

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
Unidad de Medicina Familiar No. 33
"EL ROSARIO".**

**FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES
CLIMATERICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33
" EL ROSARIO"**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SONIA ASUNCIÓN HERRERA NIETO.

ASESOR: Dr. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE INVESTIGACIÓN Y
ENSEÑANZA U.M.F. NO. 33.



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. Rodolfo Arvizú Iglesias

Coordinador clínico de Educación
E investigación en Salud U.M.F No. 33
Asesor de Tesis

Dra. Mónica Enríquez Neri

Profesora Titular del Curso de Especialización
En Medicina Familia, U.M.F No. 33

Dra. Ma. Carmen Morelos Cervantes

Profesora Adjunta del Curso de especialización
En Medicina Familiar U.M.F No. 33

Dra. Sonia Asunción Herrera Nieto.

Agradecimientos.

A MIS PADRES.

Les agradezco los esfuerzos y sacrificios,
Brindándome siempre cariño y apoyo
Cuando lo necesite. Deseo que mi triunfo
Profesional lo sientan como suyo. **Los amo.**

TITO.

Quien llego a iluminar mi vida,
Con su amor y comprensión,
Y a decidió caminar a mi lado,
Gracias amor.

A SAUL, SILVIO, ROX, GUS
EVA Y YEINI MIS HERMANOS.

Gracias por su apoyo incondicional,
su paciencia y sobre todo por sus porras.
Gracias por ser parte de mi familia.

A MIS PROFESORES

Gracias por sus enseñanzas y su tiempo.

INDICE

	Página
TITULO.....	5
MARCO TEORICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	22
MATERIAL Y METODOS.....	23
VARIABLES.....	25
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	27
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	28
RESULTADOS.....	31
CUADROS Y GRAFICAS.....	32
ANALISIS DE RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES.....	40
ANEXOS.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	47

**FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES
CLIMATERICAS DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33 “
EL ROSARIO”**

FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES CLIMATERICAS DE LA UMF. 33. “EL ROSARIO”

MARCO TEORICO.

En el mundo existen actualmente 470 millones de mujeres mayores de 50 años, edad en que la mujer atraviesa históricamente su etapa climaterica. Apenas hace 50 años, esa edad era el promedio de vida en los países desarrollados. Hoy con los avances científicos producidos en el transcurso del presente siglo, el ser humano ha aumentado su promedio de vida en aproximadamente 50 años, con variaciones de acuerdo al sexo y asientos poblaciones en distintas áreas geográficas. La ciencia médica actual se ha propuesto como uno de sus objetivos principales mejorar la calidad de vida, dedicándole la mayor parte de sus investigaciones. (1,2)

En el sexo femenino la expectativa de vida alcanza a los 80 años en los países desarrollados. En cambio la edad de la menopausia no se ha modificado y la mujer vive más de 30 años en premenopausia y postmenopausia. En consecuencia como resultado de la prolongación de la vida, se ha incrementado la problemática de las patologías relacionadas con la edad, como las metabólicas, cardiovasculares, cerebros vasculares, depresión, la osteoporosis y otras. (1,3)

El climaterio femenino es una etapa que se inicia alrededor de los 45 años y finaliza aproximadamente a los 60 años, luego de la cual comienza la senectud. Si bien hasta pocos años atrás este período se consideraba normal y sin trascendencia, constituye en realidad una de las crisis más significativas que debe enfrentar la mujer durante su vida, que la afectan en los aspectos: biológico; sexológico, psicológico y sociocultural. (1)

a. Aspectos históricos:

Las primeras menciones sobre la mujer en la etapa de la postmenopausia, se hallan en el libro del Génesis y en el pasaje de la historia de Abraham y Sara, quienes reciben la visita de tres ángeles que le prometen la posibilidad de recuperar la fertilidad perdida, ya que la estéril Sara es vieja y postmenopáusica. Ella se alegra al asociar este hecho con el placer sexual. La voluntad divina, le confiere la capacidad de engendrar un nuevo hijo de Abraham.

Aquí se destaca el carácter de lo sobrenatural del trato entre Dios, Abraham y Sara, que serán así los padres espirituales de toda una humanidad. La procreación posterior al climaterio señala la presencia de un vehículo moral entre Dios y los

hombres más allá de la naturaleza. María Caterina Jacobelli, en su libro el "Risus Paschalis" y el fundamento teológico del placer sexual, ha estudiado las raíces históricas y antropológicas de la felicidad a través del goce sexual. La experiencia milagrosa de Sara es el ejemplo más antiguo. Episodios similares reaparecen en el texto Bíblico en varias ocasiones. El antiguo mundo Greco-romano no hace referencias sobre el tema. (1)

El Corpus Hipocraticum se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalada durante la etapa fértil. Recién en el Papiro egipcio de Ebers de la Dinastía XVIII (1.400 a.c.), en el fragmento 833, se hace referencia precisa a la menopausia y a las sensaciones de calor comparables a las tuforadas o sofocos. La civilización pagana, relacionó la menopausia con la espiritualidad, similar a la tradición hebrea y judeocristiana. Con respecto a Sócrates escribió Platón el gran diálogo "El Banquete", que dedicó a las teorías sobre el amor expuestas por Sócrates, donde habla sobre el impulso erótico y confiesa que todo lo que sabía del amor lo había aprendido de Diótima, la sabia nacida en Mantinea, quien era una mujer menopáusica como Sara y la madre de Juan el Bautista. Durante la Edad Media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas. Se menciona en general a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años (1)

Las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer menopausia. Por ejemplo las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podía llegar a ser mayor o igual a la de un soldado, pero si ésta era postmenopáusica, la suma disminuía hasta hacerse casi nula. En el siglo XVI, la influencia de las pestes, los períodos de sequía y las guerras, favorecieron el desarrollo del concepto de una menopausia relacionada con lo maléfico. A partir del siglo XIV la mujer postmenopáusica, pasó a ser considerada, la imagen de lo marchito y la decrepitud. La poesía francesa fue despiadada en la descripción de los cambios corporales de la mujer, sobre todo con los órganos relacionados con la procreación. Así lo hicieron en el siglo XIV, Jean Le Fevre, en su retrato de "La Bella de antaño" y en el siglo XV Deschamps en el "Lamento de una vieja sobre asuntos de la juventud". En 1460, Francois Villon, realizó una comparación lacerante entre la belle Heaumiere de "otrotra" y la menopáusica de "ahora". Las expresiones de la pintura renacentista, realizadas por Leonardo, procuraban representar el paso del tiempo; Giogione con su "Laura la Vieja"; y Quintin Metsys con "La Duquesa fea", ilustraron a la mujer menopáusica y al hombre en la vejez. En la "Muerte de Adán", fresco que Piero della Francesco, realizó en la iglesia de San Francisco de Arezzo, el anciano conserva sus proporciones corporales, en cambio Eva evidencia el paso del tiempo, con sus pechos flácidos y la presencia de una giba seguramente osteoporótica. Todas las descripciones tanto literarias como pictóricas de fines de la Edad Media y el Renacimiento identificaron a la mujer

menopáusica con el aspecto claro de la bruja. Se le atribuyó a la mujer "vieja" propiedades maléficas, por lo que era odiada, y al mismo tiempo respetada y consultada por el saber acumulado a través de los años, sobre enfermedades, amores, remedios, pócimas y venenos. Un ejemplo de ello se refleja en la Celestina de la literatura española y la vieja Cañizares de "El Coloquio de los Perros" de Cervantes. (1)

La persecución en contra de las viejas postmenopáusicas brujas, recién concluyó después de un siglo. En 1776 el inglés Fotherhill, sugiere que el retiro de la menstruación podría ser de origen iatrogénico. En 1816 y 1821, De Gardanne, identifica por primera vez en forma científica con el término "Menopausia", el momento del cese menstrual. Si bien estas referencias históricas aportan escasos datos sobre los síntomas y demás aspectos del período postmenopáusico, tienen el valor de contribuir a vislumbrar y enriquecer su significado histórico-antropológico.(1)

b. Aspectos antropológicos y socioculturales:

La concepción antropológica del climaterio, se halla estrechamente relacionada con el rol asignado a la mujer en cada sociedad, en el que influyen directamente los valores culturales de sus comunidades. Hasta hace pocos años, la función primordial era la procreación, rol histórico desempeñado por la mujer. Desde el punto de vista antropológico, no sólo importa la procreación, sino la mujer como persona capaz y figura central de su hogar. Los valores culturales definen las enfermedades biológicas. Según una teoría británica "la cultura siempre determina la naturaleza de la enfermedad". En muchos países asiáticos y ciertas comunidades de la India, el finalizar la etapa reproductiva, significa un logro, mayor status social y se destacan sus valores. Se reconoce a la mujer como "libre y sabia". En cambio en la cultura occidental la tendencia es denigrar a la mujer que ha dejado de ser fértil, destacando los valores de la juventud. La Dra. Marcha Flint, profesora de antropología de la Universidad de Montclair, Nueva Jersey, sostiene que existe una estrecha relación entre cultura y biología, y afirma que "lo cultural se impone a lo biológico y a la inversa". En realidad todas las mujeres experimentan en mayor o menor grado los fenómenos climatéricos, pero la medida en que las mujeres son conscientes o expresan éstos "síntomas" está definido culturalmente. En el idioma japonés la palabra "sofocos" no tiene traducción. Monique J. Boujet, investigadora y directora de la International Menopause Society, dirigió recientemente para la International Health Foundation (IHF) un trabajo de campo sobre el climaterio en siete países asiáticos y concluye en su investigación que el nivel socioeconómico de una mujer es un determinante más importante de su experiencia del climaterio que su país de residencia y afirma que "son cada vez más numerosas las mujeres que

trabajan en todo el mundo, por lo que el impacto del nivel socioeconómico es cada vez mayor". Si bien para las mujeres de distintos pueblos en el noreste de Tailandia, la menopausia es considerada como un evento natural de la vida, la Dra. Kobchitt Limpaphayom, profesora de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Chulalongkok, afirma que en este país cada vez son más numerosas las mujeres que quieren seguir siendo "jóvenes" en lo que se refiere a mantener su capacidad. En la actualidad una mujer a los 60 años es aún joven, en su aspecto, actitud frente a la vida, actividades socioculturales y laborales. (4)

A continuación del climaterio, se instala la etapa de la senectud, dentro de la cual se pueden considerar 3 sub-etapas:

- I. Entre los 60 y 70 años, la mujer se halla aún en plenitud biológica y psicosocial, desarrollando diferentes actividades en el ámbito familiar y laboral. Puede ser en muchos casos un punto de referencia importante para las generaciones posteriores.
- II. A partir de los 70 años, la actividad disminuye y su accionar en la sociedad y dentro del marco familiar, depende de su estado de salud psicofísica. depende de su estado de salud psicofísica.
- III. -En los últimos años, la mujer senil desarrolla una actividad muy disminuida y limitada al seno familiar. Los problemas biológicos le provocan incapacidades, que muchas veces la marginan y hasta se la recluyen en los llamados "hogares geriátricos", que no son más que centros de atención básica y de reclusión que carecen de los cuidados y afectos que necesita, que la gratifican y estimulan, y que sólo el medio familiar puede brindarle.

El ser humano en general y en particular la mujer en la etapa climatérica y la senectud, requiere una atención médica que contemple su condición esencial de "persona", su integridad biopsicosocial. Sólo la medicina antropológica o medicina del "hombre" puede cubrir estos aspectos. El médico debe seguir los lineamientos de la medicina antropológica, o sea aplicar el conocimiento de las ciencias al servicio del ser humano, considerándolo como una **Unidad** "mente cuerpo" en toda su integridad "la persona". Debe estudiarlo para conocerlo, comprenderlo y brindarle el mejor servicio, y el docente debe transmitir y enseñar estos principios. En la etapa actual de la humanidad es el modelo médico que permite el ejercicio de la profesión, de acuerdo con las normas de la ética, basadas fundamentalmente en el amor y respeto al prójimo. Se debe enfocar el diagnóstico y tratamiento de la persona en forma integral u holística, somática y psicosocial, complementando la medicina científica natural positivista y experimental, con la medicina socio-psicosomática. Con ello se logra realizar una medicina antropológica o medicina de la persona, integral e individual de alta calidad. Las mujeres son **personas**, una

unidad que incluye el yo corporal, biológico, psíquico, racional y moral, cuya conducta tiende a la realización de sus propios valores e inquietudes. "Como médicos tenemos la sensibilidad para captar, comprender y responder a lo múltiples mensajes de lo humano". (1)

Aspectos biológicos:

El aspecto biológico es el parámetro fundamental para definir la etapa climatérica. El Climaterio no constituye en si mismo una enfermedad, pero el deterioro progresivo que origina la deficiencia estrogénica a nivel vascular y óseo, pueden afectar la capacidad funcional de la mujer y en consecuencia el logro de sus objetivos, hecho que han llevado a considerarlo como tal. En los últimos años el Climaterio ha pasado de ser un simple período fisiológico de la vida femenina, a ser considerado como un hecho trascendente, una crisis vital y por muchos una verdadera endocrinopatía. (1,5)

Con el aumento del promedio de vida que actualmente alcanza los 80 años en la mujer, el tiempo de postmenopausia se ha prolongado notablemente, tanto que debe transitar más de un tercio de su vida en esa condición, entonces surge la necesidad de asistirle, guiarla y tratarla adecuadamente.(4) Al mismo tiempo en este período comienza a aumentar la frecuencia de la patología neoplásica y con ella el temor al cáncer y a las intervenciones mutilantes, aspectos que deben ser detenidamente analizados por el médico que ante estas dudas debe asumir además otra responsabilidad, la de aconsejar a la paciente comprometiéndose en forma ineludible con la prevención y el tratamiento de las diferentes patologías que se asocian o aumentan su frecuencia de aparición durante el climaterio o en etapas posteriores.(1)

Las dislipidemias favorecen la aterosclerosis, y el incremento de las enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y el infarto agudo de miocardio (IAM). En los EE.UU. alrededor del 50% de las mujeres mayores de 60 años fallecen anualmente por estos motivos. (1)

Una de las preocupaciones que más motivan la consulta al ginecólogo, es el temor a la osteoporosis, enfermedad silenciosa, asintomático, que se manifiesta por lo general luego de 10 años de ocurrida la menopausia, en forma de fracturas espontáneas de vértebras y cadera, con deformaciones y dolor, que dan origen a una incapacidad funcional, la mayoría de las veces definitiva. La prevalencia de esta patología se relaciona con factores geográficos y con las variaciones epidemiológicas de los diferentes países poblaciones e individuos: hereditarios, constitucionales, hormonales, alimentarias, etc.

Las mujeres longilíneas delgadas, las que tienen antecedentes familiares, las que tuvieron una alimentación deficiente o las que presentaron una menopausia precoz (idiopática o quirúrgica) tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. En Argentina la alimentación láctea y proteica es todavía aceptable y la osteoporosis tiene una baja incidencia en la mayoría de las poblaciones. Esto no ocurre en otros países de América y Europa donde la prevalencia de fracturas espontáneas atribuibles a disminución de la masa ósea, como por ejemplo en las mujeres Danesas de más de 70 años es mayor del 40%. Lo más importante en este aspecto es realizar la prevención.

Hoy en día, ya se recomienda realizarla desde la niñez temprana y en la adolescencia, etapa donde el crecimiento y desarrollo de la arquitectura ósea es fundamental para el futuro. ^(1,2) El gran avance del conocimiento científico en general y de las ciencias médicas en particular, en las últimas décadas, ha producido importantes cambios socioculturales a nivel mundial. Todas las disciplinas están involucradas, no sólo las biomédicas, sino también las empresas relacionadas con la alimentación, la investigación de nuevos productos y drogas que se adecuan la prevención y tratamiento individual de las pacientes climatéricas y seniles.

Las alteraciones vasculares que se producen a nivel arteriolar en el sistema nervioso central, son causa de procesos degenerativos, depresión, falta de memoria, disminución de la atención y posiblemente habría una relación, aún en estudio con la enfermedad de Alzheimer.

Las principales modificaciones a nivel de la piel, mucosas y del tejido conectivo y muscular, son causadas por atrofia epitelial, disminución de la secreción glandular, pérdida del colágeno, fibras elásticas y atrofia muscular.

Se define como menopausia al cese de la menstruación por más de un año. Climaterio es un periodo fisiológico en la vida de la mujer que esta causando por lo cambios hormonales involutivos del ovario. La función ovárica cesa de una manera progresiva y paulatina, se produce un déficit de hormonas sexuales (estrógenos y progestagenos) y aparecen un aserie de síntomas que son variables de una mujer a otra, siendo apenas perceptibles en unos casos y considerablemente importantes en otros afectado en mayor o menor grado su bienestar físico y psíquico. ⁽⁶⁾

De forma habitual, para definir esta etapa se utilizan indistintamente términos como menopausia y climaterio sin embargo El comité Científico de la OMS aconseja las siguientes definiciones terminológicas:

El climaterio del griego Klimakteer (escalón cambio drástico) esta se produce por el cese de la función ovárica, con brusca reducción de la producción estrogénica.

Aunque se ha definido la menopausia como un fenómeno puntual relacionado con el cese de la función ovárica este es un proceso progresivo que se inicia mucho antes de que se evidencie manifestaciones clínicas. Así podemos establecer una serie de periodos caracterizados por.

CLIMATERIO.

Es la fase en el proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva y es el periodo durante el cual tiene lugar la Menopausia. En consecuencia, las manifestaciones clínicas propias de este periodo deben describirse como síntomas o molestias climatéricas y nunca como "menopáusicas". (6)

Perimenopausia o climaterio. Es un termino que abarca desde el periodo inmediatamente anterior a la menopausia, cuando comienza las manifestaciones, endocrinas biológicas y clínicas orientativas de que se aproxima la menopausia y dura como mínimo hasta el año siguiente a la menopausia. Es un concepto que abarca la transición de la edad fértil a la no fértil.

Otras definiciones terminológicas a tener en cuenta son.

Menopausia

Es la suspensión definitiva de la menstruación. Generalmente sólo se define retrospectivamente, interrogando a la mujer acerca de la fecha de su último periodo menstrual. Puede sospecharse su ocurrencia cuando han transcurrido seis a 12 meses desde la última menstruación, en ausencia de otros factores que pueden provocar amenorrea secundaria.

Menopausia fisiológica. Es la suspensión definitiva de la menstruación producto del proceso natural de envejecimiento ovárico, con la consecuente pérdida de la función hormonal cíclica, lo cual por lo general tiene lugar a los 50 años.

Una variante normal esta constituida por la menopausia prematura, la cual consiste en la suspensión definitiva y espontánea de la menstruación a los 40 años. (5,6)

Menopausia artificial. Es el cese de la menstruación, producto de la suspensión permanente de la función ovárica originada por extirpación quirúrgica de ambos órganos. (6)

Menopausia precoz. La que ocurre antes de los 45 años.

Menopausia tardía. La que ocurre después de los 55 años.

PREMENOPAUSIA.

Ciclos regulares y acortados a expensas de la fase folicular que se produce alrededor de los 40 años. Cambios endocrinos iniciándose un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH) primero en la fase folicular temprana y posterior a los cargo de la fase folicular. La hormona luteinizante (LH) aumenta en fase mas próxima a la menopausia, no existe todavía una afectación del nivel de estrógenos pero si comienza a disminuir los producidos de los ovarios como la inhibina. (5,6)

PERIMENOPAUSIA.

Desciende el numero de ciclos ovulares que hacen regular, alternando ciclos ovulatorios con otros anovulatorios. Hay aumento de gonadotrofinas, persistiendo más alta la FSH que LH.

Los niveles de estrógenos son muy variables. La inhibina va descendiendo en esta etapa y se puede considerar como un de los marcadores mas fiables de numero de folículos restantes.(6)

POSTMENOPAUSIA.

No hay producción hormonal por parte de los folículos por lo que los niveles de estradiol y progesterona son casi inapreciables. También disminuye mucho la androstendiona de origen folicular, pero en el estroma ovárico se sigue produciendo la misma cantidad de testosterona y parte de la androstendiona circulante por lo que se modifica el cociente entre estrógeno y progestagenos y pueden manifestarse signos de hirsutismo.

Los niveles de FSH que han ido aumentando en la premenopausia ascienden tras el agotamiento folicular y se estabilizan al año de la postmenopausia La fases previas podía estar elevada su ascenso significativo coincide con el cese de la función ovárica y se estabiliza en los primeros meses tras la menopausia.(6)

Manifestaciones clínicas.

Este déficit estrogenico ocasiona una serie de síntomas y signos a corto, mediano y largo plazo. (6,7) Acorto plazo el hipoestrogenismo va a provocar, alteraciones neurovegetativas como son síntomas vasomotores de sofocos, sudoración, insomnio y parestesias. Esta sintomatología aparece en nuestro medio en el 75% de las mujeres a la tercera parte de ellas les impide realizar una vida normal.

Alteraciones psicológicas. Con disminución del estado animo tendencia a la depresión y pérdida de memoria. (5, 6,7)

A mediano plazo, el hipoestrogenismo se va a reflejar en los órganos y tejidos estrógenos dependientes el mas significativo es, alteraciones en el aparato genito-urinario: El estradiol interviene en la producción de la colágeno por lo fibroblastos a nivel de la piel mucosas y tejido conectivo, además de hueso. Su déficit puede provocar una disminución de la turgencia tisular y resistencia ala tracción. Existen receptores de estrógenos en la vejiga, trigono y uretra así como en los músculos del suelo pélvico y de la vagina, la sintomatología por déficit de estrógenos son: incontinencia de orina, urgencia miccional, infección de vías urinarias de forma repetida, dispareunia por vaginitis atrófica. Estos síntomas más deteriorando en gran medida a la mujer todavía joven y generalmente con responsabilidades sociales. (5,6)

A largo plazo, las consecuencias del hipoestrogenismo van a ser muy importantes para la mujer y con gran repercusión sobre la salud publica, las patología más representativas son, osteoporosis. Enfermedad cardiovascular alteraciones sobre el sistema nerviosos central, con disminución de funciones cognoscitivas y posible relación con enfermedad de Alzheimer. En algunas mujeres con menopausia, la inestabilidad del sistema nervioso autónomo puede ser la causa directa de los trastornos emocionales, muchas mujeres menopausicas y postmenopausicas desarrollan alguna inestabilidad emocional en forma de irritabilidad insomnio. Ataques de llanto, nerviosismo, cefalea etc. (3)

La menopausia tiene a exagerar las tendencias subclínicas neuróticas tales como depresión, ansiedad conducta compulsiva o maniaca ideación esquizoide o paranoide, la melancolía involuntaria .constituye un ejemplo bien conocido de la exageración posmenopáusica de una tendencia de la personalidad depresiva. Considerándose a la depresión como un estado de animo, a un síntoma o aun síndrome, experimentado por el humano en cualquier momento de su vida los sentimientos de tristeza y el desencanto forma parte delas experiencia normal. La depresión se convierte en un síntoma patológico en la virtud de su intensidad, penetración, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico. (8)

La depresión es un desorden común con serias consecuencias sociales reduce con frecuencia la capacidad para el trabajo, disminuye el rendimiento e interfiere con el funcionamiento normal. Así mismo se ha observado la relación que existe entre la depresión y climaterio ya que durante este periodo muchas mujeres sufren de un estado de animo deprimido. (8,9)

Las manifestaciones clínicas de la depresión en el climaterio se derivan de dos componentes. La disminución estrogénica por deficiencia de folículos ováricos que se traducen en alteraciones del ritmo menstrual y los factores psicológicos sociales y culturales que influyen en la depresión durante el climaterio.

Los cambios hormonales, no son totalmente responsables de las alteraciones de salud mental en la mujer quien se vuelve más vulnerable a factores de riesgo, sociales, familiares, de pareja y abuso de sustancias.⁽⁸⁾

Los factores de riesgo para la depresión en el climaterio son.

Factores de riesgo modificables:

1. Abuso de sustancias.
2. Falta de apoyo social.
3. Baja autoestima.
4. Conflictos de o pareja.
5. Perdida de la feminidad
6. Ambiente familiar y psicosocial.
7. Estrés.

Factores de riesgo no modificables.

1. Genero (femenino)
2. Capacidad reproductiva.
3. Edad.
4. Historia personal o familiar de depresión mayor o trastorno bipolar.
5. Recurrentes enfermedades o dolor crónico

El diagnostico de depresión en el climaterio se establece cuando están presentes al menos cinco de los siguientes síntomas por más de 2 semanas.

- a. Insomnio (dificultad para dormir) o hipersomnio (sueño excesivo).
- b. Cambios marcados (incremento o decremento) en el nivel de actividad física o intranquilidad.
- c. Sensación de cansancio o falta de energía casi todos los días.
- d. Incremento o decremento en el apetito casi todos los días resultando en ganancia o pérdida de 5% o más de peso.
- e. Dificultad para pensar, concentrarse, tomar una decisión u olvidos casi diarios.
- f. Sentimiento de culpa casi todos los días. ⁽⁸⁾

Sentimiento de desesperanza en que la vida no vale la pena vivirse y en ocasiones la aparición de ideas suicidas.

Al valorar a una mujer en el climaterio con manifestaciones de depresión no se debe localizar y encasillar el cortejo sintomático, sin haber evaluado antes una serie de factores que estando presentes en el momento del ciclo vital de la mujer hace difícil una adaptación adecuada.

Así pues en una consulta de una mujer con depresión es importante explorar los siguientes aspectos. Cualquier cambio vital reciente. Tensiones como privación, divorcio o problemas de la relación, dificultad para atender a padres en edad avanzada o adolescentes, pérdida de contactos sociales, jubilación, insatisfacción en el estilo de vida, abuso de sustancias y falta de redes de apoyo social. (10)

Clasificándose de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR). (11)

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, también debe experimentar otros cuatro síntomas que incluye cambios en el apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora. Falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa: dificultad para pensar (11,12)

La depresión se clasifica

La depresión es llamada exógena o reactiva en otros no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada endógena.

El DSM IV. Señala varios tipos de depresión bajo la categoría de trastorno de humor.

Depresión mayor. Presencia de dos o más episodios mayores.

CRITERIOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

1. estado de ánimo depresivo mayor la parte del día o se siente triste o vacío).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el poder en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, pérdida o aumento de apetito la mayor parte del día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad de culpa excesivos o inapropiados.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día.
9. pensamientos recurrentes de muerte

CRITERIOS DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR.

Presencia de un único episodio de depresivo mayor.

Distimia:

- A. Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos 2 años
- B. Presencia , mientras esta deprimido , de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 1. perdida o aumento de apetito.
 2. insomnio o hipersomnia.
 3. falta de energía o fatiga.
 4. baja autoestima.
 5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 6. sentimientos o desesperanzas.
- C. Durante el periodo de 2 años criterios A y B durante mas de dos meses.
- D. No ha habido ningún episodio de depresión mayor.
- E. Nunca ha habido episodio maniaco.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como son la esquizofrenia o trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia.
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para trastorno depresivo mayor o distimico ejemplos de estos con trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor.

La depresión tiene etiología multifactorial incluye componentes genéticos, bioquímicas, hormonales, y sociales.

El tratamiento de la depresiones un desafío ya que no radica únicamente en la selección de medicamentos apropiados para un paciente en particular sino también al diagnóstico en una forma tal que sea aceptada por el paciente fomentándose la confianza y cumplimiento terapéutico. La selección de

medicamentos se debe con base a tratamiento eficaz de la depresión también se debe considerar el perfil de efectos adversos cuando se selecciona un antidepresivo. (12)

El cumplimiento se puede mejorar si hay participación de un miembro de la familia con explicación de la función de medicamentos así como ayuda personal y familiar con terapias (conductual, cognoscitiva, interpersonal psicodinamica). (13)

En la década de los noventa se ha incrementado el interés por el conocimiento y estudio de los factores fisiológicos y culturales en las mujeres que se encuentran el proceso hormonal denominado climaterio. (14).

Entre los síntomas psicológicos y emocionales destacan el insomnio, nerviosismo y estrés que llegan a presentarse en las mujeres durante la menopausia. Sin embargo, el más frecuente es la depresión para la DSMIV se caracteriza por un estado de ánimo, la pérdida de intereses placer en todas las actividades durante un periodo mínimo de dos semanas, presentando cambios en el apetito, el peso corporal, en sueño y en la actividad psicomotora, disminución de la energía sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para pensar y encontrarse, tomar la decisión así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación. (15).

Así mismo existen factores de tipo psico-socioculturales que influyen en la depresión. Ya que para Ballinger y cols. (1985) y Mackinlay y colaboradores (1987) señalaron que la etiología de la depresión en la mujer climatérica se basa en los cambios psicológicos y socioculturales por lo que atraviesa durante estos años. Estos cambios incluyen el sentimiento de pérdida de la femineidad, la incapacidad reproductiva, la pérdida o jubilación del empleo, la mala calidad de su vida matrimonial, los sucesos relacionados con reproducción y la función sexual. (15)

En base a la investigación sobre la estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos, en mujeres menopausicas, la escala explora, de acuerdo con el enfoque teórico-racional, 3 respuestas: motora, fisiológica y cognitiva. El instrumento también contiene los rangos necesarios que se consideran que debe tener un instrumento que mida los trastornos depresivos. Lo que indica que la estandarización tiene una adecuada validez y confiabilidad. (16)

Planteamiento del problema.

Diversos estudios demuestran un incremento en los síntomas psicológicos durante el climaterio, con aumento en la demanda de consultas médicas por problemas emocionales y también mayor uso de fármacos psicotrópicos, particularmente tranquilizantes y antidepresivos. Los síntomas psicológicos tienden a presentarse con más frecuencia en el periodo que precede a la menopausia. Debe tenerse presente que si bien algunos de estos síntomas pueden atribuirse a molestias concretas como los bochornos, traducen también la serie de cambios que acompañan este periodo de la vida de la mujer y que están vinculados a problemas conyugales, familiares y laborales propios de la edad. Otro síntoma comúnmente referido por las mujeres que experimentan molestias climatéricas es el insomnio, el cual es habitualmente secundario a los bochornos intensos de predominio nocturno y a la ansiedad producto de los desajustes emocionales y temores propios de este periodo de la vida. La indicación principal no debe ser por lo tanto únicamente la de prevenir los síntomas climatéricos, sino también el reconocimiento, la sintomatología depresiva ya que a menudo se identifican y se tratan los síntomas en lugar de realizar un abordaje completo del síndrome depresivo. Siendo indispensable el enfoque integral de la mujer evaluada desde una perspectiva biopsicosocial, para lo cual deberán reformarse las políticas de salud y ofrecer oportunidades y nuevos programas que promuevan este enfoque para mantener y mejorar la salud femenina en la mediana edad a través de diferentes estrategias, que apunten a disminuir la morbilidad.

PREGUNTA.

¿Cuál es la frecuencia de síndrome depresivo en pacientes climatéricas de la UMF 33?

OBJETIVO GENERAL.

¿Determinar la frecuencia y grado de depresión en el síndrome climatérico en mujeres entre los 40-64 años de la UMF 33 el Rosario?

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

¿Determinar la frecuencia de depresión en el climaterio de la UMF 33 el Rosario?

¿Determinar el grado de depresión en la paciente con climaterio de la UMF 33 el Rosario?

¿Identificar las características sociodemográficas de la paciente con climaterio de la UMF 33 el Rosario?

JUSTIFICACION.

La depresión es una enfermedad grave que se presenta con una prevalencia superior de la hipertensión en el ámbito de la atención primaria, y que tiene un impacto social y sobre la funcionalidad física superior al de enfermos como HAS, Artritis o lumbalgias, la depresión se asocia con una morbilidad significativa y una elevada mortalidad por el suicidio, presentándose a menudo de forma crónica y recurrente.

La enfermedad depresiva comprende un espectro continuo que va desde trastornos relativamente leves hasta alteraciones psicóticas muy graves, incluso en los trastornos leves se ve afectada la función social de los pacientes, precisando un apoyo considerable de su familias, Esta enfermedad tiene un enorme impacto social que por su frecuencia, tiene también una considerable repercusión económica.

El objetivo de este estudio es que a pesar de alta prevalencia, tanto de síntomas depresivos, se considera una enfermedad infradiagnosticada e infratratada, especialmente en atención primaria. Es infradiagnosticada, parte porque aproximadamente la mitad de las pacientes con enfermedades psiquiátricas diagnosticables acuden a medico familiar manifestando sintomatología somática o en su caso de mujeres mayores pensando en un síndrome climaterio sin tomar en cuenta que puede tratarse de un trastorno depresivo, así mismo, se ha observado la relación que existe entre la depresión y climaterio ya que durante este periodo muchas mujeres sufren de un estado de animo deprimido. De tal manera que constituye dentro del medio medico poco interés llevándolo a la corriente tecnicista es vista como alguien que solo acude por terapia sustitutiva hormonal, olvidándose del problema, que muchas veces requiere de la consulta de otras disciplinas, ya que en el síndrome de climaterio , los cambios fisiológicos, como cambios psicológicos y emocionales los cuales comprometen la esfera afectiva pueden presentar una marcada depresión acompañada de un sentimiento de incapacidad e impotencia. Por lo que el medico de un primer nivel desempeña funciones de puerta de entrada al sistema de salud encontrándose por lo tanto en un lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a la prevención.

IV. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

Se realizara ciudad de México en un primer nivel de atención del instituto mexicano del seguro social. Se realizará en mujeres entre 40 a 64 años edad con síndrome climatérico, en la unidad de medicina familiar no. 33 a las cuales se les aplicara una escala de medición de depresión (escala de Beck) * (17) y una ficha de identificación con variables sociodemográficas

***La versión consta de 21 items, donde las puntuaciones medidas correspondientes a las distintas gravedades de depresión son.**

Depresión ausente o mínima: 0-11 puntos.

Depresión leve: 12-18 puntos.

Depresión moderada: 19- 25 puntos.

Depresión grave puntos: 26- 30 puntos

V. DISEÑO DE ESTUDIO. DISEÑO DE ESTUDIO.

Es un estudio Observacional, descriptivo, prolectivo, transversal

Observacional. Es el que, el investigador solo puede describir o medir el fenómeno.

Descriptivo: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables. (Solo cuenta con una población)

Prolectivo: Se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos, se planea a futuro la información se recolecta por cuestionarios diseñados ex profeso.

Transversal: No se hace seguimiento, las variables de resultados son medidas solo una vez, no pretende evaluar la evolución ve las variables.

VI. GRUPO DE ESTUDIO.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Mujeres entre 40-64 años de edad con síndrome climatérico, Pacientes que acuden a consulta externa de la unidad de primer nivel de atención (UMF 33). Dentro del periodo Mayo-Junio del 2006.

CRITERIOS DE INCLUSION.

*Todas las Mujeres de edad entre los 40-64 años de edad con síndrome climatérico, con y sin tratamiento hormonal de sustitución.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- *Mujeres no derechohabientes.
- *Mujeres con tratamiento antidepresivo.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- *Mujeres que no acepten contestar la encuesta a evaluar.
- *Mujeres que no acepten participar al estudio

VI. TAMAÑO DE MUESTRA.

TOTAL DE MUJERES DE 40-44 AÑOS: 4,574
TOTAL DE MUJERES DE 45-49 AÑOS: 4,053
TATAL DE MUJERES DE 50-54 AÑOS: 3,806.
TOTAL DE MUJERES DE 55-59 AÑOS: 4,009.
TOTAL DE MUJERES DE 60-64 AÑOS: 4,095.

TOTAL: 20,537

$$n = \frac{z^2 pq N}{N E^2 + Z^2 pq}$$

Z²= (1.96)².
P=0.5).

q=(0.5).
N=20,537
E2= (0.05).

TAMAÑO DE MUESTRA.

$$\begin{aligned} N &= \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5) (20,537)}{(20,537) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} \\ &= \frac{(3.8416)(0.25)(20,537)}{(20,537)(0.0025) + (0.9604)} \\ &= \frac{19723.734}{52.3029} = 377.10 \end{aligned}$$

MUESTRA: 377.10 MUJERES DERECHOHABIENTES.

VII. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión.

Definición conceptual: Es un trastorno de afecto, donde involucra aspectos emocionales, cognitivos de estilo de vida y de relación con la estructura social.

Definición Operacional. Será medida por la escala de Beck la cual evalúa presencia de depresión y grado de la misma, de la siguiente manera Depresión ausente o mínima: 0-11 puntos, Depresión leve: 12- 18 puntos, Depresión moderada: 19-25 puntos, Depresión grave puntos: 26-30 puntos.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Síndrome Climatérico.

Definición conceptual. Síndrome climatérico es un periodo fisiológico en la vida de la mujer que esta causada por los cambios hormonales involuntarios del ovario, la función ovárica cesa de un manera progresiva y paulatina, se produce

déficit de hormonas sexuales (estrógenos y progestagenos) y aparecen una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal. (Trastornos vasomotores, urogenitales Osteoporosis, síndrome psiquiátrico).

Definición Operacional. Se Realizara en mujeres de 40 a 64 con síndrome climatérico.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Variables sociodemográfica.

EDAD.

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el año actual.

Definición operacional: edad cumplida en años, en relación a la etapa de climaterio (40-64 años).

Escala de medición. Cuantitativa de razón.

ESTADO CIVIL.

Definición conceptual. Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional. Se medirá preguntando su estado civil actual. (soltero, casado, viudo, unión libre).

Escala de medición. Cualitativa Ordinal

ESCOLARIDAD.

Definición de conceptual. Grado máximo de estudios alcanzado de cada persona

Definición operacional. Se medirá preguntado grado de estudios alcanzado.

Escala de medición. Cualitativa nominal.

OCUPACION.

Definición de conceptual: Acción y efecto de ocuparse, jerarquía o categoría personal (trabajo, empleo u oficio).

Definición operacional. Se medirá preguntando su ocupación actual (ama de casa, empleada, obrera, profesionista, pensionado).

Escala de medición. Cualitativa ordinal

TIEMPO DE EVOLUCION DE SINTOMAS DEPRESIVOS

Definición de conceptual: El tiempo que se han presentados síntomas depresivos (insomnio, alteraciones en el apetito, dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte).

Definición operacional. Se medirá con pregunta, el tiempo de evolución de la sintomatología depresiva.

Escala de medición: Nominal.

VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El estudio realizado es observacional, transversal, prolectivo y descriptivo de mujeres con síndrome climatérico referente a frecuencia de depresión, población de U.M.F 33" EL ROSARIO" del IMSS.

Donde se reunieron los criterios de inclusión como mujeres entre 40-64 años de edad con síndrome climatérico, derechohabientes con tratamiento o sin tratamiento hormonal sustitución, como criterios de exclusión, mujeres no derechohabientes, así como con tratamiento antidepresivo, y criterios de eliminación los cuales son mujeres que no acepten participar el estudio.

La investigación se desarrollara en el periodo de mayo-junio del 2006. Realizándose con normas nacionales e internacionales de investigación, así como consideraciones éticas, aplicando instrumento con 21 items de la escala de Beck para depresión y 5 items de características demográficas de las pacientes estudiadas.

XI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

La investigación es factible de llevarse a cabo, ya que contamos con los recursos humanos materiales y el espacio físico, sin afectar a nuestra población en estudio. la cual se llevara a cabo con previa autorización mediante el consentimiento informado el cual será explicado a las pacientes que presente el estudio.

Así mismo el presente protocolo sigue los lineamientos de Helsinki y su modificación en Tokio y la ley general de salud de acuerdo al quinto capitulo, en los artículos 96, 97,98 y 99, dedicado a la investigación de la salud. De lo cuales se describen a continuación. (18)

ART. 96: La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la practica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritario para la población.
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud.
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

ART. 97 La secretaria de salud y los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyaran y estimularan el funcionamiento de establecimiento públicos destinados a la investigación para la salud.

ART 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación, una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en los seres humanos y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o técnicas de ingeniería genética.

El consejo de Salubridad General emitirán las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ART. 99. La Secretaria, en coordinación con la secretaria de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de Educación Superior, realizara y mantendrá actualizada un inventario de las investigaciones en el área de salud del país.

El presente trabajo de investigación se llevara conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación: el Código de Nuremberg promulgado en 1947, siendo la principal disposición del código que es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario al sujeto humano. En 1974 en estados unidos de Norteamérica se estableció la Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de la investigación biomédica y conductual, y en 1978 la comisión presento su informe titulado informe Belmont principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación, el informe estableció los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos.

En 1964 la asociación Medica Mundial adopto la declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 y que estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos. En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopto el acuerdo internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entro en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: "Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos científicos."

El consejo internacional de las ciencias Médicas (CIOMS) publico en 1982, el documento. "Propuesta de pautas internacionales para la investigación Biomédica en seres Humanos". El cual tiene como objetivo indicar como podrían aplicarse eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos, tal como se establece en la declaración de Helsinki de Asociación Medica Mundial, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y disposiciones ejecutivas y administrativas.

En 1991 el CIOMS publico. Las pautas internacionales para la evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, cuyo objetivo es ayudar a los investigadores, instituciones y autoridades regionales y nacionales a establecer y mantener normas para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos.

Apegándose a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud, Código de Bioética para el personal de salud.

Los lineamientos generales para realizar investigación en el instituto Mexicano del seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: "Que toda investigación en

el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quien participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia" , en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo no. 15,-84 del 20 junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).Será evaluado y autorizado por el comité de investigación y por el comité de bioética de la UMF 20. Así también se pedirá el consentimiento informado y autorización por parte de las pacientes que participen en el estudio. (Anexo 1)

RESULTADOS.

Se obtuvo un total de 381 encuestas , de las cuales se analizo el (100%), las cuales cumplieron los criterios de inclusión, encontrando de acuerdo a la escala de Beck un total de 91% de mujeres con depresión y solo un 9% sin depresión. Considerando el grado leve en total de 103 (27%), *moderado 139 (36%)*, grave 105 (28%). (cuadro y graficas 1,2).

De acuerdo a la encuesta, se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos; en base a el rango de edad , se observo con mayor vulnerabilidad en mujeres de 55-64 años 150 (40%), seguido de 45-64 años 123 (32%), por ultimo 40 a 44 años 108 (28%). presentado depresión moderada en un (36%) en los grupos de edad. (cuadro y grafica 3,4).

Con respecto al estado civil con mayor asociación son las casadas 219 (57%), viuda 102 (27%), soltera 44 (12%), divorciada 13 (3%) y unión libre 3 (1%) (cuadro y grafica 4)

Referente al grado de escolaridad que es mas afectado por síndrome depresivo con mayor porcentaje secundaria 195 (37%), seguido de primaria 153 (29%), Licenciatura 72 (13%), ninguna 42 (8%), preparatoria 40(7%), y por ultimo técnico 32(6%) (cuadro y grafica 5)

La ocupación con mayor asociación es ama de casa 214 (56%), empleada 61 (16%), obrera 46 (12%), pensionada 42 (11%), profesionista 18 (5%). (cuadro y grafica 6).

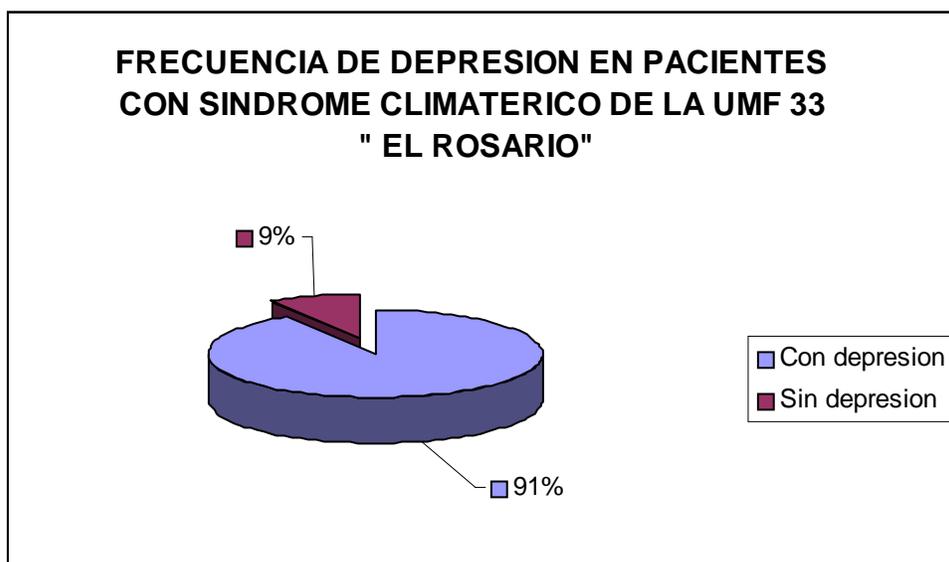
FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

Tabla 1.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON DEPRESIÓN	347	91%
SIN DEPRESIÓN	34	9%
TOTAL	381	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO".

Grafica 1.



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO".

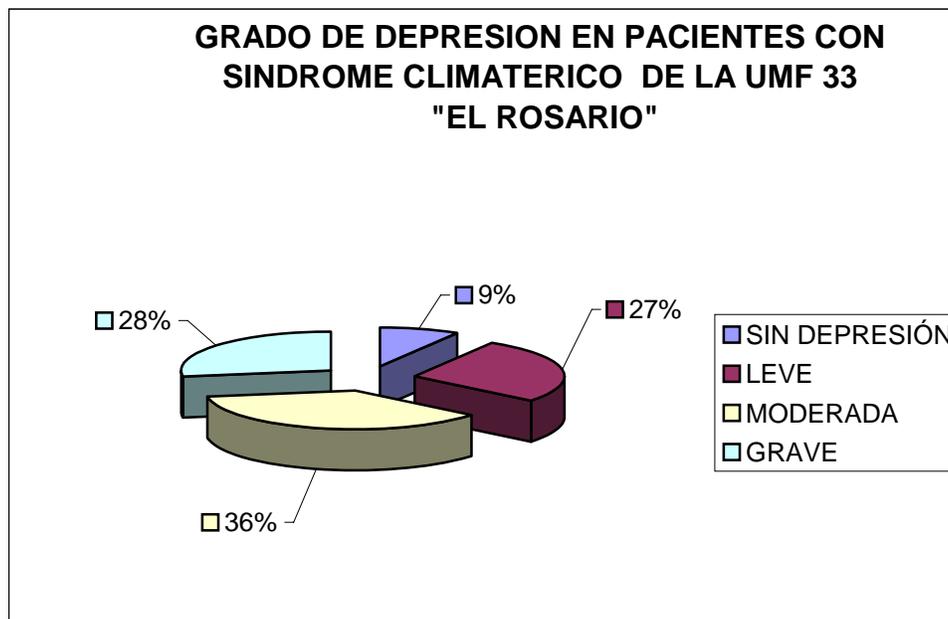
GRADO DE DEPRESIÓN ASOCIADA A PACIENTES CON SINDROME CLIMATÉRICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"

Tabla 2.

VARIABLE	TOTAL	PORCENTAJE
SIN DEPRESIÓN	34	3%
LEVE	103	27%
MODERADA	139	36%
GRAVE	105	28%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

Grafica 2.



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO".

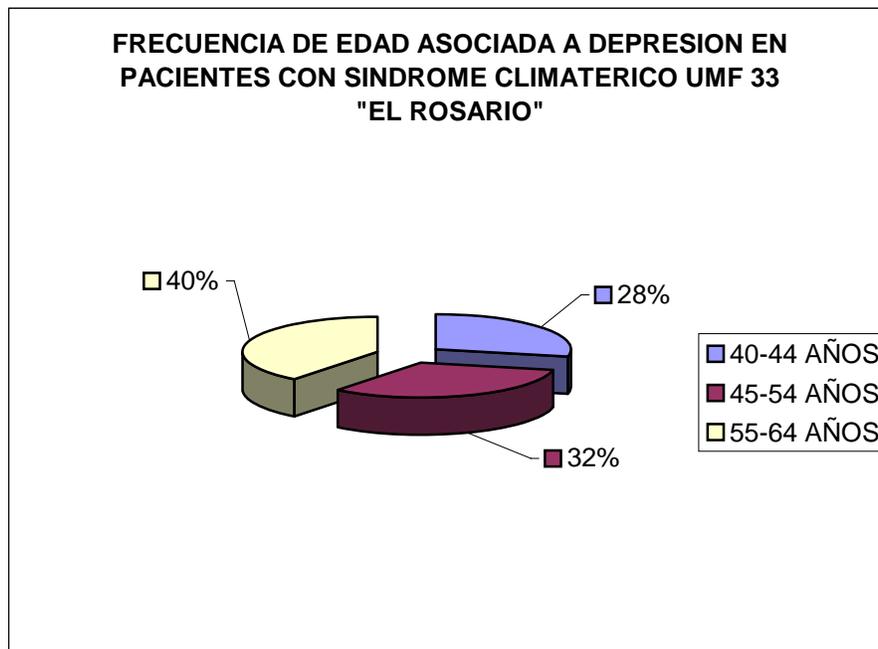
FRECUENCIA DE EDAD ASOCIADA A DEPRESION EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

Tabla 3.

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
40-44 AÑOS	108	28%
45-54 AÑOS	123	32%
55-64 AÑOS	150	40%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

Grafica 3.



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

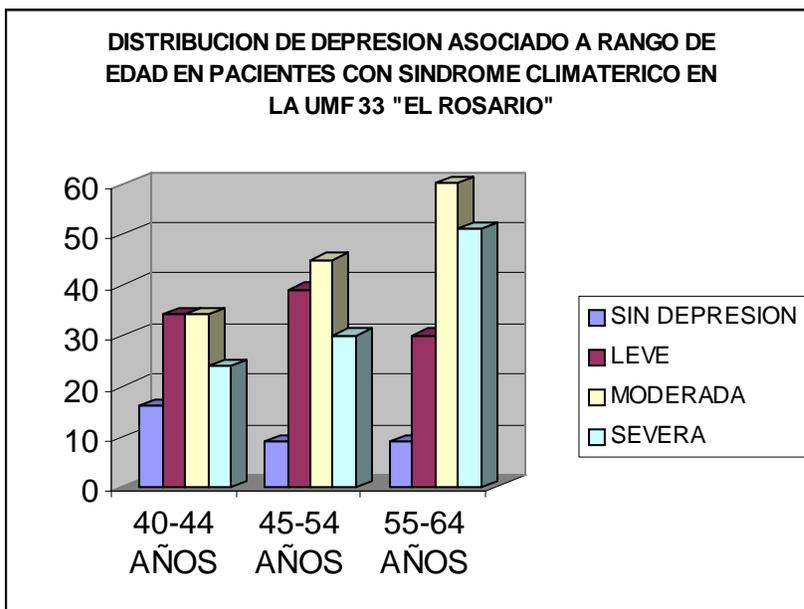
**DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN ASOCIADO A RANGO DE EDAD EN
PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATRICO EN LA UMF NO. 33
" EL ROSARIO".**

Tabla 4.

EDAD	SIN DEPRESION	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL	PORCENTAJE
40-44 AÑOS	16	34	34	24	108	28.3%
45-54 AÑOS	9	39	45	30	123	32.2%
55-64 AÑOS	9	30	60	51	150	39.7%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO".

Grafica 4



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO".

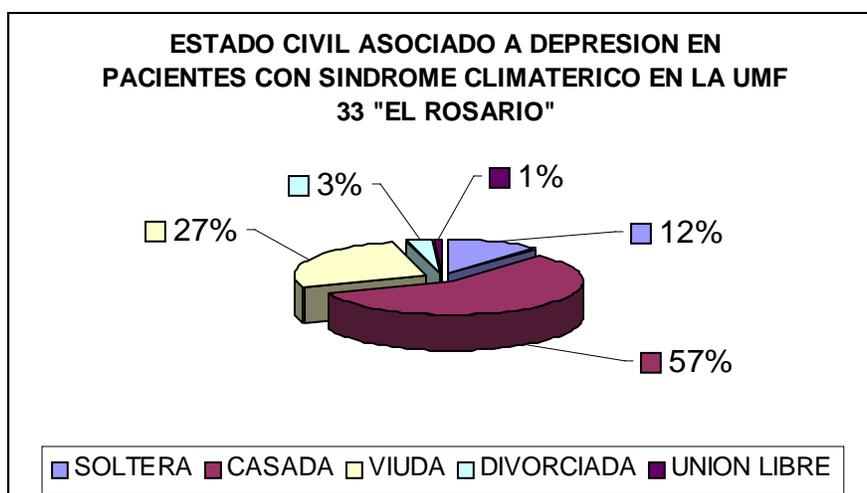
ESTADO CIVIL ASOCIADO A DEPRESION EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

Tabla 5.

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE.
SOLTERA	44	12%
CASADA	219	57%
VIUDA	102	27%
DIVORCIADA	13	3%
UNION LIBRE	3	1%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

Grafica 5.



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

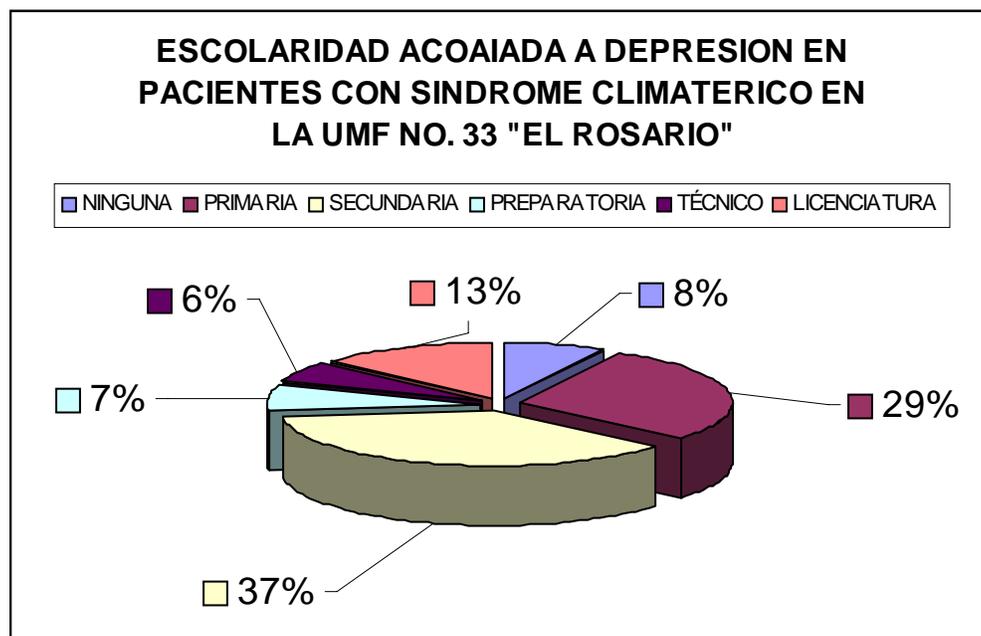
ESCOLARIDAD ASOCIADO A DEPRESION EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

Tabla.6

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
NINGUNA	42	8%
PRIMARIA	153	29%
SECUNDARIA	195	37%
PREPARATORIA	40	7%
TÉCNICO	32	6%
LICENCIATURA	72	13%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

Grafica 6.



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

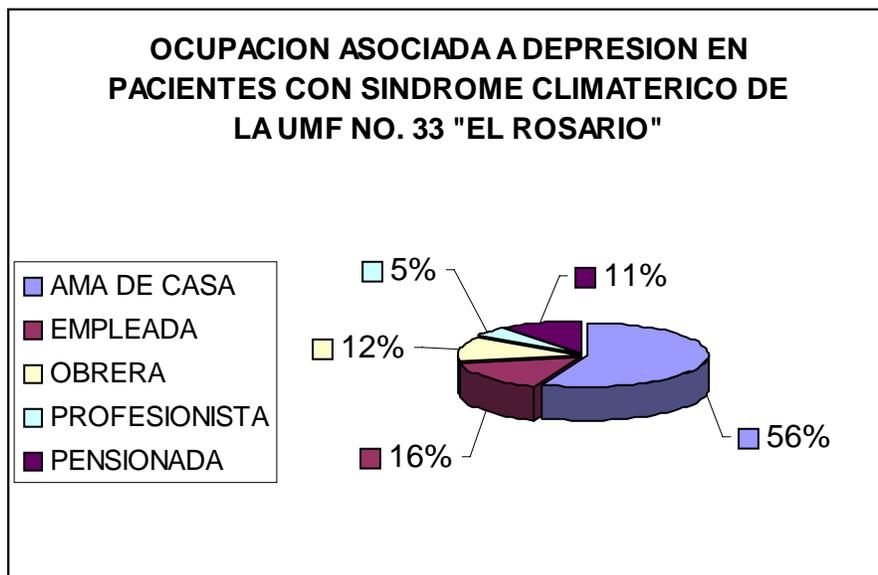
OCUPACION ASOCIADA A DEPRESION EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

Tabla 7

OCUPACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
AMA DE CASA	214	56%
EMPLEADA	61	16%
OBRERA	46	12%
PROFESIONISTA	18	5%
PENSIONADA	42	11%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO".

Grafica 7.



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con síndrome climatérico. UMF No. 33"EL ROSARIO"

ANALISIS DE RESULTADOS.

Los resultados, del estudio "*Frecuencia de depresión en pacientes climatéricas de la UMF 33 "El Rosario"*". Se analizo una muestra representativa de 381 encuestas, encontrado que el 91% de las pacientes presentan depresión. Existen pocos artículos en la literatura medica sobre el estudio de depresión en síndrome climatérico, que no hacen mención de porcentajes.

En el estudio, se obtuvo que las pacientes, presentan algún grado de depresión, con mayor frecuencia depresión moderada en 139 (36%). Dentro de la literatura registrada no se encontraron porcentajes establecidos, sin embargo por el tamaño de muestra y la escala de medición utilizada "*Escala de depresión de Beck*" se menciona que en base, a la investigación realizada sobre la estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos que tiene un enfoque teórico-racional, valora la respuesta motora, fisiológica y cognitiva en las personas a las que se les aplica, así mismo contiene los rangos para medir trastornos depresivos, lo que indica que la estandarización tiene una adecuada validez y confiabilidad. (16)

Dentro de las características sociodemográficas, a considerar de importancia de los grupos edad con mayor vulnerabilidad son en pacientes con edad 56-64 años, coincidiendo con lo registrado en la literatura ya que se menciona que la depresión en este grupo de mujeres es debido a que se reduce con frecuencia la capacidad para el trabajo, disminuye su rendimiento. (8,9). El estado civil con mayor frecuencia es en mujeres casadas 219 (57%), llama la atención este porcentaje ya que se pensaría que por estar dentro de un núcleo familiar seria menos este tipo de patología, sin embargo nos damos cuenta que la familia influye mucho, las crisis que se presentan así como la forma de resolverlas. Se observa que hay un bajo nivel académico, de la población estudiada, presentándose con mayor frecuencia depresión en pacientes con escolaridad secundaria 195 (37%) y con ocupación de ama de casa en 214 (56%).

Se menciona que en la depresión influyen, factores de tipo psico-socioculturales. Mencionado por Ballinger y cols. (1985) y Mackinlay y colaboradores (1987) que señalan que la depresión en la mujer climatérica se basa en estos cambios, los cuales incluyen y son, el sentimiento de perdida de la feminidad, la incapacidad reproductiva, la perdida o jubilación del empleo, la mala calidad de su vida matrimonial, los sucesos relacionados con reproducción y la función sexual. (15)

CONCLUSIÓN.

Las pacientes con síndrome climatérico, comparados con la población restante de mujeres, tienen por lo menos tres veces mas posibilidad de presentar depresión clínica, la investigación muestra que mujeres climatéricas presentan algún grado de depresión, y sus síntomas se agravan con forme a mayor edad.

Encontrándose como principal problema que los médicos de primer nivel de atención no diagnostican los síntomas con tanta frecuencia como deberían. En este estudio concluimos que, el 91% de las pacientes con síndrome climatérico presentan depresión, siendo el grupo más vulnerable el grupo de edad entre los 56-64 años presentado depresión moderada a grave, relacionado también con alguna perdida ya sea material, conyugal o laboral.

Por lo tanto el identificar la depresión es el primer paso, si el medico logra detectar síntomas de forma temprana, tomando en cuenta que la mujer se enfrenta a una etapa con grandes cambios psico-socioculturales que influyen en la aparición de depresión. Siendo el medico de primer nivel la puerta de entrada y como tal, ofrecer una oportunidad a estas mujeres para que su calidad de vida en este periodo sea mejor.

ANEXOS

Anexo 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

LUGAR Y FECHA. _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO, **FRECUENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN MUJERES CLIMATÉRICAS EN UMF 33 EL ROSARIO.**

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD LA CNC.

EL OBJETO DE MI ESTUDIO ES **DETERMINAR LA FRECUENCIA DE SÍNDROME DEPRESIÓN EN MUJERES CLIMATÉRICAS DE UMF 33 EL ROSARIO.**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESIÓN ALGUNA, UN CUESTIONARIO CON RESPUESTAS MÚLTIPLES.**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO TIENE RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES.
FRECUENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN MUJERES CLIMATÉRICAS EN UMF 33 EL ROSARIO.

CON EL FIN DE IDENTIFICAR PROBLEMÁTICA EN ESTE GRUPO ETAREO PARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE SER NECESARIOS PARA BENEFICIAR A LA POBLACIÓN DE MUJERES CLIMATÉRICAS ASÍ COMO A SU FAMILIA Y QUE PUEDAN TENER UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER A CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO DE LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN O CON MI TRATAMIENTO (EN CASO DE QUE EL PROYECTO MODIFIQUE O INTERFIERA CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO DEL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL TAMBIÉN SE HA PROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE FIRMA MATRÍCULA DEL INVESTIGADOR

NUMEROS TELEFONICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

TESTIGOS _____

CLAVE. 2810-009-013

ANEXO 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

SECCION 1.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

INSTRUCCIONES-. Marcar el inciso correcto en el paréntesis correspondiente.

FECHA ___/___/___.

NOMBRE _____

1.- EDAD. EN AÑOS.

- 1) 40-44.
- 2) 45-54. ()
- 3) 55-64.

3. ESTADO CIVIL.

- 1) Soltera.
- 2) Casada.
- 3) Viuda. ()
- 3) Divorciada.
- 4) Unión libre.

4. ESCOLARIDAD.

- 1) Ninguna.
- 2) Primaria
- 3) Secundaria. ()
- 4) Preparatoria.
- 5) Técnico
- 6) Licenciatura.

5.-OCUPACION.

- 1) Ama de casa.
- 2) empleada.
- 3) Obrera. ()
- 4) Profesionista.
- 5) Pensionado.

Anexo 3 ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

1.
 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo
 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.
 0. No me encuentro en particular desanimado con respecto a mi futuro.
 1. Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.
 2. No espero que las cosas me resulten bien
 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.
3.
 0. No me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado más de lo que debería.
 2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.
4.
 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.
 1. No disfruto tanto de las cosas como antes.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 0. No me siento particularmente culpable.
 1. No me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer.
 2. Me siento bastante culpable todo el tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.
6.
 0. No siento que este siendo castigado.
 1. Creo que puedo ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 0. No me siento decepcionado de si mismo.
 1. He perdido la confianza en mí.
 2. Estoy desilusionado de mí.
 3. Me odio.(no me agrado)
8.
 0. No me critico ni me culpo más de lo usual.
 1. Me critico por mis debilidades o errores.
 2. Me culpo por todas mis fallas y errores.
 3. Me culpo de todo lo malo que sucede.

- 9.
0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 1. Tengo pensamiento acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.
 2. Me gustaría matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
0. No lloro más de lo acostumbrado.
 1. Ahora lloro más de lo que solía hacer.
 2. Ahora lloro por cualquier cosa.
 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11.
0. No me siento mas tenso que lo usual.
 1. Me siento mas inquieto o tenso que lo usual.
 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.
 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.
- 12.
0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
 1. Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades que antes.
 2. He perdido la mayor parte del interés en otras personas o actividades.
 3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
- 13.
0. Puedo tomar decisiones también como siempre.
 1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.
 2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.
 3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.
- 14.
0. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 1. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 2. Tengo que obligarme seriamente con mis aspecto, y parezco poco atractivo.
 3. Creo que me veo feo.
- 15.
0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1. Me cuesta mas esfuerzo a hacer algo.
 2. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 3. No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.
0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
 1. a. Duermo más de lo usual.
 1. b. Duermo menos de lo usual.
 2. a. Duermo mucho más de lo usual.
 2. b. Duermo mucho menos de lo usual.
 3. a. Duermo la mayor parte del día.
 3. b. Me despierto 1 ó 2 hrs. mas temprano y no puedo volver a dormir.

- 17.
0. No me canso más que de costumbre.
 1. Me canso mas fácilmente que de costumbre.
 2. Me canso sin hacer nada.
 3. Estoy demasiado cansada como para hacer algo.
- 18.
0. No he sentido ningún cambio en mi apetito.
 1. a. Mi apetito es menor a lo usual.
 1. b. Mi apetito es mayor a lo usual.
 2. a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 2. b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
 3. a. No tengo nada de apetito.
 3. b. Tengo ganas de comer todo el tiempo.
- 19.
0. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 1. He bajado más de dos kilos y medio.
 2. He bajado más de cinco kilos.
 3. He bajado más de siete kilos y medio.
- 20.
0. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1. Estoy preocupado por mis problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
0. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3. He perdido por completo el interés en el sexo.

TOTAL PUNTOS_____

***Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems.**

***La versión de 21 ítems, , las puntuaciones medidas correspondientes a las distintas gravedades de depresión son.**

Depresión ausente o mínima: 0 -11 puntos.

Depresión leve: 12-18 puntos.

Depresión moderada: 19- 25 puntos.

Depresión grave puntos: 26-30 puntos.

BIBLIOGRAFIA

1. Delia B. Enfoque holístico del climaterio. Revista Nuestro Hospital 1997; 2:1-10.
2. Sempere J, Mouriño C, González M. Menopausia y depresión. Psiquiatría publica 1998;10(4):249-50.
3. www.nietoeditores.com.mx Mujeres en la postmenopausia: un grupo creciente. Revista de climaterio 2005; 8(46) 145-6.
4. http://www.síndrome_climatérico/congreso_estudiantil_virtual. Expresión clínica del cese de la función reproductiva del ovario.
5. Novaes C, Stuart L. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. Rev Paul Med 2001; 119(2): 78-83.
6. Velasco U, Cardona J, Navarrete E, Madrazo M. Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia en medicina familiar. Revista Medica IMSS 1998;36(6):463-77.
7. Martín MJ, Iglesias E. Terapia Hormonal Sustitutiva en la menopausia. Sistema Nacional de Salud 1999;23(2): 33-44.
8. Pisabarro R. Metabolismo y climaterio la visión de un endocrinólogo. Rev. Med Uruguay 2000; 16:144-151.
9. www.ssa.gob.mx. Depresión y climaterio.
10. DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales. Masson Reimpresión 2002. 391-427.
11. Almazán-Muñoz J. Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. REV ANID MILIT MEX 2004; 58(3): 209-22.
12. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2004;5(3) : 61-3.
13. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz. La depresión con inicio temprano: Prevención, Curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica de México 2004; 46(5):417-24.
14. www.easp.es/cadime Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. L
15. Lara-Tapia H, Bravo LM, Menéndez JD, Gutiérrez E. Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado Neurol Neurocir Psiquiatr 2002; 35(3):138-143.
16. Ruiz TE, Estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos en mujeres menopausicas de la población mexicana que acude a control al centro nacional de rehabilitación y ortopedia Revista mexicana de Medicina Fisica y Rehabilitación 2001;13(1): 9-13.
17. Babes J, Paz M, Bascaran M, Saiz P, Bouseño M. Banco de instrumentos básicos para la practica de la psiquiatría clínica. 3er Ed Ars medica 2004: 56-7.
18. www.fisterra.com/material/investiga/declaracion_helsinki.htm Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. pp.1-5.