¹⁾

Pruebas diagnósticas

Niveles arriba de 25 UI/L de FSH se observan en transición a la menopausia y en la postmenopausia y es la amenorrea por más de 12 meses lo que marca la menopausia. La medición de FSH o de hormona antimulleriana será en casos con duda diagnóstica o en mujeres con histerectomía para el diagnóstico de menopausia o transición a la menopausia. El metabolismo de los lípidos, de la glucosa, la distribución de grasa en el centro del cuerpo se alteran en la transición de la menopausia o menopausia con incremento del riesgo cardiovascular, y aumento del síndrome metabólico. La evaluación integral de la mujer en etapa climatérica debe incluir los siguientes estudios:

- Citología cervicovaginal
- Perfil de lípidos
- Glucosa sérica
- Mastografía basal por lo menos un año antes
- Ultrasonido pélvico
- Examen general de orina
- TSH sérica ⁽¹⁾
-

Tratamiento

El tratamiento de las alteraciones clínicas se divide en farmacológico y no farmacológico. El farmacológico contiene dos subgrupos:

- El tratamiento hormonal que se hace con base en estrógenos o progestágenos.
- El tratamiento no hormonal, que se basa en inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina, como la clonidina, la gabapentina o la veraliprida. ⁽¹⁾

En pacientes con útero, la terapia estrogénica debe ir combinada con un progestágeno con el fin de disminuir el riesgo relativo de carcinoma endometrial. ⁽¹³⁾

Existen dos esquemas terapéuticos: la terapia cíclica y la continua. En la terapia cíclica se puede presentar en un 80% de los casos sangrado regular cíclico por privación, que mientras no sea un sangrado con características anormales, que sugieran patología endometrial no tiene un significado clínico importante. Cuando la paciente no desee continuar con sangrados cíclicos, se recomienda la terapia continua, con la cual la frecuencia de estos se reduce en forma importante en un tiempo de seis a ocho meses. ⁽¹³⁾

Terapia cíclica: valerato de estradiol 2mg+acetato de ciproterona 1mg durante 21 días continuos, descansa 7 días y reinicia tratamiento. ⁽¹³⁾

Terapia continua: valerato de estradiol 2mg+acetato de noretisterona 1mg en tratamiento diario continuo. ⁽¹³⁾En pacientes con histerectomía total, se recomienda el estrógeno solo: estrógenos equinos conjugados 0.625mg al día de forma continua. ⁽¹³⁾

1.2 Magnitud de la depresión en México

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y noveno para los hombres. ⁽⁶⁾

A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones, etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México. Solo la atención decidida, organizada e inteligente de la sociedad en su conjunto permitirá hacer frente a este problema y limitar su impacto al mínimo posible. Una de las mejores fuentes de información disponibles acerca de depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002, se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana que incluyó a 5,782 participantes. ⁽⁵⁾

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 8.4%, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8 %. El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres. La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud. ⁽⁵⁾

En este sentido resulta interesante considerar los resultados arrojados por estudios realizados en 18 países de diversas regiones del mundo. En efecto las tasas mas bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, China y Sudáfrica: mientras que las tasas mas altas se observaron en países con ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América. El estudio clasifica que las diferencias en prevalencia no se deben a que los casos en países de ingresos altos tengan mayor gravedad que en los países de ingresos bajo y medio, y por tanto, tengan mayor probabilidad de ser identificados. El estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres. ⁽⁵⁾

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar. Paradójicamente, una proporción menor de casos con trastornos mentales recibió tratamiento, aun en los casos en que la discapacidad había sido definida como grave. Estos hallazgos fueron

similares entre regiones, comparando países de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado. La Encuesta Mundial de Salud determinó que en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada. ⁽⁵⁾

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencia entre 3.3 y 21.4%. ⁽⁶⁾

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente reportó que la prevalencia de trastorno Depresivo Mayor (TDM) fue de 2% para los hombres y 7.6% para las mujeres. ⁽⁷⁾

Es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo. ⁽⁶⁾

Los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio, aunque poco se conoce de su peso específico en comparación con otros factores. ⁽⁵⁾

La depresión no solo afecta a quien la padece, también puede acarrear consecuencias negativas a otras personas. Por ejemplo, un estudio reveló que los hijos de madres con depresión durante su primera infancia tuvieron niveles más altos de inactividad cinco años después, y que la falta de actividad fue mediada por factores internalizantes. ⁽⁵⁾

Uno de los campos en los que es preciso continuar avanzando se refiere a la indudable necesidad de mejorar las condiciones materiales de vida de millones de mexicanos. Si bien la estrecha relación entre condiciones de vida y la salud pública fue reconocida por las autoridades sanitarias desde hace varias décadas, la permanencia de población en condiciones de pobreza extrema obliga a insistir en que los mayores logros de salud habrán de obtenerse tras remover las barreras estructurales que impiden a las personas lograr un acceso a un trabajo bien remunerado y seguro, a una educación que coadyuve en el desarrollo de conocimientos y habilidades para la adaptación activa al mundo y al incremento de la productividad y unos servicios preventivos y curativos de salud de alta calidad y calidez. ⁽⁵⁾

1.3 Depresión, climaterio y menopausia

La OMS (1993) define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social en armonía con el medio ambiente; no solo la ausencia de enfermedad, considera que la Salud Mental abarca una amplia gama de actividades, directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental y se relaciona con la promoción de la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por dichos trastornos, como la depresión (OMS, 2001). ⁽²⁾

La OMS (2001) indica que la depresión será la segunda causa de muerte, después de los infartos al miocardio, en el año 2020. ⁽²⁾

La depresión es un problema de salud de importancia en Atención Primaria. Uno de los retos reconocidos en el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes es la insuficiente coordinación entre distintos niveles de atención, teniendo en cuenta su frecuente cronicidad, comorbilidad asociada y necesidad, por tanto de una Atención Primaria accesible y de calidad. ⁽⁹⁾

El médico de atención primaria a la salud debe conocer esta condición en su totalidad, vista desde sus dimensiones biológica, psicológica y social para brindar atención integral a la mujer es decir, debe tener la competencia clínica necesaria para su diagnóstico y tratamiento.

Desde el punto de vista epidemiológico la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en la etapa media de la vida. Las mujeres tienen un riesgo de presentar el trastorno dos veces más alto que los hombres. ⁽⁷⁾

La depresión es un trastorno afectivo de origen multifactorial que se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre. Las causas de esta diferencia se atribuyen tanto a factores sociales como biológicos. La coincidencia entre los periodos de fluctuaciones hormonales y la presencia de síntomas afectivos ha dado fuerza a la teoría de que los factores hormonales pueden ser una causa de la mayor prevalencia de depresión en la mujer. ⁽¹¹⁾

El riesgo de la mujer de padecer un trastorno depresivo aumenta en el periodo de transición hacia la menopausia o perimenopausia, cuando la vulnerabilidad depresiva se hace especialmente intensa. El tratamiento de la depresión en la perimenopausia viene determinado por la gravedad clínica e incluye antidepresivos, psicoterapia y en ocasiones terapia hormonal sustitutiva mediante estrógenos. ⁽¹²⁾

Aproximadamente 10% de las mujeres en el climaterio y la menopausia, atraviesan por una depresión, lo cual provoca que la mujer experimente sentimientos de desganado, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual (libido) y nerviosismo. ⁽³⁾

Se reporta que el climaterio representa una etapa de adaptación y se transita a una nueva condición, que es progresiva y sin retroceso en todas las mujeres. ⁽²⁾

La etapa del climaterio y la menopausia ha sido motivo de menciones históricas, literarias y culturales, a pesar de que en muchas ocasiones es ignorada y hasta subestimada por las mujeres y por muchos profesionales. ⁽⁴⁾

No pocas mujeres se preguntan qué hacer cuando comienzan a perder tersura de la piel, y manifiestan cambios en los estados de ánimo, dados por irritabilidad, nerviosismo, depresión y ansiedad, así como sudoraciones, palpitaciones y oleadas de calor. ⁽⁴⁾

Existe una asociación directa entre la sobrecarga de los diferentes roles de género asignados a la mujer en su vida cotidiana, las relaciones de familia y laborales con la aparición de la sintomatología del síndrome climatérico de percepción variable en su intensidad, así como el estilo de vida pueden influir negativamente en la calidad de vida. ⁽¹⁶⁾

Los síntomas de la menopausia interfieren con la calidad de vida, disfunción sexual y rendimiento laboral, la transición hacia la menopausia es un periodo crítico de la vida, durante él se producen cambios hormonales, somáticos y psicológicos que duran años. ⁽⁸⁾

Esta transición debe verse como un proceso natural, acompañado de la privación hormonal, resultado de la disminución de la función endocrinológica de los ovarios. En esta etapa se producen una serie de cambios físicos, orgánicos, psico-afectivos, cognoscitivos y sexuales que, de acuerdo con la experiencia personal de cada mujer, su entorno sociocultural y su estado individual de salud van a influir sobre la calidad de vida relacionada con su salud. ⁽¹⁰⁾

La menopausia se asocia con una serie de molestias que, si alcanzan cierta intensidad, pueden deteriorar severamente la calidad de vida relacionada con la salud, específicamente en el ámbito del climaterio, está claro que las consecuencias del cese de función ovárica deben contemplarse también desde la perspectiva de la calidad de vida relacionada con la salud. ⁽¹⁹⁾

No basta, solo identificar la presencia de bochornos y otros síntomas, sino que también interesa la apreciación subjetiva de la mujer, quien dirá si ve afectado o no su bienestar por una determinada molestia. Interesa además conocer si los cambios psíquicos afectan su capacidad laboral, su capacidad de relacionarse con otras personas, y en general, con su entorno. ⁽¹⁹⁾

La capacidad para manejar las dificultades de esta etapa también depende de la forma como las mujeres han conducido sus vidas; metas alcanzadas, frustraciones y las vivencias con la familia. ⁽¹⁰⁾

Existen factores de riesgo que pueden causar los trastornos depresivos durante esta etapa, entre los cuales figuran: antecedentes de depresión, la disforia

relacionada con anticonceptivos orales, de trastornos disfóricos premenstruales y de depresión posparto, así como síntomas vasomotores severos, mala calidad del sueño perimenopausia prolongada (más de 2 años), menopausia quirúrgica (doble ooforectomía), disfunción tiroidea, bajo nivel educacional, pérdidas significativas y afecciones crónicas de salud. ⁽³⁾

Algunos autores señalan que la disminución de las hormonas sexuales durante la menopausia, afecta el estado de ánimo y predispone a los trastornos depresivos; otros afirman que la menopausia natural a diferencia de la quirúrgica, no aumenta el número ni la intensidad de los trastornos depresivos severos. Sin embargo, estudios realizados en Santiago de Cuba han mostrado que en la menopausia quirúrgica las alteraciones psicológicas son más severas por ser muy brusca; mientras que en la natural los ovarios continúan produciendo andrógenos que son aromatizados a estrógenos. ⁽³⁾

Durante la edad mediana, la que se corresponde con mujeres entre 45 y 59 años, resulta difícil para ellas la asimilación del proceso de envejecimiento debido al temor a la pérdida de belleza, juventud y atractivo sexual, lo que ocasiona muchas veces la disminución de la autoestima y del valor social. En la edad mediana, la población femenina mayor de 45 años, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica, del hogar, así mismo, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, ahora convertidos en adultos mayores, así como de los nietos. Por otra parte, la doble jornada es más agresiva, hay recarga de las actividades domésticas, se incrementan las responsabilidades familiares y sociales y una inadecuada dinámica familiar recrudece la gravedad de los síntomas climatéricos. Todos estos factores, unidos a los cambios fisiológicos propios de la edad, generan una sobrecarga física y mental que favorece la aparición de procesos deteriorantes de la salud femenina y hace más críticos los síntomas en este periodo, todo lo cual puede agravarse si existe un fondo psicogénico alterado previamente y/o elementos desfavorables socioeconómicos y del entorno social. ⁽³⁾

En esta etapa la mujer se siente triste, irritable, deprimida, ansiosa, necesitada de apoyo y comprensión, en lo cual inciden los factores sociales relacionados con preocupaciones de índole económica y laboral. ⁽³⁾

Aunque tanto la mujer como el hombre se enfrentan a similares presiones, la primera experimenta susceptibilidades específicas asociadas con su organismo. ⁽³⁾

Las características del sistema reproductor femenino conducen a que los procesos fisiológicos como la menstruación, el embarazo y el climaterio pueden tornarse elementos deteriorantes bajo condiciones adversas. Si se compara el entorno social de la adulta joven y de edad mediana, se puede observar que en la primera existe un estado biológico óptimo (EBO) que le permite asumir en mejores condiciones el trabajo y el cuidado de los hijos, los padres o suegros que son de edad mediana. ⁽³⁾

La pareja, por lo general, es contemporánea en edad con EBO y, aunque resulta el centro de la actividad familiar, sus condiciones son más favorables

que en etapas posteriores del ciclo de vida. Cuando se atraviesa la frontera de la edad mediana y la mujer se acerca a la quinta década de la vida, su estado biológico tiende a ser más lábil (EBL) debido a las variaciones fisiológicas del climaterio. Dicha etapa de la vida exige una preocupación especial para la mujer que debe vivir plenamente de 30-35 años posteriores a la menopausia y no ser una simple espectadora de la vida; sin embargo, el mayor interés no consiste en alcanzar una mayor longevidad, sino que debe estar acompañada de bienestar físico, mental y social, o lo que es igual, calidad de vida. ⁽³⁾

La teoría del dominó plantea que los síntomas depresivos estarían causados por los fenómenos vasomotores, lo que causaría afectación del sueño con la consecuente fatiga, irritabilidad y disminución del rendimiento diurno. La mayoría de los autores coinciden en señalar que los sudores nocturnos desempeñan una función relevante en los síntomas climatéricos en general, particularmente, en la depresión, y le conceden un valor especial como predictivas de trastornos depresivos en la perimenopausia. ⁽³⁾

Otros estudios han demostrado que la depresión en las mujeres climatéricas estaba significativamente influenciada por la ocupación, el estatus económico, la armonía matrimonial y la menopausia. Parry considera que las mujeres perimenopausicas en particular, están en riesgo de padecer episodios de depresión mayor recurrentes o de reciente inicio. ⁽³⁾

La depresión no tratada puede exacerbar la enfermedad cardíaca, la diabetes y la osteoporosis, así como contribuir con el aumento de riesgo de suicidio y con un curso más debilitante de la depresión que es más resistente a las intervenciones. ⁽³⁾

La declaración de Consenso de la Sociedad Norteamericana de Menopausia indica que es razonable prescribir terapia hormonal de reemplazo a mujeres sintomáticas en la perimenopausia y hasta 10 años después de la menopausia, puesto que los beneficios pueden superar los riesgos. ⁽³⁾

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia y está presente hasta en 70% de estas. Se plantea que 23% de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos y se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración y por síntomas físicos, tales como disforia, tristeza, vulnerabilidad y alteraciones en la autoestima. Es uno de los síntomas que afecta a las mujeres en sus actividades sociales. ⁽³⁾

El insomnio se define como la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores en el último mes. Usualmente, de origen multifactorial, se ha correlacionado con alteraciones del estado físico y mental, así como reducción significativa en la calidad de vida y con pobre percepción de salud. ⁽³⁾

La autoestima constituye un marco de referencia para interpretar la realidad externa y las propias experiencias, las cuales influyen en el rendimiento, condicionan las expectativas y la motivación, así como también contribuyen a la salud y al equilibrio psíquico. Es obvio que aquellas mujeres que tienen una

personalidad equilibrada, una autoestima adecuada, evidente satisfacción con su vida sexual, familiar y personal, experimentan un climaterio menos sintomático y asumen todos estos cambios positivamente. Efecto contrario se observa en las pacientes con disminución de la autoestima, quienes expresan con mayor severidad el síndrome climatérico, de manera tal que en la baja autoestima influye el deterioro de la imagen, el no logro de metas trazadas y la realización personal disminuida. ⁽³⁾

En términos de relación de pareja pueden presentarse variadas situaciones:

Si la pareja es estable, pero la comunicación es inadecuada, la mujer siente disminuida su condición de femineidad, con temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando carece de ella. ⁽³⁾

En algunos casos el esposo (contemporáneo a la edad) busca compañía en mujeres más jóvenes, lo que afecta la autoestima y la satisfacción personal de la mujer, la familia y el matrimonio. ⁽³⁾

Tal situación conduce a desequilibrios en la esfera psíquica, expresados fundamentalmente en síntomas como la depresión, la tristeza y la irritabilidad. Cuando la autoestima es adecuada, la mujer busca solución a estos problemas. ⁽³⁾

El no tener una autoestima positiva impide un adecuado crecimiento psicológico. ⁽³⁾

Cuando se posee, actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Si es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Mientras más sólida es la autoestima, mejor equipado se estará para poder enfrentar las pruebas que surgen en nuestra vida laboral, social y personal. ⁽³⁾

Estudios relacionados con la satisfacción con la vida en la menopausia, llevados a cabo en diferentes contextos culturales, han arrojado resultados contradictorios; en Israel y Alemania se reporta que algunas mujeres muestran altos índices de satisfacción, mientras que en Holanda las mujeres en la posmenopausia presentan una percepción de bajo bienestar subjetivo. Esto indica que existen variaciones en la satisfacción o el bienestar subjetivo de la mujer en el climaterio. En un estudio con mujeres de Austria, el bienestar subjetivo se relacionó con los síntomas, acontecimientos de la vida, sentimientos hacia la pareja y el ejercicio; no se encontró asociación significativa con el estado hormonal. Esta etapa también se caracteriza por la tendencia de la mujer a reflexionar sobre su vida personal, sus relaciones interpersonales y familiares que pueden influir en la satisfacción con la vida y en su salud mental. ⁽¹⁸⁾

La menopausia representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo a la acentuación de los problemas relacionados con la sexualidad. Un número importante de mujeres manifiesta durante el climaterio una disfunción sexual femenina, la cual aumenta con la edad, es progresiva y altamente frecuente. Entre estas se destacan las alteraciones en el deseo/interés sexual, en la excitación sexual y en el orgasmo, además de la dispareunia y el vaginismo. ⁽³⁾

El periodo de transición del climaterio que culmina en la menopausia es extremadamente variable entre diferentes culturas o dentro de una misma cultura, las actitudes hacia la menopausia varían entre grupos étnicos, según los valores culturales de las diferentes sociedades y el estatus menopáusico.⁽²⁰⁾

La depresión perimenopausica constituye un problema infradiagnosticado e infratratado, que genera un alto nivel de sufrimiento y que merece mayor atención por parte de los clínicos y el sistema sanitario.⁽¹²⁾

Por todo ello, parece importante conocer y evaluar el bienestar de la mujer en sus tres esferas (biopsicosocial), sus problemas reales y posibles intervenciones efectivas que se pueden utilizar.⁽²⁰⁾

1.4 Instrumento

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión, es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes con sospecha de depresión, también nos ayuda a evaluar los cambios del paciente deprimido, se evalúa de acuerdo con la información obtenida en la entrevista. Su versión original constaba de 21 ítems posteriormente se realizó una versión renovada con 17 ítems que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, la validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Rans-Brieva, diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez, la fiabilidad y la sensibilidad tanto en poblaciones hospitalizadas como en ambulatorios. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0-52, pueden hacerse diferentes puntos de corte en el momento de clasificar el cuadro depresivo, los siguientes puntos de corte son:

No deprimidos 0-7
Depresión menor 8-13
Depresión moderada 14-18
Depresión severa 19-22
Depresión muy severa mayor a 23

2. METODOLOGIA

2.1 JUSTIFICACIÓN

Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por depresión, de estas personas un alto número son mujeres que pasan por cambios hormonales. La prevalencia de depresión varía de un país a otro dependiendo de varios factores, para el trastorno depresivo mayor se han registrado cifras que van desde 1.4% a 11.7%. En América cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015. Aproximadamente el 10% de las mujeres en el climaterio atraviesan por una depresión. En México, las mujeres entre 45 a 59 años de edad, que pueden estar consideradas en etapa de transición a la menopausia, representan casi el 13.45% del total de la población femenina. La menopausia en la mujer mexicana se presenta en un rango promedio de edad de 47.3 a 49 años. Se ha observado que la perimenopausia es una etapa en que la mujer presenta más síntomas psicológicos, incluyendo alteraciones del estado de ánimo e irritabilidad, y que en este periodo de la vida se incrementa el riesgo de sufrir algunos trastornos psiquiátricos, como depresión mayor.

Climaterio, se define como la fase en el proceso de envejecimiento, durante el cual la mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva y en donde se da lugar a la menopausia. La OMS define la menopausia como la supresión definitiva de la menstruación que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario que conlleva a una disminución de estrógenos circulantes, manifestándose con síntomas vasomotores y psicológicos: bochornos o sofocos, transpiración profusa, irritabilidad, enojo fácil, desconsuelo, abatimiento, desaliento, llanto fácil, aumento de sequedad y arrugas en la piel, insomnio, desánimo, olvido de hechos recientes, falta de concentración, hormigueo pies y manos, disminución del deseo sexual, sequedad vaginal, relaciones sexuales dolorosas, frecuentes deseos de orinar, dolor de huesos y articulaciones, cansancio fácil, cefalea y palpitaciones. Estos síntomas, pueden presentarse, ninguno, uno, varios o todos.

Con este estudio se pretende describir la presencia de depresión en mujeres en etapa de climaterio en la consulta externa de la UMF 242, Tenango del Valle.

Este padecimiento representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de una vida plena en las mujeres en esta etapa, ya que se enfrenta a problemas relacionados con la pareja, la familia, ya que puede provocar disfunción familiar, llegando hasta el divorcio, también acentúa los problemas relacionados con la sexualidad, ya que un número importante de mujeres en esta etapa manifiesta una disfunción sexual, la cual aumenta con la edad, esta es progresiva y altamente frecuente, afectando varias áreas de su vida. Con este estudio se pretende describir la presencia de depresión en mujeres en etapa de climaterio para reconocer el grado de depresión en el que se encuentran y así iniciar tratamiento oportuno y adecuado para cada una de ellas.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Culturalmente el Climaterio tiene un significado negativo ya que la juventud y la belleza física son altamente ponderados, la mujer en este periodo vive sentimientos de pérdida, relacionados con la valoración de sí misma, con la feminidad y la fertilidad, no solamente con la capacidad de tener hijos, sino con el valor de ser mujer, se vive una crisis de identidad.

Por otro lado, según las proyecciones de la OMS, la depresión en los próximos 20 años, será la 2° causa de incapacidad del mundo entero.

La depresión en etapa de climaterio y menopausia es un problema importante de salud pública, ya que reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales.

Muchas mujeres desconocen que cursan con este padecimiento y por ello no cuentan con un tratamiento oportuno, En la Unidad de Medicina Familiar 242, no se tiene antecedente del comportamiento de la depresión en las mujeres en etapa de climaterio, y todas las alteraciones tanto físicas como emocionales, que acompañan estos factores, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Qué grado de depresión predomina en mujeres en etapa de climaterio y menopausia de la consulta externa de la UMF 242 Tenango del Valle?

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo general

Identificar el grado de depresión en mujeres en etapa de climaterio

2.3.2 Objetivo específico

Determinar el grado de depresión en las pacientes con climaterio

Determinar la edad de aparición de climaterio.

Determinar la ocupación de las mujeres en climaterio.

Determinar la escolaridad de las mujeres en climaterio

Determinar el estado civil.

2.4 HIPÓTESIS

A mayor descontrol hormonal en climaterio y menopausia, mayor riesgo de depresión.

2.5 MATERIAL Y MÉTODOS

2.5.1 Tipo de estudio

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal

2.5.2 Población, lugar y tiempo

El presente estudio se realizó en pacientes que acuden a la Consulta Externa de la UMF 242 Tenango del Valle de enero a junio del 2018.

2.5.3 Tipo de muestra

El universo de trabajo se consideró de acuerdo con ARIMAC de la unidad, con el total de mujeres de 40 a 59 años, teniendo 1072 mujeres, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, para un total de muestra de 278 mujeres.

2.5.4 Tamaño de muestra

Este estudio se realizó en 1072 mujeres de la consulta externa de la UMF 242 Tenango del Valle con edades que van de los 40 años a 59 años.

2.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

La edad, presencia de climaterio, pacientes femeninas de la UMF 242 con el rango de edad referido, entre otros.

2.6.1 Criterios de inclusión

Mujeres en etapa de climaterio de la UMF 242
Pacientes que acepten participar en el estudio
Pacientes femeninas de cualquier edad,

2.6.2 Criterios de no inclusión

Pacientes con rechazo explícito a la entrevista
Pacientes pertenecientes a otras unidades médicas familiares.

2.6.3 Criterios de eliminación

Cuestionarios incompletos que no generen información veraz y adecuada de las preguntas.

2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE (objetivos)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	DE	TIPO DE VARIABLE
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento a la fecha	Años cumplidos	Ordinal	40-44 45-49 50-54 55-59		cuantitativa
DEPRESION	Trastorno del estado de ánimo puede ser transitorio o permanente	Grado de depresión	Nominal	DEPRESION LIGERA DEPRESIÓN MODERADA DEPRESIÓN SEVERA DEPRESIÓN MUY SEVERA		Cualitativa
CLIMATERIO	Incapacidad para la generación de hormonas, ovocitos y folículos.	Etapas del climaterio	Nominal	Etapa temprana Etapa tardía		Cualitativa
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Grado de estudios cumplido	ORDINAL	Primaria....		Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Situación social de las personas	Estado civil que la presente participante	Nominal	Soltera, viuda, separada madres casada, divorciada,		Cualitativa

3. ASPECTOS ÉTICOS

Se solicita la participación en el estudio de manera voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica contempladas en:

1.-Ley General de Salud en materia de Investigación.

En virtud del decreto por el que se adicionó el Artículo 4º. Constitucional, publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983, se consagró como garantía social, el Derecho a la protección de la salud.

Que el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1º. de julio del mismo año.

Que en la mencionada Ley se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, por lo que resulta pertinente disponer de los instrumentos reglamentarios necesarios para el ejercicio eficaz de sus atribuciones.

Que dentro de los programas que prevenció el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se encuentran el de Salud, el cual, como lineamientos de estrategias, completa cinco grandes áreas de política siendo la última la Formación, Capacitación e Investigación dirigida fundamentalmente al impulso de las áreas biomédicas, medico-social y de servicios de salud de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-1988 desarrolla el Programa de Investigación para la Salud, entre otros, como de apoyo a la consolidación del Sistema Nacional de Salud en aspectos sustanciales, teniendo como objetivo específico el coadyuvar al desarrollo científico y tecnológico nacional tendiente a la búsqueda de soluciones prácticas para prevenir, atender y controlar los problemas prioritarios de salud, incrementar la productividad y eficiencia tecnológica del extranjero.

Que la Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo.

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha ley.

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y

Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas.

2.-La Declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:

- a) 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón octubre 1975.
- b) 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia octubre 1983.
- c) 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989.
- d) 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996.
- e) 52ª Asamblea General, Edimburgo Escocia octubre 2000.

4. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

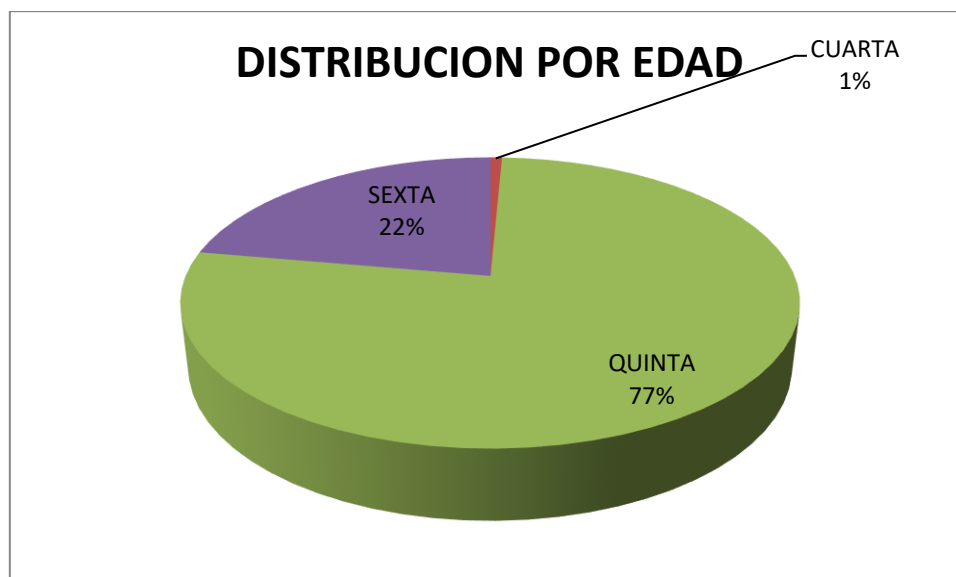
Los recursos serán los necesarios por parte del investigador responsable.

5. RESULTADOS

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal en 1072 mujeres que acuden a la consulta externa de la UMF 242 Tenango del Valle con edades que van de los 40 años a 59 años y que se encuentran en etapa climatérica, de enero a junio del 2018.

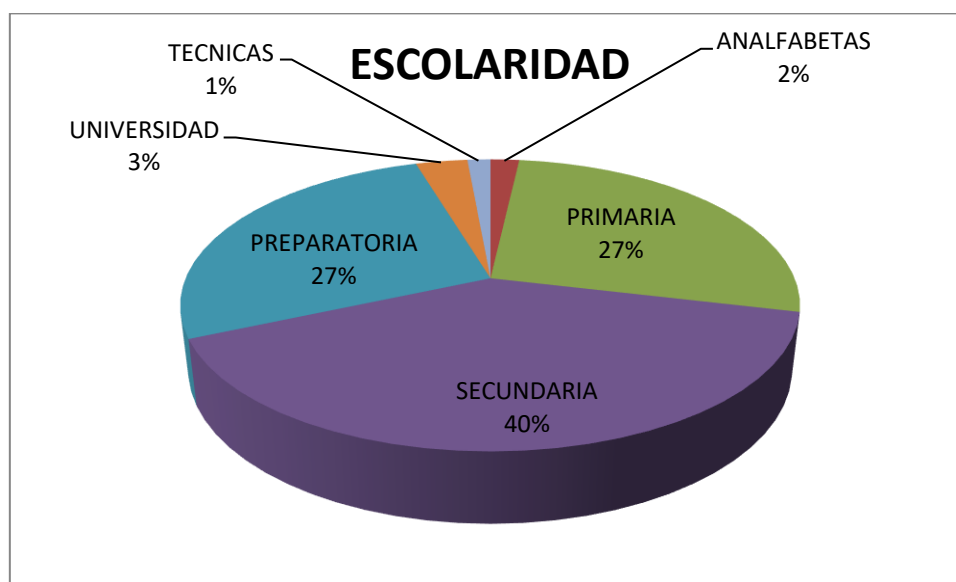
Del total de las mujeres en etapa de climaterio encuestadas 77% se encontraban en la quinta decada de la vida y 22% en la sexta. (tabla 1, grafica 1)

EDAD (DECADAS)		
CUARTA	2	1%
QUINTA	215	77%
SEXTA	62	22%



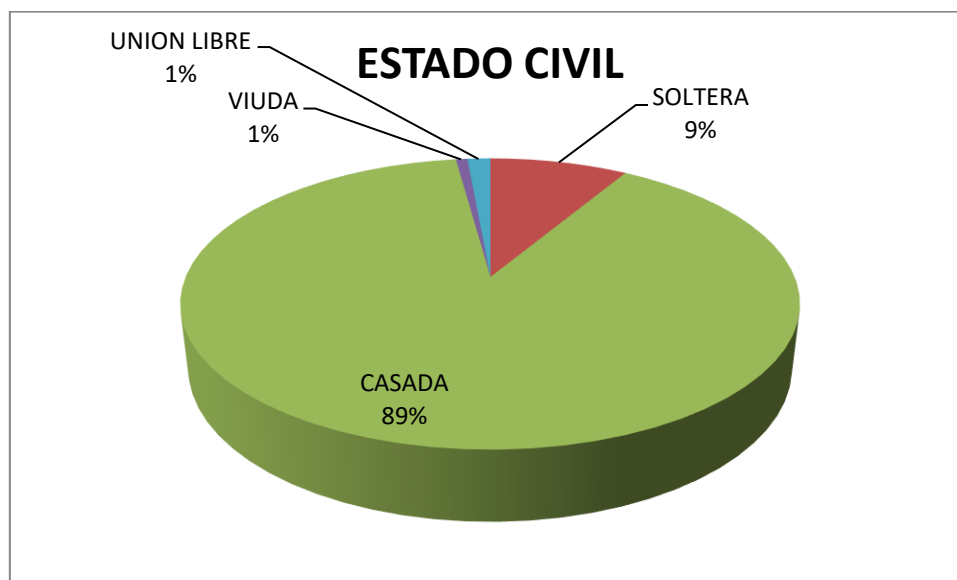
El nivel de escolaridad predominante entre las encuestadas fue el de secundaria con 40% seguido por primaria y preparatoria ambas con 27%. (Tabla 2, grafico 2)

ESCOLARIDAD		
ANALFABETAS	5	2%
PRIMARIA	75	27%
SECUNDARIA	111	40%
PREPARATORIA	75	27%
UNIVERSIDAD	9	3%
TECNICAS	4	1%



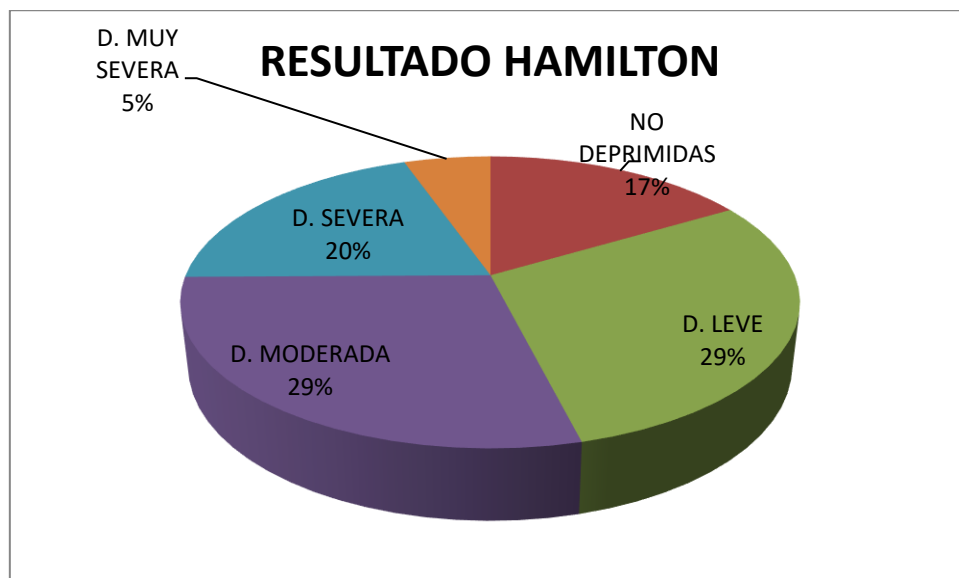
El 89% de las encuestadas estaban casadas, siendo este el estado civil más común encontrado.
(tabla 3, grafico 3)

ESTADO CIVIL		
SOLTERA	24	9%
CASADA	249	89%
VIUDA	2	1%
UNION LIBRE	4	1%



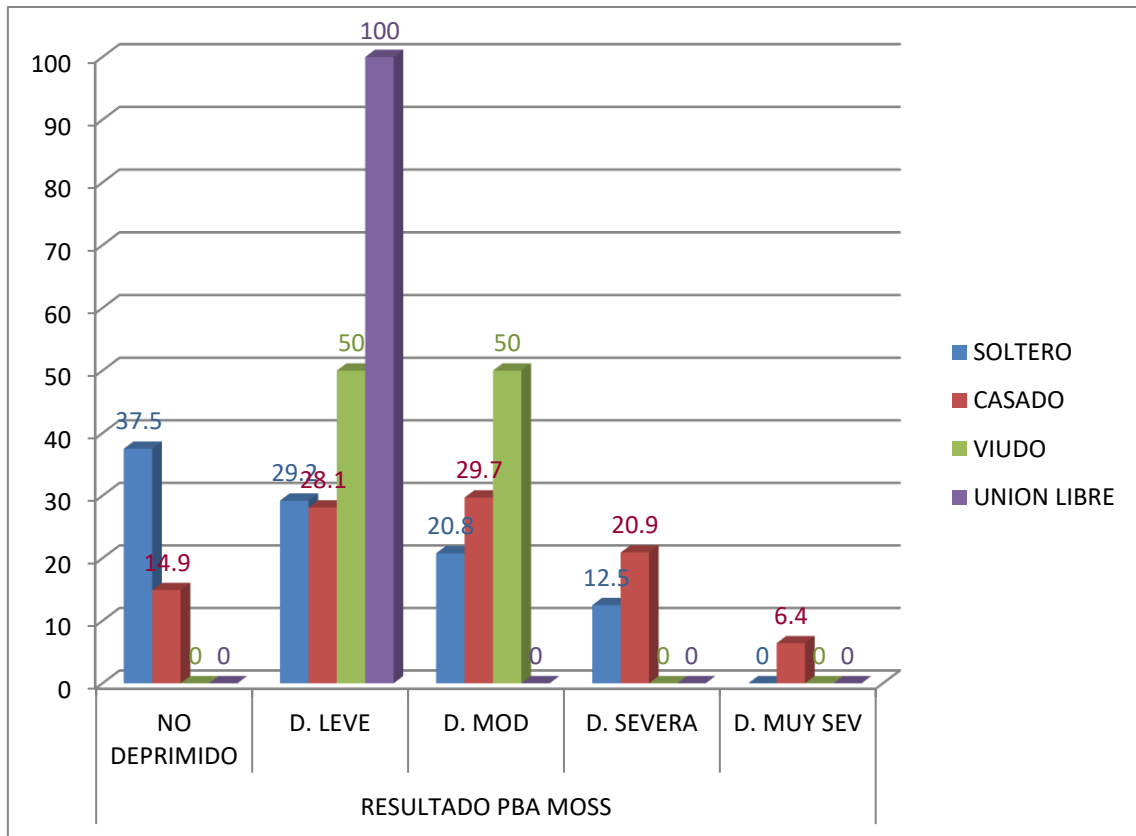
Los resultados de la escala de Hamilton aplicada a la población de mujeres en etapa del climaterio arrojaron que solo 17% de la población no presenta depresión, pero el 83% presenta algún grado de depresión, siendo la forma leve y moderada la más común con 29%, seguido de la severa con 20%. (tabla 4, grafico 4)

RESULTADO HAMILTON		
NO DEPRIMIDAS	46	17%
D. LEVE	82	29%
D. MODERADA	80	29%
D. SEVERA	55	20%
D. MUY SEVERA	15	5%



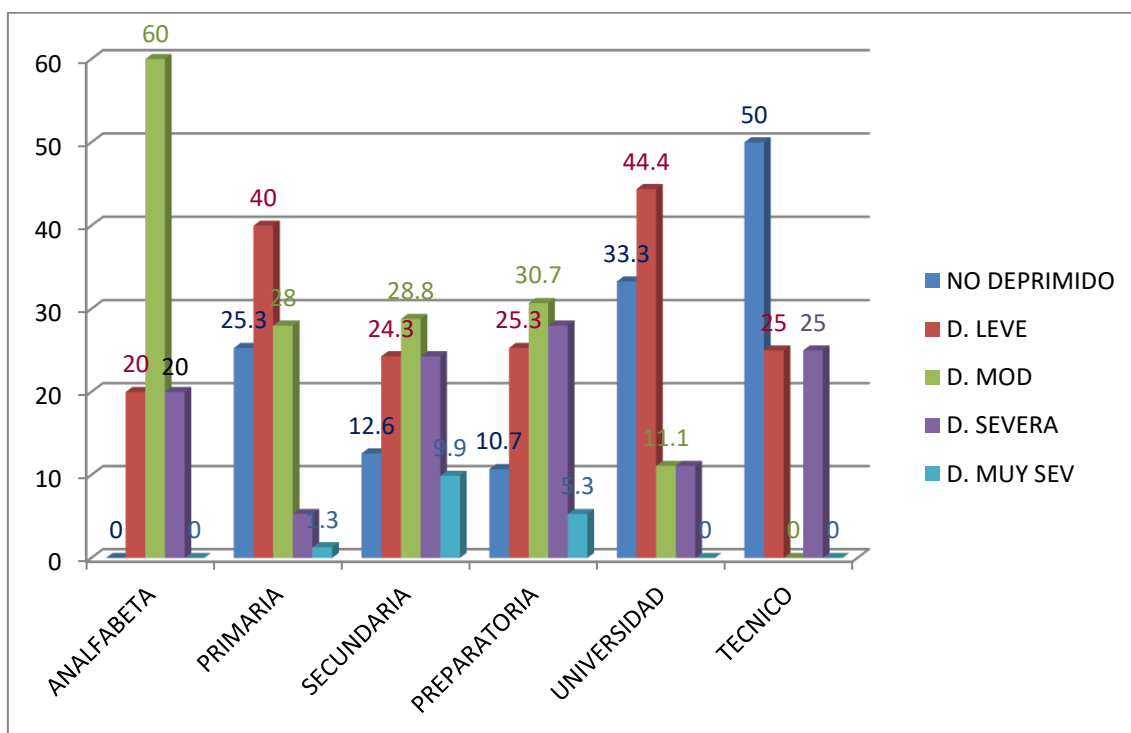
Los grados de depresión más elevados, vinculados al estado civil, se pudieron detectar en las casadas y en las viudas.
(tabla 5, grafico 5)

EDO CIVIL	RESULTADO PBA MOSS				
	NO DEPRIMIDO	D. LEVE	D. MOD	D. SEVERA	D. MUY SEV
SOLTERO	37.5	29.2	20.8	12.5	0
CASADO	14.9	28.1	29.7	20.9	6.4
VIUDO	0	50	50	0	0
UNION LIBRE	0	100	0	0	0



Los grados de depresión más elevados, vinculados al grado académico se pudieron observar en las mujeres con secundaria o preparatoria. (tabla 6, grafico 6)

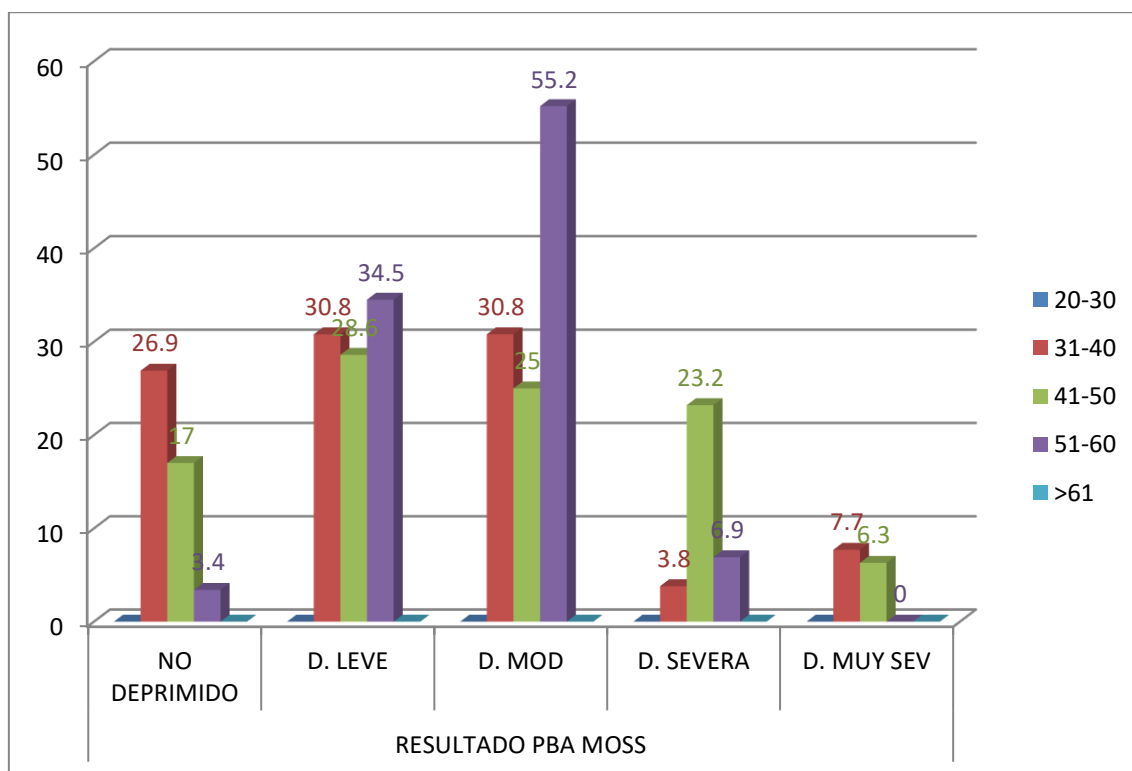
ESCOLARIDAD	RESULTADO PBA MOSS				
	NO DEPRIMIDO	D. LEVE	D. MOD	D. SEVERA	D. MUY SEV
ANALFABETA	0	20	60	20	0
PRIMARIA	25.3	40	28	5.3	1.3
SECUNDARIA	12.6	24.3	28.8	24.3	9.9
PREPARATORIA	10.7	25.3	30.7	28	5.3
UNIVERSIDAD	33.3	44.4	11.1	11.1	0
TECNICO	50	25	0	25	0



Aunque la depresión era más común en las pacientes de la quinta década de la vida, los grados más severos de depresión predominaban en las pacientes de la cuarta década.

(tabla 7, grafico 7)

RANGO DE EDAD	RESULTADO PBA MOSS				
	NO DEPRIMIDO	D. LEVE	D. MOD	D. SEVERA	D. MUY SEV
20-30	0	0	0	0	0
31-40	26.9	30.8	30.8	3.8	7.7
41-50	17	28.6	25	23.2	6.3
51-60	3.4	34.5	55.2	6.9	0
>61	0	0	0	0	0



6. DISCUSIÓN

En el estudio realizado en la UMF 242 Tenango, encontramos que las mujeres posmenopausicas eran el grupo más afectado con depresión, aunque las premenopausicas mostraban los grados más severos de esta. A diferencia de lo observado por Patruno, Manzo y González en Venezuela 2016²¹ en donde se encontró un claro predominio en las mujeres premenopausicas.

Sesma Pardo, et. al, observo en España en 2013²² que las mujeres presentan un riesgo 1.5 a 3 veces mayor que los hombres de padecer un trastorno depresivo. Este riesgo aumenta en el periodo de transición hacia la menopausia o perimenopausia, tal y como lo observado en el grupo estudiado en nuestro caso, en donde se ve claramente que la posibilidad de desarrollar depresión presenta una probabilidad directamente proporcional al incremento de la edad.

67% de las mujeres en nuestro estudio contaban con estudios académicos básicos (primaria/secundaria) eran más propensas a desarrollar un grado de depresión, inclusive grados más severos, mientras que las mujeres con grados universitarios era más común encontrar mujeres sin depresión, Gonzalez, J. en México 2016²⁴, observo un fenómeno similar al encontrar el nivel educactivo como un factor de protección.

González, J. en México 2012²⁵ encontró qué edad y estado civil tuvieron un efecto estadísticamente significativo, a menor edad, mayor intensidad de las molestias, las viudas cursaron los síntomas menos molestos y las casadas los más molestos, que concuerda completamente con lo observado en nuestro grupo estudiado, al encontrar que las casadas desarrollaban algún grado de depresión.

Respecto al predominio de los grados más severos de depresión en premenopausicas, podemos concordar con lo observado por Legorreta en Colombia 2007²³ de que los cambios hormonales no son los únicos factores que podrían contribuir al desarrollo de este padecimiento en esta etapa de la vida, los cambios sociales, la nueva dinámica y rol de la mujer, el deterioro atractivo y laboral podrían, entre otros podría participar activamente en incrementar la severidad de la depresión.

7. CONCLUSIONES

- La perimenopausia (pre y postmenopausia) es el periodo de la vida de las mujeres en donde se puede triplicar el riesgo de desarrollar depresión que puede ir desde una afectación leve a cuadros muy severos
- La escala de Hamilton resulta una herramienta práctica y de rápida aplicación en el consultorio del primer nivel de atención, para valorar la presencia de depresión en mujeres perimenopausicas.
- La depresión podría llegar a ser una de las principales causas de muerte en México en los próximos años, por lo que con una detección precoz se pueden establecer intervenciones terapéuticas o preventivas a fin de mejorar la salud mental de las mujeres perimenopausicas.
- El grado de formación académica, además del grado de conocimiento del climaterio y los cambios esperados en este periodo de la vida fungen como factores de protección, al interpretarse como un estado de libertad de los ciclos menstruales para el desarrollo de actividades profesionales, o como algo esperado para lo cual se toman medidas no farmacológicas a fin de mitigar las molestias generadas por este.
- En cuanto al estado civil, las mujeres casadas presentaban grados más severos de depresión, por lo que podemos inferir que la dinámica de la vida en pareja podría contribuir como cofactor para desarrollar depresión, será materia de otras investigaciones determinar si interacciones matrimoniales sinérgicas y simbióticas generan este síntomas en cualquiera de sus grados en comparación con relaciones dependientes o sumisivas.
- Será materia de próximos estudios abarcar la interacción de otros factores psicosociales, afectivos, laborales y familiares para el desarrollo de la depresión en esta etapa de la vida de las mujeres. A fin de desarrollar factores de protección preventivos.

8. SUGERENCIAS

- a) Una adecuada información sobre menopausia y climaterio podría contribuir a aminorar la percepción y desarrollo de sintomatología molesta a consecuencia del mismo, por lo que otorgar información al respecto a mujeres antes de los 50 años de edad (edad promedio de desarrollo de menopausia en México) es un factor de protección, una medida preventiva no farmacológica asequible y practica de establecer en el consultorio del primer nivel de atención.
- b) Sin duda la depresión vinculada al síndrome climatérico es de índole multifactorial, por lo que el abordaje farmacológico del padecimiento podría no ser suficiente para mitigar la sintomatología, por lo menos respecto a la sintomatología psiquiátrica.
- c) Considerar como población de riesgo a mujeres pre o postmenopausicas, casadas, con niveles básicos de educación, con desconocimiento de la menopausia y el climaterio y considerar la aplicación de la escala Hamilton, de fácil acceso y aplicación en la consulta diaria a fin de detección prematura de la sintomatología y su pronta resolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia, Alvarado-García. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2): 214-25
2. Climaterio, salud y depresión, un abordaje psicosocial: Estudio exploratorio en un grupo de mujeres de la Ciudad de México. Guadalupe Alva Real, Jorge Luis López Jiménez, Clotilde García González.2016;pp 09-23
3. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia, Dra. Dayana Couto Núñez, Dr. C. Danilo Nápoles Méndez. MEDISAN 2014; 18(10):1388
4. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre climaterio y menopausia. MsC. Yoandra González Sáez; Dra. Isbel Hernández Sáez; Lic. Sailis Idalma Hidalgo Bauteca; Dr. Jorge César Pedroso Delgado; Dra. Naile Feal Peña; Lic. Elayne Báez Aldana. AMC vol 16 no. 1 Camaguey ene-feb 2012.
5. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Fernando A. Wagner, Catalina González-Forteza, Sergio Sánchez-García, Carmen García Peña, Joseph J. Gallo. Salud mental vol 35, No. 1, enero-febrero 2012
6. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Shoshana Berenzon, D en Psic, María Asunción Lara, D en CS. Rebeca Robles, D en Psic, Maria Elena Medina –Mora, D en Psic. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. DF. México. Salud Pública de México, vol 55, no 1, enero febrero de 2013
7. Depresión. Diferencias de género. Andrés Vázquez Machado. Multimed 2013; 17(3).
8. Terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia. Del riesgo al beneficio. Victor Manuel Vargas-Hernández, Gustavo Acosta-Altamirano, Mario Adán Moreno-Eutimio, Victor Manuel Vargas-Aguilar, Kathy Flores-Barrios, José María Tovar-Rodríguez. Rev Hosp Jua Méx 2013; 80(4); 251-261
9. Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. Carlos Calderón, Laura Balagué, Alvaro Iruin, Ander Retolaza, Jon Belaunzaran, Javier Basterrechea e Isabel Mosquera. Aten Primaria. 2016; 48(6) 356-365
10. Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá, Colombia, 2015. Angela Johanna Vargas-Fandiño, MD; Elman Hackson Leal-Vargas, MD; Marcos Fidel Castillo-Zamora, MD; Olga Isabel Restrepo-Castro, MD; Mónica Esther Zambrano-Vera, MD; Merideidy Plazas-Vargas, MD. Rev. Colomb Obstet Ginecol 2016;67: 197-206
11. Perimenopausia y trastornos afectivos: aspectos básicos y clínicos. Mónica Flores Ramos, Lucía Martínez Mota. Salud mental vol 35, No. 3, mayo-junio 2012

12. Depresión perimenopáusicas: una revisión. Eva Sesma Pardo, Joshua Finkle, Miguel Angel González Torres, Moisés Gavira. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (120), 681-691
13. Guía de manejo consulta especializada de ginecobstetricia, Menopausia, junio 2012, p 1-11
14. Etapas del climaterio y función endotelial en mujeres de edad mediana. Dra. Yanelkis Sariol Corrales, Dra. C. Daysi Navarro Despaigne, Dr. Reinel Álvarez Plasencia, Dra. Yamila de Armas Águila, Dra. Emma Dominguez Alonso, Dr. Marcos Dopazo Alonso. Revista Cubana de endocrinología 2015;26(2):138-146
15. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. Epifanio Andrés Cruz Martínez, Verónica Cruz, Jorge Martínez Torres, D. Boo Vera. Revista de la facultad de medicina UNAM. Vol. 55, No 4. Jul-Agosto 2012
16. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. Ysis Margarita Martínez Chang, Miguel Sarduy Nápoles, Leysi Rodríguez Martínez, Manuel Rodríguez Molina, Bárbara Iglesias González. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(3)
17. Competencia clínica para la atención primaria a la salud de Ciudad de Guatemala, Guatemala. Cabrera-Pivaral, C.E., González-Pérez, G.J., Vega-López, M.G., Recinos-Girón, J.J., Zavala-González, M.A., Archivos de medicina, vol 11 No. 25, 2015
18. Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia. María Dolores Martínez Garduño, Norma González-Arratia López-Fuentes, Hans oudhof van Barneveld, Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa, salud mental 2012;35:91-98
19. Los riesgos de no usar terapia hormonal de la menopausia: deterioro de la calidad de vida. Juan Enrique Blumel, Eugenio Arteaga. Rev Med Chile 2017; 145: 760-764
20. Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. Raúl Muñoz Martín, Rosa María García Padilla, María Pilar Oyola Saavedra, Noelia Sánchez Barroso. Mayo-junio 2014.
21. Patrino, D. Manzo, Z. González, M. Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia. Rev Obstet Ginecol Venez 2016;76(3):173 -181
22. Pardo, S. Finkle, J. Gonzalez, M. Gaviria, M. Depresión perimenopáusicas: una revisión. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (120), 681-691.
23. Legorreta, D. La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. Avances en psicología latinoamericana/Bogotá (Colombia)/vol. 25(1)/pp. 44-51.
24. Gonzalez, J. Lxperiencias y significados de las mujeres mexicanas durante la transición del climaterio a la postmenopausia estudio fenomenológico. Tesis doctoral, Universidad de Alicante. México 2016.
25. Gonzalez, J. et. al. Calidad de Vida y Conocimiento de Mujeres que Cursan Climaterio. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 20 N° 7 Agosto, 2012

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF242 TENANGO DEL VALLE.**

Patrocinador externo (si aplica): NO APLICA

Lugar y fecha: UMF TENANGO DEL VALLE DE ENERO A JUNIO DE 2018

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: IDENTIFICAR EL GRADO DE DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO

Procedimientos: OBSERVACIONAL

Posibles riesgos y molestias: NINGUNA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: MEJORAR TRATAMIENTO

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: LAS NECESARIAS

Participación o retiro: DECISIÓN DEL PACIENTE

Privacidad y confidencialidad: COMPLETAMENTE

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- 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): NO APLICA ES OBSERVACIONAL

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **LUZ ADRIANA RIVERA RIOS, Tel. 7221457380, Correo luza199@hotmail.com**

Colaboradores: **GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES, Tel. 7223809382, Correo gaespinosa.fuentes@gmail.com**

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:

Nombre y firma del sujeto _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Nombre, dirección, relación y firma _____

Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

ANEXO 2

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos – Ausente

1 punto – Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados

2 puntos – Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente

3 puntos – Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto

4 puntos – El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

Sensación de culpabilidad

0 puntos – Ausente

1 punto – Se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 puntos – Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones

3 puntos – La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad

4 puntos – Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

Idea de suicidio

0 puntos – Ausente

1 punto – Le parece que la vida no merece la pena ser vivida

2 puntos – Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 puntos – Ideas o amenazas de suicidio

4 puntos – Intentos de suicidio

Insomnio precoz

0 puntos – No tiene dificultad

1 punto – Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, más de media hora el conciliar el sueño

2 puntos – Dificultad para dormir cada noche

Insomnio intermedio

0 puntos – Ausente

1 punto – El paciente se queja de estar inquieto toda la noche

2 puntos – Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

Insomnio tardío

0 puntos – No hay dificultad

1 punto – Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 puntos – No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos – Ausentes

1 punto – Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones

2 puntos – Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación

3 puntos – Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad

4 puntos – Dejó de trabajar por la presente enfermedad

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos – Palabra y pensamiento normales

1 punto – Ligeros retrasos en el diálogo

2 puntos – Evidente retraso en el diálogo

3 puntos – Diálogo difícil

4 puntos – Torpeza absoluta

Agitación

0 puntos – Ninguna

1 punto – “Juega” con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos – Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE GANNT

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				
NOMBRE INVESTIGADOR: <u>LUZ ADRIANA RIVERA RIOS</u>				
PROGRAMADO		ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL	
2017-2018			2019	
1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE
		Planteamiento del problema		
		Revisión y análisis de bibliografía		
		Selección Director de Tesis		
		Justificación		
		Formulación de objetivos		
		Material y métodos		
		Resumen del proyecto		
		Presentación del protocolo al CLI		
		Elaboración de correcciones sugeridas por CLI		
		Presentación de correcciones al CLI		
		Recolección de datos		
		Codificación de los datos		
		Análisis estadístico de los datos		
		Elaboración de cuadros y graficas de los datos		
		Redacción de resultados		
		Redacción de Discusión conclusiones		
		Informe Final al CLI		
		Redacción del escrito científico		
		Publicación de los resultados		
ELABORO:		LUZ ADRIANA RIVERA RIOS GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES		

ANEXO 4

SABANA DE DATOS

N o	Nombre	Nss	Edad	Depresión	Climaterio	Escolarida d	Estado civil
--------	--------	-----	------	-----------	------------	-----------------	--------------