



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM CUAUTITLÁN IZCALLI**

T E S I S

PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. DÉCIGA NERI GILDA VICTORIA
canelaneri58@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:
DR. ORL. FLORES OSORIO RICARDO

PROFESOR TITULAR
DR. LOZANO MARTÍNEZ RICARDO
MÉDICO FAMILIAR

CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC JUNIO 2023



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.

2786

TAT:

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ	
DR. RICARDO ACUÑA ESTRADA	
ING. JOANNA P. GALINDO M.	
DRA. FRANCELI AVILA FUENTES	
MTRA. JULIANA M. ENRIQUEZ E	
DRA. MILDRED E. MORA MARTÍNEZ	
ULISES	
DIEGO, BECAS	
LIC. MEJIA, SERVICIO SOCIAL	

OBSERVACIONES:

exp 35.1.1

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM.CUAUTITLÁN IZCALLI”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DÉCIGA NERI GILDA VICTORIA

AUTORIZACIONES



DR. VICTAL VÁZQUEZ GUILLERMO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ING. GALINDO MONTEAGUDO JOANNA PATRICIA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN
SALUD

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM.CUAUTITLÁN IZCALLI”

TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DÉCIGA NERI GILDA VICTORIA

AUTORIZACIONES



DR. SANTACRUZ VAPELA JAVIER
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. HERNÁNDEZ TORRES ISAÍAS
COORDINADOR DE DOCENCIA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



DR. LÓPEZ ORTIZ GEOVANI
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA



**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM.CUAUTITLÀN IZCALLI”**

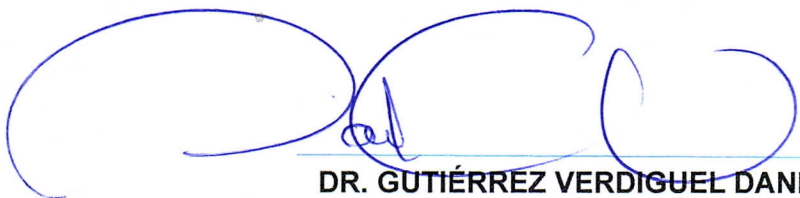
TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMIAR

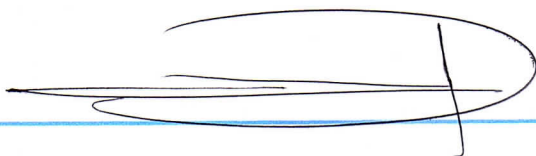
PRESENTA:

DRA. DÉCIGA NERI GILDA VICTORIA

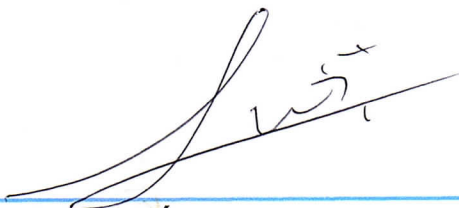
AUTORIZACIONES



DR. GUTIÉRREZ VERDIGUEL DANIEL
DIRECTOR CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC



M.E. CAMPUZANO NAVARRO ANA LIDIA
JEFE DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA CENTRO MÉDICO
ISSEMYM ECATEPEC



DR. TORAL LÓPEZ JAIME
JEFE DE EDUCACIÓN Y COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN CENTRO MÉDICO
ISSEMYM ECATEPEC

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM.CUAUTITLÀN IZCALLI”


TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DÉCIGA NERI GILDA VICTORIA

AUTORIZACIONES



DR. LOZANO MARTÍNEZ RICARDO
PROFESOR TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC



DR. JIMÉNEZ DÁVILA OMAR
PROFESOR CO - TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM.CUAUTITLÀN IZCALLI”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DÉCIGA NERI GILDA VICTORIA

AUTORIZACIONES



DR. FLORES OSORIO RICARDO
ASESOR METODOLÓGICO
MÉDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
ADSCRITO EN CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC

AGRADECIMIENTOS

A Mi Madre

Gracias por siempre confiar en mis sueños, por ser cómplice para moldear cada proyecto, estás en cada línea y en cada punto. Caminas a mi lado por la eternidad. Te amo.

A Mi Padre

Que definitivamente eres un regalo nuevo de paquete, gracias por permanecer.

Al Amor De Todas mis Vidas

Christian, compañero de todas mis batallas, gracias infinitas por caminar a mi lado y no soltarme, haces cada experiencia más ligera.

A Mis Amadas Princesas

Zury y Sofy, la luz que ilumina todo camino. Gracias por tolerar mi ausencia.

A Mis Hermanas

Kika, Minie, Julio, Dena, Laura, hacen sentirme orgullosa de mi linaje.

A Mis Abuelos

Quienes pusieron sus mejores consejos a lo largo de esta vida, misión cumplida.

A mi Amiga Ale González

Amiga, familia de vida, sanadora, el ángel que enviaron para siempre velar por mí. Gracias

Dra. Margarita Santos mi líder en los momentos más tristes y rudos de la vida. Amigos, son tantos que cada uno sabe que viven en este proyecto.

Gracias Sinceras y mi Total Admiración a todos mis tutores de sede y a cada libro viviente (mis pacientes).

Gracias a ti, Dios: siempre estás de mi lado, limpiando mi camino, dando señales del maravilloso milagro que soy.

ÍNDICE

HOJA DE FIRMAS	I
AGRADECIMIENTOS	VI
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IX
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	1
1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. HIPÓTESIS	15
6. MATERIAL Y MÉTODOS	16
6.1 CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO	16
6.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	16
6.3 UNIVERSO DE TRABAJO	16
6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
6.4.1 Criterios de inclusión	17
6.4.2 Criterios de exclusión.....	17
6.5 TAMAÑO DE MUESTRA	17
6.6 TÉCNICA DE MUESTREO.....	18
6.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES	19
6.8 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	20
6.9 INSTRUMENTOS	20
6.10 ANÁLISIS DE DATOS.....	22
7. ÉTICA	23
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
10. RESULTADOS	28
11. DISCUSIÓN	37
12. CONCLUSIONES	38
13. BIBLIOGRAFÍA	39
14. ANEXOS	42

RESUMEN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA EN LA CLÍNICA REGIONAL ISSEMYM.CUAUTITLÁN IZCALLI.

Autores: *Déciga-Neri GV. **Flores-Osorio R. ***Lozano-Martínez R.

*R3 Medicina Familiar. Adscrita a Clínica Regional ISSEMYM Cuautitlán Izcalli. ** Médico Adscrito en Otorrinolaringología Centro Médico ISSEMyM Ecatepec. *** Tutor titular de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial.

Introducción: La menopausia es un proceso fisiológico propio de la mujer entre 45.55 años, el cual consiste en el cese de la menstruación por mínimo un año. Su sintomatología tiene su origen en los desórdenes hormonales principalmente del estrógeno, sus repercusiones pueden ser físicas, psicológicas o genitourinarias. Dentro de las psicológicas se puede presentar depresión en diferentes escalas. Ambas patologías deben ser diagnosticados y manejadas en forma oportuna y personalizada. Se cuenta con diversos instrumentos para su diagnóstico oportuno como son la Escala MRS y HAD, las cuales se aplicaron, en este estudio de investigación.

Objetivo: Analizar la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional ISSEMYM Cuautitlán Izcalli.

Material y métodos: Este proyecto de investigación se efectuó en la Clínica Regional ISSEMYM. Cuautitlán Izcalli. De modelos observacional, descriptivo, transversal y prolectivo. Con 170 mujeres como muestra. De 45-55 años, con diagnóstico de menopausia, con y sin comorbilidades. Del 1° de abril 2023 al 30 de septiembre de 2023. Colectando datos en instrumento estructurado para datos sociodemográficos, la Escala MRS para valorar menopausia y el instrumento HAD para evaluar la depresión. Se recolectaron los resultados en una base de datos en Excel 2016, su análisis se efectuó en el Software SPSS v 25 ®. Los resultados se mostraron en cuadros y gráficos para su mejor explicación.

Resultados: En una muestra de 170 pacientes con menopausia la media fue de 50.4 años. En la población de 40 a 55 años., 50-55 años representaron el 67.1%. En estado civil, se encontró el grupo de casada con el 60.6%. En escolaridad la Licenciatura fue del 32.9 %. En ocupación, se encontró que el 34.1% son empleadas. En el nivel socioeconómico el 65.9 % lo reportó como aceptable. Las comorbilidades fueron DM en el 18.8%, cardiopatías el 1.2%, pacientes sin comorbilidades en un 34.7 %. La sintomatología más observada fue cansancio físico y mental 52.35%. La prevalencia de depresión observada fue del 98.8%.

Conclusiones. En este proyecto de investigación se encontró que la prevalencia de depresión es del 98.8% concluyendo que la menopausia si es un factor de riesgo para depresión.

SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF MENOPAUSE AT THE ISSEMYM.CUAUTITLÁN IZCALLI REGIONAL CLINIC.

Authors*Déciga-Neri GV. ** Flores-Osorio R. *** Lozano-Martinez R.

*R3 Family Medicine. Attached to the ISSEMYM Cuautitlán Izcalli Regional Clinic. ** Associated Physician in Otolaryngology ISSEMYM Ecatepec Medical Center. ***Titular tutor of the specialty of family medicine blended modality.

Introduction: Menopause is a physiological process typical of women between 45-55 years of age, which consists of the cessation of menstruation for at least one year. Its symptomatology has its origin in hormonal disorders, mainly estrogen, its repercussions can be physical, psychological or genitourinary. Within the psychological, depression can occur on different scales. Both pathologies must be diagnosed and managed in a timely and personalized manner. There are various instruments for its timely diagnosis such as the MRS and HAD Scale, which were applied in this research study.

Objective: To analyze the prevalence of depression in patients diagnosed with menopause at the ISSEMYM Cuautitlán Izcalli Regional Clinic.

Material and methods: This research project was carried out at the ISSEMYM Regional Clinic. Cuautitlan Izcalli. Observational, descriptive, transversal and prolective design. With a sample of 170 women. 45-55 years old, with a diagnosis of menopause, with and without comorbidities. From April 1, 2023 to September 30, 2023. The structured data collection instrument for sociodemographic data, the MRS Scale to assess menopause and the HAD instrument to assess depression were applied. The results were collected in a database in Excel 2016, their analysis was carried out in the SPSS v 25 ® Software. The results were shown in tables and graphs for better explanation.

Results: In a sample of 170 patients with menopause, a mean age of 50.4 years with a range of 40 to 55 years was observed, the group of 50-55 years 67.1% predominated. In marital status, the married group was found with 60.6%. In education, the Bachelor's degree was 32.9%. In occupation, it was found that 34.1% are employed. In the socioeconomic level, 65.9% reported it as acceptable. Comorbidities were DM in 18.8%, heart disease in 1.2%, patients without comorbidities in 34.7%. The most observed symptomatology was physical and mental fatigue 52.35%. The prevalence of depression observed was 98.8%.

Conclusions: In this research project, it was found that the prevalence of depression is 98.8%, concluding that menopause is a risk factor for depression.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

Menopausia

Históricamente, la menopausia como suspensión de la menstruación existe desde tiempos inmemoriales, siendo mencionada en el libro del Génesis como desaparición de la impureza mensual y en la cultura egipcia como mujeres blancas sin menstruación y mujeres rojas con menstruación, sin embargo, Hipócrates en el año 322 D.C., había reporte de amenorrea cerca de los 50, sin observar ausencia menstrual antes de los 39 años. Sin omitir que la esperanza de vida era muy corta por tanto las mujeres menopaúsicas eran ancianas (1).

Los cambios en los estilos de vida, pirámide poblacional invertida, migración epidemiológica, mayor esperanza de vida, etc., son parte de la evolución humana específicamente la femenina. Tomando en cuenta el fin de la etapa reproductiva de la mujer, con la disminución de producción hormonal, desaparece la menstruación, apareciendo la menopausia, cuya edad de aparición va de 48-52 años, sin embargo, este rango de edad se va ampliando. Se calcula que para el 2025 habrá aproximadamente 1100 millones de mujeres postmenopáusicas y mayores de 50 años, la aparición de sintomatología física y psicológica es motivo de consulta y ambos afectan la calidad de vida de las pacientes (2).

La menopausia es un proceso fisiológico de la mujer, que marca el cese de los ciclos menstruales, de la fertilidad femenina y sobre todo de las alteraciones de los estrógenos ocasionando diversos síntomas que afectan la salud física, psicológica y sexual de la mujer. Aunado a lo anterior es importante mencionar que es parte del envejecimiento, sin omitir que durante este periodo la mujer presenta deterioro en su calidad de vida por desconocimiento de muchos síntomas. Específicamente, en el área psicológica la mujer en esta etapa presenta diversos duelos que ocasionan cambios de humor, estrés, ansiedad, tristeza y depresión, cuya prevalencia en

Egipto es del 26-33% en mujeres menopaúsicas (3). En México no es parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) (4).

Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, se define como el cese permanente de la menstruación, determinado retrospectivamente después de 12 meses de amenorrea continua sin causa patológica

(16). Entre los 45-55 años.

Fisiología

Primeramente, disminuye la hormona reguladora de FSH (Hormona Folículo Estimulante) o sea la inhibina, con estradiol relativamente normal. Los ciclos menstruales se vuelven más cortos por disminución de la fase folicular por falta de estrógenos. Cuando los niveles de estrógeno bajan, el hipotálamo libera gonadotropina (GnRh), la pituitaria anterior secreta más FSH pero no tiene suficientes folículos y muestra un ciclo anovulatorio, por lo que no se produce progesterona aumentando la cantidad de sangrado. (10)

Cuadro clínico

El diagnóstico se efectúa mediante la piedra angular que es la historia clínica, enfatizando en ciertas patologías, las cuales están relacionadas a los cambios hormonales femeninos, principalmente disminución de estrógenos:

- ❖ Enfermedad cardiovascular: La enfermedad coronaria y el accidente vascular isquémico aumentan en el periodo menopaúsico por acción de la disminución de estrógenos, los cuales normalmente inhiben el sistema renina angiotensina mediante la disminución de enzima convertidora de angiotensina.
- ❖ Osteoporosis: La disminución de la masa ósea y la desmineralización son factores predisponentes para fracturas. Lo cual es producido por la deprivación de estrógenos. Su diagnóstico es mediante una densimetría ósea.

- ❖ Genitourinarios: Como la sequedad vaginal, dispareunia, irritación vaginal, falta de lubricación en el coito, los síntomas urinarios más frecuentes son disuria, urgencia urinaria, infecciones.
- ❖ Bochornos: Esta sintomatología vasomotora se caracteriza por un enrojecimiento de la piel principalmente cabeza cuello y tórax, taquicardia y sensación de calor intenso terminando en sudoración intensa principalmente por la noche lo que produce insomnio. Su duración puede ser de segundos a minutos.
- ❖ Ámbito Psicológico: al presentar niveles de serotonina disminuidos, se asocia a cambios del estado de ánimo, labilidad emocional, se altera el ciclo sueño vigilia, además de haber disminución de la libido.

Laboratoriales

Se requiere la cuantificación de la hormona FSH así como de los niveles de estradiol. Donde muy probablemente estos niveles estén alterados; el estradiol disminuido y la cantidad de hormona Folículo estimulante este aumentada. Con sus excepciones. (10)

Tratamiento

Puede ser farmacológico (hormonal con terapia hormonal sustitutiva y no hormonal) y no farmacológico con cambios en el estilo de vida (dieta control de peso, no tabaco, no alcohol, ejercicio, etc.). Sin embargo se ha visto en algunos estudios que la terapia sustitutiva es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y ciertas neoplasias como el cáncer de mama (5), (6).

Los resultados de la Terapia de Reemplazo hormonal (TRH) es controversial. Algunos Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA), han observado que el uso de estrógenos en la etapa de perimenopausia es adyuvante en la regulación de los ciclos menstruales ,disminución de dismenorrea y sangrado abundante y son eficaces en el manejo de distimia y depresión leve e la etapa perimenopausica (7).

La Escala de calificación de la menopausia (MRS) por sus siglas en inglés, ayuda a cuantificar la calidad de vida en la menopausia. De origen alemán, compuesto de

11 ítems con tres dimensiones: Somática-vegetativa con síntomas como sofocos, síntomas cardiacos, alteraciones en el sueño, síntomas de malestar musculoesquelético (ítems 1, 2, 3, 11). Psicológica con síntomas como estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 4, 5, 6, 7) y de origen genital y urinario como disfunción sexuales, vesical y reseca vaginal (ítems 8, 9, 10). Son ítems que se califican como Escala Tipo Likert del 0 al 4, desde ausente hasta muy severo. Tiene un α Cronbach de 0.86, siendo adaptado a varios idiomas, replicable a nivel mundial (8).

La menopausia, aun cuando es un proceso fisiológico femenino, los cambios hormonales principalmente la disminución de estrógenos implican sintomatología específica, sin embargo, puede haber la mayoría de las veces complicaciones que afectan la salud de la mujer postmenopáusicas, como:

- ❖ Enfermedad cardiovascular la cual es la primera causa de muerte, podría disminuir con cambios de estilo de vida como dieta, ejercicio, control de colesterol e hipertensión arterial sistémica.
- ❖ Osteoporosis, la fragilidad ósea por disminución de su densidad, hace que las fracturas más frecuentes sean columna vertebral, cadera, muñecas.
- ❖ Incontinencia urinaria consecuencia de la pérdida de elasticidad de paredes vaginales y uretrales aparece la incontinencia con pérdida involuntaria de orina, además de mayor frecuencia de infecciones urinarias, puede disminuir con ejercicios de Kegel o aplicación tópica de estrógenos.
- ❖ Función sexual se ve disminuida por la sequedad vaginal y pérdida de la elasticidad lo que ocasiona dispareunia o sangrado.
- ❖ Aumento de peso por alteraciones en el metabolismo, el cual disminuye.

La orientación, conocimiento y concientización de la paciente sobre las alteraciones en esta etapa, hará su calidad de vida mejores y los factores psicológicos disminuirán (9).

La depresión en la menopausia es parte de las alteraciones hormonales propias de esta etapa femenina, sin embargo, no debe ser dejada al azar, la menopausia debe ser evaluada, diagnosticada y manejada como una entidad nosológica, mediante la

historia o evaluación clínica, donde se observan ciertos factores de riesgo como; mala calidad del sueño, bochornos intensos, antecedente de depresión incluyendo la post parto, histerectomía con ooforectomía, enfermedades crónicas, etc. Siendo esta evaluación efectuada por un equipo interdisciplinario.

Fisiopatológicamente, el SNC tiene receptores hormonales como estrógenos, progesterona y andrógenos en neuronas y células gliales. Donde los neurotransmisores como la serotonina, al haber cambios drásticos a nivel hormonal se producen el efecto serotoninérgico que consiste en vértigo, náuseas, cambios vasculares, inmunitarios, en la densidad ósea y depresión. Las alteraciones del sueño, irritabilidad, poco rendimiento parecen ser consecuencia indirecta de los síntomas vasomotores (10).

Actualmente, el diagnóstico de menopausia no solo son bochornos y falta de menstruación por más un año en mujeres de cierto grupo de edad. Sino que clínicamente existen otros síntomas físicos, psicológicos y urogenitales que engloban una gama de sintomatología que aparece en el climaterio. La cual es subjetiva siendo necesario buscar la forma de clasificarlos tal es el caso de la escala MRS. Específicamente en el aspecto psicológico en relación a depresión, existen estudios donde se demuestra que aplicando la Escala MRS junto con un instrumento como el Inventario de depresión de Beck los resultados son preocupantes, dado que a mayor puntaje del instrumento MRS, el estado depresivo es mayor (11).

En Nueva Zelanda (2023), se efectuó una revisión sistemática con el objetivo de determinar si la menopausia eleva el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. Con una muestra de 22 artículos, se encontraron resultados muy dispares, en algunos la menopausia si afecta a la aparición de depresión y ansiedad n oro no, sin embargo, se observaron ciertos factores predisponentes a la aparición de depresión en periodos premenopáusicos: síntomas vasomotores, enfermedades crónicas y síndrome premenstrual, antecedentes de depresión y ansiedad. Otro de los resultados observado fue que la depresión aparece cuatro veces más en mujeres menopaúsicas que en las premenopáusicas (12).

En un artículo de revisión la OMS define a la menopausia como “el cese definitivo de la menstruación provocado por la pérdida de la actividad folicular en los ovarios, tras la cual no se produce más sangrado durante un período de 12 meses”. Prevalenciando en las mujeres con edad entre 44 y 56 años. La sintomatología física y genitourinaria como disminución de la libido, o disminución de la densidad ósea, se encuentran relacionado con la disminución de los niveles de estrógenos, lo anterior afecta la calidad de vida de la mujer produciendo trastornos psicológicos el más grave es la depresión. La cual es una enfermedad mental grave con tristeza, pérdida de interés, culpa, baja autoestima, trastornos del sueño y trastorno depresivo mayor, este último representa la discapacidad más frecuente. La prevalencia de depresión en la menopausia es del 8.5 % y el 25.7 %, y hasta el 42 % en el trastorno depresivo mayor (13).

La mujer en cierta etapa de su vida, específicamente de los 45-50 años, inicia con disminución de los niveles de estrógenos. Produciendo la perimenopausia la cual es un periodo de tiempo que inicia con ciclos menstruales irregulares y termina con el cese definitivo de la menstruación llamado menopausia. Denominando climaterio al antes y después de la perimenopausia. Sin embargo, los estrógenos bajos ocasionan sintomatología que afecta física y psicológicamente a la paciente afectando su calidad de vida. Ameritando manejo no farmacológico como la aplicación de Terapia cognitiva y conductual. O bien, farmacológico con la discrepancia en el uso de TRH o antidepresivos (14).

Depresión

La depresión se define como “un conjunto de síntomas afectivos (apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, tristeza patológica), sensación subjetiva de impotencia y malestar en relación con eventos cotidianos de la vida), aunque, en menor o mayor grado, se presentan síntomas somáticos y cognitivos”. Su origen puede ser biológico, psicológico y social. En México, en 2018 observó que es más frecuente en las mujeres, preferentemente de 35 a 45 años; la prevalencia fue de un 3.7% a nivel nacional (15).

Esta entidad nosológica tiene como característica sentimientos de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. Dependiendo del tiempo en que se presente la persona dejará de enfrentar su día a día. Si es severa puede conducir al suicidio. Se clasifica en: Trastorno depresivo mayor el cual puede ser leve moderado o severo dependiendo de sus síntomas. Y la distimia explicada como un episodio depresivo leve en forma crónica (16).

En 2015, a nivel mundial se 322 millones de personas con depresión (4.4%) reportaron. Su prevalencia es muy dispar de acuerdo la región va del 3% al 6% con predominio femenino en un 5.1%. Y más específicamente alcanza un 7.5% en las mujeres, en el grupo de 55-74 años. En America Latina se reportó una prevalencia del 3.7 % al 5.9% (Guatemala y Estados Unidos respectivamente), en México fue del 4.2%. En 2020 ya es un problema de salud pública al ser la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, su prevalencia fluctúa entre 3.3 y 21.4%. Actualmente en 2022, México el SINAVE reportó un acumulado de 132801 casos de depresión con 1362 casos nuevos. El Estado de México reportó 13561 casos acumulados y 120 casos nuevos (15), (16), (4).

La depresión es un trastorno psicológico donde interviene el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la autoestima y sin experimentar placer. Se manifiesta mediante alteraciones:

- ❖ Afectivas: Con sentimientos de tristeza y melancolía, sin interés por algo.
- ❖ Cognitivas: Hay un patrón de pensamientos distorsionados sobre su persona y los demás.
- ❖ Conductuales: Con alteraciones alimentarias, del sueño, sexuales y de la capacidad resolutive.

Una manera de evaluar la depresión en mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), por sus siglas en inglés, diseñada por Sigmund y Snaith en 1983 para evaluar padecimientos crónicos, específicamente de las alteraciones cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga. Presenta dos dimensiones: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems, con

respuestas tipo Likert del 0 al 3 con una puntuación del 0 al 21, por tanto, entre mayor sea la puntuación obtenida, los síntomas serán más graves. Debe ser evaluado de acuerdo a lo que percibe o siente dentro de los últimos 7 días. Su validez y confiabilidad se basan en que ha sido replicado en diferentes patologías como neoplasias, obesidad, VIH, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.81 y 0.9 en Alemania, Nueva Zelanda y México (17).

Existen otros instrumentos que ayudan a detectar o clasificar los trastornos depresivos, como la Escala Hamilton que califica entre otros; ansiedad, insomnio, palpitaciones, sentimientos de culpa, etc., de 17 ítems evaluados del 0-4 con Escala Likert, con resultados entre 0-7 normal, 8-13 puntos igual a depresión leve, depresión moderada con un puntaje de 14 a 18, severa cuando se obtiene 19-22 puntos y 23 puntos o más se clasifica como muy severa (18).

También se cuenta con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por sus siglas en inglés, elaborado en el año de 1961 en la Universidad de Pennsylvania, para medir y evaluar la existencia o severidad de depresión, con 21 ítems con respuesta tipo Likert del 0-4. Donde a mayor puntaje mayor es el grado de depresión, es un instrumento con Alfa de Cronbach de 0.87 validado en la población mexicana (19).

Esta entidad nosológica puede afectar tanto a hombres como mujeres a cualquier edad, sin embargo, la mujer presenta el doble de probabilidades de presentarla. La sintomatología propia de la depresión no es solo por factores biológicos también influyen los hereditarios. La mujer puede presentar depresión en cualquier etapa de su vida, por ejemplo:

- ❖ Pubertad. el cambio hormonal y aparición de la menstruación es causa de depresión en niñas.
- ❖ Problemas menstruales como es el Síndrome premenstrual y ciclos menstruales irregulares o dismenorrea.
- ❖ Embarazo al modificar el estilo de vida, o al enfrentarse ante un embarazo no planeado/no deseado.
- ❖ Depresión posparto como incapacidad para cuidar al bebé, anticoncepción, dolor, falta de la pareja o poco apoyo familiar.

- ❖ Perimenopausia y menopausia por alteración del ciclo circadiano, aumento de peso, estrés, menopausia temprana o quirúrgica (20).

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Saeed Elsayed y cols. (2020), en su artículo “Correlación entre Síntomas Menopáusicos, Síntomas Depresivos y Satisfacción Marital entre mujeres menopáusicas”. Con el objetivo de examinar la correlación entre los síntomas de la menopausia, los síntomas depresivos y la satisfacción conyugal de las mujeres menopáusicas. De diseño descriptivo correlacional. Con una muestra de 100 participantes. Se obtuvieron los siguientes resultados edad entre 45 a 60 años con una media de 49.8 años y una DE 5.23 años. En el caso de educación secundaria se obtuvo un 74%, en cuantos a las comorbilidades que presentaron esta la diabetes (19.5%), también artritis (17.1%) y por último la hipertensión arterial (14.6%). Los síntomas físicos más frecuentes fueron artritis (77%), caída de pelo (69%) e insomnio (58%). Dentro de los síntomas psicológicos fueron agotamiento psicológico (71%), nerviosismo (69%) y problemas de memoria (68%). Los síntomas sexuales fueron disminución de la libido (72%) y dispareunia (56%). Síntomas sociales soledad (58%) y aislamiento (51%) (3).

Carranza Lira y cols., (2018), publicaron “Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y post menopáusicas”, su objetivo fue determinar la frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y post menopáusicas. De corte descriptivo, observacional, prolectivo y transversal. Con una muestra de 371 mujeres, aplicando la Escala de depresión de Hamilton. Los resultados observados fueron: Pacientes premenopáusicas **32% y 48%** postmenopáusicas. La depresión no se presentó en 46.6% de las premenopáusicas, mientras que la leve a moderada (50%) y severa a grave (59.6%) se presentó en el grupo de postmenopáusicas. Al correlacionar la depresión en ambos grupos los resultados fueron significativos (18).

Llango Lema y cols., (2022), en su artículo “Calidad de vida de mujeres en etapa de menopausia”. Siendo el principal objetivo el de analizar la calidad de vida de mujeres en etapa menopáusica, con un diseño observacional, descriptivo,

transversal, tomaron a 80 pacientes en edades entre 40 a 59 años como muestra. Aplicando MRS. Los resultados obtenidos fueron: Obteniendo que la edad más frecuente fue en pacientes entre los 40 a 45 años, con una edad media de 48.3 años, de estas un 76 % estaban casadas y sólo el 5 % ya eran divorciadas. En cuanto al número de hijos que tuvieron el resultados fue de 0 a 7 hijos: un 33 % tenían 3 hijos, sólo el 25% 2 hijos y se obtuvo una media de 2.9 hijos. La sintomatología más frecuente fue el estado depresivo en el 66 % de las mujeres, irritabilidad 66 %, ansiedad 65 %, cansancio físico 60 %, bochornos 56 %, problemas de vejiga 54 % y con 50% los problemas sexuales y sequedad vaginal (21).

El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (2014), publicó una Guía de Práctica Clínica sobre Climaterio y Menopausia. Uno de sus objetivos fue identificar los factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas asociadas con la menopausia. Mediante una búsqueda sistemática y consenso de expertos los resultados obtenidos fueron: Los síntomas vasomotores fueron los más frecuentes en un 60-80%, y de estos los bochornos, diaforesis, rubicundez su duración fue de 6 meses a 5 años, muy acentuados en pacientes ooforectomizadas, Dentro de las alteraciones cognitivas, psíquicas y del sueño hubo menor interés sexual generalmente por poca lubricación y elasticidad vaginal. Además de irritabilidad, baja autoestima, ansiedad y tendencia al llanto. Presentando hasta en un 31% de mujeres en plena etapa reproductiva a 45% en mujeres con al menos 3 años en la etapa postmenopausia. Referente a la enfermedad cardiovascular este rubro estuvo muy asociado a tabaquismo, dislipidemia, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidad. El Síndrome genitourinario síntomas urinarios, vulvovaginitis, inflamación, dermatitis de contacto, etc. (22).

Azizi M, Fooladi E u cols. (2018). En su estudio mencionan a la menopausia como un factor de riesgo para depresión, donde ciertos factores biológicos, psicológicos y sociales juegan un papel muy importante. En la población iraní la prevalencia de depresión es del 4 % y el 64 % mientras que se ha observado del 16.3 % al 20 %

para la población mundial, convirtiendo la depresión en la menopausia en un problema de salud pública (23).

Dorador González (2018), en su artículo “Síntomas Psicológicos en la Transición Menopáusica”. Su objetivo fue conocer los síntomas desde la etapa de la Transición Menopáusica aplicando la Escala MRS para menopausia y Beck para depresión. Con un estudio con corte transversal, obteniendo los resultados de 116 mujeres como muestra; De los 40 a los 60 años. Dividiéndolos en 3 grupos: el Grupo de Etapa Temprana en la Transición Menopáusica con un total de 36 mujeres, y un promedio edad de 45.77 años. El Grupo en Etapa Tardía de la Transición Menopáusica y Temprana de Postmenopausia obteniendo a 16 mujeres y el promedio de edad fue 49.25 años. En cuanto al Grupo Etapa Temprana o Tardía de Postmenopausia fue más numeroso al tener a 48 mujeres con promedio de edad de 52.38 años. Tomando en cuenta la Escala MRS los síntomas más intensos con un 41.6% fueron los psicológicos, sin embargo, los resultados para asociación entre variables, los resultados no fueron significativos (24).

Sumgsim Lee y Cols. (2023), en su artículo “Efectos del Bienestar Psicológico y la Depresión en Síntomas de la menopausia en mujeres surcoreanas de mediana edad y la necesidad de hacer ejercicio”. De corte cuantitativo transversal, con el objetivo de proporcionar datos básicos sobre la salud mediante el examen de los efectos del bienestar psicológico y la depresión sobre los síntomas de la menopausia y la necesidad de ejercicio en mujeres de mediana edad. Mediante instrumentos de bienestar psicológico, menopausia y depresión. En este trabajo se estudió a 150 mujeres de entre 45 a 60 años. Los resultados obtenidos fueron: En relación con las variables sociodemográficas los resultados fueron estadísticamente significativos. Al igual que la depresión y el bienestar psicológico, sin embargo, se observó que el bienestar psicológico tiene efecto negativo sobre menopausia, lo que se traduce en que entre mayor sea el bienestar psicológico menores serán los síntomas menopáusicos (25).

2. JUSTIFICACIÓN

En la Consulta Externa de la Clínica Regional de ISSEMYM, Cuautitlán Izcalli, se atiende de manera rutinaria a pacientes mujeres en período de menopausia. Quienes además del cese de la menstruación presentan síntomas físicos, genitourinarios y psicológicos como la ansiedad, cansancio físico y mental y estados de ánimo depresivos.

No se ha investigado si la depresión que padecen muchas de ellas es debido al núcleo familiar u otro factor. Hemos visto que la mayoría de estas pacientes presentan depresión de distinto grado, sin embargo, no se ha investigado la asociación ni su prevalencia.

Por lo tanto, en muchas de las pacientes con depresión que atraviesan la etapa menopáusica no se ha buscado la relación entre ambos padecimientos.

La finalidad de realizar el presente estudio es la de observar la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional de Consulta externa de Cuautitlán Izcalli, para de esta forma ver si existe la posibilidad de implementar algún tipo de terapia para modificar algunos factores de riesgo y prevenir, manejar y eliminar la depresión en este tipo de pacientes.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Consulta externa de la Clínica Regional de ISSEMYM, Cuautitlán Izcalli, se atiende de manera rutinaria a pacientes mujeres en período de menopausia. Quienes además del cese de la menstruación presentan síntomas físicos, genitourinarios y psicológicos como la ansiedad, cansancio físico y mental y estados de ánimo depresivo.

No se ha investigado si la depresión que padecen muchas de ellas es debido al núcleo familiar u otro factor. Hemos visto que la mayoría de estas pacientes presentan depresión de distinto grado, sin embargo, no se ha investigado la asociación ni su prevalencia.

Por lo tanto, en muchas de las pacientes con depresión que atraviesan la etapa menopáusica no se ha buscado la relación entre ambos padecimientos.

La finalidad de realizar el presente estudio es la de observar la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional de Consulta externa de Cuautitlán Izcalli, para de esta forma ver si existe la posibilidad de implementar algún tipo de terapia para modificar algunos factores de riesgo y prevenir, manejar y eliminar la depresión en este tipo de pacientes.

Posterior a la revisión de la literatura se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional ISSEMYM Cuautitlán Izcalli?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional ISSEMYM Cuautitlán Izcalli.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir la frecuencia de depresión en las participantes.

5. HIPÓTESIS

La depresión se presenta en un **50%** de las pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional ISSEMYM Cuautitlán Izcalli

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

El presente estudio se efectuó en la Clínica Regional ISSEMYM de Cuautitlán Izcalli. Período comprendido del primer día de enero de 2023 al 15 de junio del 2023.

La Clínica Regional ISSEMYM de Cuautitlán Izcalli, es una **Unidad de Primer Nivel de Atención**. Cuenta con una infraestructura constituida por: Dirección, Subdirección, Administración, Jefatura de Enseñanza e Investigación, Archivo clínico, Departamento de Medicina Preventiva, Servicio de curación, Servicio de Epidemiología, Servicio de Estomatología, Servicio de Radiología, Laboratorio Clínico, Farmacia, Control de prestaciones, Modulo de vigencias, Almacén, Modulo de información a derechohabientes, Servicios básicos, comedor, departamento de mantenimiento, CEYE, Modulo de trabajo social, Aula, Consultorios de Medicina Familiar, consultorio de EMF, se cuenta con 6 consultorios de Medicina Familiar turno matutino de lunes a viernes y fin de semana uno solo. Además de un Consultorio de Ginecología por turno. Se cuenta con 24 Médicos adscritos.

6.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Las características de este estudio fueron de corte observacional, también descriptivo, transversal y prolectivo.

6.3 UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes derechohabientes de la Clínica ISSEMYM que tuvieron diagnóstico de menopausia. Acudiendo a atención en consulta de primer nivel de Medicina Familiar del primer día de enero hasta el día 31 de diciembre de 2022. Reportándose a 520 pacientes con el diagnóstico de menopausia.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.4.1 Criterios de inclusión

- ❖ Pacientes con diagnóstico de menopausia
- ❖ Pacientes de 45- 55 años
- ❖ Pacientes con y sin comorbilidades
- ❖ Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado

6.4.2 Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes con salud mental afectada como esquizofrenia.
- ❖ Pacientes con diagnóstico de distimia.
- ❖ Pacientes con datos incompletos.
- ❖ Pacientes que se retiren durante el estudio.

6.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Fue una muestra finita. Para una proporción.

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

$$N = 520$$

$$Z_{\alpha}^2 = 1.96 \text{ (seguridad 95\%)}$$

$$p = \text{proporción esperada (5\% = 0.5)}$$

$$q = 1-p \text{ (1-0.05=.95)}$$

$$d = \text{precisión (3\%=0.03)}$$

$$n = \frac{520 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 (520-1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{520 \times 3.84 \times 0.05 \times 0.95}{0.0009 (520-1) + 3.84 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{95}{0.0009 (519) + 0.182}$$

$$n = \frac{95}{0.46 + 0.182}$$

$$n = \frac{95}{0.64}$$

$$n = 148$$

Aplicando el 15% de pérdidas esperadas se tiene un total de **170** pacientes como tamaño muestral.

6.6 TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilístico, no aleatorio

6.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN DE TÉRMINO	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	TIPO	ESCALA MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Menopausia	Estado natural de la mujer cuando desaparece su menstruación por espacio de un año, con síntomas asociados.	Referida por la paciente. Aplicado en instrumento de recolección de datos. Se clasifica de acuerdo al MRS en: Oleadas de calor Taquicardia Problemas de sueño. Estado de ánimo depresivo Irritabilidad Ansiedad Cansancio físico y mental Problemas sexuales Problemas de vejiga Sequedad vaginal Problemas musculó/articulares	Cualitativa	Nominal	Con síntomas de menopausia Sin síntomas de menopausia
Depresión	Trastorno emocional caracterizado por tristeza y pérdida de interés.	Referidos por la paciente. Aplicado en instrumento de recolección de datos Se clasifica de acuerdo a la Escala HAD en: Ausencia: 0-6 puntos. Presencia de síntomas asociados al trastorno: 7-21 puntos.	Cualitativa	Ordinal	1= No tiene = 0-6 puntos. 2= Si tiene = 7-21 puntos.

6.8 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Una vez que el Comité Local de Investigación y Ética aceptó el presente proyecto, se procedió a solicitar al Archivo Clínico el censo de pacientes con diagnóstico de menopausia del período del uno de enero al 31 de diciembre de 2022. A quienes se les habló vía telefónica e invitó a participar en el estudio, el punto de reunión fue al aula de enseñanza, para explicarles de manera clara y detallada el estudio, así como sus beneficios, se les preguntó si tenían dudas sobre el estudio, a las que aceptaron ingresar a este protocolo de estudio, se les dio a leer y firmar el formato de Consentimiento Informado.

Una vez conociendo el total de participantes se les otorgó un folio de participación a cada una para salvaguardar su identidad y se programó una segunda cita para la aplicación de los cuestionarios: Para valorar los aspectos sociodemográficos, para determinar el nivel socioeconómico, la Escala MRS para menopausia y el instrumento HAD para depresión. Se citaron en el aula de enseñanza en bloques de diez en diez pacientes, de manera que no coincidieran todas al mismo tiempo, se les solicitó que acudieran sin prisa, de preferencia desayunadas y bien hidratadas, se les otorgó una pluma con tinta negra. Además, se dio un tiempo prudencial para contestar los cuestionarios apoyándolas donde hubo necesidad. Al obtener resultados estos fueron capturados en una base de datos y se prosiguió a continuar con el análisis de tipo estadístico.

6.9 INSTRUMENTOS

Primer Instrumento fue en el que se recolectó los datos de tipo social y económico. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia con 7 preguntas sencillas para contestar con una **X** y con palabras propias que ayudaran a reflejar lo resultados posteriormente.

La Clasificación de Graffar, modificada por Méndez Castellanos. Es una escala con cuatro variables y 5 ítems con calificación de 1-5. Con un puntaje total de 0-20. Donde

a mayor puntaje menor nivel socioeconómico. Ha sido utilizada en Venezuela y México es una escala suficientemente confiable por presentar un Alfa de Cronbach mayor a 0.867.

Variable I. Profesión del jefe de familia (profesión universitaria, profesión técnica superior, medianos comerciantes, obreros especializados, obreros no especializados).

Variable II. Nivel de instrucción de la madre (enseñanza universitaria, secundaria completa, secundaria incompleta, primaria completa o no, analfabetas).

Variable III. Tipo de vivienda (vivienda de gran lujo, vivienda de lujo, buenas condiciones sanitarias, algunas deficiencias sanitarias, grandes deficiencias sanitarias).

Variable IV. Principal fuente de ingresos de la familia (herencia, ganancias, sueldo mensual, sueldo semanal, donaciones).

Se califica como:

Estrato I. Puntaje 4, 5, 6 Muy Bueno.

Estrato II. Puntaje 7, 8, 9. Bueno.

Estrato III Puntaje 10, 11, 12. Aceptable.

Estrato IV. Puntaje 13, 14, 15, 16. Poco aceptable.

Estrato V. Puntaje 17, 18, 19, 20. Deficiente.

Instrumento MRS, para menopausia, compuesto de 11 ítems con tres dimensiones: Somática-vegetativa, psicológica y urogenital. Son ítems que se califican como Escala Tipo Likert del 0 al 4, desde ausente hasta muy severo. Con un Alfa de Cronbach de 0.86

Instrumento HAD para depresión consta de dos dimensiones para ansiedad y depresión con 14 ítems. Donde a mayor puntaje mayor depresión. Se otorgó un punto de corte al presentar menos de 6 puntos y se catalogó como sin depresión y al obtener entre 7 a 21 puntos se denominó como pacientes con depresión.

6.10 ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicó estadística descriptiva por medio de:

- ❖ Variables cualitativas ordinales (escolaridad, nivel socioeconómico). Se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes, se representaron por medio de tablas y gráficas de barras.
- ❖ Variables cualitativas nominales (ocupación, estado civil, comorbilidades, síntomas menopáusicos, depresión). Se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes, se representaron por medio de tablas y gráficas de barras.
- ❖ Variables cuantitativas (edad y número de gestas). Se analizaron con media, mediana y desviación estándar, se representaron por medio de graficas de barras.

7. ÉTICA

Este proyecto de investigación estuvo sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Lo anterior anexando y respetando todos los acuerdos de Bioética que se describen a continuación.

1. Declaración de Helsinki

Se creó en Helsinki Finlandia en 1964 por la Asociación Médica Mundial posterior al Código de Núremberg para guiar a los médicos en la investigación, ha tenido varias enmiendas hasta la que nos ocupa en Hong Kong en 1969.

“El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental”. **Este protocolo estuvo diseñado para ser observacional, descriptivo y prospectivo por lo que no hubo contacto con pacientes, excepto en el llenado de cuestionarios.**

“Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad”. **La integridad de las pacientes está a salvo basada en el respeto y confidencialidad de sus datos por medio de un número de folio, número que solo conoce el investigador.**

“En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de

que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito”. **En este proyecto de investigación, al preguntar a los pacientes si desean ser partícipes del estudio, se les informó detalladamente los beneficios para ella misma y en general para otras pacientes. Se les dio a leer el Consentimiento informado y posteriormente lo firmaron la paciente y acompañante o tutor en su defecto. Al mismo tiempo se les informó que podrían abandonar el estudio en cualquier momento, sin menoscabo de su atención médica posterior (26).**

2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para salud. Título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Ultima reforma publicada en Diario Oficial de la Federación en 17 de enero de 2017.

Artículo 13.- Prevalece el respecto a su dignidad dado que en el instrumento de recolección de datos no se pone su nombre, sino que se signa un número de folio. Además, no se le obliga o coacciona para ser parte del proyecto. **Al asignar un folio se salvaguarda la identidad de las pacientes, y no se obligó a ninguna paciente a ser encuestada.**

Artículo 14.- En este proyecto se respetarán los Principios éticos fundamentales. Informaré puntualmente del proyecto, los objetivos, y los resultados. Y así la paciente decidirá firmar un consentimiento junto con un acompañante o no. **Siempre se estuvo bajo vigilancia de un tutor y se informó periódicamente a las autoridades institucionales del avance del proyecto.**

Artículo 17. **El riesgo considerado para esta investigación es Tipo II: Investigación con Riesgo mínimo: El presente es un proyecto prospectivo con aplicación de un cuestionario.** Mi proyecto de investigación, al respecto de este

artículo, es de tipo II con riesgo mínimo porque la paciente será encuestada sin coacción o presión alguna.

Artículo 20. El Consentimiento informado será ampliamente explicado y será leído y firmado por la paciente y su representante legal o tutor, sin coacción y siendo libre de participar o no. **Me comprometí a explicar ampliamente el consentimiento y no presionar para que acepten ser encuestadas. Esto en relación a los principios éticos fundamentales.**

Artículo 21. La paciente y su representante serán informados de todos y cada uno de los apartados de la hoja de consentimiento informado, así como de los posibles riesgos y beneficios para las pacientes y la comunidad médica. **Como investigadora estoy obligada a informar oportunamente a la paciente y su acompañante del procedimiento a seguir. De las ventajas y desventajas de ser entrevistadas sobre un tema de interés actual.**

Artículo 22. El consentimiento informado deberá hacerse por escrito, bien requisitado por el investigador principal, con los datos del proyecto, nombre y firma del paciente, representante legal o en su defecto huella digital. Nombre de los investigadores y será sometido al Comité Ética Institucional. **Estoy obligada a requisitar correctamente el consentimiento, recabar firmas del paciente y acompañante o tutor legal sin presión alguna para ser evaluado por el Comité de Ética Institucional.**

Artículo 24. No deberá haber conflicto de intereses. Por lo que se puede pedir a otro investigador lo efectuó. **Como investigadora declaro que en mi proyecto de investigación no hubo conflicto de intereses (27).**

8. RECURSOS

Humanos	Materiales	Financieros
<p>Tesista Dra. Gilda Victoria Déciga Neri. Médico Residente de Tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar Cuautitlán. Estado de México. Matricula: 13132510 Tel: 5535242905. Correo electrónico: secrets81@hotmail.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Material de escritorio (pluma, hojas, lápices, goma de borrar, etc.). ❖ Internet ❖ Computadora ❖ Impresora ❖ Tinta para impresora 	<p>Proporcionados por la investigadora.</p>
<p>Asesor metodológico Dr. Flores Osorio Ricardo</p>		
<p>Tutor especialidad Dr. Lozano Martínez Ricardo</p>		
<p>Pacientes</p>		

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de menopausia en la Clínica Regional ISSEMYM. Cuautitlán Izcalli.						
Actividad Tiempo	2023					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Elaboración de Protocolo	X	X				
Registro del Proyecto		X	X			
Aplicación de encuestas			X	X		
Elaboración de base de datos				X	X	
Captura de la información					X	
Análisis estadístico					X	
Presentación de resultados					X	X

10. RESULTADOS

Este proyecto de investigación se realizó con 170 pacientes como muestra, con diagnóstico de menopausia. valorando depresión con la Escala HAD y que cumplieron criterio de inclusion.

Se obtuvo en promedio una edad de 50.4 años de edad, y una desviación estándar de 3.2 años, Referente a la edad de los pacientes se encontró que la edad mínima fue de 40 años y la máxima de 55 años. Se obtuvo un grupo etario prevalente que abarcó de los 50 y hasta los 55 años 67.1% (114 pacientes). Tabla 1. Gráfico 1.

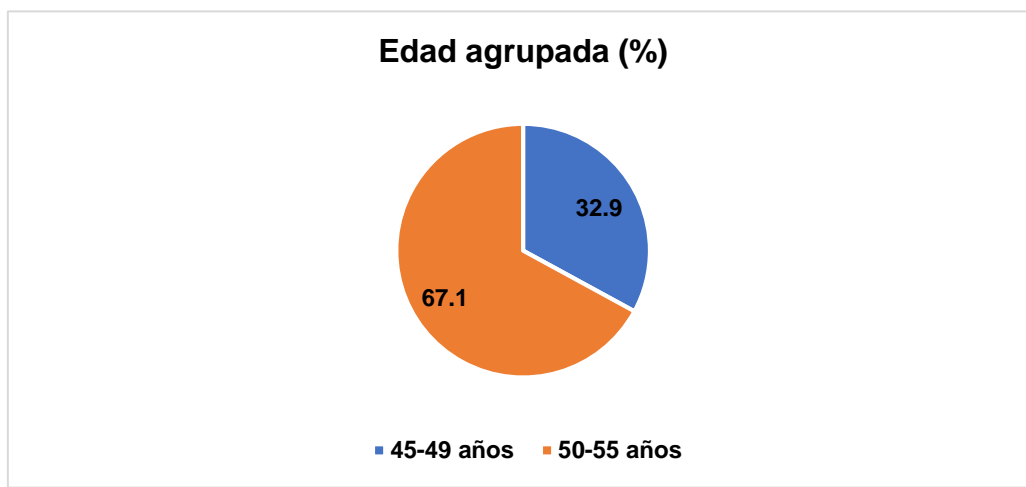
Tabla 1. Edad agrupada de las participantes

Edad (grupos)	Frecuencia	%
45 a 49 años	56	32.9
50 a 55 años	114	67.1
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta

?: Porcentaje

Gráfico 1. Edad agrupada de las participantes



Fuente: Encuesta

?: Porcentaje

En el estado civil de las participantes, se encontró que predominó el grupo de casada con el 60.6% (103) pacientes y 2.9% cuyo estado civil es viudez (5) pacientes. Tabla 2. Gráfico 2.

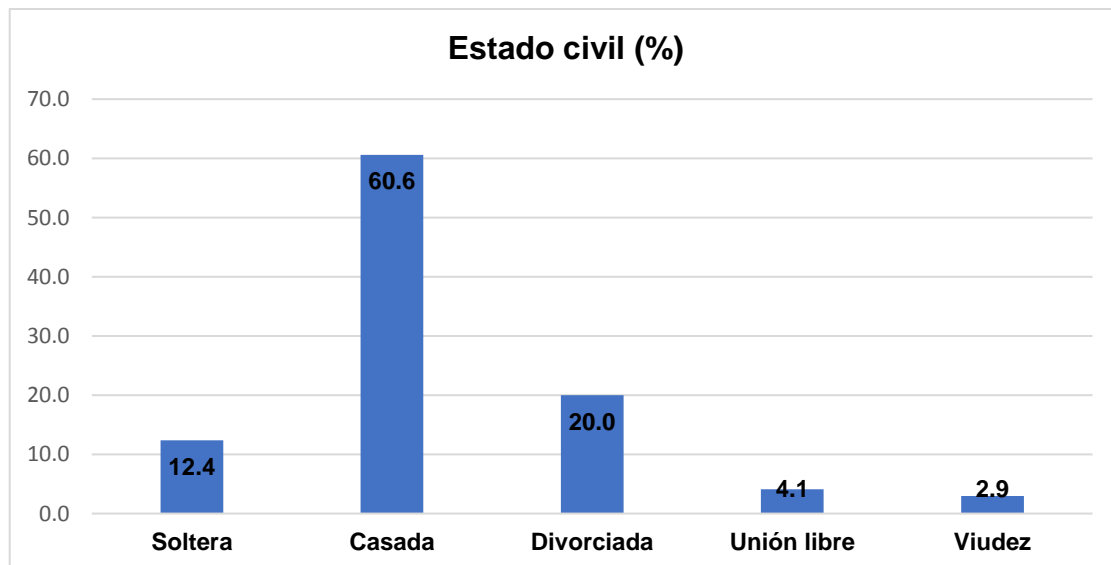
Tabla 2. Estado civil de las participantes

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	21	12.4
Casada	103	60.6
Divorciada	34	20.0
Unión libre	7	4.1
Viudez	5	2.9
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta

%. Porcentaje

Gráfico 2. Estado civil de las participantes



Fuente: Encuesta

%. Porcentaje

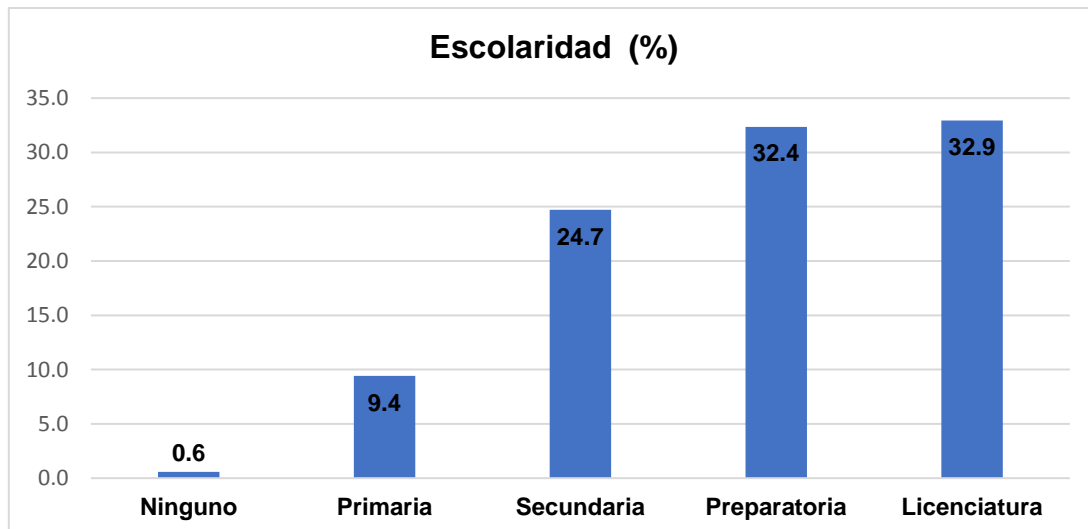
En el rubro de escolaridad con estudios de Licenciatura se encontró el 32.9 % (56) pacientes y el 0.6% con ninguna escolaridad (1) pacientes. Tabla 3. Gráfico 3.

Tabla 3. Escolaridad de las participantes

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguno	1	0.6
Primaria	16	9.4
Secundaria	42	24.7
Preparatoria	55	32.4
Licenciatura	56	32.9
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

Gráfico 3. Escolaridad de las participantes



Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

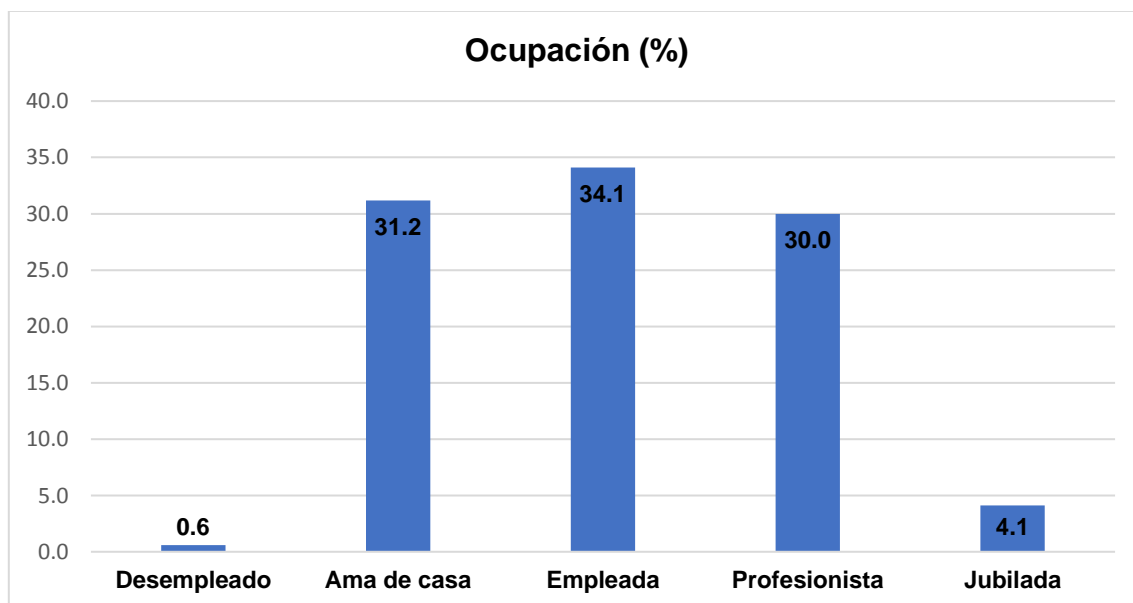
Con respecto a la relación que guarda con la ocupación, se encontró un 34.1% se desempeñan como empleadas (58) pacientes y 0.6% desempleadas (1) pacientes. Tabla 4. Gráfico 4.

Tabla 4. Ocupación de las participantes.

Ocupación	Frecuencia	%
Desempleado	1	0.6
Ama de casa	53	31.2
Empleada	58	34.1
Profesionista	51	30.0
Jubilada	7	4.1
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

Gráfico 4. Ocupación de las participantes



Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

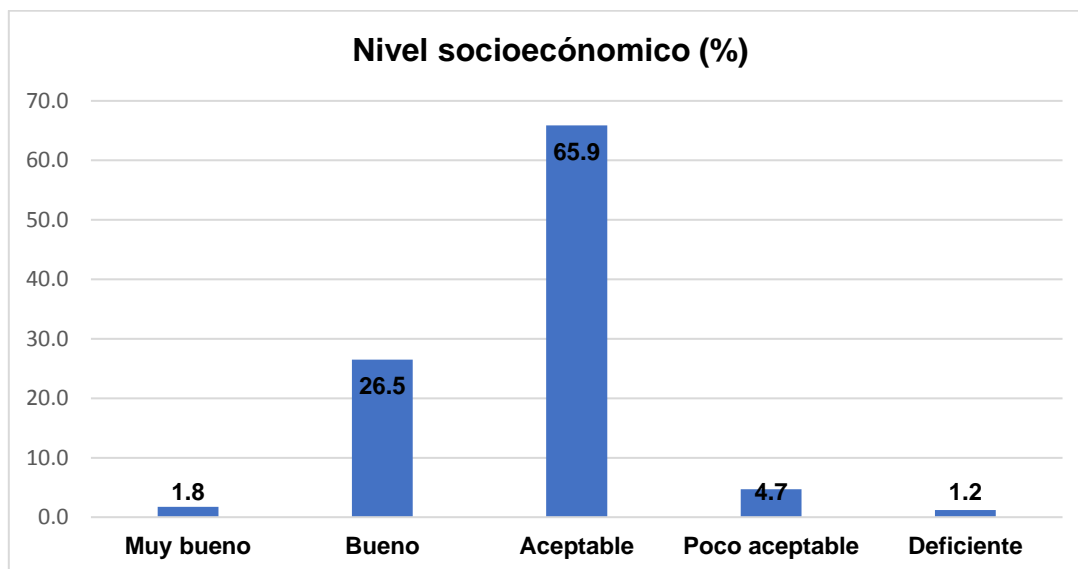
Respecto del nivel socioeconómico de los participantes se encontró que el 65.9 % lo reportó como aceptable (112) pacientes y el 1.2% como deficiente (2) paciente. Tabla 5. Gráfico 5.

Tabla 5. Nivel socioeconómico de las participantes

Nivel socioeconómico	Frecuencia	%
Muy bueno	3	1.8
Bueno	45	26.5
Aceptable	112	65.9
Poco aceptable	8	4.7
Deficiente	2	1.2
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta
%. Porcentaje

Gráfico 5. Nivel socioeconómico de las participantes



Fuente: Encuesta
%. Porcentaje

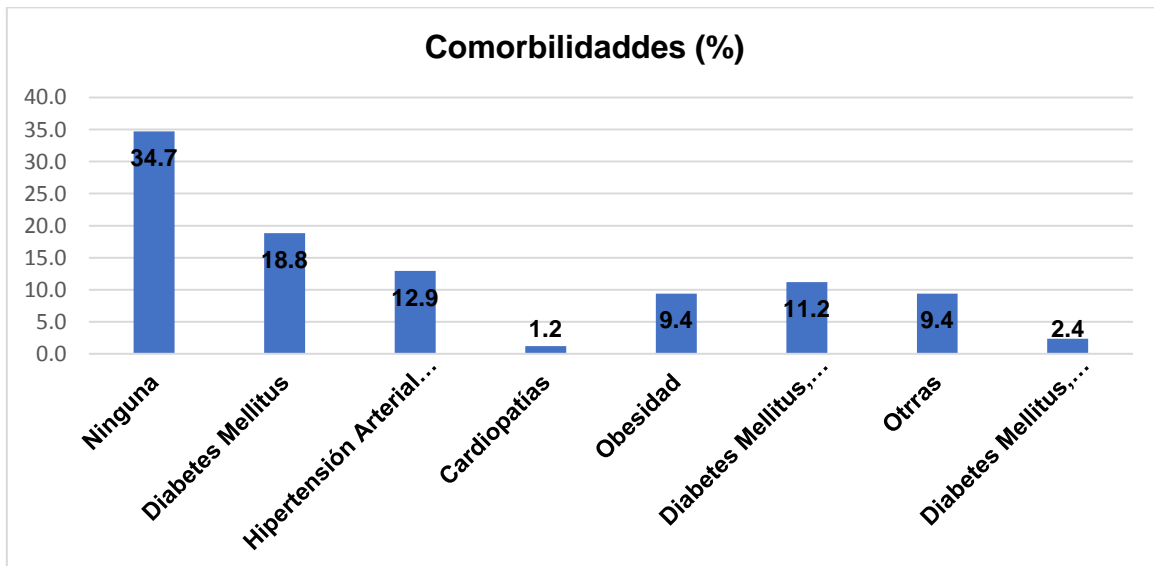
Se observaron las siguientes comorbilidades: Diabetes tipo 2 hasta un 18.8% (32) pacientes. Con cardiopatías el 1.2% (2) pacientes, sin embargo, también se observaron pacientes sin comorbilidades en un 34.7% (59) pacientes. Tabla 6. Gráfico 6.

Tabla 6. Comorbilidades de las participantes

Comorbilidades	Frecuencia	%
Ninguna	59	34.7
DM	32	18.8
HAS	22	12.9
Cardiopatías	2	1.2
Obesidad	16	9.4
Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad	19	11.2
Otras	16	9.4
Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatías	4	2.4
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

Tabla 6. Comorbilidades de las participantes



Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

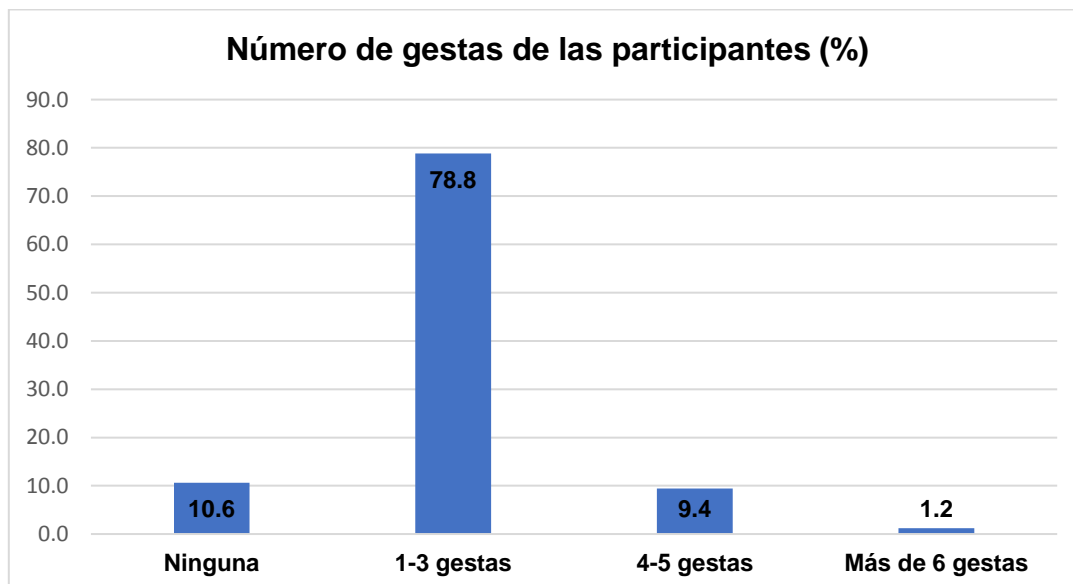
En cuanto al número de gestas se observó que el 78.8% reportó de 1-3 gestas (134) participantes y 1.2% (2) participantes con más de seis gestas. Tabla 7. Gráfico 7.

Tabla 7. Número de gestas de las participantes.

Número de gestas	Frecuencia	%
Ninguna	18	10.6
1-3 gestas	134	78.8
4-5 gestas	16	9.4
Más de 6 gestas	2	1.2
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

Gráfico 7. Número de gestas de las participantes



Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

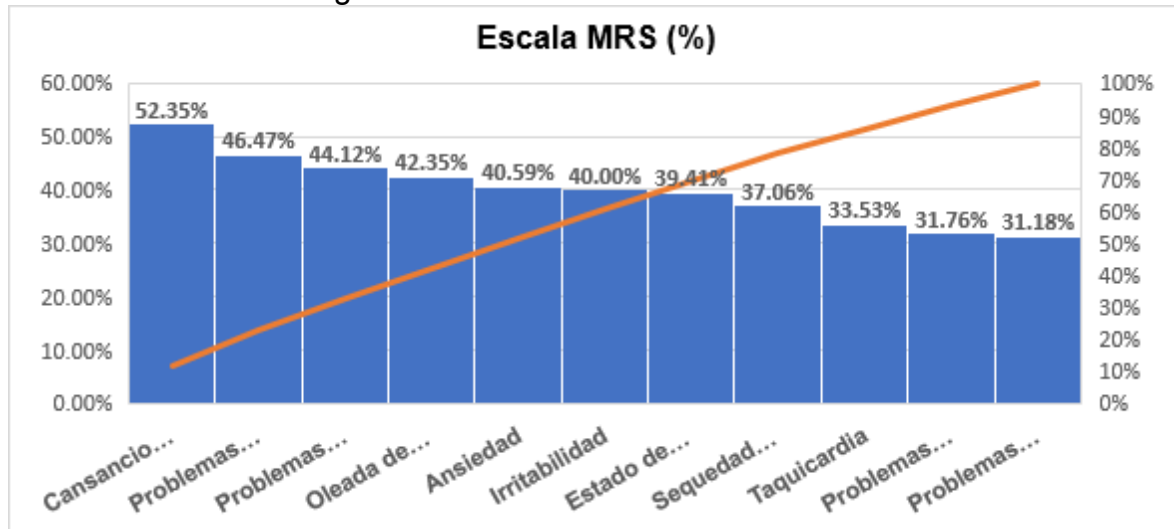
De acuerdo a la Escala MRS la sintomatología que ha predominado en este estudio es cansancio físico y mental 52.35% (89) pacientes, siendo el menos frecuente problema sexuales 31.18% (53) pacientes. Ver tabla 8. Gráfico 8.

Tabla 8. Sintomatología de acuerdo a MRS

No.	Síntomas	Pacientes (n= 170)	%
1	Oleada de calor	72	42.35
2	Taquicardia	57	33.53
3	Problemas de sueño	75	44.12
4	Estado de ánimo depresivo	67	39.41
5	Irritabilidad	68	40.00
6	Ansiedad	69	40.59
7	Cansancio físico y mental	89	52.35
8	Problemas sexuales	53	31.18
9	Problemas de vejiga	54	31.76
10	Sequedad vaginal	63	37.06
11	Problemas músculo/ articulares	79	46.47

Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

Gráfico 8. Sintomatología de acuerdo a MRS



Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

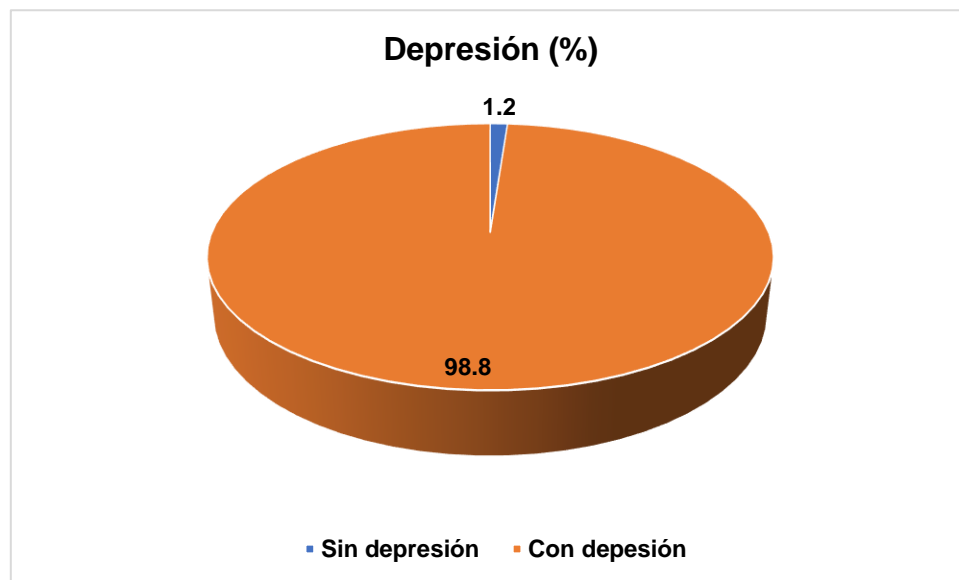
Respecto al objetivo principal del estudio se encontró que el 98.8% (168) pacientes presentaron depresión, no así el 1.2% (2) pacientes. Observando una prevalencia del 98.8% de depresión en pacientes menopaúsicas. Tabla 9. Gráfico 9.

Tabla 9. Presencia o ausencia de depresión en las participantes.

Depresión	Frecuencia	%
Sin depresión	2	1.2
Con depresión	168	98.8
Total	170	100.0

Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

Tabla 9. Presencia o ausencia de depresión en las participantes.



Fuente: Encuesta
%: Porcentaje

11. DISCUSIÓN

En este proyecto de investigación la prevalencia encontrada de depresión en pacientes menopáusicas es del 98.8%, cabe hacer mención que contemplamos a voluntarias tanto menopausicas como postmenopaucias. Este dato difiere de lo reportado en la literatura como lo hallado por Carranza Lira quien en su estudio reporta en pacientes pre menopáusicas una prevalencia del 32% y el 48% en postmenopáusicas, y la diferencia podría deberse a el instrumento utilizado y a que solo contempló a voluntarias en estado postmenopáusico.

12. CONCLUSIONES

En nuestro estudio, fue relevante el hallar una alta prevalencia de depresión, lo que no hace pensar que puede deberse al paso de la pandemia de COVID 19.

Concluyendo no sólo que la menopausia sí es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, además se deberá poner atención en la detección oportuna, captarlas y adecuadamente referenciarlas a especialidad, buscando como objetivo mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Así mismo que el presente trabajo puede ser el preámbulo para trabajos futuros que ayuden a determinar si por sí sola la menopausia es causa de este trastorno afectivo, o si el período post pandemia ha incrementado el porcentaje obtenido.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Botell. ML. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001;17(2):206–8.
2. Matzumura-kasano JP, Alamo-palomino IJ. Climaterio y la menopausia en el primer nivel. *Revista Facultad de Medicina Humana*. 2020;20(4):560–7.
3. Saeed Elsayed F, Mohammed Ahmed F, Saad Moustafa S, Abdallah Shams Eldin F. Correlation between Menopausal symptoms, Depressive Symptoms and Marital Satisfaction among Menopausal Women. *Revista Internacional Egipcia de Ciencias e Investigación de Enfermería*. 2023;3(2):419–37.
4. Alcocer Varela J. Secretaría de Salud México. *Boletín Epidemiológico. SINAVE Sist. Único Inf.* 2023;2–68.
5. Torres Jiménez PA, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM*. 2018;61(2):51–8.
6. Guerrero Hines C, et al. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. *Revista Medica Sinergia*. 2023; 8.
7. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Joyce T, Freeman EW, Athappilly G, et al. Consenso.
8. Castro AM, Paternina. Utilidad del menopause rating scale (MRS) en indígenas colombianas en climaterio. *DUAZARY*. 2017;(January):1–9.
9. Bravo E, Narciso P, Rodríguez Á, Amalia C, Cabrera B, Rodríguez D. Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. *Revista Medisur*. 2019;17(5):719–27.
10. Bocchino S. Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Revista Psiquiatría Uruguay*. 2005;70(1):66-79. 2005;70(1):66–79.
11. Glavic SB. Menopause Rating Scale (MRS) asocian con mayor riesgo de

- Depresión Mayor. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2019;84(4):258–61.
12. Alblooshi S. Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australas Psychiatry*. 2023;31(2):165–73.
 13. Gębka NM, Głogowska-Szeląg J, Gębka. D, Adamczyk J. Etiology, symptoms and treatment of peri-menopausal depression. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*. 2023;1–4.
 14. Jadresic ME. Climaterio: depresión y alteraciones del ánimo. *Revista Médica Clínica Condes* 2009;(3):61–5.
 15. Laines Félix GA, González Javier FP, Magaña Pérez R. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco. *Multidiscip Heal Res*. 2020;5(1):1–10.
 16. Adhanm GT. Barnosa DSJ. OPS / OMS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. OMS /OPS. 2017;1–24.
 17. Meléndez B. Armando J, Bustinzar PA, Vega D. Ivonne R. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*. 2017;8(2):123–30.
 18. Carranza-Lira S, Palacios-Ramirez M. Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. Vol. 56, *Revista Médica IMSS*. 2019. p. 533–6.
 19. Villanueva. DLZ. Terapia cognitivo conductual para manejo de ansiedad y depresión en adulto con diabetes e hipertensión. UNAM. 2019;17–270.
 20. Farrugia G. Mayo Clinic. Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género. Mayo Clinic. 2019;1–8.
 21. Llango Lema KE, Céspedes Cueva JC. Calidad de vida de mujeres en etapa de menopausia. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022;2(78):1–9.

22. Gomezpedroza R.J. COMEGO. Climaterio y menopausia. GPC. COMEGO. 2014;1–32.
23. Azizi M, Fooladi E, Abdollahi F, Elyasi F. Biopsychosocial Risk Factors of Depression in the Menopausal Transition: A Narrative Review. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2018;12(4):1–13.
24. Dorador-González. M-L, Orozco-Calderón G. Síntomas Psicológicos en la Transición Menopáusica. Revista de Chile Obstetricia y Ginecología, 2018;1–7.
25. Lee S, Jeong S, Choi Y. Effects of Psychological Well-Being and Depression on Menopausal Symptoms in Middle-Aged South Korean Women and the Necessity of Exercise. J Environ Public Health. 2022;1–8.
26. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. CONAMED. 1989;1–4.
27. López G. A. Diario Oficial de la Federación. LEY GENERAL DE SALUD. DOF. 2017;1–286.

14. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



Anexo 4. Carta de consentimiento informado



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

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: _____

Número de registro institucional: _____

Justificación y objetivo del estudio: _____

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: _____

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 y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador

Responsable: _____

Colaboradores: _____

Firma del participante

Testigo 1

Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Buenos días soy su Médico Familiar por hoy mi nombre es _____, los cuestionarios, son de preguntas fáciles, puede tachar la respuesta que considere conveniente. Si requiere ayuda no dude en decírmelo, estoy para servirle.

No. de Folio	
1= Edad ¿Cuántos años tiene usted?	1. Años
2= Escolaridad ¿Hasta qué año de escuela estudió?	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
3= Ocupación ¿En que trabaja usted?	1. Desempleada 2. Ama de casa 3. Empleada 4. Profesionista 5. Jubilada
4= Estado civil ¿Cuál es su estado civil?	1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Unión libre 5. Viudez
5= Nivel socio- económico ¿Cómo considera su nivel socioeconómico?	1. Muy bueno 2. Bueno 3. Aceptable 4. Poco aceptable 5. Deficiente
6= Gestas ¿Cuántos embarazos ha tenido?	1= Ninguno 2= 1-3 gestas 3= 4-5 gestas 4= 6 y más gestas.
7= Comorbilidades ¿Qué enfermedades padece usted?	0= Ninguna 1= Diabetes mellitus 2= Hipertensión arterial 3= Neoplasias 4= Cardiopatías 5= Otras

Anexo 3. Escala de calificación de la menopausia (MRS)

Ítems	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	Muy severo 4	Total
1. Oleadas de calor						
2. Taquicardia						
3. Problemas de sueño						
4. Estado de ánimo depresivo						
5. Irritabilidad						
6. Ansiedad						
7. Cansancio físico y mental						
8. Problemas sexuales						
9. Problemas de vejiga						
10. Sequedad vaginal						
11. Problemas musculo/articulares						

Dimensiones

Somático-vegetativa Ítems 1,2,3 y 11	Psicológica Ítems 4,5,6 y 7	Urogenital Ítems 8,9 y 10
---	--------------------------------	------------------------------

Anexo 4. Escala HAD

Este cuestionario se diseñó para saber cómo se siente usted. Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que más se parezca a cómo se sintió la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde sin pensarlo tanto, sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto de lo que antes me gusta.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

4. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- Todos los días

8. Me siento como si cada día estuviera más lento/a.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

10. He perdido interés en mi aspecto personal.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

11. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

12. Me siento optimista respecto al futuro.

- Todos los días

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

6. Me siento alegre.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

7. Puedo estar sentado/a confortablemente y sentirme relajado/a.

- Todos los días
- Muchas veces

- A veces
- Nunca

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

13. Tengo sentimientos repentinos de pánico.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

14. Me divierto con un buen libro, una serie, un programa de tv o una película.

- Todos los días
- Muchas veces

- A veces
- Nunca

Puntuación: A mayor puntaje mayor grado de depresión.

Calificación: < 6 Sin depresión

>7 con depresión.