



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 62
CUAUTITLAN MÉXICO, ESTADO DE MÉXICO

**TAMIZAJE DE DEPRESION EN EL GRUPO DE MUJERES CON
PERIMENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA DE LA UMF 62**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA.. NORMA LIZBETH GARCIA AVILA

ASESORA
DRA. MARÍA ISABEL VIVEROS ALONSO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CUAUTITLÁN IZCALLI, ESTADO DE MÉXICO 2021



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.

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 62 CUAUTITLAN,
ESTADO DE MÉXICO

DRA. NORMA LIZBETH GARCIA AVILA

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

REGISTRO DE AUTORIZACION

R-2020-1406-033

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
I. MARCO TEORICO.....	6
II. MATERIAL Y METODO.....	12
III. RESULTADOS.....	15
IV. DISCUSION.....	21
V. CONCLUSION.....	23
VI. BIBLIOGRAFIA.....	24
VII. ANEXOS.....	28

RESUMEN

“TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE MUJERES CON PERI MENOPAUSIA Y POS MENOPAUSIA EN LA UMF 62”

ANTECEDENTES: Desde 1990, en México se ha encontrado que la menopausia se presenta entre los 48.2 y 48.5 años, y se enmarca en el climaterio, el cual abarca la etapa de transición entre el período reproductivo y no reproductivo de la mujer. La depresión en el climaterio constituye uno de los grandes problemas psicopatológicos en nuestro país, y es poco estudiado y frecuentemente inadvertido.

OBJETIVO GENERAL. Conocer el tamizaje de depresión en el grupo de mujeres con peri menopausia y pos menopausia.

MATERIAL Y METODOS: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, prolectivo, transversal mediante, la fórmula de una población finita; a una muestra de 287 mujeres de entre 40 y 60 años, por muestreo no probabilístico bajo conveniencia. Se aplicará la Escala CES-D; (con un coeficiente de confiabilidad de 0,87). Se realizara análisis univariado: Variables cualitativas nominales dicotómicas (Menopausia, Estado civil) representadas por medio de frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas de barras; Variables cualitativas nominales policotómicas (ocupación) representadas por medio de frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas de barras; Variable cuantitativa continua (edad) : En caso que su distribución sea normal, se utilizara, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), para distribución libre se utilizara respectivamente mediana y valores máximos y mínimos; Variable cualitativa ordinal (Depresión) Se representara por medio de frecuencias, porcentajes y graficas de barras.

CONCLUSIONES: Con base a los resultados obtenidos se concluye que los síntomas depresivos se relacionan con la menopausia y peri menopausia. En esta investigación se encontró una asociación significativa entre la menopausia y peri menopausia con síntomas de depresión, lo que puede afectar las actividades de la vida diaria en una persona aparentemente sana; y lo cual representa el riesgo latente de padecer depresión todas las mujeres en alguna etapa de su vida.

PALABRAS CLAVES: PERIMENOPAUSIA, POSTMENOPAUSIA, DEPRESIÓN.

ABSTRACT

BACKGROUND: Since 1990, in Mexico it has been found that menopause occurs between 48.2 and 48.5 years, and is part of the climacteric, which encompasses the transition stage between the reproductive and non-reproductive period of women. Depression in the climacteric constitutes one of the great psychopathological problems in our country, and it is little studied and frequently unnoticed.

OBJECTIVE: To know the depression screening in the group of women with peri menopause and post menopause.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive, prolective, cross-sectional study will be carried out using the formula of a finite population; a sample of 287 women between 40 and 60 years old, by non-probability sampling under convenience. The CES-D Scale will be applied; (with a reliability coefficient of 0.87). Univariate analysis will be carried out: Dichotomous nominal qualitative variables (Menopause, Marital status) represented by frequencies, percentages, tables and bar graphs; Nominal polycotomic qualitative variables (occupation) represented by frequencies, percentages, tables and bar graphs; Continuous quantitative variable (age): If its distribution is normal, measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) will be used; for free distribution, median and maximum and minimum values will be used respectively; Ordinal qualitative variable (Depression) It will be represented by frequencies, percentages and bar graphs.

CONCLUSIONS: Based on the results obtained, it is concluded that depressive symptoms are related to menopause and peri-menopause. In this research, a significant association was found between menopause and peri-menopause with symptoms of depression, which can affect activities of daily living in an apparently healthy person; and which represents the latent risk of suffering depression all women at some stage of their life.

KEY WORDS: PERIMENOPAUSE, POSTMENOPAUSE, DEPRESSION.

MARCO TEÒRICO

I. INTRODUCCIÓN

Climaterio significa escalones, que hace referencia al periodo de transición desde la etapa reproductiva y la no reproductiva, y se manifiesta 1 año antes aproximadamente, cuando inician cambios hormonales y síntomas, hasta 1 más después de la menopausia.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como el cese permanente de la menstruación, de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas. Se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años; en México se ha visto que aparece en promedio alrededor de los 48 años.²

La época fértil de la mujer se identifica por una serie de cambios morfológicos y funcionales, que llevan a un nuevo estado biológico no reproductivo. El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI, han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que viven el climaterio y que pasen un tercio de su vida en la pos menopausia. En esta etapa se producen cambios hormonales desfavorables a la protección que ejercen las hormonas sexuales femeninas sobre el organismo e incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad a estas edades, cuando la mujer es aun laboralmente y socialmente activa.³ Para hacer frente a los síntomas que se observan en el período menopáusicos, se debe tener en cuenta la actitud hacia la menopausia. La educación para la salud es un método eficaz para cambiar positivamente la severidad percibida de los síntomas de la menopausia, el nivel de conocimiento de la menopausia y la actitud.⁴

Al incrementarse la insuficiencia ovárica y comenzar la anovulación se produce una fase de estrogenismo con efectos en el endometrio. La alteración del equilibrio hormonal se manifiesta clínicamente con cambios fisiológicos y cambios psicológicos⁵ Este desequilibrio hormonal entre estrógenos y progestágenos se manifiesta clínicamente con mastalgia, retención hídrica, cefaleas y cambios del estado de ánimo y en el humor.⁶

El diagnóstico y la detección de la sintomatología que acompaña la peri menopausia es basado en una entrevista y la elaboración de una historia clínica dirigida a alteraciones menstruales, Síntomas vasomotores como sofocos, sudoraciones y palpitaciones, alteraciones genitourinarias, síntomas psicológicos

como depresión, cambios de humor y del estado de ánimo como ansiedad y alteraciones del patrón del sueño.⁷

Existe una muy alta prevalencia de problemas sexuales asociados a mujeres de la mediana edad y, esta situación se asocia frecuentemente con angustia. Todas las alteraciones que suceden en la etapa que rodea la menopausia, como las alteraciones hormonales, los cambios anatómicos, funcionales, psicológicos, socioculturales e interpersonales, afectan el estilo de vida de dichas mujeres.⁸ Se investiga si la disminución de los niveles de testosterona puede contribuir con la disfunción sexual en estas pacientes.⁹

Existe una escala para clasificar la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer conocida como STRAW, la cual ayuda a identificar los cambios fisiopatológicos, endocrinos y reproductivos de las pacientes. Esta clasificación toma en cuenta, los ciclos menstruales, la clínica y parámetros de laboratorio de los niveles hormonales de hormona folículo estimulante, Hormona Luteinizante, hormona antimülleriana, hormona inhibina, y recuento folicular, parámetros que se van modificando en base a la etapa reproductiva en la que se encuentre la mujer como transición a la menopausia y posmenopausia.¹⁰

El diagnóstico del periodo peri menopáusico es clínico y debe realizarse de forma individualizada, basado en una historia clínica bien encaminada a detectar las alteraciones menstruales, síntomas vasomotores, manifestaciones genitourinarias y sobre todo trastornos psicológicos. Esta etapa se puede clasificar en; peri menopausia que es el periodo previo al evento de la menopausia desde que inician los primeros síntomas de la insuficiencia ovárica; la peri menopausia es el periodo desde el inicio de los eventos biopsicosociales que preceden a la menopausia, hasta la terminación del primer año después de la misma.¹¹ La posmenopausia es el periodo en donde ocurre un descenso importante en las concentraciones circulantes de estrógenos, induciendo la de los síntomas psicosomáticos.¹²

Diversos estudios observacionales han mostrado una asociación entre algunos factores de riesgo, la frecuencia y la intensidad de los síntomas vasomotores secundarios al estado peri menopáusico, los cuales se dividen en no modificables y modificables, dentro de los cuales se encuentran: la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la ansiedad y la depresión.¹³ La depresión es un término utilizado

por el público en general y los profesionales de la salud para referirse a los síntomas negativos del estado de ánimo que pueden variar en intensidad desde estados psicológicos no felices hasta un trastorno depresivo mayor el cual se describe en el Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), por un conjunto de síntomas del estado de ánimo, cognitivos y de comportamiento que conducen a angustia significativa que pueden provocar un deterioro funcional en varios ámbitos de la vida de las mujeres que lo padecen. El término "depresión" también puede referirse a un grupo de síntomas que no cumplen por completo con los criterios de diagnóstico para determinar un estado depresivo mayor, pero puede estar asociado con problemas de funcionamiento que pueden ser más consistente con el diagnóstico de trastorno depresivo menor. Se sabe que la depresión en cualquier momento de la vida tiene un impacto negativo en la calidad de vida, así como en el ámbito social, el funcionamiento de los roles, la movilidad y las percepciones de salud. Además, la depresión en las mujeres suele ir acompañada de molestias somáticas, todo lo cual contribuirá a una disminución en las medidas de calidad de vida. Por lo tanto, la prevalencia y la discapacidad que acompañan a la depresión podrían contribuir en disminución de la calidad de vida en las mujeres peris menopáusicas. Los estudios recientes estiman que del 20 al 40% de las mujeres desarrollarán un episodio de depresión durante la transición a la menopausia. Por lo tanto, el impacto de la depresión en la calidad de vida en las mujeres durante la transición a la menopausia es de importancia epidemiológica y clínica.¹⁴

Los síntomas depresivos están sumamente relacionados con los síntomas fisiopatológicos de que acompañan a la menopausia y pueden llegar a "amplifican" la experiencia de estos síntomas principalmente los vasomotores. Las mujeres con depresión moderada a severa son más propensas casi tres veces a presentar bochornos, sensación de palpitaciones, y sudoraciones, que las mujeres con depresión leve. Una historia de síndrome premenstrual o la depresión posparto es un factor de riesgo muy importante para presentar síntomas del estado de ánimo en la mediana edad.¹⁵ Las mujeres en transición de la menopausia son más propensas a reportar alteraciones del sueño como disminución de la calidad del sueño, y las que tienen bochornos son más propensas a reportar el sueño perturbado e incluso presentar criterios para el

diagnóstico de insomnio crónico. Los trastornos del sueño son síntomas comunes acompañantes de la clínica de un síndrome depresivo, que se presenta con mayor frecuencia durante la transición menopaúsica.¹⁶ La alteración cognitiva con disminución de la concentración, mala memoria, y problemas para realizar tareas cotidianas son comunes durante la transición de la menopausia e incluso durante la posmenopausia temprana.¹⁷ La depresión mayor tiene una prevalencia de por vida de 17%¹ y es 1.5 a 1.7 veces más común en las mujeres de la mediana edad que en los hombres del mismo grupo etario. Se sabe que los estrógenos juegan un papel muy importante en el desarrollo de los cuadros depresivos en las mujeres, ya que estos modulan la actividad del sistema serotoninérgico el cual se ha estudiado se encuentra muy relacionado con la depresión. El diagnóstico clínico de trastorno depresivo es 2.5 veces más probable en la transición a la menopausia. La peri menopausia y la pos menopausia se han asociado con un grado mayor de depresión que la peri menopausia y se ha encontrado un aumento de 14 veces más en la tasa de depresión durante los 12 meses previos y posteriores al último periodo menstrual, tiempo en el cual las concentraciones de estradiol disminuyen en forma importante.¹⁸ La edad se relacionó con la puntuación de escalas de depresión como la de Hamilton y también con el tiempo transcurrido desde la menopausia, cuando el riesgo de síntomas depresivos es menor antes de la menopausia y mayor después de ella, lo que fue similar a lo reportado en otros estudios en los que hubo un mayor grado de depresión después de la menopausia.¹⁹

Existe evidencia de que el entorno hormonal cambiante, con cambios significativos en los niveles de estrógeno, puede afectar los sistemas cerebrales involucrados en el estado de ánimo y la cognición. Los pacientes a menudo se presentan primero a su médico de atención primaria con estos síntomas. Una mejor comprensión de la naturaleza del riesgo de estos síntomas comunes en mujeres menopáusicas ayudará en la prevención y detección oportuna.²⁰ Cuatro de cada cinco mujeres experimentan síntomas psicológicos o físicos alrededor de la menopausia, con diversos grados de severidad, normalmente identifican la transición a la menopausia por el inicio de ciclos menstruales irregulares o la experiencia de síntomas vasomotores. Sin embargo se reconocen otros síntomas menopáusicos comunes, como cambios de humor, dificultades para dormir y

cambios en el funcionamiento sexual, puede aumentar en la transición a la menopausia. Este período de transición, denominado peri menopausia pero puede extenderse de 5 a 10 años antes de la menopausia (marcado por el período menstrual final que se identifica por la ausencia de sangrado menstrual durante al menos 12 meses).²¹ La transición a la menopausia es un momento en que las mujeres experimentan un mayor riesgo de depresión, así como la recaída de la depresión. La literatura reciente sugiere que la depresión peri menopáusica es un subtipo único de depresión, con síntomas, etiología y curso característicos distintos de otros subtipos de depresión. Estudios anteriores han informado que las mujeres que experimentan depresión peri menopáusica se quejan de los síntomas físicos más que los cognitivos. Esto puede explicar por qué la depresión peri menopáusica a menudo se pasa por alto o no se diagnostica.²² Durante la transición menopáusica, los niveles fluctuantes de estrógenos parecen influir en el estado de ánimo y las emociones, tal vez por efectos directos a través de los receptores de estrógenos.²³

Los trastornos de la salud mental son un problema importante de salud pública, con la prevalencia de depresión mayor que se aproxima al 15% en países de altos ingresos y al 11% en países de bajos ingresos. Por otra parte, los trastornos depresivos han sido reconocidos como la segunda causa principal de discapacidad a lo largo de la vida útil y se han asociado con resultados adversos para la salud, incluida enfermedad cardiovascular y mortalidad por otras causas. Se cree que los estrógenos ejercen acciones neuroprotectoras a través de receptores que han sido reconocidos en el cerebro.²⁴ Un número significativo de estudios transversales y prospectivos han investigado una posible asociación entre la estatificación de la menopausia y el riesgo de síntomas depresivos. Estudios indican que los síntomas depresivos pueden ser respaldados por hasta los 70% de las mujeres menopáusicas. Los estudios han sugerido un mayor riesgo (1.5 veces a 3 veces) de síntomas depresivos durante la transición a la menopausia. Un episodio depresivo previo representa el predictor más importante para la depresión durante los años de la mediana edad, mientras que un historial de síntomas del estado de ánimo con un contexto relacionado con las hormonas se ha relacionado con los síntomas depresivos durante la transición a la menopausia y primeros años de la posmenopausia.²⁵

Hay una alta prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres durante la transición a la menopausia. Especialmente dentro de la peri y posmenopausia, se informaron síntomas de depresión. El estado de ánimo depresivo fue demostrado por la mayoría de los estudios realizados, Sin embargo, la relación entre los síntomas climatéricos y el estado de ánimo parece ser de naturaleza compleja y aún no se comprende completamente. ^{26, 27}

Durante la mediana edad la depresión se presenta con síntomas clásicos que son comúnmente combinación de síntomas propios de la menopausia. Se ha estudiado que varios síntomas de la peri menopausia se agravan, coexisten o se sobreponen con la presentación de depresión durante esta etapa. Se ha estudiado que sobre todo los síntomas vasomotores se asocian en gran medida con sintomatología depresiva, pero no así con trastorno depresivo mayor, con excepción de las mujeres en las que el primer episodio depresivo en la vida se presenta durante la peri menopausia. ^{28, 29}

Se ha demostrado que los síntomas de depresión y ansiedad varían en mujeres perimenopáusicas, peri menopáusicas y posmenopáusicas. El estado menopáusico se asoció con síntomas psicológicos en mujeres sin antecedentes de probable trastorno depresivo mayor, por lo que ser peri menopáusica o posmenopáusica se asoció con un mayor riesgo de síntomas de depresión y ansiedad. En mujeres con antecedentes probable trastorno depresivo mayor, el estado menopáusico no se asoció con este riesgo clínicamente. ³⁰

II. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó este estudio en la Unidad de Medicina Familiar número 62, la cual se encuentra ubicada en Cuautitlán México, en donde obtuvieron los datos por medio del censo de la población peri menopaúsica y pos menopaúsica del servicio de ARIMAC; una vez obtenidos los datos, a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, se tomaron 287 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Por cada día, el número de citados fue de 30 pacientes, en cada cita se explicó el motivo de la investigación, así como la carta de consentimiento informado, con lo que quedará asentado que la paciente acepta las condiciones de dicha investigación; se les entregó una ficha de identificación y el cuestionario de evaluación (Escala de depresión) para su llenado.

DISEÑO DE ESTUDIO: Observacional, Analítico, Prolectivo, Transversal:

1. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

a) Criterios de Inclusión

- Mujeres de 40 a 60 años.
- Mujeres adscritas a la Unidad de medicina familiar 62.
- Firma de carta de consentimiento informado.
- Mujeres que no cuenten con antecedente de diagnóstico de depresión.
- Mujeres que cuenten con un núcleo familiar.

b) Criterios de exclusión

- Mujeres que estén atravesando con acontecimientos personales que puedan influir en el estado de depresión (duelos, pérdidas, separación).
- Mujeres que estén diagnosticadas con patologías que puedan influir o provocar depresión por si solas (cáncer, problemas tiroideos, enfermedades crónicas y/o degenerativas como: diabetes mellitus, lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotròfica, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson).
- Mujeres con empleos con alta influencia emocional o alto nivel de responsabilidad

que pueda influir en estado emocional de manera significativa.

- Mujeres que hayan sido sometidas a cirugía ginecológica o de piso pélvico que hayan tenido menopausia temprana.
- Mujeres con antecedente de neoplasia maligna de mama, ovario, cérvix o endometrio que estén en tratamiento farmacológico por las mismas.

2. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó evaluación con estadística descriptiva tales como porcentajes, usando programa SPSS v 20, para las variables cualitativas se analiza con con X²

Se realizó un análisis univariado:

- a) Variables cualitativas nominales dicotómicas (Menopausia, estado civil) representadas por medio de frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas de barras.
- b) Variables cualitativas nominales policotómicas (ocupación) representadas por medio de frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas de barras.
- c) Variable cualitativa ordinal (edad, depresión) Se representara por medio de frecuencias, porcentajes y graficas de barras.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará por medio de la fórmula de una proporción finita.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

$$N = 831$$

$$P = 0.59$$

$$n = \frac{831 * (1.96)^2 * (0.59 * 0.41)}{(0.05)^2 * (831 - 1) + (1.96)^2 * 0.59 * 0.41}$$

$$= \frac{3192.3696 * 0.2419}{0.0025 * (830) + 0.6126}$$

$$n = \frac{772.2342}{22.6876}$$

$$= 287.33$$

$$n = 287.33$$

$$= 287.33$$

$$n = 287.33$$

III. RESULTADOS

Tabla 1. Clasificación de acuerdo a la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos y menopausia

Menopausia	Depresión					Total
	Sin síntomas clínicamente significativos	Episodio depresivo subumbral	Probable episodio depresivo	Episodio depresivo altamente probable	Episodio depresivo mayor	
Peri menopausia	100	30	10	8	4	152
Post menopausia	68	26	10	24	6	134
Total	168	56	20	32	10	287

Fuente: Concentrado de datos

Tabla 2. Pruebas de chi cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintónica	
Chi-cuadrado de Pearson	300.75	10	N	
Razón de verosimilitud	27.375	10	0.002	
N de casos válidos	287			
A. 9 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .00				

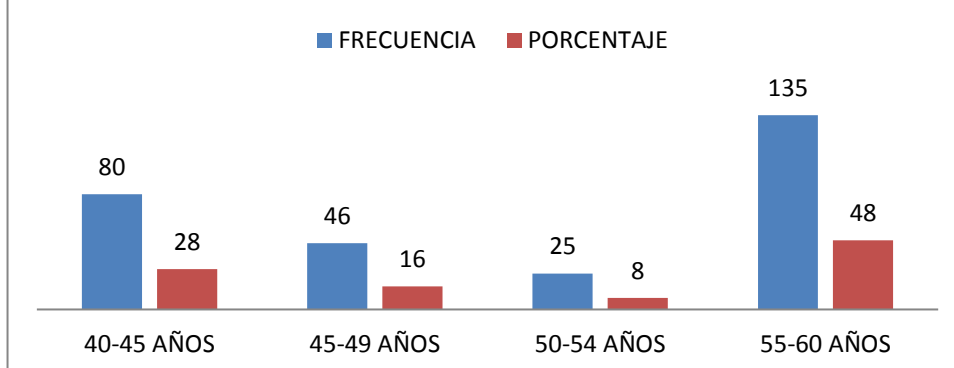
Se obtuvo una $p = 0.002$, lo que significa que existe relación entre un tamizaje positivo para depresión y el estado menopaúsico de las participantes.

Tabla 3. Edad de participantes

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
40-45 años	80	28
45-49 años	46	16
50-54 años	25	8
55-60 años	135	48
Total	286	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 1. Frecuencia de edad de las participantes



Fuente: Tabla 3

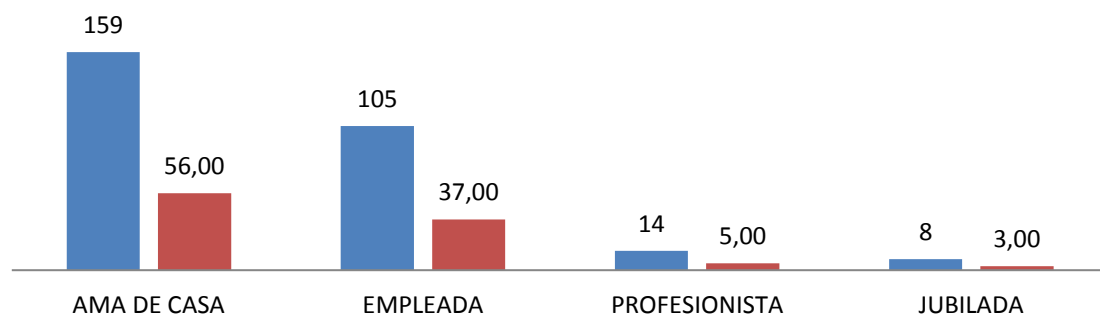
De las 286 participantes, el 48% se encontraban entre los 55 a 60 años, el 28% entre 40-45 años y solamente el 8% se encontró entre los 50 a 54 años.

Tabla 4. Ocupación de las participantes		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	159	56.00
Empleada	105	37.00
Profesionista	14	5.00
Jubilada	8	3.00
Total	286	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 2. Frecuencia de ocupación en las participantes

■ FRECUENCIA ■ PORCENTAJE



Fuente: Tabla 4

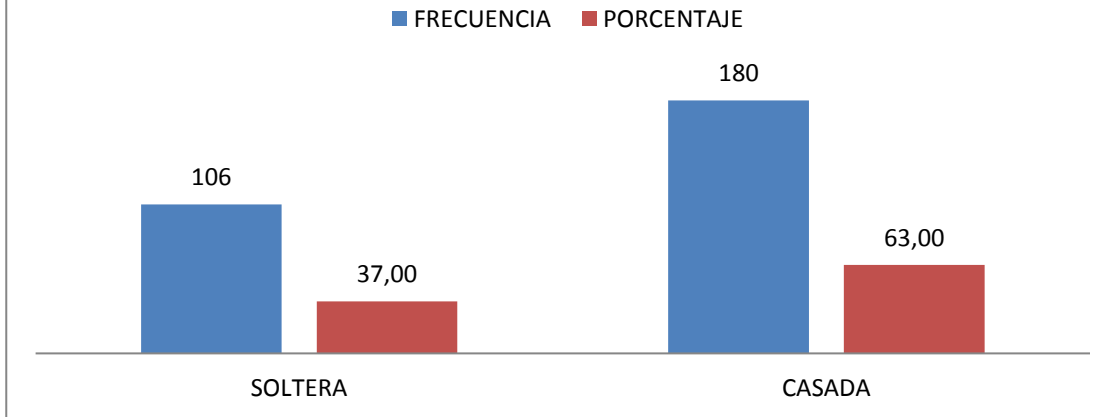
Del total de participantes, la mayoría (56%) es ama de casa, seguido de la ocupación empleada (37%) y solo el 3% son jubiladas.

Tabla 5. Estado civil de las participantes

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	106	37.00
Casada	180	63.00
Total	286	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Grafica 3. Frecuencia de estado civil en las participantes



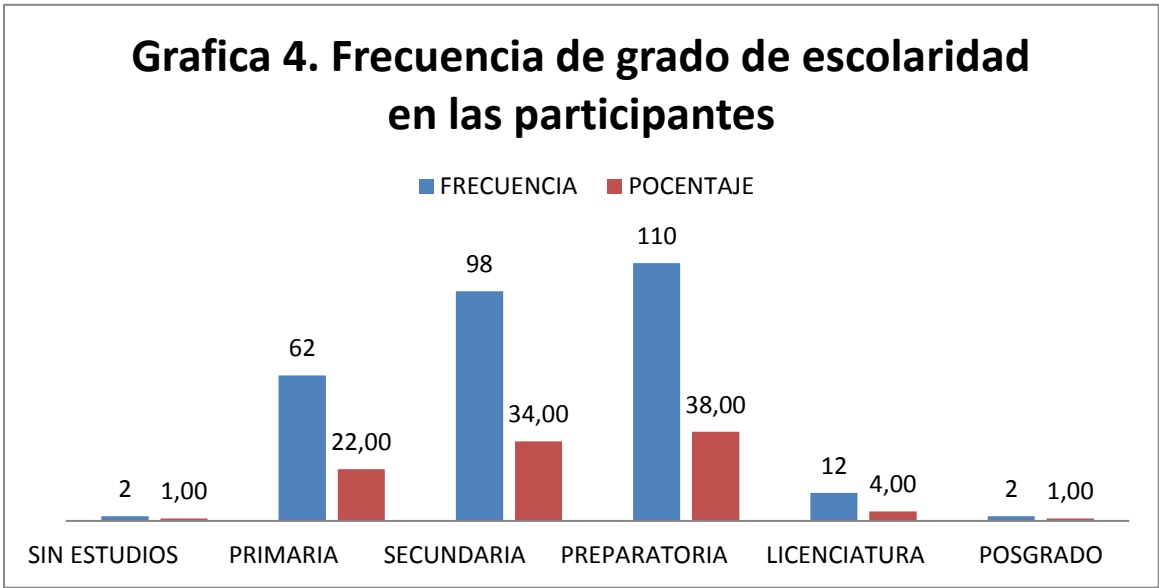
Fuente: Tabla 5

El estado civil en las participantes fue en su mayoría casadas con el 63% de los participantes, mientras que el 37% se encuentra soltera.

Tabla 6. Grado escolar en las participantes

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	2	1.00
Primaria	62	22.00
Secundaria	98	34.00
Preparatoria	110	38.00
Licenciatura	12	4.00
Posgrado	2	1.00
Total	286	100.00

Fuente: Concentrado de datos

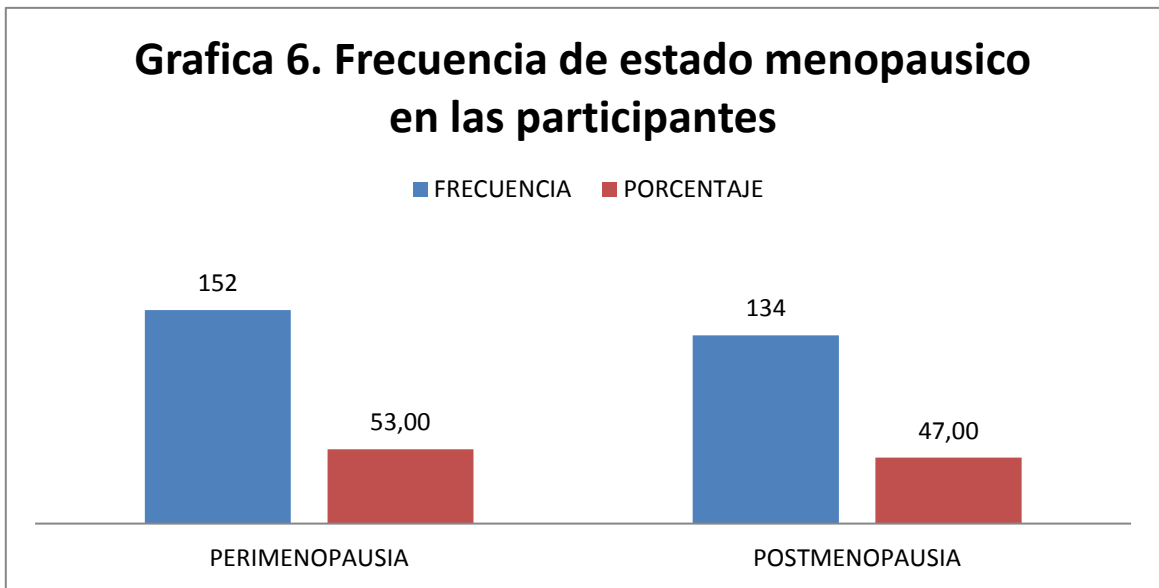


Fuente: Tabla 6

El grado de escolaridad más común fue de preparatoria en el 38% de los participantes, seguido del 34% en la secundaria, solo el 1% de la población tiene grado de posgrado y el 4% licenciatura.

Tabla 7. Menopausia en las participantes		
Menopausia	Frecuencia	Porcentaje
Perimenopausia	152	53.00
Postmenopausia	134	47.00
Total	286	100.00

Fuente: Concentrado de datos



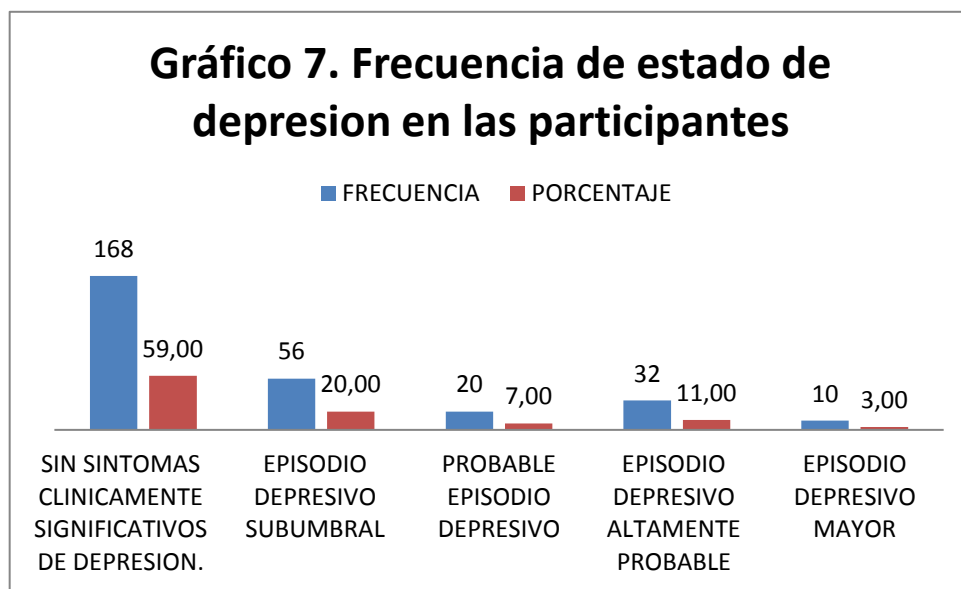
Fuente: Tabla 7

El 53% de las participantes se encontraban en peri menopausia, mientras que el 47% se encontraba en postmenopausia

Tabla 8. Interpretación de la aplicación de la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos		
Escala de depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin síntomas clínicamente significativos de depresión.	168	59.00
Episodio depresivo subumbral	56	20.00
Probable episodio depresivo	20	7.00
Episodio depresivo altamente probable	32	11.00
Episodio depresivo mayor	10	3.00
Total	286	100.00

Fuente: Concentrado de datos

La mayoría de las participantes se encuentra sin síntomas clínicamente significativos de depresión con un 59%, seguido de episodio depresivo subumbral con un 20%, el 11% de las participantes se encontraban en episodio depresivo altamente probable y solamente el 3% de las participantes tienen episodio depresivo mayor.



Fuente: tabla 8

IV. DISCUSION

En este estudio se encontró que la población de estudio tenía edad en su mayoría de entre 55 a 60 años (48%) y se sabe que el mayor índice de prevalencia para depresión se encuentra en esas edades, como lo reportado por Sebastian Carranza ⁽¹⁸⁾, existen varias líneas de investigación encaminadas a estudiar los efectos neuronales en esas edades y en su mayoría se relacionan con cambios neuro-hormonales asociadas a la perimenopausia y menopausia, como lo reportado por Wariso ⁽¹⁴⁾ en donde se habla sobre mayor prevalencia de depresión en pacientes con edad superior a 45 años, las cuales en su mayoría se encontraban en menopausia.

En cuanto a la ocupación, nuestro estudio detecto que más de la mitad de las participantes (56%) eran amas de casa; este dato puede relacionarse a que gran parte de la población femenina en México se dedica al hogar, cumpliendo ese rol de género; el 37% de la población se mantiene como población empleada, a pesar de que la mayoría de nuestra población tiene edades superiores a 55 años se mantienen con alguna ocupación; según un estudio realizado por Rodriguez Ávila (18), la población trabajadora tiene menores índices de depresión con respecto a la población ama de casa o jubilada.

El 37% de la población es soltera, mientras que el 63% de la población es casada, llama la atención que a mayor edad existe mayor cantidad de población casada, según datos de INEGI el 34% de la población Mexicana mayores de 20 años son solteros, lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio.

El grado escolar reportado detectó que la escolaridad más común con el 38% de la población se encontró en el nivel preparatoria, mientras que el 34% de la población se encuentra en el nivel secundaria; estos datos no coinciden con lo reportado por Santoro ⁽²⁰⁾, quien refiere que a mayor nivel educativo el índice de depresión es mayor, sin embargo es importante mencionar que la gran parte de nuestra población estudiada es mayor de 50 años y son personas que vivieron bajos índices nacionales de educación, es decir en aquel tiempo era poco común lograr el nivel educativo de licenciatura.

El 53% de la población estudiada se encontraba en la perimenopausia,

mientras que el 47% en postmenopausia, estos datos son similares a los reportados por Vargas Hernández ⁽¹⁹⁾ quien identifico en su población perimenopausia hasta en el 60% de los participantes de entre 35 a 55 años, y 40% con menopausia.

El 59% de la población no tenía síntomas significativos de depresión, mientras que solamente el 14% de la población tenía diagnóstico de depresión o síntomas altamente probables; estos datos son semejantes a los publicados por Narari R ⁽²³⁾, quien refería solo un 20% de síntomas depresivos. Sin embargo, nuestros datos encontrados con respecto a la depresión no coinciden con otros autores, pues Kulkarni ⁽²²⁾ reporto depresión en el 45% de las mujeres en estado postmenopáusico, Geogskis ⁽²⁴⁾ reportó 48% y Mulhall ⁽³⁰⁾ un 52%. Sin embargo cabe destacar que estos estudios fueron realizados en población europea, es decir con grados diferentes de escolaridad, ocupación y calidad de vida.

La asociación entre los síntomas de depresión con la menopausia y perimenopausia se obtuvo un nivel de significancia del 5% ($p=0.002$), es decir las personas con menopausia y perimenopausia tienen más síntomas sugestivos de depresión, esto es similar a otros estudios, como los reportados por Tang ⁽²⁹⁾, Maki ⁽²⁸⁾, Soares ⁽²⁷⁾.

V. CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos se concluye que los síntomas depresivos se relacionan con la menopausia y peri menopausia. En esta investigación se encontró una asociación significativa entre la menopausia y peri menopausia con síntomas de depresión, lo que puede afectar las actividades de la vida diaria en una persona aparentemente sana; y lo cual representa el riesgo latente de padecer depresión todas las mujeres en alguna etapa de su vida. Por eso es importante contar con las herramientas necesarias en el primer nivel de atención para identificar síntomas depresivos en pacientes de entre 40 a 60 años. Es necesario normalizar el cribado de depresión en personas con menopausia y perimenopausia.

Cabe señalar que es necesario continuar con esta línea de investigación, e identificar si el grado de relación incrementa con la presencia de enfermedades crónicas degenerativas o con la presencia de enfermedades hormonales asociadas a los rangos de edad aquí estudiados. Es por ello que se debe concientizar a la población, y desde luego al personal de primer nivel de atención para realizar con mayor frecuencia cribado de depresión entre las pacientes con menopausia o peri menopausia

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Figueredo EHVyL. Importancia histórica del climaterio y la menopausia. *Revista Educación en Valores*. 2016 Diciembre; 2(26).
2. Valls, C. (2013). Ser mujer no es una enfermedad. Por qué patologizar la medicina el cuerpo de la mujer. España. Versión Electrónica.
3. PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2013 [01-Mayo- 2019]. Disponible. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/019_GPC_ClimaterioMenop/SS_019_08_EyR.pdf
4. Emanuela Fonseca Cruz VJdSNEDF. Climacteric Symptoms and Sexual Dysfunction: Association between the Blatt-Kupperman Index and the Female Sexual Function Index. *Ginecol Obstet*. 2017 Marzo; 39(2)
5. Pavón-Mendoza N, Dickinson-Bannack ME, González-Salinas C. El climaterio como factor de riesgo en casos de disfunción conyugal. *Aten Fam*. 2014; 21(2):35–38.
6. Rosano G, Vitale C, Spoletini I, Fini M. Cardiovascular health in the menopausal woman: Impact of the timing of hormone replacement therapy. *Climacteric*. 2012 Aug;15(4):299-305.
7. Ana Paola Torres Jiménez JMTR. Climaterio y Menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2018 Marzo-Abril; 61(2)
8. Williams RE, Kalilani L, Bibenedetti DB, et al. Frequency and severity of vasomotor symptoms among peri- and postmenopausal women in the United States. *Climacteric*. 2008;11:32-43.
9. Martin KA, Barbieri RL. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. En: *Up-to-date, Post TW (Ed), Up-to-date, Crowley Jr. WF*. (Jun 5, 2017).
10. Enrica Bonannia * ASMCDPUB. Insomnia and hot flashes. *Maturitas*. 2019 Mayo; 126(51-54).
11. Hardy C, Griffiths A, Norton S, Hunter MS. Self-help cognitive behavior therapy for working women with problematic hot flushes and night sweats (MENOS@ Work): a multicenter randomized controlled trial. *Menopause*.

2018;25,(5)

12. Kim JE, Choi J, Park JY , Lee JK , Shin A , Park S et al. Asociaciones de la terapia hormonal posmenopáusica con síndrome metabólico en mujeres diabéticas y no diabéticas . *Maturitas* . 20191 de marzo; 121:

76-

82. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.012>

13. C.A. Stuenkel, S.R. Davis, A. Gompel, M.A. Lumsden, M.H. Murad, J.V. Pinkerton,

R.J. Santen, Treatment of symptoms of the menopause: an endocrine society clinical practice guideline, *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 100 (11) (2015) 3975–4011.

14. Wariso, B. A., Guerrieri, G. M., Thompson, K., Koziol, D. E., Haq, N., Martinez, P. E., Rubinow, D. R., & Schmidt, P. J. (2017). Depression during the menopause transition: impact on quality of life, social adjustment, and disability. *Archives of women's mental health*,20(2),273–282. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0701-x>

15. American Family Physician, eds. Practice guidelines: ACOG releases clinical guidelines on management of menopausal symptoms. *Am Fam Physician* 2014;90:338–340.

16. C. Won, C. Guilleminault, Gender differences in sleep disordered breathing: implications for therapy, *Expert Rev. Respir. Med.* 9 (2) (2015) 221–231.

17. Aslan TA&E. Sexual Life of Women in the Climacterium: a community-based study. *Health Care for Women International*. 2017 Julio.

18. Sebastian Carranza Lira, M. P. (2018). Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 533-536.

19. Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G, Moreno- Eutimio MA, Vargas-Aguilar VM, Flores-Barrios K, Tovar-Rodríguez JM. Terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia. *Rev Hosp Juarez Mex.* 2013;80(4):251-61.

20. Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 44(3), 497–515. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.00>

21. Gracia, C. R., & Freeman, E. W. (2018). Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 585–597. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.002>
22. Kulkarni, J., Gavrilidis, E., Hudaib, A. R., Bleeker, C., Worsley, R., & Gurvich, C. (2018). Development and validation of a new rating scale for perimenopausal depression-the Meno-D. *Translational psychiatry*, 8(1), 123. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0172-0>
23. Natari, R. B., Clavarino, A. M., McGuire, T. M., Dingle, K. D., & Hollingworth, S. A. (2018). The bidirectional relationship between vasomotor symptoms and depression across the menopausal transition: a systematic review of longitudinal studies. *Menopause (New York, N.Y.)*, 25(1), 109–120. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000949>
24. Georgakis, M. K., Thomopoulos, T. P., Diamantaras, A. A., Kalogirou, E. I., Skalkidou, A., Daskalopoulou, S. S., & Petridou, E. T. (2016). Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After Menopause: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 73(2), 139–149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2653>
25. Soares C. N. (2017). Depression and Menopause: Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(2), 239–254. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.007>
26. Willi, J., & Ehlert, U. (2019). Assessment of perimenopausal depression: A review. *Journal of affective disorders*, 249, 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.029>
27. Soares C. N. (2016). Menopause and depression: keep your eye on the long run. *Menopause (New York, N.Y.)*, 23(12), 1272–1274. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000791>
28. Maki, P. M., Kornstein, S. G., Joffe, H., Bromberger, J. T., Freeman, E. W., Athappilly, G., Bobo, W. V., Rubin, L. H., Koleva, H. K., Cohen, L. S., & Soares, C. N. (2019). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Perimenopausal Depression: Summary and Recommendations. *Journal of women's health (2002)*, 28(2), 117–134. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.27099.mensocrec>
29. Tang, R., Luo, M., Li, J., Peng, Y., Wang, Y., Liu, B., Liu, G., Wang, Y., Lin, S., & Chen, R. (2019). Symptoms of anxiety and depression among

Chinese women transitioning through menopause: findings from a prospective community-based cohort study. *Fertility and sterility*, 112(6), 1160–1171. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.005>

30. Mulhall, S., Andel, R., & Anstey, K. J. (2018). Variation in symptoms of depression and anxiety in midlife women by menopausal status. *Maturitas*, 108, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.11.005>

31. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2011.

32. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. (ASRM, 2008, Harlow, 2012, NOM-035, 2012, NAMS, 2010).

33. Rodríguez, Avila, Nuria (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88. Recuperado en 21 de octubre de 2020 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S2007.

34. Alvarez, E., Gómez, S., Muñoz, I., Navarrete, E., Riveros, M., (2007). Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 7. 76- 82. 10.5354/0717-6767.2007.81.

35. Javier Tapia Ramírez, *Introducción al derecho civil*, México, McGraw-Hill, 2002, p. 117.

36. Secretaria de Educación Pública, *Glosario de Educación Superior* http://dsia.uv.mx/cuestionario911/material_apoyo/glosario%20911.pdf

VII. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE MUJERES CON PERI MENOPAUSIA Y POS MENOPAUSIA EN LA UMF 62"
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Cuautitlán Estado de México UMF 62 Año 2020
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Antes del retiro de su regla o después del retiro de su regla puede sentirse triste, decaída, sin ganas de hacer nada y que esto influya en su vida y en sus sentimientos, por lo cual mi objetivo es ver si hay una relación entre el retiro de su regla y esta sensación que experimenta.
Procedimientos:	Se le aplicará a usted una encuesta que durará aproximadamente 15 minutos y que le explicaré detalladamente, la cual tiene 17 preguntas que nos ayudarán a saber que síntomas de tristeza tiene.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio se considera una Investigación de riesgo mínimo, porque la información se obtendrá por medio de un cuestionario, en el que se tratan temas sensibles de su conducta que pudieran hacerla sentir incomoda, molesta, enojada, triste, ansiosa o con ganas de llorar, por lo que en cualquier momento, se puede retirar del estudio si así lo desea.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si en los resultados encontramos que tiene un nivel de tristeza que requiera tratamiento, como investigadora me comprometo a informar directamente a su médico familiar para buscar su pronta atención y con esto iniciar el tratamiento adecuado y dirigido a mejorar su salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted podrá conocer los resultados del cuestionario al término de la encuesta y posteriormente si usted o requiere conocer si la tristeza y decaimiento se relacionan con el retiro de su menstruación y si necesita algún tipo de tratamiento especial. Si quiere conocer sus resultados, tiene la libertad de solicitarlos al investigador en cualquier momento que lo desee, y se le entregarán de manera personal en algún consultorio de la UMF 62 para informarle sobre ellos.
Participación o retiro:	En cualquier momento que lo desee podrá retirarse de esta investigación.
Privacidad y confidencialidad:	Privacidad: Todos sus datos serán confidenciales; para identificarla, se le asignará un número de folio, el cual conoceré solo yo como investigadora a qué paciente pertenece y no divulgaré información suya bajo ningún motivo. Confidencialidad: Sus datos estarán protegidos por la investigadora durante los siguientes 72 meses posteriores al estudio, tal como lo marca la ley de protección de datos.
Declaración de consentimiento:	

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en este estudio.

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

Investigadora o Investigador Responsable: María Isabel Viveros Alonso, Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 62 Correo electrónico: doctora_marisa@hotmail.com Teléfono 58720066 Ext. 51423

Colaboradores: Norma Lizbeth García Avila Residente de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 62 Teléfono 55 43 37 10 26 Correo Electrónico: danac_taz@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Dr Sandoval Luna Enrique presidente del comité de ética del CLIE del IMSS: Avenida Circunvalación S/N La quebrada Cuautitlán Izcalli CP 54769 Teléfono:5553101705 Correo electrónico Dr_esl10@yahoo.com.mx

Norma Lizbeth García Avila, Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No.62
Teléfono 5543371026 Correo electrónico: danac_taz@hotmail.com

Nombre y firma del participante

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.

Clave: 2810-009-013

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
EDAD :
PERI MENOPASICAS POS MENOPAUSICAS
OCUPACIÓN :
ESCOLARIDAD:
ESTADO CIVIL:

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D).CES-D-R

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas.

Durante cuántos días...	<i>En la semana pasada</i>		<i>Últimas dos semanas</i>		
	<i>Escasamente</i>	<i>Algo</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>La mayoría</i>	<i>Casi diario</i>
	<i>(0 a 1 días)</i>	<i>(1 a 2 días)</i>	<i>(3 a 4 días)</i>	<i>(5 a 7 días)</i>	<i>(10 a 14 días)</i>
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4

13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4