



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #48
CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA.**

**IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS
PACIENTES DE LA UMF 56 DEL IMSS, CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA.
PERIODO DEL 01 DE ENERO 2013 AL 30 DE JUNIO 2013.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. RAYMUNDO IZAGUIRRE VARGAS.**

CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA

JUNIO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS
PACIENTES DE LA UMF 56 DEL IMSS, CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA.
PERIODO DEL 01 DE ENERO 2013 AL 30 DE JUNIO 2013.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

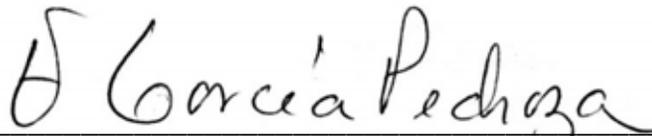
PRESENTA:

DR. RAYMUNDO IZAGUIRRE VARGAS.

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

**IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS
PACIENTES DE LA UMF 56 DEL IMSS, CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA.
PERIODO DEL 01 DE ENERO 2013 AL 30 DE JUNIO 2013.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAYMUNDO IZAGUIRRE VARGAS.



DRA MARTHA EDITH TUFÍÑO OLIVARES

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

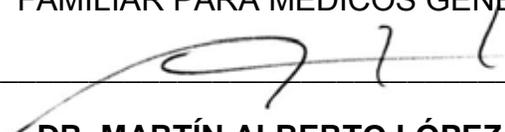
DELEGACIÓN CHIHUAHUA

ASESORES:



DRA. MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES



DR. MARTÍN ALBERTO LÓPEZ MEZA

MÉDICO GINECO-OBSTETRA IMSS HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 66.



DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN IMSS HOSPITAL
GENERAL REGIONAL No. 66.

DEDICATORIA

A DIOS:

Por haberme permitido tener vida, por ser mi luz en plena oscuridad, por darle brillo a mi vida, por darme resistencia para obtener todos mis logros a lo largo de mi vida. Por permitirme darme el lujo de hacer una especialidad en mis años de ocaso, precisamente cuando el intelecto empieza a ser endeble, y nos empieza a traicionar, por todo ello y más **GRACIAS MI DIOS**.....

A MI MADRE: (QEPD)

Por su amor, y sus enseñanzas fundamentadas en valores, tan útiles y necesarios para lograr ser una persona de bien. Por el deseo de que sus hijos continúen en el camino de la superación y sin rendirse, perseverando siempre y sin dañar a nadie.

A MIS HERMANOS:

A todos y cada uno de mis hermanos, que a pesar de estar a distancia uno de otro, siempre estamos unidos, a través de las redes sociales y el teléfono, en las buenas y en las malas y eso le da fortaleza y unión a la familia.

A MI ESPOSA:

Por su gran amor, respeto, comprensión, paciencia y sacrificio.

Por su apoyo incondicional, por estar siempre conmigo, y sobre todo por el amor que le profeso y dedico.

Por ser luz en mis momentos de oscuridad, por ser el faro que guie mis pasos, por darme los ánimos necesarios en los momentos de debilidad propios de todo ser humano. Por eso y más **TE AMO**.

A MI HIJA:

Para ser un ejemplo en su vida, y logre al igual que yo, sus objetivos profesionales y no se marchite en ella el hambre de conocimientos, y el deseo de superación constante.

A MI AMIGOS Y COMPAÑEROS MÉDICOS:

Para que vean que nunca es tarde para aprender; ciertamente es un poco más difícil, pero creo es un poco más meritorio y satisfactorio el logro profesional.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo es un logro de un equipo multi-disciplinario, es producto del esfuerzo de todas estas Instituciones y personas a quienes debo agradecer su colaboración y el apoyo inmenso recibido, siempre y de manera desinteresada.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO:

Por su participación y aval en este convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Curso de Especialización en MEDICINA FAMILIAR para Médicos Generales.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL:

Por promover la superación académica del personal, de nosotros los médicos, para tratar de lograr la excelencia en el desempeño de nuestras labores.

A MIS MAESTROS Y ASESORES:

Que me orientaron en el maravilloso mundo del saber y de la investigación, a conocer la metodología para realizar este trabajo y conducirlo a feliz término.

En especial a mi Maestra y amiga, **MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ**, por su paciencia en la enseñanza para con el adulto mayor (yo)

A MIS COMPAÑEROS:

Porque siempre hemos trabajado como equipo, apoyándonos unos a otros de una u otra forma, cada quien en la medida de sus posibilidades y virtudes. Me dieron la mano cuando necesite su ayuda, apoyo, y el ánimo suficiente para continuar y no fallecer en el intento. Gracias por estar siempre EN EQUIPO, FUERTE Y UNIDO. Por su compañía en las noches de desvelo en las guardias de hospital.

A LOS COLEGAS:

Por darme su amistad, su tiempo y compartir conmigo sus conocimientos que fueron determinantes para la elaboración de este trabajo.

AL L.C.C. MIGUEL CONTRERAS TALAMANTES:

Por el apoyo para la redacción y elaboración de este trabajo de investigación.

A TODO EL PERSONAL Y PACIENTES DE LA UMF 56 DEL IMSS:

Quienes con su entusiasta colaboración fue posible la elaboración de este trabajo de investigación, y para que redunde en beneficio de la derecho-habiciencia de nuestro amado **INSTITUTO**.

ÍNDICE

RESUMEN.	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN.	3
II. MARCO TEORICO	4
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	4
2.2 SITUACIÓN ACTUAL	5
Depresión	5
Perimenopausia	5
2.3 DEFINICIÓN.	6
Depresión.	6
Perimenopausia.	6
Menopausia.	6
Climaterio.	7
2.4 CLASIFICACIÓN	7
Depresión	7
• Menopausia espontanea:	7
• Menopausia inducida:	7
• Menopausia prematura:	8
• Menopausia tardía:	8
2.5 ETIOPATOGENIA	8
Depresión	8
Factores Genéticos.	8
Factores ambientales.	8
Menopausia.	8
2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.	9
Depresión.	9
Menopausia.	9
2.7 DIAGNOSTICO	10
Menopausia	10
2.7.1 Criterios diagnósticos	10
Depresión.	10
2.8 TRATAMIENTO.	11
2.9 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD	13
2.10 LA ENFERMEDAD COMO CRISIS FAMILIAR	14

III. JUSTIFICACION	15
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
V. OBJETIVOS	17
5.1 OBJETIVO GENERAL.	17
5.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	17
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.	17
6.1 TIPO DE ESTUDIO.	17
6.2 POBLACIÓN.	18
6.3 LUGAR DEL ESTUDIO.	18
6.4 PERIODO DEL ESTUDIO.	18
6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.	18
6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.	19
6.6.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (ANEXO 1)	19
6.6.2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN, (HAM-D) (ANEXO 2)	19
6.6.3 APGAR FAMILIAR. (ANEXO 3)	19
6.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.	20
6.8 CRITERIOS DE ESTUDIO.	20
6.8.2 Criterios de exclusión.	21
6.8.3 Criterios de eliminación.	21
6.9 VARIABLES	21
6.9.1 Independientes	21
6.9.1.1 Edad.	21
6.9.1.2 Estado civil.	22
6.9.1.3 Escolaridad.	22
6.9.1.4 Ocupación.	23
6.9.1.5 Ciclo vital	23
6.9.1.6 Funcionalidad Familiar	24
6.9.2. Dependiente	25
6.9.2.1 Depresión en la Perimenopausia.	25
6.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	25
6.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
6.12 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.	26
VII. RESULTADOS.	27
VIII. DISCUSIÓN	34
IX CONCLUSIONES	35
X. RECOMENDACIONES	36

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	37
XII ANEXOS.	38
ANEXO 1	38
ANEXO 2	40
ANEXO 3	44
XIII.- BIBLIOGRAFIA	45

RESUMEN.

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS PACIENTES DE LA UMF 56 DEL IMSS, CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA. PERIODO DEL 01 DE ENERO 2013 AL 30 DE JUNIO 2013.

Alumno. Dr. Raymundo Izaguirre Vargas.

Asesores. Dra. Ma. Dolores Meléndez Velázquez, Dr. Martín Alberto López Meza, Dr. Humberto Campos Favela.

Generalidades:

En la actualidad, los trastornos anímicos constituyen una patología y problema de salud mundial. Debido a su creciente frecuencia, constituyen la segunda causa dentro de las enfermedades mentales según la OMS y dicho organismo estima que para la tercera década de este siglo, sea la segunda causa general de discapacidad.

La depresión en la Perimenopausia es una de las patologías de mayor relevancia en la Salud Pública, ya que siete de cada diez mujeres en la Perimenopausia la presenta en grados de leve a severa. Resultando pues en alteraciones de la funcionalidad familiar en un 41.1%.

Objetivo General.

Conocer el impacto de la depresión en la Perimenopausia y su relación con la funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS, Cd Juárez Chihuahua

Material y métodos: es un trabajo de investigación de tipo longitudinal, observacional, descriptivo transversal

La población de estudio fue una muestra que se tomó al azar de las pacientes en periodo de Perimenopausia (40-55 años) que acudieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 56 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Instrumentos de valoración diagnóstica: Escala de Hamilton y Apgar Familiar

Resultados.

Del total de las participantes (243 pacientes) un total de 177 pacientes que equivale a un 72.8% presentaron depresión leve o severa, y en lo que respecta a la funcionalidad familiar se vio afectada en un 41.1 % y sin alteración en la funcionalidad familiar un 58.9%.

Conclusiones: Definitivamente se encontró depresión en un 72.8% de las pacientes, y disfuncionalidad familiar en un 41.2 %, de tal forma que, se justifica la elaboración de este trabajo para beneficio de la derecho-habiencia del instituto y de la población en general.

Palabras Clave: Depresión, Perimenopausia, funcionalidad familiar, ciclo vital familiar.

ABSTRACT

THE IMPACT OF DEPRESSION ON PERIMENOPAUSE AND ITS RELATIONSHIP TO FAMILY FUNCTION AMONG PATIENTS AT THE UMF 56 OF THE IMSS, CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA

Student. Dr. Raymundo Izaguirre Vargas.

Advisors. Dr. Ma. Dolores Meléndez Velázquez, Dr. Martín Alberto López Meza,
Dr. Humberto Campos Favela

Background:

At present, mood disorders represent a pathology and a worldwide health problem. Due to their increasing prevalence, they represent the second most common cause of mental illness according to the WHO, which estimates that by the third decade of the current century, they will become the second most common general cause of disease burden.

Depression during perimenopause is one of the most relevant pathologies in Public Health, given that one in ten women undergoing perimenopause presents mild to severe signs of it. This results in alterations of family function among 41.1% of them.

General Objective.

To determine the impact of depression on perimenopause and its relationship to family function among patients at the UMF 56 of the IMSS, Cd. Juárez, Chihuahua.

Methods and Materials: this is a longitudinal, observational, and descriptive transversal research study.

The research population consisted of a randomly selected sample of patients of perimenopause age (40-55 years old) who attended external consultations at the family medicine unit number 56 of the IMSS at Ciudad Juárez, Chihuahua. Diagnostic evaluation tools: Hamilton Rating Scale for Depression and Family Apgar.

Results.

Of the total participant pool (243 patients) a total of 177 patients, equivalent to 72.8% of the pool, presented mild to severe depression. As for family function, it was affected in 41.1% of cases and unaffected in 58.9%.

Conclusions: depression was definitely found in 72.8% of the patients, and family dysfunction in 41.2%, thus justifying the execution of this study for the benefit of the institute's rightful claimants and the public at large.

Keywords: Depression, Perimenopause, family function, family life cycle

I. INTRODUCCIÓN.

Actualmente, la depresión, en cualquiera de sus fases, es el segundo trastorno mental más común en EUA. Y constituye un problema serio de salud pública, a nivel mundial, y estos se presentan con más frecuencia en la población femenina en proporción 2 a 1, incrementándose la prevalencia durante la edad de la perimenopausia más que durante otras épocas del ciclo vital, afectando a las pacientes, con escaso nivel sociocultural, aunque no sea privativo de estas.

En México, la prevalencia reportada de depresión es similar a la encontrada en otros países, observándose por igual que los trastornos afectivos afectan con mayor frecuencia a las mujeres, siendo la razón de morbilidad específica para depresión de 2.5 mujeres por cada hombre.

La depresión es un trastorno con declinación del estado de anímico, con cambios de tipo emotivos, cognitivos, vegetativos, y rasgos psicóticos. Cuando ésta depresión en la perimenopausia se presenta se manifiesta como un trastorno emotivo, y su cuadro clínico es el característico de la depresión. Entre tanto, la depresión en la perimenopausia tiene rasgos y características peculiares que justifican su estudio.

En la relación conyugal, hay perturbación por esta patología, generando conflictos tales como discusiones, enfrentamientos, alcoholismo, y engaños en la pareja, ya que se altera la dinámica y la funcionalidad familiar, generando una relación tensa, y tormentosa, al no ser diagnosticada y tratada esta situación a tiempo. Conduciendo al rompimiento familiar. Afectando no solo a la pareja sino a toda la familia. Por lo tanto la Familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazada en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema, afirmando que la base de las relaciones es la comunicación.

Según la Organización Mundial de la Salud, Los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales a nivel mundial. E informa que esta será, la segunda causa general de discapacidad en el año 2030.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Hay antecedentes de estudio de esta enfermedad, desde el siglo V a C. es por eso que los primeros clínicos, entre ellos Hipócrates, señalaba que los estados de ánimo tenían su origen en la presencia de cuatro humores: Sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. De tal forma que la depresión era causada por un exceso en la secreción de bilis negra (el antiguo término de la patología depresiva, melancolía, significa bilis negra) ¹

El termino depresión es de reciente creación, en la lengua inglesa y hace su aparición en el siglo XVII, y cuyo origen procede del latín “de premere” que significa oprimir, apretar, y Deprimere que significa empujar hacia abajo. Pioneros en el tema como Richard Blackmore, en 1725 menciona el “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía. ²

El estudio de las alteraciones anímicas y la menopausia, Data del siglo XIX. Estudios científicos, no han concluido si existe una entidad depresiva propia del climaterio. En los años 50's del siglo pasado cuando se utilizó la expresión “melancolía involutiva”, para definir a un tipo de depresión que se presumiera característica del climaterio. Se intentó atribuir las manifestaciones clínicas, a los cambios hormonales de la edad, por tal motivo varios autores implementaron el uso de extractos ováricos para tratar sus manifestaciones

Weissman en 1979 publica, “El mito de la melancolía involutiva” concluyendo que no había respaldo empírico para soportar la hipótesis de una “enfermedad mental propia del climaterio” y afirma, la no observancia en el incremento de episodios depresivos en esta época de la vida.³

Históricamente, las actitudes y creencias, en relación a la menopausia han experimentado una amplia variación. Desde considerarse como un signo de decadencia hasta una finalización o culminación de la etapa reproductiva de la mujer. En la edad media el promedio para la presentación de la menopausia era a los 40 años, en el siglo XVII se aumentó a los 45 años y en la actualidad oscila en los 50 años. ⁴

2.2 SITUACIÓN ACTUAL

Depresión

Como cita, Flores Ramos, "En México, la prevalencia reportada de depresión es similar a la encontrada en otros países, observándose por igual que los trastornos afectivos afectan con mayor frecuencia a las mujeres, siendo la razón de morbilidad específica para depresión de 2.5 mujeres por cada hombre."⁵

Jadresic, menciona que Las alteraciones anímicas ocurren en el 75% de las mujeres perimenopáusicas. Mundialmente, la depresión se ubicara como la segunda causa de discapacidad hacia el 2020. En Chile esta enfermedad, es considerada como discapacitante en las mujeres perimenopáusicas, como primera causal. Para la década del 90, autores señalan un incremento de nuevos episodios de depresión mayor en los años de la peri-menopausia. Afectando al 16.6% de las mujeres en la Perimenopausia, versus un 9.5 % en la premenopausicas.^{3,6}

Perimenopausia

Las féminas de más de 45 años, que tienen o tendrán déficit estrogenico en corto plazo, comprenden un amplio grupo poblacional, En el Perú, según el censo del año 2005, la población nacional era de 27 millones de habitantes y de esta población, las mujeres mayores de 45 años representaron más del 10% de la población en general.⁷

En México, la menopausia, se presenta aproximadamente, a los 47.6 años, con edades que oscilan de los 41 a 55 años.⁸ Se estima que en los países desarrollados arriba del 30% de las mujeres son de Edad mayor a los 50 años. En Estados Unidos de Norteamérica, habría 35 millones en la postmenopausia y se suma un millón a esta condición anualmente.⁹

El periodo de la Perimenopausia se presenta en un 75 a 80% de mujeres de los 40 a los 55 años de edad.¹⁰

Ha habido aumentos en la esperanza de vida en México. Así en 1950 esta era de 52 años, y para el año 2002 se incrementó a 77 años, y según datos recientes, para el año 2010 esta se encuentra en 80 años. Según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), la población de mujeres de 50 años y más, se estima que será de 10, 015,562.¹¹

Actualmente existen muchos puntos considerados tabúes en relación al climaterio y el más representativo, la menopausia, que por ignorancia crea altos niveles de angustia y ansiedad, debido a los cambios propios de esta etapa con aumento del riesgo de episodios de depresión mayor.^{10,12}

2.3 DEFINICIÓN.

Depresión.

Como menciona, Lizondo R. y Llanque V. “La Depresión (del latín depressus, que significa abatido, derribado,) es un trastorno emocional, que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, donde predominan los síntomas afectivos, (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida)¹³

Depresión según DSM IV

Para algunos autores como Nance, quien retoma la definición del DSM-IV y sostiene que la depresión se clasifica de acuerdo a su gravedad en ligera, moderada y grave.¹⁴ Mientras Korman y Sarudiansky, ofrecen una clasificación y definición más completa, y las denomina depresión mayor, distimia y trastorno bipolar, en donde la primera, la define como “la aparición de un conjunto de síntomas que cambia la actitud de la persona, hacia su entorno, interrumpiendo o alterando sus actividades laborales y sociales. Por su parte. La distimia es una forma crónica de la depresión en la cual las personas son muy pesimistas y negativas, pero continúan con sus actividades sociales y laborales como si se hubieran acostumbrado a su padecimiento en otras ocasiones, la depresión forma parte de otra enfermedad del estado de ánimo, llamada trastorno bipolar, también conocida como enfermedad maniaco-depresiva. En estos casos la persona experimenta, periodos de depresión y bienestar excesivo en los cuales se siente con mucha energía, sin necesidad de dormir y visiblemente acelerada en su forma de hablar y actuar”

Uno de los trastornos neurológicos más frecuentes y serios a nivel mundial es La depresión en cuanto a enfermedad invalidante en adultos mayores. Sin embargo su estudio y conocimiento es relativamente nuevo.^{2, 15}

Perimenopausia.

Es el periodo que antecede a la menopausia, cuando inician las manifestaciones clínicas de la disfunción ovárica, e inicia con el síndrome climatérico, y la manifestación de bochornos, irritabilidad, trastornos del sueño, ansiedad, depresión y culmina después, de la menopausia al año

Menopausia.

Se le llama así a la terminación de la presentación de la menstruación como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica. Y suele diagnosticarse hasta que han pasado los últimos 12 meses sin presentar sangrados catameniales.

Climaterio.

Es el periodo previo a la menopausia, cuando inician las características endocrinas, biológicas y clínicas del inicio de la menopausia cercana y el primer año después de la menopausia. La transición de la menopausia es el tiempo antes del último periodo menstrual cuando usualmente afecta la variabilidad en el ciclo menstrual. Puede subdividirse en la transición temprana marcada por la diferencia persistente de siete a más días en la duración de los ciclos en comparación con el rango normal previo de la paciente, y la transición tardía marcada por 60 o más días de amenorrea al menos en una ocasión. ¹⁶

2.4 CLASIFICACIÓN

Depresión

Existen varios tipos de depresión:

Depresión mayor o trastorno depresivo mayor: se manifiesta con la aparición de un conjunto de signos y síntomas que cambian la conducta del paciente en su entorno.

Distimia: es una presentación de la depresión crónica, en donde las personas adoptan actitudes pesimistas y negativas, pero a diferencia de la depresión mayor, estos pacientes continúan con sus actividades cotidianas.

Trastorno bipolar: esta patología anímica, llamada también enfermedad maniaco-depresiva, en la cual el paciente, presenta etapas de depresión y de bienestar intermitente.^{2, 17}

Menopausia.

Existen varios tipos de menopausia:

- Menopausia espontánea:
Cese de las menstruaciones cuando han transcurrido por lo menos, 12 meses consecutivos sin menstruaciones sin una causa patológica: Refleja, la disminución fisiológica, casi completa, de la función ovárica, por baja en la cantidad de folículos ováricos.
- Menopausia inducida:
Cese permanente de la menstruación, después de la ooforectomía bilateral inducida quirúrgicamente o por la aplicación de quimio o radioterapia, en la región pélvica.

- Menopausia prematura:
Es el cese de las menstruaciones de manera natural o inducida antes de los 40 años de edad.
- Menopausia tardía:
Lapso que va desde el final de los primeros 5 años post-menopaúsicos hasta la muerte.¹⁸

2.5 ETIOPATOGENIA

Depresión

Factores Genéticos.

Por interacción compleja entre la carga genética del paciente y el medio ambiente; uno referido a la vulnerabilidad constitucional heredada del paciente a presentar un trastorno del estado de ánimo que interacciona con el segundo componente continuo referido al estrés ambiental y acontecimientos vitales;

Trastornos de la regulación de neurotransmisores como la molécula de la serotonina. El eje serotonina- dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la recaptura de la serotonina

Factores ambientales.

Se Encuentra una relación temporal general entre acontecimientos vitales estresantes y negativos (Muerte de los padres, cónyuge, e hijo, pérdida del empleo, cambio de estatus social, ataques graves a la auto-estima) y el episodio subsiguiente de un episodio depresivo

Interacciones cerebro-ambientales, la función del cerebro es recibir los estímulos del medio ambiente, para almacenarlos, integrarlos e interpretarlos, lo que proporciona la base para una respuesta adecuada conductual y cognitiva, de esta manera se da la influencia de los factores medioambientales con la función cerebral, que puede ser alterada frente a un estímulo negativo

Ritmos biológicos, Algunas personas presentan episodios depresivos en determinada estación del año (depresión invernal), de la misma forma, pacientes con privación del sueño sugieren esta hipótesis.^{13, 19}

Menopausia.

La Menopausia constituye un evento natural y único en la vida de las mujeres y corresponde al último sangrado uterino que se presenta debido a la disminución y

posterior cese de las funciones tanto gameto génicas como hormonales de los ovarios y marca la transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva y en las mujeres mexicanas ocurre en promedio a la edad de 49 años.

Comienza por un agotamiento, de las reservas ováricas de ovocitos; al faltar estos no existe la maduración de los folículos y el sistema granuloso- folicular desaparece como glándula endocrina. Los estrógenos no se eliminan del todo, ya que se originan a expensas de los andrógenos formados en el intersticio ovárico y en la zona reticular suprarrenal, pero estos estrógenos nunca alcanzan los niveles existentes en la vida fértil. La consecuencia más inmediata de la falta de retroalimentación negativa del estradiol sobre el hipotálamo, es la producción aumentada de los factores liberadores de gonadotropinas y, por consiguiente aumento de la liberación de las mismas.^{4, 14, 20}

2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Depresión.

Emocionales: Disforia, irritabilidad, Anhedonia, y retraimiento social.

Cognitivos: Autocritica, sentimiento de inutilidad, o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión.

Vegetativos: Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnias, anorexia, retraso o agitación psicomotriz, deterioro de la libido.

Rasgos psicóticos: Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas o visuales.^{10, 21}

Menopausia.

Se pueden dividir en tres grupos de acuerdo a su aparición:

Los síntomas a corto plazo, que surgen desde el comienzo del climaterio y persisten durante los primeros años de la menopausia. Alteraciones del ciclo, bochornos, sudoración insomnio, palpitaciones debilidad, irritabilidad, depresión, ansiedad, dolores generalizados, perdida de la memoria y aumento de peso.

Los síntomas a mediano plazo que se hacen patentes más o menos 2 a 3 años después del momento de la menopausia. Atrofia .Y resequedad vaginal, infecciones urinarias, perdidas de la elasticidad de la piel, sequedad

Los síntomas a largo plazo que aparecen 5 o más años luego de la menopausia y en los cuales se hace muy difícil determinar hasta qué punto contribuyen los fenómenos

Propios del envejecimiento: Osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, artritis, tumores y demencia.²²

Todos los síntomas pueden ser de diferente tipo y magnitud, y cada mujer tendrá un climaterio, con arreglo a su constitución endocrina, además de tener en cuenta que muchos de sus síntomas son de origen psicógeno o psicosomáticos, detectando que una gran mayoría, de ellas sentían preocupación, angustia e inseguridad ante la menopausia, sin olvidar por supuesto las repercusiones a nivel sistémico, manifestado por síntomas propios de la enfermedad cardiovascular, ausente en la mujer en edad reproductiva y se presenta con la declinación estrogenica. Además de los trastornos metabólicos, neurológicos, entre otros.²³

2.7 DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico, estableciendo una historia clínica completa, y deberá evaluar síntomas, inicio, duración, presentación, recurrencia, tratamiento o no de los mismos; pensamientos de muerte o suicidio. Además de establecer antecedentes familiares de trastornos depresivos. Descartar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar.

Existen también varios cuestionarios, estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe un trastorno depresivo o no. Como ejemplo tenemos la Escala de depresión de Hamilton.^{12, 24}

Menopausia

En General el diagnóstico se hace en forma retrospectiva, luego de ocurrida la amenorrea por un año, observándose adicionalmente, los signos de hipoestrogenismo, y cuando fuera necesario confirmarlo por medio de la determinación de hormona folículo estimulante en cantidades mayores a 40 UI/L.^{7, 25}

2.7.1 Criterios diagnósticos

Depresión.

Estos son tomados de dos clasificaciones como es el DSM-IV y el CIE 10 para el trastorno depresivo mayor y son:

Criterio A.-

La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

Estado de ánimo triste, disforico, o irritable, durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.

Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.

Disminución o aumento del peso o del apetito.

Insomnio o hipersomnia (dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.

Enlentecimiento o agitación Psicomotriz

Astenia (sensación de debilidad física)

Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa

Disminución de la capacidad intelectual

Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B.-

No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas esquizo afectivos o trastornos esquizofrénicos).

Criterio C.-

El Cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral, o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D.-

Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E.-

No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.^{12, 26}

2.8 TRATAMIENTO.

Depresión.

La Mayoría de los pacientes puede ser tratada en forma ambulatoria. Las depresiones Leves pueden tratarse con la Psicoterapia, la depresión moderada y grave requieren también de farmacoterapia. En la Fase inicial del tratamiento es útil el contacto médico permanente con la familia.

La farmacoterapia debe mantenerse tanto como dure el episodio depresivo (6 meses en promedio)

Dar consejos específicos a los pacientes y no establecer objetivos inalcanzables. Y sobre todo sugerir la compañía de otras personas.

Tratamiento farmacológico. Se recomiendan los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como tratamiento de primera elección para la depresión mayor y para seleccionar uno en particular debe guiarse por los efectos adversos de considerar antes que por su eficacia. Frente a un paciente sin mejora con farmacoterapia inicial, debe revisarse el

Diagnóstico, verificar el cumplimiento adecuado del tratamiento, antes de decidir cambiar de fármaco.^{12, 27}

Menopausia.

El tratamiento estará dirigido a los síntomas predominantes, de tipo vasomotor, conocidos comúnmente como bochornos, que originan la consulta además de la posibilidad de inducir hipertensión, cardiopatías, y patología vascular, síntomas digestivos, respiratorios, metabólicos, representados por la osteoporosis, obesidad, y síntomas nerviosos como depresión, irritabilidad, cefaleas, insomnio, etc. etc. A base de terapia hormonal de remplazo, terapia no hormonal con fármacos sintomáticos, antidepresivos.

Tratamiento Hormonal.

Los estrógenos, actúan como neuroreguladores en el centro termorregulador del hipotálamo de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina por lo que intervienen en la temperatura corporal para su normalización y controlar los bochornos o las oleadas de calor o sofocos.

Tratamiento no hormonal.

De los síntomas vasomotores, está demostrado que en algunas mujeres, la clonidina, veraliprida, paroxetina, venlafaxina, desvenlafaxina, y gabapentina, son de utilidad para aminorar o controlar los síntomas vasomotores.

Tratamiento Integral.

El tratamiento de la menopausia y la depresión, lo realiza de manera conjunta los ginecólogos, endocrinólogos, internistas, neurólogos, psiquiatras y médicos de familia, para atender las manifestaciones orgánicas y psicosomáticas de la paciente. Con un enfoque multidisciplinario. De tipo, medico, hormonal, no hormonal, higiénico dietético

Medidas higiénico-dietéticas.

Promover un estilo de vida sano, con una dieta adecuada, con alimentos ricos en soya, fibras, vegetales, calcio con aporte de vitaminas, ejercicios físicos de manera regular que ayudan a combatir la obesidad, hipertensión, ansiedad, depresión, y sobre todo evitar el consumo de cigarros, bebidas alcohólicas y acciones que demeritan la calidad de vida. ²⁸

2.9 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

Según la teoría general de sistemas, bajo la concepción de LUDWIG VON BERTALANFFY (1901-1972), la familia es un sistema abierto en donde las interacciones de sus elementos tienden a mantener patrones estables, sin embargo, pueden variar de manera paulatina para adaptarse a los cambios que se presentan en las diferentes etapas de la vida y del ciclo familiar.

Se define Sistema como el conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí. La teoría general de los sistemas, bajo la concepción de Von Bertalanffy, caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que produce un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. Para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio poniendo en riesgo la funcionalidad familiar. La familia como sistema juega un papel importante, no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación. Desde el punto de vista sistémico la familia se caracteriza por las relaciones entre los miembros de ella, y dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan los miembros en una relación recíproca. Así mismo según

Umbarger se entiende como estructura familiar a la conformación y configuración de las posiciones y roles de los miembros del sistema familiar, así como, relaciones establecidas entre ellos en un período o momento determinado.²⁹

2.10 LA ENFERMEDAD COMO CRISIS FAMILIAR

De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede “desencadenar” la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia.³⁰

Este tema es importante para dimensionar no solo las causas sino también las consecuencias de la Depresión en la paciente en la Perimenopausia, ya que este trastorno afecta a la paciente en su funcionamiento laboral y social, así como en su autoestima, pero a la vez afecta la relación con la familia de la paciente.

De acuerdo a Mercado Rivas., Pérez Sánchez y Espinoza Parra “Ante las altas demandas emocionales de la mujer diagnosticada con depresión en la Perimenopausia, puede generarse en el cónyuge conflictos internos, cuyo desahogo se manifiesta en variadas respuestas de comportamiento, tales como alcoholismo, ausencias físicas prolongadas o distanciamiento emocional que a su vez agudizan la depresión consolidando así una relación desgastante y empobrecedora emocionalmente para ambos miembros de la pareja y en consecuencia también para los hijos³¹

Las funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, de manera satisfactoria, debe incursionar no sólo en el aspecto biológico de la paciente, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades de la paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto a la paciente como a la familia y al equipo de salud.

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que la paciente se sienta escuchada, para comprender enteramente el significado de su

enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad. En estos tiempos de globalización, la medicina no escapa a tal fenómeno.³⁵

III. JUSTIFICACION

La Depresión asociada a la Perimenopausia y su impacto con la funcionalidad familiar son poco estudiadas; consideramos que es de gran importancia conocer la relación que existe entre estos problemas y cómo reacciona la familia ante esta situación.

Sabemos que la Perimenopausia es un cambio fisiológico, que ocasiona depresión en grado variable y provoca un gran impacto en estas pacientes y su funcionalidad familiar. Tienen que adaptarse a sus cambios fisiológicos; es importante buscar herramientas que apoyen a las mujeres y sus familias para enfrentar esta situación sin llegar a la depresión en esta etapa de la vida; Según la OMS y la literatura reporta un porcentaje de 69% a nivel de sistemas de atención primaria ante esta estadística tan elevada nos vemos en la obligación de estudiar esta problemática para el beneficio de nuestras pacientes y sus familias.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e informática En México, la esperanza de vida ha aumentado de 52 años a 77 años en el 2010. En este último año, la población de mujeres mayores de 50 años llegara a 10.015.562 de casos; no contamos con herramientas diagnóstico-terapéuticas y de manejo integral; necesitamos implementarlas lo más pronto posible por la gran demanda a la que nos enfrentaremos próximamente.

Es necesaria la unificación de criterios y pensar en la posibilidad diagnóstica de la asociación de las dos entidades, ya que de hecho por si solas representan un problema de alta relevancia en el seno familiar debido a que influye en la relación, comunicación y dinámica familiar.

Motivo por el cual es de nuestra responsabilidad como Médicos Familiares realizar la adecuada valoración en este grupo de edad, ayudar a la paciente a reducir los efectos vasomotores, con el tratamiento farmacológico, hormonal o no y realizar una atención integral a la paciente y a su familia en conjunto con el equipo de salud de la unidad, valorando la necesidad de enviar a segundo nivel para su valoración por las diferentes disciplinas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se conoce que en las alteraciones del estado de ánimo se presenta con mucha frecuencia en las mujeres en la Perimenopausia y se estima que para el año 2020 será de las principales causas de incapacidad en este grupo de mujeres. Aunque en cuestión de la prevalencia y estadística actual se desconoce con exactitud ya que muchas de estas mujeres no presentan sintomatología, o bien se maneja como patologías individuales debido a que el diagnóstico se puede confundir ya que en nuestro medio no se ha dado mucha difusión del tema en cuestión.

En México y nuestra comunidad es un tema poco estudiado, no sabemos cuál es la magnitud de estos problemas asociados, su manejo y tratamiento; es una gran responsabilidad en nuestro haber diario realizar actualizaciones de este tema, a fin de ayudar a los pacientes y sus familias a mejorar su interacción en el núcleo familiar.

Visto lo anterior nos hemos planteado el siguiente cuestionamiento:

¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS PACIENTES DE LA UMF 56 DEL IMSS, DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA? PERIODO DEL 01 DE ENERO 2013 AL 30 DE JUNIO 2013.

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer el Impacto de la depresión en la Perimenopausia y su relación con la funcionalidad familiar en las pacientes de la unidad de medicina familiar #56 del IMSS. De Ciudad Juárez Chihuahua en el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio 2013

5.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

5.1.1.1 Identificar cuál es la edad más frecuente en la que se presenta la depresión en la Perimenopausia para conocer su asociación con funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS.

5.1.1.2 Identificar el estado civil de la paciente con depresión en la Perimenopausia para conocer su asociación con funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS.

5.1.1.3 Identificar el grado de escolaridad de las pacientes con depresión para conocer su asociación con funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS.

5.1.1.4 Identificar la ocupación de las pacientes con depresión en la Perimenopausia para conocer su asociación con funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS.

5.1.1.5 Identificar la funcionalidad en las familias de las pacientes con depresión en la Perimenopausia para conocer su asociación con funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS.

5.1.1.6. Identificar la etapa del ciclo vital de la familia, de la paciente que presente depresión en la Perimenopausia para conocer su asociación con funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio de tipo longitudinal, observacional, descriptivo transversal.

6.2 POBLACIÓN.

La población es el total de pacientes de una muestra de 243 pacientes para estudios descriptivos que cumplieron con los criterios de inclusión en derechohabientes con Perimenopausia (40-55 años) que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 56 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

6.3 LUGAR DEL ESTUDIO.

Este estudio se realizó en Ciudad Juárez, Chihuahua, en la UMF # 56, del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en calle Miguel Hidalgo número 3904, colonia Durango,

6.4 PERIODO DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de abril del 2012 al 30 de octubre del 2014

6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó con la fórmula para estudios descriptivos, se obtuvo una muestra de 243 mujeres, que cumplieron con criterios de inclusión.

$$N = \frac{(Za)^2 (P) (Q)}{\delta^2}$$

N= Tamaño de la muestra que se requiere (243 pacientes)

P= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (20%)

Q= 1 – P (Complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio) (80%)

δ= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar. (± 5%)

Za= Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor “a” de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96

Con un nivel de confianza del 95%.ui

6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

6.6.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (ANEXO 1)

6.6.2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN, (HAM-D) (ANEXO 2)

Desarrollada en 1960 por M. Hamilton, y es un instrumento de 21 preguntas, las primeras 17 exploran la sintomatología depresiva asignando una severidad de menor a mayor gravedad (del 0 al 4). Las últimas 4 preguntas variación diurna, la despersonalización o desrealización, los síntomas paranoides y los síntomas obsesivos. Está diseñada para que sea aplicada por un clínico.

Fiabilidad en sus dos versiones esta escala posee una buena consistencia interna, la fiabilidad inter observador oscila según autores, entre 0,65 y 0,9

Validez: su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en los pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

Descripción. Los criterios de puntuación de los ítems, están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador, quien asigne el grado de severidad. Tiempo de aplicación en promedio de 15-20 minutos, y Hamilton sugiere para aumentar el grado de fiabilidad, que sean dos los entrevistadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y luego se hace el promedio.

6.6.3 APGAR FAMILIAR. (ANEXO 3)

Es un instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar que elaboro Gabriel Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional en sus familias. Consta de 5 reactivos, con escala tipo Likert aplicables en breve entrevista a diferentes miembros de una familia: mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar. Y es de gran utilidad para determinar si la familia

representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad.

Puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión. Este instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas y ofrece una alta correlación con pruebas especializadas. Es un cuestionario que puede ser auto administrado o hetero administrado y que consta de 5 ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar.

La versión auto administrado se refiere a entregarlo a la paciente para que lo conteste.

La versión hetero administrada consiste en leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Los puntos de corte son los siguientes:

Normo funcional: 10 a 7 puntos

Disfuncional leve: 6 a 4 puntos

Disfuncional grave: 3 – 0 puntos

6.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó una encuesta mediante interrogatorio directo a todas los pacientes derechohabientes de la UMF 56 del IMSS, en Ciudad Juárez, Chihuahua, en periodo de Perimenopausia entre 40 y hasta 55 años que cuenten con diagnóstico de depresión en un periodo de tiempo de 6 meses mismo que comprendió del 1 de enero del 2013 al 30 de junio del mismo año, para tal efecto se anexo y se extendió el oficio correspondiente para el consentimiento informado, explicando los lineamientos de bioética correspondientes para tal efecto.

6.8 CRITERIOS DE ESTUDIO.

6.8.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes femeninos en periodo de Perimenopausia entre 40 y hasta los 55 años, con diagnóstico de depresión, derechohabientes de la UMF 56, que aceptaron contestar y completaron la encuesta.

6.8.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes que estén fuera del rango de edad requerida.
- Pacientes que no sean derechohabientes de la UMF 56, del IMSS, en Ciudad Juárez, Chihuahua
- Pacientes que rechacen el consentimiento informado.
- Pacientes que no acepten contestar la encuesta

6.8.3 Criterios de eliminación.

- Encuestas incompletas.
- Pacientes con hoja de Consentimiento informado sin firmar

6.9 VARIABLES

6.9.1 Independientes

6.9.1.1 Edad.

Definición conceptual: Vocablo de origen latín, se describe como el espacio de años, que ha transcurrido de un tiempo a otro. También se conoce como cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana o bien; duración de algunas cosas y entidades abstractas. Estado del desarrollo corporal semejante, desde el punto de vista de los exámenes físicos y de laboratorio, a lo que es normal para un hombre o una mujer con el mismo tiempo de vida cronológica.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó una muestra de pacientes femeninas en periodo de Perimenopausia entre 40 y 55 años de edad cumplidos al momento del estudio, y se tomó la edad que refieran al momento del estudio.

Indicador: Años cumplidos al momento del estudio

Escala de Medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, medias, modas o medianas.

6.9.1.2 Estado civil.

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerara el estado civil como el estado referido por la paciente

Indicador

1. Soltera
2. Casada
3. Unión Libre
4. Divorciada
5. Viuda

Escala de Medición: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico. Frecuencias, Porcentajes,

6.9.1.3 Escolaridad.

Definición conceptual Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza; conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

Definición operacional. Para fines de este estudio se captó la escolaridad referida por el paciente en el cuestionario.

Indicador

1. No saber leer ni escribir
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Bachillerato incompleto

7. Bachillerato completo
8. Carrera técnica incompleta
9. Carrera técnica completa
10. Carrera profesional incompleta
11. Carrera profesional completa

Escala de Medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis estadístico: Frecuencias, porcentajes

6.9.1.4 Ocupación.

Definición conceptual. Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

Definición operacional. En este estudio se tomó el empleo referido por el paciente al momento del estudio.

Indicador:

1. Obrero
2. Secretaria
3. Ama de casa
4. Comerciante
5. Profesionista

Escala de Medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis estadístico: Frecuencias, porcentajes

6.9.1.5 Ciclo vital

Definición conceptual. Se trata de un ciclo en la vida del ser humano, que se repite y está influido por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la elaboración de modelos y teorías para tratar de establecer cuáles son las metas y los objetivos de cada etapa de este ciclo deja siempre un espacio para la particularidad que cada individuo le imprime a su experiencia de vida. Ciclo significa círculo y comprende un cierto período que acabado se vuelve a empezar de nuevo. La familia abarca un

período desde su formación hasta su disolución y de nuevo comienza el proceso, pero ahora con los hijos.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó la etapa del ciclo vital en que se encuentre la familia.

Indicador

1. Matrimonio
2. Expansión
3. Dispersión
4. Independencia
5. Retiro y muerte

Escala de Medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis estadístico: Frecuencias, porcentajes.

6.9.1.6 Funcionalidad Familiar

Definición conceptual: Se refiere a las funciones de la familia las cuales pueden variar según el eje de estudio; así en la literatura se pueden encontrar diferencias al definir y establecer las funciones que la familia debe cumplir.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara la función desarrollada al momento de la encuesta donde se aplicara el APGAR familiar, en donde se valoran 5 parámetros en escala de 0 al 2 y cuya suma nos dará el puntaje para valorar la funcionalidad familiar

Indicador

1. Funcional (10 – 7 puntos)
2. Disfuncional leve (6 – 4)
3. Disfuncional severa (3 – 0)

Escala de Medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis estadístico: Frecuencias, Porcentajes.

6.9.2. Dependiente

6.9.2.1 Depresión en la Perimenopausia.

Definición conceptual. Son alteraciones del estado anímico caracterizadas por síntomas pesimistas y negativas secundarios a la declinación hormonal o estrogenica.

Definición operacional. Para fines de este estudio se aplicó la escala de Hamilton para Depresión basada en 17 parámetros que nos indica si existe y que grado de depresión presentan las pacientes.

Indicador

1. Sin depresión de 0 a 7 puntos
2. Depresión Menor de 8 a 15 puntos
3. Depresión Mayor de 16 o más.

Escala de Medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis: Frecuencias, porcentajes.

6.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó de la siguiente manera: como se trata de un estudio descriptivo utilizamos medidas de porcentaje, frecuencia, desviación estándar y medias.

Para la realización del análisis estadístico se utilizó el software SPSS 18.0-19 con cruces de variables dependientes e independientes para correlacionar la depresión asociada a la Perimenopausia con factores asociados.

6.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se otorgó el formato de consentimiento informado a la paciente explicando los lineamientos de bioética que indican que no existe riesgo alguno en contra de su integridad física y que únicamente se realizaron preguntas en forma confidencial. Este documento se encuentra apegado al reglamento de la ley de salud en materia de investigación (ley general de salud artículo número 17: "Investigación sin riesgo") en base al artículo 14 se otorga dicho documento. Todo lo anteriormente descrito se encuentra de acuerdo a los principios de toda investigación médica establecidos en la declaración de Helsinki del 11 al 31, aplicable cuando la investigación se combina con la atención médica.

Esta investigación no implica riesgos de los sujetos de estudio.

El presente trabajo de investigación fue puesto a consideración de los comités de ética e investigación del IMSS para su análisis recomendaciones y correcciones pertinentes.

6.12 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Humanos

- Pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #56 del IMSS de Ciudad Juárez Chihuahua.
- Asesor de Investigación teórico y metodológico.
- Alumno: Dr. Raymundo Izaguirre Vargas
Estudiante del curso de Especialización en Medicina Familiar,
Para Médicos Generales IMSS- UNAM

Físicos

- Computadora personal.
- Internet
- Impresora multifuncional.
- USB (o memoria externa)
- Material de escritorio

Financieros.

Los gastos que se realizaron, fueron sufragados por el alumno.

VII. RESULTADOS.

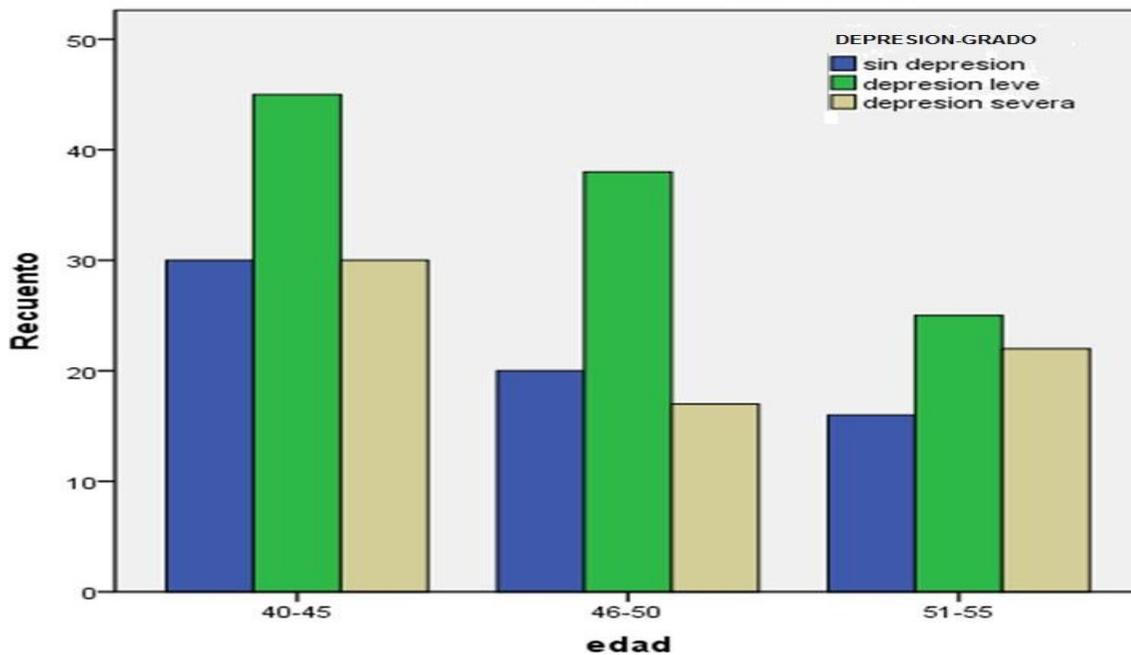
Del total de pacientes entrevistados; 243 en etapa de la Perimenopausia entre las edades de 40 a 55 años encontramos con mayor frecuencia al grupo de edad de 40-45 años con 105 pacientes (43.2%); de estos encontramos lo siguiente: sin depresión 30 pacientes (12.3%) con depresión leve 45 pacientes (18.5%) y 30 pacientes (12.3%) con depresión severa. (Ver tabla y gráfico 1)

Tabla 1. Relación de la Edad-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS

Edad	Depresión grado			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
40-45	30	45	30	105
46-50	20	38	17	75
51-55	16	25	22	63
Total	66	108	69	243

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 1. Relación de la Edad-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS



Fuente: Encuesta 2013

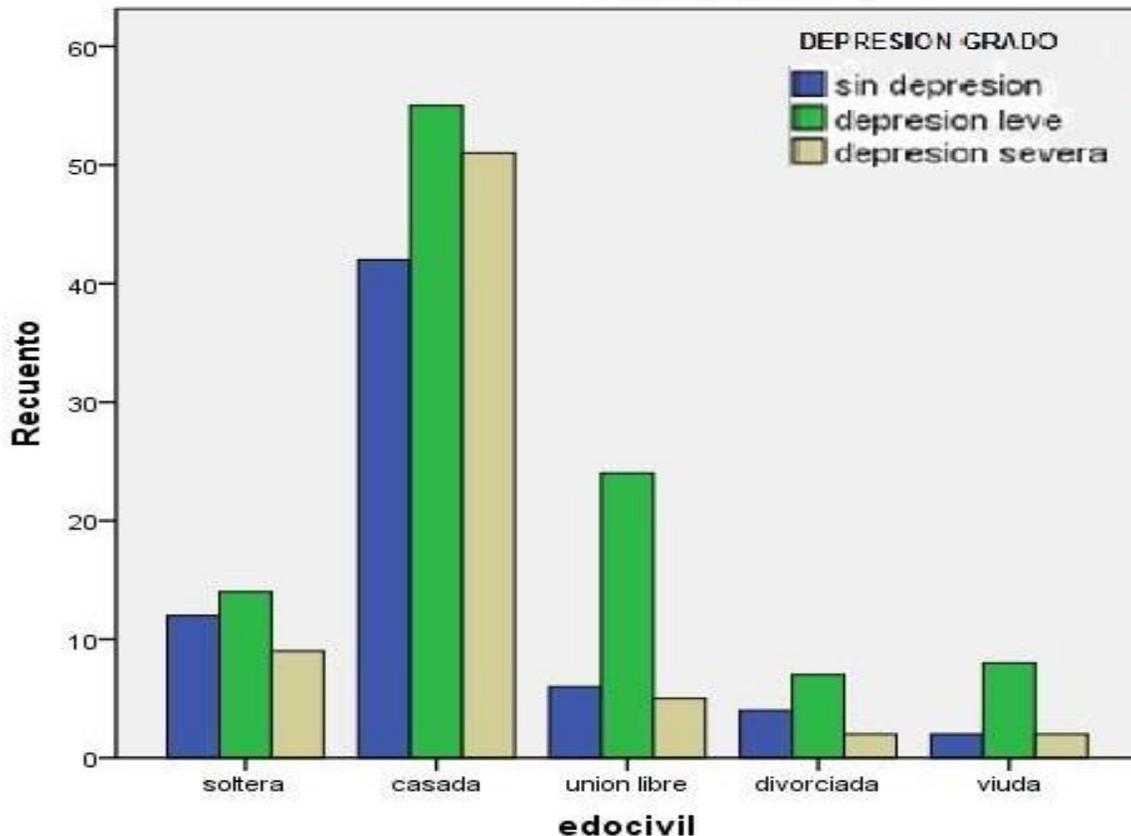
En cuanto al estado civil se encontró que del total de la muestra; 148 pacientes (60.9%) están casadas y de estas observamos lo siguiente: sin depresión 42 pacientes (17.3%) con depresión leve 55 pacientes (22.6%) y 51 pacientes (21.0%) con depresión severa. (Ver tabla y gráfico 2)

Tabla 2. Relación del Estado Civil-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS

Estado civil	Depresión grado			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Soltera	12	14	9	35
Casada	42	55	51	148
Unión libre	6	24	5	35
Divorciada	4	7	2	13
Viuda	2	8	2	12
Total	66	108	69	243

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 2. Relación del Estado Civil-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS



Fuente: Encuesta 2013

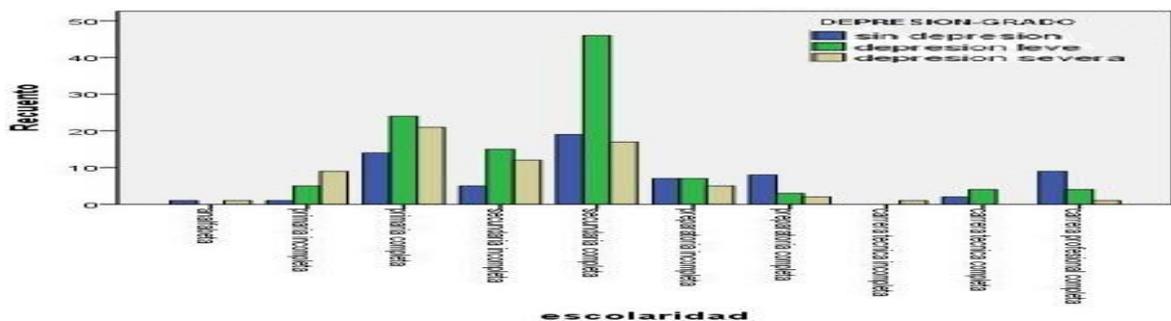
Referente a la escolaridad; predomina secundaria completa con 82 pacientes (33.7%) y de estas observamos lo siguiente: sin depresión 19 pacientes (7.8%) con depresión leve 46 pacientes (18.9%) y 17 pacientes (7.0%) con depresión severa. (Ver tabla y gráfico 3)

Tabla 3. Relación de la Escolaridad-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS

Escolaridad	Depresión grado			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Analfabeta	1	0	1	2
Primaria incompleta	1	5	9	15
Primaria completa	14	24	21	59
Secundaria incompleta	5	15	12	32
Secundaria completa	19	46	17	82
Preparatoria incompleta	7	7	5	19
Preparatoria completa	8	3	2	13
Carrera técnica incompleta	0	0	1	1
Carrera técnica completa	2	4	0	6
Carrera profesional completa	9	4	1	14
Total	66	108	69	243

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 3. Relación de la Escolaridad-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS



Fuente: Encuesta 2013

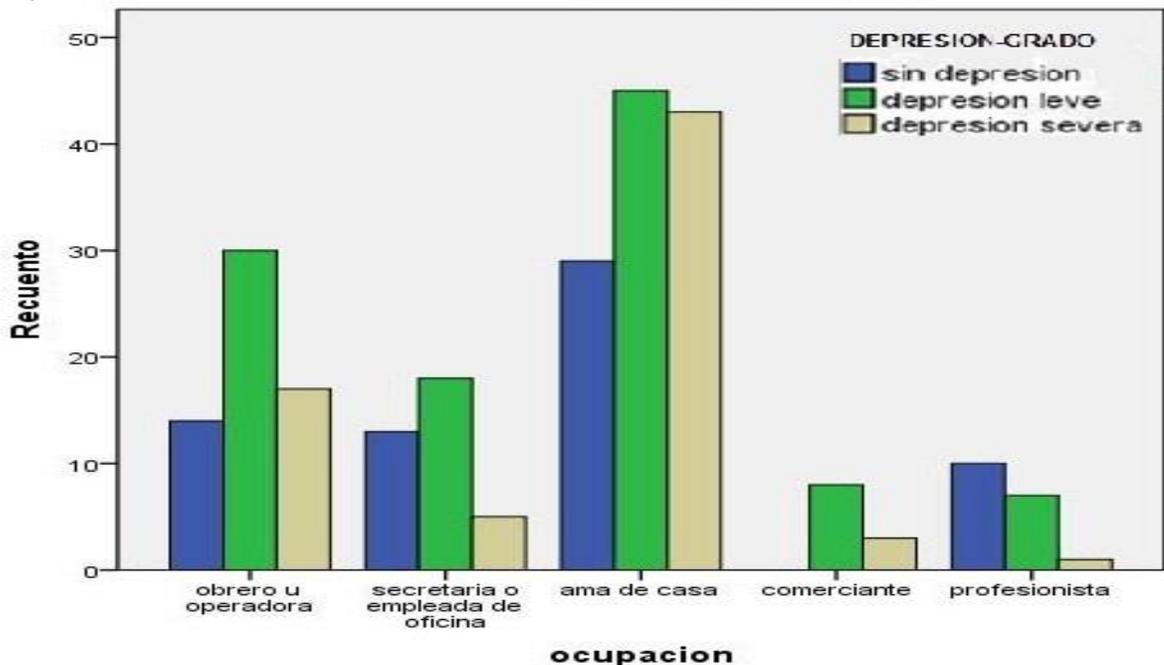
Con respecto a la ocupación; encontramos que predominan las pacientes amas de casa 117 (48.1%); de estas encontramos los siguiente: sin depresión 29 pacientes (11.9%) con depresión leve 45 pacientes (18.5%) y 43 pacientes (17.7%) con depresión severa. (Ver tabla y gráfico 4)

Tabla 4. Relación de la Ocupación-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS

Ocupación	Depresión grado			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Obrero u operadora	14	30	17	61
Secretaria o empleada de oficina	13	18	5	36
Ama de casa	29	45	43	117
Comerciante	0	8	3	11
Profesionista	10	7	1	18
Total	66	108	69	243

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 4. Relación de la Ocupación-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS



Fuente: Encuesta 2013

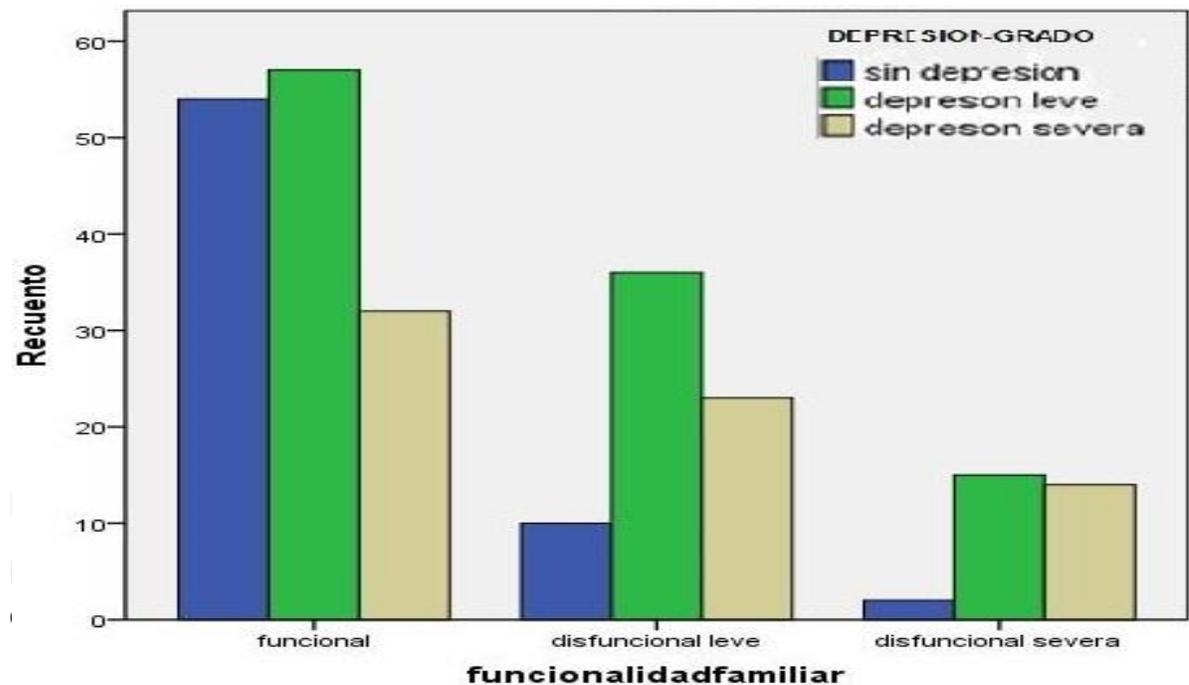
En cuanto a la funcionalidad familiar; predomina la familia funcional con 143 pacientes (58.9%) y de estas encontramos lo siguiente: sin depresión 54 pacientes (22.2%) con depresión leve 57 pacientes (23.5%) y 32 pacientes (13.2%) con depresión severa (Ver tabla y gráfico 5)

Tabla 5. Relación de la Funcionalidad familiar-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS

Funcionalidad familiar	Depresión grado			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Funcional	54	57	32	143
Disfuncional leve	10	36	23	69
Disfuncional severa	2	15	14	31
Total	66	108	69	243

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 5. Relación de la funcionalidad familiar-Depresión en mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS



Fuente: Encuesta 2013

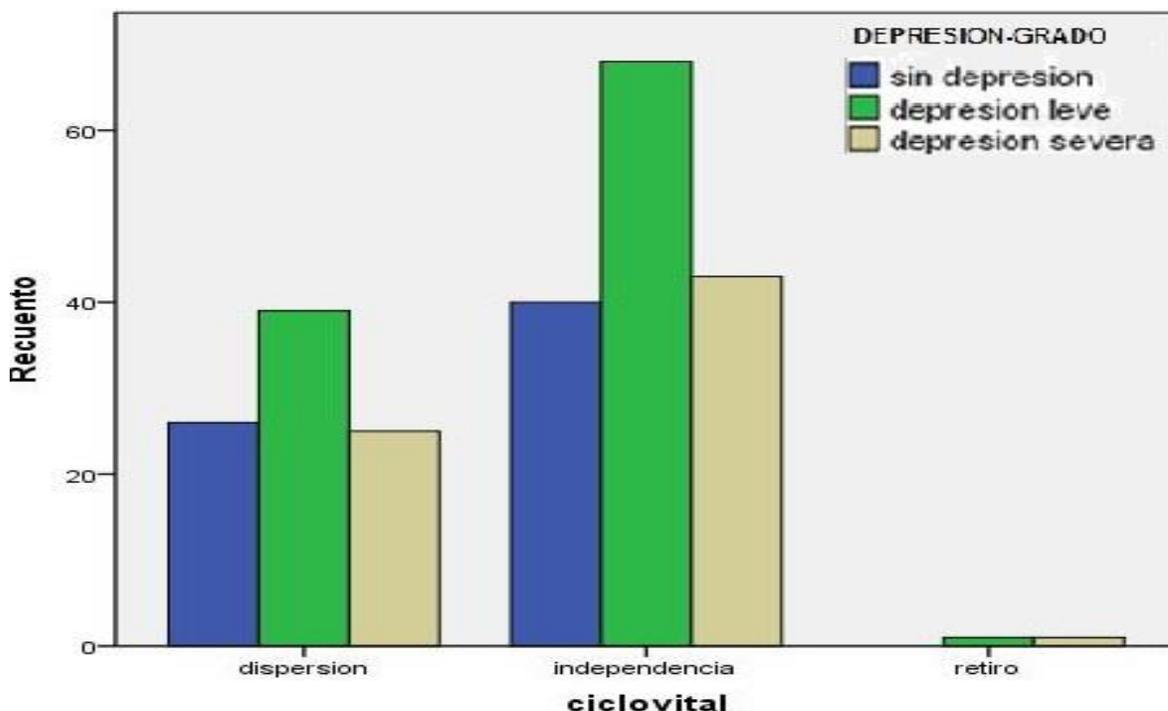
Referente al ciclo vital, (según la Clasificación de Geyman), predomino la etapa de independencia con 151 pacientes (62.1%) y de estas encontramos lo siguiente: sin depresión 40 pacientes (16.5%) con depresión leve 68 pacientes (28.0%) y 43 pacientes (17.7%) con depresión severa. (Ver tabla y gráfico 6)

Tabla 6. Relación del Ciclo Vital-Depresión según la Clasificación de Geyman. En mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS

Ciclo Vital	Depresión grado			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Dispersión	26	39	25	90
Independencia	40	68	43	151
Retiro	0	1	1	2
Total	66	108	69	243

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 6. Relación del Ciclo Vital-Depresión según la Clasificación de Geyman. En mujeres perimenopáusicas en pacientes de la UMF 56 del IMSS



Fuente: Encuesta 2013

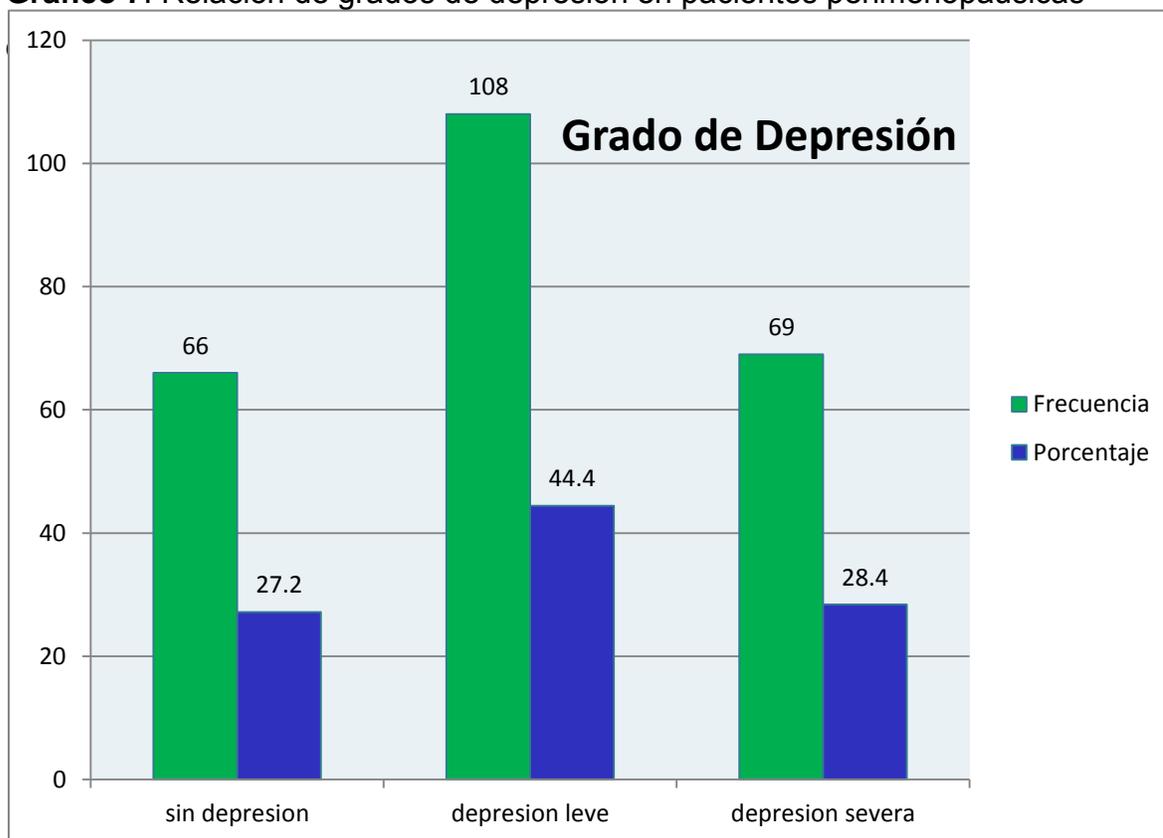
De las 243 pacientes estudiadas, se observó a 177 pacientes (72.8%) con depresión en grado leve a severo; con depresión leve 108 pacientes (44.4%) con depresión severa 69 pacientes (28.4%) y solo 66 pacientes (27.2%) sin depresión. (Ver Tabla y gráfico 7)

Tabla 7. Relación de grados de depresión en pacientes perimenopáusicas encontrados en las pacientes de la UMF 56 del IMSS

Grado de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	66	27.2
Depresión leve	108	44.4
Depresión severa	69	28.4

Fuente: Encuesta 2013

Gráfico 7: Relación de grados de depresión en pacientes perimenopáusicas



Fuente: Encuesta 2013

VIII. DISCUSIÓN

En nuestro estudio la depresión se presentó más frecuente en el grupo etario de 40 a 45 años, con edad media de 46.9, que es ligeramente menor que la observada, en el estudio de Zavala González³² que reporto la edad media de 47.7; En donde se observó alguna diferencia es en la moda, en nuestro estudio fue de 45 y en el antes citado es de 42 años.

En lo que respecta al estado civil de las pacientes, las casadas, son las más afectadas, con el 60.9 % en nuestro encuesta, ligeramente más elevado en relación a lo reportado por Lugones Botell³³, con un 58.1%. En nuestro estudio encontramos sin depresión a 42 pacientes (17.3 %) con depresión leve a 55 pacientes (22.6%), y con depresión severa a 51 pacientes que le corresponde un 21.0%

En lo referente a la escolaridad, encontramos que el grupo más afectado contaba con estudios de secundaria completa 82 pacientes (33.7%) de estas sin depresión a 19 pacientes (7.8%) con depresión leve a 46 pacientes (18.9%) y con depresión severa a 17 pacientes (7.0%) pero en la literatura Zavala González,³² solo menciona que: "La escolaridad, es un factor determinante para la presencia de Depresión en las mujeres de 40-59 años, cuya frecuencia de presentación es indirectamente proporcional al nivel de instrucción escolar".

Referente a la ocupación la más frecuente fue de amas de casa con 117 pacientes (48.1%), en comparación con un porcentaje de (69.1%) en el estudio de Vega, Genaro³⁴, de estas encontramos lo siguiente: sin depresión 29 pacientes (11.9%), con depresión leve 45 pacientes (18.5%), y depresión severa 43 pacientes (17.7%)

En lo que corresponde a la funcionalidad familiar, encontramos con funcionalidad familiar al 58.9% y con disfuncionalidad leve a severa en un 41.1 en comparación con el estudio de Zavala González³² con un porcentaje menor de funcionalidad familiar con un 52.5% y una disfuncionalidad de leve a severa en un 47.5%.

Por lo que se refiere al ciclo vital; el grupo más afectado se encontraba en la etapa de independencia (según la clasificación de Geyman) 151 pacientes (62.1 %) y de estas se encontró lo siguiente: sin depresión 40 pacientes (16.5%), con depresión leve 68 pacientes (28.0%) y con depresión severa a 43 pacientes que le corresponde un 17.7%. En esta variable, no encontramos literatura para discutir, ya que los estudios relacionados con depresión y ciclo vital, solo mencionan el ciclo de vida reproductiva de la mujer.

IX CONCLUSIONES

Al término de nuestro trabajo de investigación, llegamos a la conclusión que si afecta el grado de depresión en la Perimenopausia en relación con la funcionalidad familiar porque encontramos una CHI cuadrada mayor de 2 con relevancia significativa

Encontramos que el grado de depresión fue alto (72.8%), y solo un bajo porcentaje (27.2%) se encontraron sin depresión. De tal manera, que es obvio que se deteriora la funcionalidad familiar, hasta en el (41.1%) en grado leve a severo y solo un (58.9%) no se vio afectada la funcionalidad familiar. Con respecto a la edad, el grupo más afectado fue de los 40 a 45 años con un (43.2%).el estado civil de las participantes el mayor porcentaje (60.9%) fue en las casadas. por lo que corresponde al grado de escolaridad de las pacientes el más nutrido grupo fue el de educación secundaria, y la ocupación con mayor representatividad fue en las amas de casa. Y con alusión al ciclo vital según la clasificación de GEYMAN la mayor parte de las participantes se encontró en la etapa de independencia con un (62.1 %). De todo lo anterior se deduce que falta mucha información en el ámbito médico, en lo que respecta al tema, ya que al tener el conocimiento, se tiene el poder y las herramientas para apoyar al núcleo familiar para mejorar, o no permitir el deterioro de la funcionalidad familiar, de tal suerte que para lograr un beneficio familiar, propio de los objetivos del médico de familia, se debe involucrar al cónyuge, para hacerle de su conocimiento, que la conducta cambiante emocionalmente hablando de su esposa, es secundario a la declinación Hormonal que conduce a la depresión en la Perimenopausia

X. RECOMENDACIONES

1. **A LAS AUTORIDADES FEDERALES:** destinar más recursos para el desarrollo de programas de salud y su difusión en todos los niveles, mediante el uso de la comunicación en todas sus dimensiones con lenguaje común, para que pueda ser entendido y aprovechado al máximo por toda la población.
2. **A LAS AUTORIDADES ESTATALES:** para que se difundan los programas de salud en todo el estado, en vista del mejor conocimiento de las características del diagnóstico de salud, su población y su entorno.
3. **A LAS AUTORIDADES MUNICIPALES:** para que con el conocimiento de las situaciones demográficas por las que atraviesa la sociedad, enfoque mayores estrategias para la protección de la familia en estos problemas.
4. **A LAS AUTORIDADES DE LA UMF 56:** Para que implementen una atención personalizada a cada paciente con esta patología y facilite los medios y recursos para la capacitación del personal involucrado y contar con todo lo necesario en una atención de medicina familiar integral.
5. **A LOS INVESTIGADORES EN CIENCIAS DE LA SALUD:** para que se haga más investigación referente a los temas relacionados con la funcionalidad familiar, y haciendo hincapié EN TRANSMITIR EL CONOCIMIENTO A LA POBLACIÓN EN GENERAL.
6. **A LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:** Para tomar cursos de actualización, y motivarlos a tener más conocimientos relativos a la SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. Y no solo diabetes e hipertensión. De tal manera que se tenga una visión más integral del concepto de MEDICINA FAMILIAR
7. **A LAS PACIENTES:** Para que se recuperen los valores y LOGRAR LA PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PERO PRIORITARIAMENTE DEL ESPOSO, que es con quien inicia la disfunción familiar a la que hacemos alusión en este trabajo de investigación.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
ACTIVIDADES	2012			2013				2014			
	ABR	JUL	OCT	ENE	ABR	JUL	OCT	ENE	ABR	JUL	OCT
	JUN	SEP	DIC	MAR	JUN	SEP	DIC	MAR	JUN	SEP	NOV
Selección del tema	X										
Consulta Bibliográfica		X									
Investigación de Antec. Científicos	X	X									
Rev. del anteproyecto con asesores		X	X								
Organización del protocolo			X								
Revisión de protocolo			X								
Aceptación del proyecto por el comité local de investigación en salud			X								
Aplicación de instrum. de medición				X	X	X					
Recolección de datos				X	X	X					
Elaboración de la base de datos						X	X				
Codificación de datos							X	X			
Análisis								X	X		
Presentación de conclusiones									X	X	
Redacción de la tesis									X	X	
Publicación de la tesis										X	X
Publicación de resultados										X	X

XII ANEXOS.

ANEXO 1



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Impacto de la depresión en la Perimenopausia y su relación con la funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF #56 del IMSS, de Ciudad Juárez, Chihuahua.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Cd Juárez, Chihuahua, IMSS UMF#56, Del 01 de Enero al 30 de junio 2013.
Número de registro:	R-2012-802-36
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión en la Perimenopausia y su impacto en la funcionalidad familiar, es relativamente poco estudiada, por tal motivo es importante conocer la relación que existe entre estos dos problemas de salud y saber cómo reacciona la familia ante la crisis a que se enfrenta, darle tratamiento farmacológico y no farmacológico, para así poder evitar una disfunción familiar con apoyo del grupo multidisciplinario.
Procedimientos:	Previa información del estudio y firma de hoja de consentimiento informado se encuestara a 243 pacientes del IMSS, UMF# 56 en el grupo de edad de 40 a 55 años.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no conlleva riesgo alguno para la paciente ni para su familia
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No solo la paciente se beneficiara del este estudio, sino toda la familia, ya que se tendrán conocimientos amplios y se difundirán y aplicaran para evitar una disfunción familiar.
Información sobre resultados	Las pacientes en las cuales se diagnostique disfunción familiar leve o severa, serán notificadas y atendidas por el

y alternativas de tratamiento:	personal del instituto.						
Participación o retiro:	Las pacientes tendrán el derecho a retirarse del estudio en el momento que lo decidan, sin repercusiones algunas.						
Privacidad y confidencialidad:	La información vertida en las encuestas, serán totalmente confidenciales y utilizada solo para la investigación actual.						
En caso de colección de material biológico (No aplica):							
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derecho-habientes (si aplica):	Las pacientes que sean diagnosticadas con disfunción familiar leve o severa, serán atendidas por el personal multidisciplinario.						
Beneficios al término del estudio:	Diagnóstico y detección oportuna para su atención inmediata.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<u>Dr. Raymundo Izaguirre Vargas.</u>						
Colaboradores:	<u>Dra. María Dolores Meléndez Velázquez.</u> <u>Dr. Martín Alberto López Meza.</u> <u>Dr. Humberto Campos Favela.</u>						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Testigo 1</td> <td style="text-align: center;">Testigo 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> <td style="text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> </tr> </table>		<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	Testigo 1	Testigo 2	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>						
Testigo 1	Testigo 2						
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio							
Clave: 2810-009-013							

ANEXO 2



ESCALA DE HAMILTON PARA LA CLASIFICACIÓN
DE LA DEPRESIÓN.

Iniciales del nombre _____ Edad _____

Ocupación _____

Estado Civil _____

1-Sentimientos de culpas

- 0-Ausente.
- 1-Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- 2-Tiene ideas de culpabilidad o medida sobre errores pasados o malas acciones.
- 3-Siente que la enfermedad actual es un castigo.
- 4-Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza.

2-Suicidio.

- 0-Ausente.
- 1-Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.
- 2-Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
- 3-Ideas de suicidio o amenazas.
- 4-Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

3-Insomnio precoz

- 0-No tiene dificultad
- 1-Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño.
- 2-Dificultad para dormir cada noche.

4-Insomnio intermedio

- 0-No hay dificultad
-

1-Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.

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

5-Insomnio tardío

- 0-No hay dificultad.
- 1-Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
- 2-No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

6-Trabajo y actividades

- 0-No hay dificultad.
- 1-Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).
- 2-Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).
- 3-Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
- 4-Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en las pequeñas tareas

7-Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora).

- 0-Palabra y pensamiento normales.
- 1-Ligero retraso en el habla.
- 2-Evidente retraso en el habla.
- 3-Dificultad para expresarse.
- 4-Incapacidad para expresarse.

8-Agitación psicomotora.

- 0-Ninguna.
-

1-Juega con sus dedos.

- 2-Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3-No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.
- 4-Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos.

9-Ansiedad psíquica.

- 0-No hay dificultad.
- 1-Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2-Preocupación por pequeñas cosas.
- 3-Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.
- 4-Expresa sus temores sin que le pregunten

10-Síntomas somáticos gastrointestinales.

- 0-Ninguno.
- 1-Pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.
- 2-Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

11-Síntomas somáticos generales.

- 0-Ninguno.
- 1-Pesantez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefaleas, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2-Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

12-Síntomas genitales (tales como la disminución de la libido y trastornos menstruales)

0-Ausente

1-Grave

2-Debil

13-Hipocondría

0-Ausente.

1-Preocupado por sí mismo (corporalmente).

2-Preocupado por su salud

3-Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

14-Pérdida de peso

0-Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1-Pérdida de peso de más de 500 gr. en una semana.

2-Pérdida de más de 1Kg. en una semana.

15-Introspección (insight)

0-Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1-Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2-No se da cuenta que está enfermo.

ANEXO 3



ESCALA DE VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afectos y Responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.			
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero.			

XIII.- BIBLIOGRAFIA

¹Montes Carol; La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja, Montes, C. (10 de Febrero de 2007). *Caibco*. Obtenido de Caibco: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosPDF/psiquiatria.pdf>

² Korman, P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos Teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 119-145.

³ Jadresic, E. (2009). Climaterio: Depresión y alteraciones del ánimo. *Revista Médica Clínica CONDES*, 61-65.

⁴ Sánchez-Ramírez, G., & Álvarez-Gordillo, G. d. (2008). La Terapia Hormonal de reemplazo en la pre y pos menopausia: Tendencias y Controversias. *Población y Salud de Mesoamérica*, 1-20.

⁵ Flores-Ramos, M. (2011). Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: Una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Gaceta Médica de Mexico*, 33-37.

⁶ Salazar M., Paravic K. y Cols. Percepción de la Mujeres y sus Parejas Sobre la Calidad de Vida en el Climaterio, *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2011: 76 (2), 64-70

⁷ Salvador, J. (2008). Climaterio y Menopausia: Epidemiología Y Fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54; 61-78

⁸ Velasco, J. E., Martín, J. M., & Martínez, E. M. (2009). Estudio Del Climaterio y la Menopausia. *Ginecología y Obstetricia Mexicana*, 253-276.

⁹ Chen, Chien-Chih; Huang, Tiao-Lai y Cols. Association of serum Lipid profiles with Depressive and Anxiety Disorders in Menopausal Women *Horm Behav*. 2008; Enero; 53 (1) 159-169

¹⁰ Rivas Hidalgo, AM. Menopausia: Promoción y Prevención de la Salud. NURE inv. (Revista en Internet) 2009 enero-feb 6 (38) <http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/menpro prot 38.pdf>

¹¹ Septien González JM, Morfin J. y Cols. Climaterio Femenino. En programa de actualización continua en Ginecología y obstetricia 3 libro 1. México Inter sistemas, 2008. Pp 1 a 165, www.inegi.org.mx 2006 Proyecciones del Consejo Nacional de Población.

¹² L. Parry Bárbara. Manejo óptimo de la depresión peri menopáusica, Rev. Del Climaterio 2011. 15 (85). 26-36

¹³ Lizondo, G., & Llanque, C. Depresión. *Revista Paceña de Medicina Familiar*, 2008: 5 (7): 24-31.

¹⁴ Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Mudgal J, Romero X, Duran-Arenas L, Salmerón J., 2009. Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research.*, 66(2), pp. 127-135

¹⁵ Lara, L. A., Ornelas, J. R., & Otros. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista De Especialidades Medico Quirúrgicas*, Vol. 17, 100-108.

¹⁶ Burger, H. (2008). Cambios en los ciclos y las hormonas durante el climaterio: El papel clave de la función. *Revista del Climaterio*, 261-276.

¹⁷ Medina, C. (2008). Tratamiento de la Menopausia con Reemplazo hormonal entre los 45 y 65 años de edad. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*, 18-22.

¹⁸ Margot, R., & Torres, O. (30 de Marzo de 2011). HVN. Obtenido de HVN: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_actualizacion_manejo_menopausia.pdf

¹⁹ Zavala-Coca, C. (2008). Factores Genéticos en la falla Ovárica Precoz. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 170-174.

²⁰ Díaz, C. (2001). Menopausia v/s Andropausia: Manifestaciones Fisiológicas y Psicológicas. EDIC College, 1-16.

²¹ Nemeroff, C. (2009). Hallazgos Recientes En La Fisiopatología de la depresión. Psimonart, 25-48.

²² Zúñiga, C. (2009). Consecuencias de la deficiencia de estrógenos a corto, mediano y largo plazo. Fármacos, 5-13.

²³ Rodríguez, N., & Parra, F. (19 de Enero de 2012). HVN. Obtenido de HVN: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2012_trastornos_sexuales_en_la_menopausia.pdf

²⁴ Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J., & Oblitas, L. A. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. Suma Psicológica, 43-73.

²⁵ Arriagada, M., Arteaga, E., Bianchi, M., Brantes, S., Montaña, R., Osorio, E. Villaseca, P. (2007). Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología, 340-345.

²⁶ Cassano, P., & Argibay, P. (2010). Depresión y Neuro plasticidad. interacción de los sistemas nervioso, endocrino e inmune. Medicina (Buenos Aires), 185-193.

-
- ²⁷ Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray, M., & Rocha, M. (2010). Resultados de la Psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 127-134.
- ²⁸ Freedman, R. (2008). Los Mejores Tratamientos Actuales de los Bochornos. *Revista del Climaterio*, 176-184.
- ²⁹ Irigoyen, A. (2007). Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México, D.F.: Medicina Familiar Mexicana. Pág. 47-53
- ³⁰ Perez, L., Mercado, M., & Espinoza, I. La Familia y los Procesos de Enfermar. *Waxapa* 1. 2009: Vol 1 jun-dic pp. 66-71.
- ³¹ Perez, L., Mercado, M., & Espinoza, I. Pautas de relacion en Familias con miembro diagnosticado con Depresion posparto *Rev. Psicologia*, 2011: Vol 4 (1) marzo pp. 116-142.
- ³² Zavala-González, M. A. (2009). Depresión en mujeres con perimenopuasia de una comunidad rural. *Redalyc*, 5(4), 3.
- ³³ Miguel Lugones Botell, D. N. (2006). Síndrome Climaterico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-5.
- ³⁴ Vega M., G. (2007). Incidencia y factores relacionados con el síndrome climaterico en una población de mujeres mexicanas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 314-320.
- ³⁵ Hernández I. Fernández MA, Irigoyen A. Hernández MA. (2006) Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar; *Artemisa Medigraphic*, Vol.8 (2) 137-143.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 26/11/2012

DRA. MARIA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

PRESENTE

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

Impacto de la Depresión en la perimenopausia y su relación con la funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS, Cd Juárez Chihuahua, periodo del 01 de enero 2013 al 30 de junio 2013.

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

Núm. de Registro

R-2012-802-36

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMÍN HIÑOJOSA HERNÁNDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 03/07/2014

DR.(A). MARIA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Impacto de la Depresión en la perimenopausia y su relación con la funcionalidad familiar en las pacientes de la UMF 56 del IMSS, Cd Juárez Chihuahua, periodo del 01 de enero 2013 al 30 de junio 2013.** y con número de registro institucional: **R-2012-802-36** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION**
AUTORIZADA

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL