



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28**

**Baja autoestima y depresión relacionada con el nivel de satisfacción sexual en mujeres
en etapa de climaterio en la UMF 28**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**DRA. IRIS WENDOLINE LEON DOMINGUEZ
Residente de 3er año de Medicina Familiar UMF 28**

**ASESORA:
DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCIA
MEDICO ADSCRITO UMF 28
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2015



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”
MÉXICO, D.F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

“Baja autoestima y depresión relacionada con el nivel de satisfacción sexual en mujeres en etapa de climaterio en la UMF 28”

Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Ivonne Analí Roy García
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28 y
Directora de la Tesis

Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

ASESORES DE TESIS

**Asesor clínico y metodológico:
Dra. Ivonne Analí Roy García
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28 y
Directora de la Tesis**



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 29/04/2014

DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA

P R E S E N T E

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


Baja autoestima y depresión relacionada con el nivel de satisfacción sexual en mujeres en etapa de climaterio en la UMF 28.

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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2014-3609-13

ATENTAMENTE


DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

Baja autoestima y depresión relacionada con el nivel de satisfacción sexual en mujeres en etapa de climaterio en la UMF 28.

Autor: *Dra. Iris Wendoline León Domínguez, **Dra. Ivonne Analí Roy García
*Médico Residente 1er año Medicina Familiar/**Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF 28.

Introducción: La etapa de climaterio es un periodo obligatorio en la vida de la mujer que implica cambios y adaptaciones a los mismos en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En el manejo médico existen alternativas que contribuyen a la disminución o hasta la eliminación de las manifestaciones clínicas en éste. Sin embargo, aspectos tales como la baja autoestima, la depresión y como ambas repercuten en la calidad de la vida sexual de las mujeres es un rubro cuyo alcance dentro del tratamiento aún no ha sido manejado de manera directa.

Objetivo General: Conocer la relación entre depresión y satisfacción sexual en mujeres en etapa del climaterio. **Material y métodos:** Se realizó un cálculo estimado de muestra de 288 mujeres derechohabientes del IMSS y adscritas a la UMF 28 durante los meses de abril a junio de 2015 con los siguientes criterios de inclusión: que supieran leer y escribir, que aceptaron participar y firmaron la carta de consentimiento informado, así mismo que tuvieran sintomatología climatérica y que tenían pareja estable. Se aplicaron un total de cuatro instrumentos siendo el inventario de depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), el inventario de Satisfacción sexual de Álvarez-Gayou Jurgenson. **Resultados:** En las 288 mujeres encuestadas se encontraron los siguientes resultados en cuanto a depresión: 256 (88.8%) con nivel normal, 22 (7.6%) depresión leve, 5(1.7%) con periodos intermitentes, 4(1.3%) moderado y 1(0.3% con nivel grave de depresión. En cuanto al nivel de satisfacción sexual 106(36.8%) cuentan con nivel bajo, 83 (28.8%) con nivel medio, 61 (21.1%) nivel alto y 38 (13.1%) con nivel muy alto. Por otro lado el nivel de autoestima fue bajo en 58(20.1%) de las mujeres encuestadas, 225 (78.1%) tienen nivel normal y 5 (1.7%) tienen nivel de autoestima alto. El puntaje de satisfacción sexual en relación al nivel de autoestima arrojó los siguientes datos: las mujeres con una media de satisfacción sexual de 104 puntos tienen un nivel de autoestima baja, aquellas participantes con una media de nivel de satisfacción sexual de 110 poseen un nivel de autoestima normal y las mujeres con una media de 130 puntos de satisfacción sexual son aquellas con un nivel de autoestima alto. **Conclusiones:** En este estudio se determinó que las variables depresión y satisfacción sexual se comportan de manera independiente. Sin embargo, al comparar el nivel de satisfacción con el nivel de autoestima encontramos que a menor nivel de autoestima existe menor nivel de satisfacción sexual ($p= 0.009$). Otras variables que se encontraron asociadas a satisfacción sexual fueron el tiempo de convivencia con la pareja, a menor tiempo de convivencia mayor satisfacción ($p=0.000$). En cuanto al índice de masa corporal si se relacionó al nivel de satisfacción sexual, encontrándose que a mayor índice de masa corporal, menor el nivel de satisfacción sexual (valor de $p: .002$).

Palabras clave: Baja autoestima, satisfacción sexual, depresión, climaterio, tabaquismo.

INDICE

1. Marco Teórico.....	8
1.1 Introducción.....	8
2. Climaterio.....	9
2.1 Definición.....	9
3. Menopausia y postmenopausia.....	9
3.1 Definición.....	9
3.2 Cuadro Clínico.....	10-12
4. Depresión y climaterio.....	12
4.1 Síntomas asociados.....	12
4.2 Criterios diagnósticos de la depresión de acuerdo al DSM-IV.....	13
4.3 Auxiliares de diagnóstico.....	14
4.4 Fisiopatología de la depresión.....	15
4.5 Hipótesis establecidas.....	15
5. Baja autoestima.....	16
5.1 Medición de la autoestima.....	17
6. Satisfacción sexual.....	18
6.1 Medición de la Satisfacción sexual.....	19
7. Relación existente: depresión-autoestima con la satisfacción sexual.....	19-20
8. Planteamiento del Problema.....	-.....20
9. Justificación.....	21
10. Objetivos.....	22
a) General	
b) Específicos.	
11. Hipótesis.....	22

12. Variables.....	23
13. Covariables.....	23
14. Definición conceptual de variables.....	23
15. Definición operacional de variables.....	24-25
15.1 Depresión.....	24
15.2 Autoestima.....	25
15.3 Satisfacción sexual.....	25
16. Definición conceptual y operacional de covariables.....	25-27
17. Criterios de inclusión.....	27
18. Criterios de exclusión.....	27
19. Criterios de eliminación.....	28
20. Diseño de estudio.....	28-29
21. Método de recolección de datos.....	30
22. Consideraciones éticas.....	30-31
23. Recolección de datos.....	32
24. Instrumentos de recolección.....	32
25. Resultados.....	33-40
26. Discusión.....	41
27. Conclusiones.....	42

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

- Anexo 1. Encuesta de datos sociodemográficos.
- Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck.
- Anexo 3. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)
- Anexo 4. Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou Jurgenson.
- Anexo 5. Consentimiento informado
- Anexo 6. Cronograma de actividades.

1. Marco Teórico

1.1 Introducción

La menopausia ocurre de manera secundaria a una pérdida folicular programada genéticamente. La edad promedio de la menopausia en los países industrializados es de aproximadamente 51.4 años, y en nuestro país la edad promedio es de 49 años; aproximadamente para la edad de 54 años, el 90% de las mujeres habrán presentado la menopausia. Se cree que la edad de presentación de menopausia puede ser considerada como un marcador biológico de longevidad. El número de folículos en el ovario determinará la edad a la que se presentará la menopausia. El conteo folicular muestra su valor más alto aproximadamente a los 7 meses de vida intrauterina, con una disminución a aproximadamente 700,000 al nacimiento. Este descenso es gradual hasta los 40 años de edad en donde la declinación se acelera hasta la menopausia, donde esencialmente no queda ningún folículo. Las mujeres que fuman experimentan la menopausia de uno a dos años antes que las no fumadoras. La menopausia prematura (antes de los 40 años de edad) ocurre en 1% de las mujeres, sin embargo la mayoría de las mujeres experimentan esta transición (perimenopausia) a una edad promedio de 47 años.¹

En Cuba se ha reportado que poco más del 40 % de mujeres en la transición a la posmenopausia cursan con depresión de grado diverso y que puede presentarse desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución de apetito sexual, sensación de inadecuación y nerviosismo; todo esto sin contar con el rechazo a los cambios en su autoimagen, que llevan a muchas mujeres a desarrollar una autoestima baja o francamente a perder su autoestima. En este sentido juegan también un papel fundamental dos aspectos: la confrontación con el envejecimiento y de la mano de esta conciencia, la posibilidad de la muerte; y por otra parte la actitud del grupo social al que pertenece la mujer, con respecto tanto al envejecimiento como a la pérdida de la capacidad reproductiva.²

Estudios como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002, la cual es una encuesta con una muestra que incluyó a 5 782 participantes entre 18 y 65 años de edad. Ésta permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9). Reporta además que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%), también mostró que menos de una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema.³

En ciertos estudios se ha arrojado como dato importante que la etapa de climaterio se asocia a padecer depresión, en un estudio realizado en 2010 por López-Correa SM, Carranza-Madrigal J, se observó que las mujeres climatéricas tienen mayores puntajes de disminución de la libido así como aumento de la presencia de depresión en relación a las premenopáusicas.⁴

2. Climaterio:

2.1 Definición: (del griego Klimater, escalón), es un periodo amplio en la vida de la mujer en el que se produce el paso progresivo del estado reproductivo o periodo fértil de la vida al no reproductivo como consecuencia del agotamiento folicular, es decir etapa de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, en el que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan al cese de la función ovárica implicando cambios biológicos, psicológicos y sociales en la mujer. ⁵

3. Menopausia y posmenopausia

3.1 Definición: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término menopausia significa el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad cíclica del ovario o bien como el período de transición desde el período fértil de la vida de la mujer al no fértil. Este período está no obstante sujeto a diversas interpretaciones con connotaciones muy específicas de la cultura a la que se pertenezca. ⁵

La menopausia, en general, es diagnosticada en forma retrospectiva, luego de ocurrida la amenorrea por un año, observándose adicionalmente los signos de hipoestrogenismo y, cuando fuera necesario, confirmándose con el aumento de la hormona estimulante del foliculo (FSH > 40 UI/L).

En este periodo, los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un gran aumento de la FSH, en menor medida de la LH, de tal forma que el cociente FSH/LH se invierte y es > 1. Los valores de FSH por encima de 40 UI/L son compatibles con la interrupción completa de la función ovárica. Los estrógenos secretados por los ovarios después de la menopausia son insignificantes; sin embargo, todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona. La estrona es el estrógeno más importante en la posmenopausia; se produce por la conversión periférica de la androstenediona (producida en la corteza suprarrenal y en el ovario), el cual se aromatiza en estrógenos, principalmente en el tejido adiposo. La estrona puede ser capaz de mantener la vagina, la piel, el hueso y en algunos casos reducir la incidencia de bochornos. Si bien el estrógeno de cierto modo puede ser beneficioso, sin embargo, al no existir oposición de progestágenos (por la falta de ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo), puede aumentar la incidencia de hiperplasia y cáncer de endometrio. Las obesas suelen tener una alta concentración de estrógenos circulantes; por tal motivo, están en peligro de sufrir cáncer de endometrio. En contraste, las mujeres delgadas experimentan disminución de los estrógenos circulantes, estando más expuestas a la osteoporosis. En cuanto a los andrógenos, antes de la menopausia el ovario produce cerca de 50% de la androstediona y 25% de la testosterona circulante. Después de la menopausia, disminuye la producción total de andrógenos, sobre todo por la caída de la producción ovárica. Sin embargo, también disminuye la producción en la suprarrenal. Aun cuando en la mujer posmenopáusica se producen menos andrógenos, ellos se vuelven más activos, debido a la falta de oposición de los estrógenos. ⁶

3.2 Cuadro Clínico

Existe una pérdida de la función ovárica gradual con una duración de 4 a 6 años; con fluctuación de la función ovárica. Al inicio hay disminución de los niveles de inhibina ocasionando el aumento de la FSH, con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos. Por lo que se acorta la fase folicular y los ciclos menstruales se acortan o prolongan. Posteriormente, se produce un descenso de los niveles de estradiol y la maduración folicular se vuelve irregular, presentando ciclos ovulatorios y anovulatorios. Cuando en los ciclos anovulatorios no se produce progesterona, existe un hipertrogenismo relativo que puede ocasionar hipermenorrea y/o hiperplasia del endometrio. Los folículos ováricos se vuelven resistentes a la estimulación de la FSH, en tanto que las concentraciones de estradiol se conservan relativamente normales. Este grado de resistencia ovárica a la estimulación puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de los valores normales de estradiol. Cuando los niveles de estrógenos son bajos, los núcleos arcuato y paraventricular del hipotálamo son estimulados a producir hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en la circulación portal de la hipófisis; ello estimula la liberación de FSH y LH. El mecanismo responsable de la liberación pulsátil de GnRH se plantea que también es responsable de la provocación de bochornos.⁶

La identificación de los componentes del síndrome climatérico, tanto genitales como extragenitales, puede resultar compleja, especialmente en su fase inicial (40 a 45 años), durante la cual sus manifestaciones pueden permanecer latentes o ser muy sintomáticas o en muchos casos ser muy difícil de diferenciarlos del componente ansioso depresivo que suele acompañar a este grupo de personas. La deficiencia de estrógenos que caracteriza al climaterio y la menopausia es el principal responsable de los signos y síntomas inmediatos y tardíos. El 84% de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes.

Síntomas vasomotores. - bochorno, sudoración son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos; 70 a 80% de las pacientes en el climaterio sufren de bochornos; suelen hacerse muchos más intensos cerca de la menopausia, cuando los niveles de estrógenos decrecen rápidamente. Se les describe como periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, asociados a sudoración y sensación de calor (que puede ser con elevación de temperatura de 1 a 2 grados), que se acompañan a menudo de palpitaciones y sensación de ansiedad. En ocasiones, van seguidos de escalofríos; cuando ocurren de noche, pueden perturbar el sueño. Ocurre en promedio de 5 a 10 episodios por día. Después de la menopausia quirúrgica, los episodios suelen ser más frecuentes e intensos.

Síntomas Genitourinarios.- Hemorragia anormal, alteración menstrual, sangrado posmenopáusico, sequedad vaginal, dispareunia, molestias urinarias, infertilidad. Más de 50% de las mujeres durante el climaterio tiene alteraciones menstruales (polimenorrea, hipomenorrea, hipermenorrea, oligomenorrea). La hemorragia puede llegar a ser irregular, intensa y/o prolongada, siendo necesario el descarte de patología orgánica, para el tratamiento adecuado. De especial importancia, es el sangrado posmenopáusico, en el cual siempre debe descartarse patología endometrial, sobre todo cáncer de endometrio. La vejiga y la vagina son órganos muy sensibles a los estrógenos; su deficiencia produce atrofia en ambos tejidos. En la vagina, se manifiesta con adelgazamiento, sequedad, prurito, dolor y dispareunia; en la vejiga y uretra, se manifiesta por disuria, poliaquiuria, urgencia urinaria,

nicturia y algunas veces incontinencia urinaria; todos estos cambios predisponen a infecciones urinarias. La atrofia vaginal es un trastorno tardío de la deficiencia de estrógenos; 33% de las pacientes sufre de atrofia sintomática a los cinco años de iniciada la menopausia. Por otro lado, la pérdida de elasticidad de los tejidos del piso pélvico se traduce en padecimientos como el histerocele, cistocele, enterocele, y rectocele. Otros cambios en el aparato genital son la reducción del tamaño del útero, del endometrio y de los ovarios.⁶

Síntomas Cardiovasculares.- Palpitaciones, dolor precordial, disnea y enfermedad coronaria. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la arteriopatía coronaria y la enfermedad vascular cerebral, son un problema de salud pública hoy en día; producen más de 50% de todas las defunciones en EE UU, en las mujeres mayores de 50 años. Uno de los factores de riesgos cardiovasculares más reconocidos después de la menopausia es el hipoestrogenismo. Aunque la hipoestrogenemia es al parecer un factor de primer orden que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer, otros riesgos modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, pueden tener la misma importancia. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial.⁶

Síntomas osteomusculares.- Dolor osteomuscular, lumbalgia, osteopenia, osteoporosis. Se conoce mucho de la asociación entre el climaterio, la menopausia y la aparición de síntomas osteomusculares, como dolor, cansancio y agotamiento muscular. Sin embargo, su relación no está claramente explicada. Lo que sí es claro es que antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año. Este cambio está francamente relacionado a la deficiencia de estrógenos. Si bien la osteoporosis es de causa multifactorial, la falta de estrógenos es un condicionante muy importante.⁶

Modificaciones en la piel.- Adelgazamiento, sequedad, arrugas. Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos.⁶

Neuropsiquiátricos.- Cefalea, depresión, insomnio, alteración de conciencia, alteración de memoria, vértigo, ansiedad, irritabilidad, disminución de la libido. Si bien se reconoce que todos los cambios relacionados a la falla ovárica primaria van a ser productos de procesos naturales, esto afecta mucho a las mujeres, ya que algunas lo relacionan con pérdida de su juventud, de su feminidad, contribuyendo a causar ansiedad e incertidumbre. Se ha planteado que las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores. Si bien estos procesos no están completamente clarificados, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), acetilcolina y monoamino oxidasa, a nivel del sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer. Sin embargo, se reconoce también que aquí intervienen muchos

otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van a hacer que todas las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas. En la actualidad, muchos estudios fallan en demostrar esta asociación.⁶

Si bien la menopausia representa el cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral esta etapa de la vida involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud. Se considera que el impacto psicológico de la menopausia está fuertemente ligado a factores personales y sociales. Dentro de esta sintomatología, es frecuente el llanto fácil, la ansiedad, la falta de comunicación y comprensión. En este grupo existe el temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella, lo que perjudica la autoestima y su satisfacción personal.⁷

Se ha observado que existe una relación entre la depresión y el climaterio, ya que durante este período muchas mujeres sufren de un estado de ánimo deprimido. Las manifestaciones clínicas de la depresión durante el climaterio se derivan de dos componentes: la disminución estrógenica por deficiencia de folículos ováricos que se traduce en alteraciones del ritmo menstrual y los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en la depresión durante el climaterio.⁸

4. Depresión y climaterio.-

La depresión es un estado de ánimo que el ser humano experimenta en cualquier momento de su vida. Siendo normales que se presenten en el ser humano sentimientos de tristeza y desencanto, sin embargo se torna patológica su presencia en virtud de su intensidad, penetración, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico. Es un desorden común que tiene serias consecuencias sociales, reduce con frecuencia la capacidad para el trabajo, disminuye su rendimiento e interfiere con el funcionamiento normal.⁸

De acuerdo a datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México realizada entre 2001 y 2002, la tasa de prevalencia anual de depresión en México es de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9).

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%).³ Por otro lado, en la población menopáusica la sintomatología depresiva se presenta en un 65% de la población menopáusica y es característica de esta etapa.

4.1 Síntomas asociados:

Los más identificables son la ansiedad, tensión, irritabilidad, cambios de humor, disminución de la energía y de la voluntad), estos síntomas en la mayoría de las mujeres pueden llegar a constituir estados depresivos leves a moderados, que requieren distintos abordajes terapéuticos. Síntomas a nivel cognitivo, tales como la disminución en la concentración y las fallas en la memoria y síntomas a nivel somático, tales como mareos, fatiga, cefalea, dolor articular y parestesias pueden también aparecer durante esta etapa. Los factores de riesgo que pueden funcionar como predictores de un trastorno depresivo mayor están relacionados con la historia anímica de la mujer durante la etapa reproductiva, con la intensidad de la sintomatología vinculada a la menopausia y con factores ambientales. La historia previa de depresión aumenta entre 4 y 9 veces el riesgo de padecer depresión climática, tanto en la perimenopausia como en la menopausia. La relación es mayor cuando la depresión estuvo asociada a cambios hormonales como depresión premenstrual o postparto y la depresión asociada al uso de anticonceptivos orales. La menopausia precoz es también considerada como un factor que incrementa el riesgo de patología depresiva. Así, Harlow efectuó un estudio en mujeres con menopausia natural clasificándolas según la edad de menopausia en menores de 40 años, entre 40 y 46 años y tomando como grupo control a las mayores de 47 años. Encontró una asociación de depresión tratada médicamente con menopausia temprana más importante en las menores de 40 años y en mujeres que tenían antecedente de depresiones que requirieron más de tres años de tratamiento.⁸

Para el diagnóstico de depresión es necesario integrar ciertos criterios los cuales se encuentran en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV y los cuales mencionamos a continuación:

4.2 Criterios diagnósticos de la depresión de acuerdo al DSM IV

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnias casi cada día

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.⁹ Por otro lado una vez que se conocen los criterios diagnósticos es importante identificar en los pacientes aquellos rasgos que nos dan una pauta para diagnosticar este padecimiento y conocer su magnitud.

4.3 Auxiliares de diagnóstico:

Como auxiliar de diagnóstico se cuenta con herramientas tales como el Inventario de depresión de Beck, el cual cuenta con un nivel de rendimiento diagnóstico alto y puede utilizarse para sospechar la presencia de un trastorno depresivo mayor puesto que sus índices de sensibilidad y especificidad así como el índice global de rendimiento diagnóstico son aceptables de acuerdo a los estándares actuales para las pruebas psicopatológicas clínicas. Lo anterior, en base a un estudio realizado por Sanz y colaboradores en la Universidad de Murcia en España y publicado en enero del presente año.¹⁰

Del Inventario de Beck existen dos versiones, siendo ambas válidas. Hecho ya estudiado en algunas publicaciones como la realizada en la revista *Terapia psicológica* del año 2012, donde si bien se plantea que la versión BDI-II se presenta como una versión más actualizada del BDI-IA, la cual integra nueve, en vez de siete, de los síntomas enlistados como criterios diagnósticos en el DSM-IV (APA, 1995) para la depresión, y amplía su tiempo de evaluación a las dos últimas semanas, su composición factorial y propiedades psicométricas no difieren en gran medida de las informadas para el BDI-IA (Joe, Woolley, Brown, Ghahramanlou-Holloway & Beck, 2008), cargando también para un factor somático y un factor cognitivo-afectivo, en adolescentes y adultos, por lo tanto se pueden utilizar de manera indistinta.¹¹

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple y está compuesto por 21 ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, diagnosticadas mediante entrevistas

estructuradas. Cabe mencionar que las buenas propiedades psicométricas de la prueba avalan su uso en la población, tanto en ámbitos clínicos como de investigación, para la detección de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Pese a que preferentemente se utilice en este grupo de personas con diagnósticos psiquiátricos previos.¹¹

Cada ítem cuenta con cuatro afirmaciones, las cuales se puntuarán en 0-1-2 y 3. Los resultados obtenidos de la sumatoria de dichas puntuaciones se agrupan e interpretan de la siguiente manera:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Ver anexo No. I.¹²

4.4 Fisiopatología de la depresión en el climaterio:

4.4.1 Hipótesis establecidas

Uno de los factores relacionados a la depresión en la etapa de climaterio es la falta de estrógenos. Su estudio proporciona la base bioquímica que puede explicar el posible desarrollo de este síntoma, ya que la ausencia de esta hormona facilita la disminución del triptófano libre en la sangre con la consiguiente disminución de la 5- hidroxitriptamina y debido a que los cambios en los niveles de serotonina en el cerebro representan uno de los mecanismos para el desarrollo de la depresión endógena, se ha sugerido esta hipótesis bioquímica para explicar la depresión de la mujer postmenopáusica.¹³

- La hipótesis neurobiológica se basa en los cambios neuroendocrinos provocados por la depleción estrogénica sostenida en el SNC. La importante acción antidepresiva de los estrógenos fue descrita en el apartado del eje gonadal.

Consecuentemente hay una disminución de la inhibición de la MAO, disminuyen los niveles de triptófano libre, y de la transmisión serotoninérgica en general.

- La hipótesis de la cascada sintomática se inicia también con la depleción estrogénica, pero vincula el riesgo de depresión a la intensidad, frecuencia y duración de las oleadas de calor que comprometen el sueño. La sintomatología climatérica, especialmente vasomotora, más

florida se asocia a mayores despertares nocturnos y al agravamiento de los síntomas depresivos.

- La hipótesis psicosocial plantea como relevantes a los factores psicoambientales como la nueva realidad corporal y psicológica, la rigidez de los roles sociales, la exigencia de mantener los parámetros de juventud, los cambios en la vivencia de la sexualidad y la supuesta pérdida de la identidad femenina y el “síndrome del nido vacío”.

La sintomatología física marcada también aumenta la posibilidad de un trastorno depresivo en 4,6 veces. Avis, en un estudio en el que analiza los efectos de la menopausia sobre la depresión, encontró que la perimenopausia prolongada se asociaba más a depresión que la menopausia misma, por el aumento de los síntomas idiosincráticos. La hipótesis de cascada sintomática desarrollada por Campbell y Whiterhead en la génesis de depresión mayor se apoya en este aumento del riesgo vinculado esencialmente a los sofocos y el insomnio. Las depresiones climatéricas pueden ir de leves a severas.¹⁴

Por ello, tomando en cuenta los criterios de diagnóstico y las hipótesis existentes para la aparición de esta enfermedad en el climaterio, es importante que al ser identificado algún tipo de sintomatología sea obligatorio para el médico a cargo de dichas pacientes hacer la canalización inmediata a la especialidad correspondiente, ya sea, de acuerdo al alcance el médico psiquiatra o el psicólogo.⁸ Siendo la menopausia un hecho fisiológico, toda mujer que alcance determinada edad, tendrá que afrontarla. La manera de afrontar este proceso de cambio es el resultado de vivencias anteriores, interiores y de las influencias del entorno social. Con una perspectiva y autoestima adecuadas, la mujer está capacitada para vivirla con ilusión, placer, el amor, independencia y creatividad. En un estudio realizado por Jesús Cava y cols. por la Universidad de Valencia España y la Universidad de Morelos de México con un grupo de 405 personas, se observó que existe una relación entre el nivel de autoestima amistad, autoestima familiar, autoestima intelectual y autoestima corporal descritas como *dimensiones* para efectos de dicho estudio, y que inciden en el ánimo depresivo. Es decir, independientemente del estrés experimentado por la persona, los sujetos que muestran una valoración de sí mismos más desfavorable en estos ámbitos manifiestan mayor ánimo depresivo. El concepto y valoración que una persona mantiene de sí misma constituye un importante recurso que afecta en gran medida a su bienestar psicosocial.¹⁵

5. Baja autoestima

La autoestima es una actitud positiva y constructiva hacia uno mismo, consiste en pensarse, sentirse y comportarse consigo mismo de acuerdo a la satisfacción de los propios deseos y necesidades. Las funciones esenciales de la autoestima son aumentar la satisfacción, aumentar las probabilidades éxito, mejorar las relaciones sociales y el ajuste psicológico, minimizar la probabilidad de futuros problemas y mejorar el afrontamiento de las situaciones de estrés. Todas estas funciones van a convertir al individuo con una autoestima adecuada en una persona que se conoce y es consciente de sí misma, que crea su propia escala de valores sin convertirse en esclava del medio, que desarrolla y explota sus capacidades, que se acepta en todas sus facetas y momentos vitales sin resignarse y con

respeto, mostrando aptitud para la vida, capacidad de disfrute, fortaleza y capacidad de superación.¹⁶

El que la autoestima es esencial para nuestra supervivencia y que sin ella la vida resulta enormemente penosa es una realidad. El nivel de autoestima tiene profundas consecuencias en cada aspecto de nuestra existencia. Generalmente se asume que mantener una percepción positiva de uno mismo constituye un importante aspecto de ajuste emocional y de salud mental.

El concepto que tiene la mujer del envejecimiento, la muerte y además el concepto que la sociedad le atribuye a la menopausia son aspectos que influyen en la autoestima. La actitud de la sociedad generalmente no es muy favorable, y se suma a la visión habitualmente negativa que desarrolla la mujer acerca de sí misma, y magnifica el impacto que los otros síntomas puedan tener. En América Latina el tratamiento de esta temática ha sido escasa, se podría situar en la década del 90 el inicio del estudio con una perspectiva sociocultural. Los reducidos datos de los países latinoamericanos no permiten hacer muchas inferencias, y queda planteada la cuestión referida a la similitud de los síntomas, creencias y actitudes que se producen en las poblaciones caucásicas de los países desarrollados, con respecto a los países de la región. Cada mujer vivirá sus años menopáusicos de una forma única y personal, no sólo física, ni social y profesionalmente, sino psicológica y emocionalmente. La mujer va a tener que realizar un esfuerzo adaptativo en el que empleará todos los recursos de los que pueda disponer. Si la mujer posee recursos saludables suficientes logrará adaptarse al cambio de forma racional y positiva, si la mujer no posee o no utiliza estos recursos personales, se condicionará hacia una visión negativa del mundo, de sí misma y del futuro que resultará en dificultades de adaptación que originarán problemas emocionales y de conducta.

5.1 Medición de la autoestima

Puede ser de gran utilidad para predecir o prevenir trastornos psicopatológicos, aunque su operacionalización no es fácil de lograr, generándose cuestionamientos metodológicos a los instrumentos utilizados. Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). La EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc. Recientemente, Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0,75. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”).

Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. La graduación de respuestas está determinada de acuerdo a la escala de Likert con codificación de 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre

10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Es una escala autoaplicada donde los participantes marcan con una “X” las alternativas que más lo identifican. ¹⁷

La Escala de Autoestima de Rosenberg permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consiste en compararla con la media obtenida en el estudio realizado para su validación, si el resultado obtenido es similar o superior a las medias presentadas estaríamos frente a un caso de autoestima elevada, mientras que si, por el contrario, el resultado es similar o inferior, nos encontraríamos frente a un caso de reducida autoestima. Ver anexo No. II ¹⁸

Resultados		
	Hombres	Mujeres
Puntuación	32,53 (± 3,92)	31,14 (± 4,55)

6. Satisfacción sexual

Hay estudios que destacan la relación entre la autoestima y la satisfacción sexual, tal es el caso de un estudio realizado por la universidad de Murcia en España, respecto a la satisfacción sexual, indicó que niveles elevados de autoestima sexual, motivación sexual, asertividad sexual, erotofilia, consistencia orgásmica y frecuencia de las relaciones sexuales en la pareja están relacionados con una mayor satisfacción sexual/Respecto al bienestar psicológico, los resultados indicaron que puntuaciones mayores en autoestima sexual, motivación sexual, atractivo físico y sexual percibido, consistencia orgásmica y satisfacción sexual se asociaron con una mayor percepción de bienestar. ¹⁹

Es sabido también que la capacidad sexual no se pierde con la edad, sólo disminuye de intensidad en el mismo modo que otras funciones vitales. El concepto de que la sexualidad acabará en la edad madura, definido por los sexólogos como la “profecía del autoacabamiento” priva a muchas personas de la satisfacción que brinda el ejercicio de la sexualidad a esa edad. La realidad es que no hay un cese definitivo y brusco de la sexualidad en algún momento de la vida, si no media un impedimento físico real, la actividad sexual continúa y solo se acaba a edad muy adulta o con la muerte. ¹⁴

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad.

En un estudio reciente hemos descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos.

A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana. Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. Trastornos del deseo; 2. Trastornos de la excitación; 3. Falla orgásmica; y 4. Dolor sexual (4). Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual (5). La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción.²⁰ Por otro lado, es frecuente que las pacientes se quejen de disminución en el interés sexual durante el climaterio, siendo la etiología sumamente compleja, ya que se asocian otras situaciones tales como la pérdida de lubricación vaginal, dispareunia y disminución de la elasticidad vaginal. (Nivel evidencia II-3)²¹

6.1 Medición de satisfacción sexual

Se pueden emplear diversos instrumentos, siendo uno de ellos, evaluado y validado en población mexicana el Inventario de Satisfacción Sexual (Anexo No. 1) elaborado por el Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson y cols., del Instituto Mexicano de Sexología, en el año 2006 el cual consta de 26 reactivos, con una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta que van de (siempre a nunca)²². Los niveles de satisfacción asignados a cada rango de puntuación son:

Puntaje total Nivel de satisfacción sexual

28-110	Bajo
111-120	Medio
121-128	Alto
129-140	Muy alto

Este instrumento permite una evaluación válida y confiable de la satisfacción sexual de la población de entre 18 y 65 años de edad. Por lo que puede ser utilizado por investigadores y profesionistas del área clínica, al permitirles obtener mediciones e información útil y concerniente sobre la satisfacción sexual de las personas.²³

7. Relación existente: depresión-autoestima con la satisfacción sexual:

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual. Si la mujer, debido a su educación, interpreta el hecho de la menopausia como algo negativo al relacionar la pérdida de su fertilidad con la pérdida de feminidad y utilidad social; y además, si se acompaña del miedo a perder su vida matrimonial, a envejecer, a la muerte, unido todo ello a los desajustes biológicos, es muy posible que se altere

emocionalmente. En un estudio realizado con 131 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y sometidas a procedimientos ya sea quirúrgicos o de quimioterapia y radioterapia, se encontraron resultados estadísticamente significativos, observándose que la depresión presenta una correlación positiva y alta con la ansiedad, negativa y alta con la autoestima, positiva y moderada con la imagen corporal y negativa y moderada con el funcionamiento sexual. En este estudio se concluyó que el bienestar emocional también se relaciona con la imagen corporal, la autoestima y el funcionamiento sexual y que las pacientes que presentan alteraciones en su imagen corporal, una baja autoestima y un funcionamiento sexual inadecuado, tienen niveles elevados de ansiedad y depresión.²⁴

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mujer madura de hoy encarna una nueva expresión de la sexualidad femenina. Cada vez hay más estudios que muestran la relación del estado climatérico con las alteraciones del deseo o el dolor, pero pocos se han preocupado por la percepción que tiene de su sexualidad la mujer sana. Algunos estudios apoyan que si existe relación de la satisfacción sexual y el estado climatérico y que el deseo sexual se mantiene vigente en la mayoría de las mujeres en esta etapa de su vida sin que haya una relación definitiva entre disfunción sexual y este estado.

Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la Organización Mundial de la Salud, nada puede impedir que la mujer climatérica sea capaz de ser mental y sexualmente sana; por lo que el profesional de la salud debe estar actualizado en todos aquellos elementos que redunden en un mejor desempeño y en la expresión de la plenitud de las posibilidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer en esta etapa. Muchas mujeres (hasta el 80 % de acuerdo con estadísticas estadounidenses y entre el 40 y 76 % de acuerdo con estadísticas mexicanas) experimentan “bochornos”, uno de los síntomas más característicos de que se está perdiendo o se ha perdido la producción hormonal en los ovarios. Estos bochornos, o un equivalente como pueden ser episodios de sudoración nocturnos, pueden aparecer aun antes de que desaparezca la menstruación, especialmente los días previos a que llegue esta. Aunque no hay una enfermedad específica en el ámbito psicológico asociado a la deficiencia de estrógenos, sí se conoce toda una gama de alteraciones ligada a esta. En Cuba se ha reportado que poco más del 40 % de mujeres en la transición a la posmenopausia cursan con depresión de grado diverso y que puede presentarse desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución de apetito sexual, sensación de inadecuación y nerviosismo; todo esto sin contar con el rechazo a los cambios en su autoimagen, que llevan a muchas mujeres a desarrollar una autoestima baja o francamente a perder su autoestima.

Lo anterior hace evidente no solo necesidad de atención en esta etapa de la vida que incluya entre sus síntomas los aspectos concernientes a estados de ánimo y sexualidad sino apunta a mostrar un déficit en la implementación de programas de atención del climaterio, lo cual en

nuestro país es una realidad. En base a esto surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la relación entre depresión y el nivel de satisfacción sexual en mujeres en la etapa de climaterio que acuden a la UMF 28?

¿Cuál es la relación entre baja autoestima y satisfacción sexual en mujeres en etapa de climaterio en la UMF 28?

9. JUSTIFICACION

El aumento de la esperanza de vida en la actualidad, ha condicionado un número cada vez mayor en mujeres en etapa de climaterio, las cuales pasan un tercio de su vida en esta etapa, por lo cual es conveniente reconocer los síntomas y patologías asociadas a la falta de función estrogénica para ofrecer un tratamiento eficaz y seguro, en 2004 de acuerdo a la información obtenida por el CONAPO se estimó que las mujeres mayores de 45 años correspondían al 19.9% de la población femenina en nuestro país.

En la actualidad las guías clínicas existentes en nuestro país acerca del tratamiento de la mujer en etapa de climaterio tal como la GPP para la atención del climaterio y menopausia IMSS 2010, enfocan su atención y recomendaciones a la patología orgánica mas no hablan sobre los síntomas psiquiátricos y mucho menos ofrecen una pauta de manejo a su respecto. No han planteado que las mujeres en etapa del climaterio sean referidas a atención especializada al presentarse alteraciones psíquicas. Se sabe que otro de los síntomas asociados al climaterio son las que se encuentran en relación al deseo sexual, incluso las mujeres con menopausia natural reportan una tasa alta de disfunción sexual tal como lo muestra el Proyecto Melbourne para la Salud de las Mujeres de Mediana Edad, encontró una disminución significativa en el deseo, la excitación, el orgasmo y la frecuencia de la actividad sexual en las mujeres y un aumento significativo en la sequedad vaginal-dispareunia, con una tasa de disfunción sexual de 42 a 88% a lo largo de la transición a la menopausia.^{38,39} Sin embargo, sólo 17% de las mujeres estaban sexualmente angustiadas, lo que apoya la noción de que los síntomas sexuales son muy normales en la menopausia y que son clínicamente relevantes sólo cuando ejercen una repercusión significativa en el bienestar intra interpersonal.

Es interesante ver que hay estudios que recomiendan manejo farmacológico respecto a la sintomatología en el climaterio, sin embargo, aunque se identifican síntomas psicológicos, no sé ofrece un tratamiento de apoyo psicoterapéutico a este grupo de pacientes.

Por tanto es necesario que el médico de primer contacto ofrezca un abordaje y tratamiento integral en las pacientes en etapa de climaterio que incluya no solo valoración de síntomas orgánicos sino que intencionadamente indague sobre síntomas depresivos y los factores de riesgo como son la baja autoestima y satisfacción sexual, los cuales son necesarios para tener una adecuada calidad de vida y poder desempeñar así sus múltiples actividades que la vida moderna exige.

10. OBJETIVOS

a) GENERAL

- Conocer la relación entre depresión y satisfacción sexual en mujeres en etapa del climaterio.

b) ESPECIFICOS

- Conocer la relación entre autoestima y depresión.
- Determinar la relación entre autoestima y satisfacción sexual.
- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres en la etapa del climaterio.
- Conocer el perfil de la paciente con insatisfacción sexual en la etapa de climaterio mediante la aplicación de instrumentos validados.
- Conocer la media de edad a la que se presenta la menopausia.
- Identificar la relación existente entre la presentación del periodo menopáusico y el antecedente de tabaquismo.
- Conocer la sintomatología más sobresaliente en la etapa del climaterio de acuerdo al aparato o sistema implicado.

11. HIPOTESIS

H1: Existe relación entre depresión y baja satisfacción sexual en mujeres en la etapa del climaterio.

H2: Existe relación entre baja autoestima y baja satisfacción sexual en mujeres en etapa del climaterio.

Hipótesis nula

H0 1: No existe relación entre depresión y baja satisfacción sexual en mujeres en la etapa del climaterio.

H0 2: No existe relación entre baja autoestima y baja satisfacción sexual en mujeres en etapa del climaterio.

12. VARIABLES

Independientes	Dependientes
Depresión Nivel de autoestima	Satisfacción sexual

13. COVARIABLES

- Edad de la presentación de la menopausia.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Tabaquismo.
- Tratamiento de reemplazo hormonal.
- Presencia de comorbilidades.

14. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Depresión: (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia).

Autoestima: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

Satisfacción sexual: Cuenta con múltiples significados, a decir: “El cumplimiento de un deseo erótico”, “la manifestación final de la pasión”, “aplacar un sentimiento”, “sentirse complacido y amado”. La percepción subjetiva de este concepto es muy importante porque la actividad sexogenital, a la que refiere la mayoría de las definiciones, no sería la única forma de logro de satisfacción.

15. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Instrumentos de Medición	Escala de Medición	Codificación de Datos
Depresión	Independiente	Inventario de Beck	Cualitativa Politómica Ordinal	Normal 1-10. Leve perturbación del estado de ánimo: 11-16 Estados de depresión intermitentes: 17-20 Depresión moderada: 21-30. Depresión grave: 31-40 Depresión extrema: +40
Nivel de autoestima	Independiente	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	Cualitativa Ordinal	Autoestima baja: 11-24 Autoestima normal: 25-35 Autoestima elevada :36-40
Satisfacción sexual	Dependiente	Inventario de Satisfacción Sexual del Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson y cols	Cualitativa Politómica Ordinal	Bajo: 28-110 Medio: 111-120 Alto: 121-128 Muy alto: 129-140

15.1 Depresión: la depresión se diagnosticara mediante la puntuación obtenida en el inventario de Beck, a partir de los 21 puntos considerándose de la siguiente manera seis estados:

Tabla 1. Puntuación Nivel de depresión:

1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+40	Depresión extrema.

15.2 Autoestima: la autoestima se medirá de acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación la Escala de Autoestima de Rosenberg permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Considerándose como rango normal de puntuación entre 25 y 35 puntos. Haciendo posible tres resultados:

Autoestima baja	11-24
Autoestima normal	25-35
Autoestima elevada	36-40

15.3 Satisfacción sexual: Se medirá mediante la aplicación del Inventario de Satisfacción Sexual elaborado por el Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson y cols., del Instituto Mexicano de Sexología, el cual consta de 26 reactivos, con una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta que van de (SIEMPRE A NUNCA). Los niveles de satisfacción asignados a cada rango de puntuación son:

Tabla 3. Puntaje total Nivel de satisfacción sexual

28-110	Bajo
111-120	Medio
121-128	Alto
129-140	Muy alto

16. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE COVARIABLES

Edad de la presentación de la menopausia:

- **Conceptual:** Es la edad promedio de aparición de la menopausia, siendo en la población mexicana a los 48.6 años. Esta se diagnostica un año posterior al cese de la menopausia.
- **Operacional:** Se aplicará el tiempo establecido para su diagnóstico, siendo de un año posterior a la fecha de último ciclo menstrual.
- **Escala de medición:** Razón

Estado civil:

- **Conceptual:** Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.
- **Operacional:** Se codificará con la siguiente nomenclatura creada por la autora de la tesis siendo:

Casada: 1
Soltera y /o separada: 2
Viuda: 3
Unión libre: 4

- **Escala de medición:** Nominal

Escolaridad:

- **Conceptual:** Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.
- **Operacional:** Se codificará de acuerdo a la siguiente nomenclatura:

a) Sin educación/ Primaria Incompleta
b) Primaria completa
c) Secundaria incompleta
d) Secundaria completa
e) Bacillerato/ universitaria incompleta
f) Bachillerato / universitaria completa

- **Escala de medición:** Ordinal

Ocupación:

- **Conceptual:** Es el modo de adquirir la propiedad de las cosas que carecen de dueño, y consiste en su aprehensión material unida al ánimo de adquirir el dominio es decir pasan a ser de otro por el solo hecho de ocuparla.
- **Operacional:** Se determinará de acuerdo a si hay remuneración económica o no, asignándose una codificación de la siguiente manera:

Labores del hogar: 1 Oficio o profesión:2

- **Escala de medición:** Nominal

Tratamiento de reemplazo hormonal:

- **Conceptual:** Tratamiento hormonal que se administra a las mujeres menopáusicas para sustituir el déficit hormonal ovárico; generalmente está compuesto por estrógenos, progesterona y andrógenos y su administración está indicada para prevenir la osteoporosis, la cardiopatía isquémica y los síntomas menopáusicos.
- **Operacional:** Se codificará de acuerdo a si existe o no tratamiento hormonal sustitutivo de acuerdo a la siguiente nomenclatura.

Si: 1 No : 2

- **Escala de medición:** Ordinal

Presencia de otras enfermedades:

- **Conceptual:** La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
- **Operacional:** Se optará por una codificación en la siguiente manera:

Diabetes y/o hipertensión	1
Cáncer	2
Neurológicas	3
Reumatológicas	4
Psiquiátricas	5
Otra	6

- **Escala de medición:** Nominal

17. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF 28.
- Mujeres que sepan leer y escribir.
- Mujeres que acepten participar y firmen la carta de consentimiento informado.
- Mujeres que tengan sintomatología climatérica (Periodos menstruales irregulares, bochornos o encendimiento molesto del rostro, calores, sudoración nocturna).
- Mujeres que tengan pareja estable (unión voluntaria de dos personas en una relación formal ya sea por vínculo matrimonial o de unión libre).

18. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que se encuentren en tratamiento hormonal sustitutivo sistémico durante o previo a este estudio.
- Mujeres que cuenten con diagnóstico de depresión.

19. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que no contesten completamente los instrumentos de evaluación.

20. DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio: Analítico, correlacional.

Universo de estudio: Pacientes femeninos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritas a la UMF 28.

Población de estudio: Pacientes en periodo de climaterio que sean derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

Cálculo de la muestra

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utiliza la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones:

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

Dónde:

N= Total de individuos que comprende la población.

Z²= Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población.

P= proporción de observación que se espera obtener en una categoría.

Q= Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d= desviación estándar. Es el rango de error aceptable 0.05-0.10 se tomará un rango de error de 0.05

N = 12028

z = 1.96

p = 0.26 De acuerdo a lo reportado en la literatura, es el 26% en promedio.

Q = 0.81

d = 0.05

$$12028 (3.84)(0.26)(0.74)/0.0025 (12028-1) + (3.84)(0.26)(0.74)= \underline{288}$$

Periodo de estudio: Febrero-Marzo-Abril 2014.

Diseño estadístico

El manejo y análisis de los datos recabados se realizará con el programa estadístico SPSS, se utilizará estadística descriptiva para variables cuantitativas como la edad, edad de presentación de la menopausia, mediante el cálculo de media, desviación estándar, mediana y proporciones. Respecto a las variables ordinales como: nivel de autoestima, depresión y satisfacción sexual se utilizarán porcentajes así como una tabla de distribución de frecuencias. Se realizará la prueba de Ji cuadrada de tendencias para variables las ordinales depresión y satisfacción sexual, así como para la variable autoestima y satisfacción sexual, con un valor alfa al 0.05% e intervalos de confianza al 95%.

21. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

1. De forma aleatoria se seleccionaron a pacientes mujeres que cursaban con sintomatología sugestiva de climaterio y que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social, a las cuales se les invitó a participar en el estudio.
2. La autora de la tesis les explicó el motivo de la investigación y si deseaban participar en el estudio solicitándoles a las pacientes su consentimiento informado por escrito y se les indicó las instrucciones de llenado, objetivos del estudio, respeto de confiabilidad de datos y la posibilidad de no completar los instrumentos en cualquier momento.
3. Posteriormente se aplicaron los instrumentos de recolección de datos la cual consistió en una hoja de datos generales que incluyeron: edad, grado de escolaridad, ocupación y presencia de habito tabáquico. Se les entregó el inventario de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg y el Inventario de Juan Luis Alvarez Gayou y Jurgenson para evaluación de la satisfacción sexual. En el llenado de los instrumentos se invirtieron aproximadamente 20 minutos para concluirlos.
4. Posterior al término de llenado de los instrumentos por parte de las participantes confirmo que el nombre y número de afiliación se encontraran llenados correctamente.
6. Finalmente se calificó el inventario de Beck para depresión, de autoestima de Rosenberg y de satisfacción sexual de Gayou Jurgenson; los resultados se incluyeron como parte de la valoración clínica y se agregó al expediente de la paciente, de manera que pueda acceder a dicha información al acudir a control ya sea con su médico familiar o bien en consulta ginecológica y se pueda optar por su canalización a la especialidad correspondiente.

22. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

a) El presente estudio obedece a las recomendaciones contenidas en **la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

Donde la Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Así como el deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

b) **La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial**, Vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y **el Código**

Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

c) El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.

Este proyecto de investigación cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud, México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el Título segundo Capítulo 1, Artículo 17: “investigación sin riesgo: son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Las pacientes que tengan alteraciones en los puntajes del inventario de Beck para depresión, de autoestima de Rosenberg y de satisfacción sexual, serán informadas de los resultados, mismos que se harán llegar a su médico familiar para valoración por parte del servicio de Psiquiatría y Ginecología de acuerdo a la valoración integral de cada paciente.

Para el proyecto se ha implementado una carta de consentimiento informado.

23. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron un total de 312 encuestas a mujeres derechohabientes de la UMF 28 “Gabriel Mancera”, en horarios tanto matutino como vespertino, en el área de sala de espera. Se les explicó previamente en que consistían los instrumentos de evaluación y la importancia de la firma en la hoja de consentimiento informado.

De las encuestas aplicadas se eliminaron ocho, por ser pacientes que se encontraban al momento del estudio bajo medicación a base de tratamiento antidepresivos; once por ser mujeres que refirieron tener pareja actual pero sin vida sexual activa y cinco por responder en forma incompleta los instrumentos. Con lo que se trabajó en base a 288 encuestas que cumplieron con los criterios de inclusión descritos.

24. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

1. Inventario de depresión de Beck.
2. Inventario de Satisfacción Sexual elaborado por el Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson y cols., del Instituto Mexicano de Sexología.
3. Escala de Autoestima de Rosenberg.

25. RESULTADOS

Se incluyó en el presente estudio un total de 288 mujeres encuestadas, donde los resultados se analizaron de la siguiente manera.

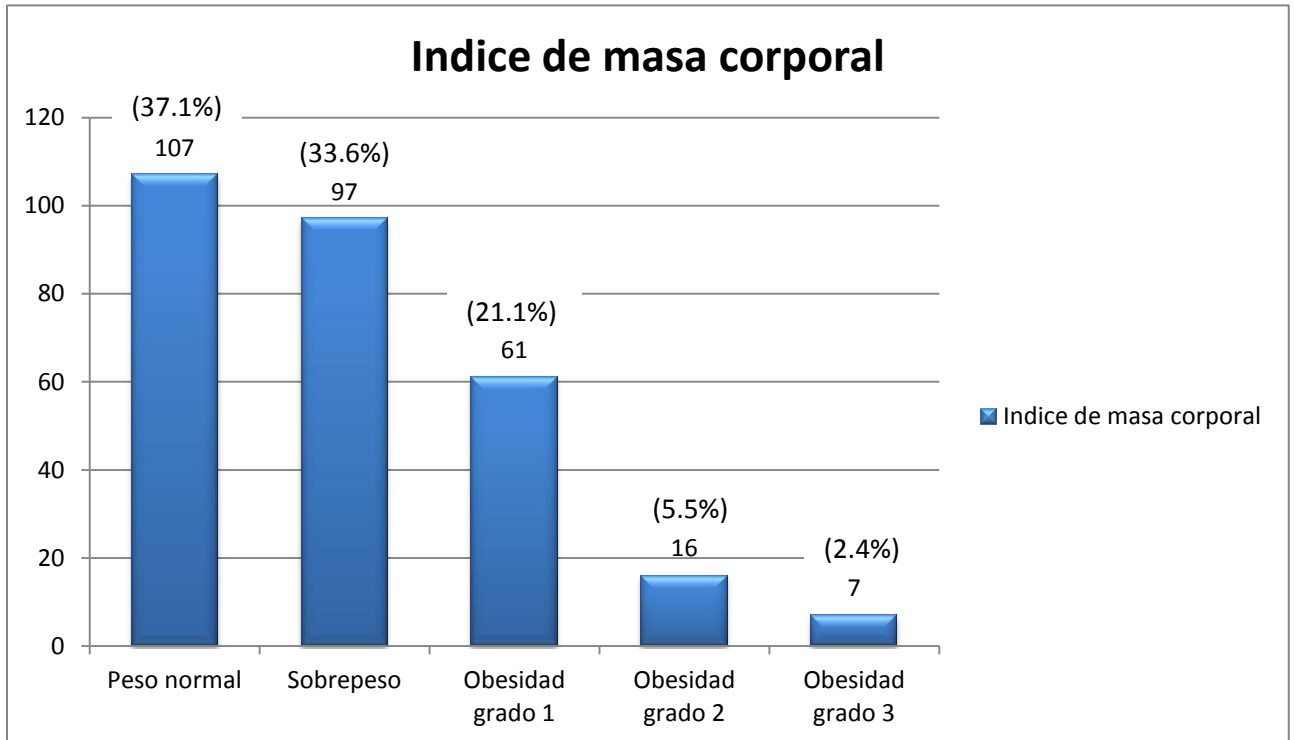
Tabla 1. Porcentaje de depresión, satisfacción sexual y autoestima en las participantes.

Depresión	Satisfacción sexual	Autoestima
Normal 88.8%	Baja 36.8%	Baja 20.1%
Leve 7.6%	Medio 28.8%	Normal 78.1%
Episodios intermitentes 1.7%	Alto 21.1%	Alta 1.7%
Moderada 1.3%	Muy alto 13.1%	
Grave 0.3%		

De manera general se muestra en esta tabla el nivel de las variables estudiadas y su porcentaje respecto al total de las mujeres encuestadas, donde se observa que el 7.6% de estas presentó depresión leve y el 1.7% presentó episodios intermitentes. Para la variable de satisfacción sexual predominó el nivel bajo en el 36.8% seguida por un nivel de satisfacción medio de 28.8%. Para la variable autoestima se encontró que el 20.1% de las participantes tienen nivel bajo, el 78.1% normal y el 1.7% autoestima alta.

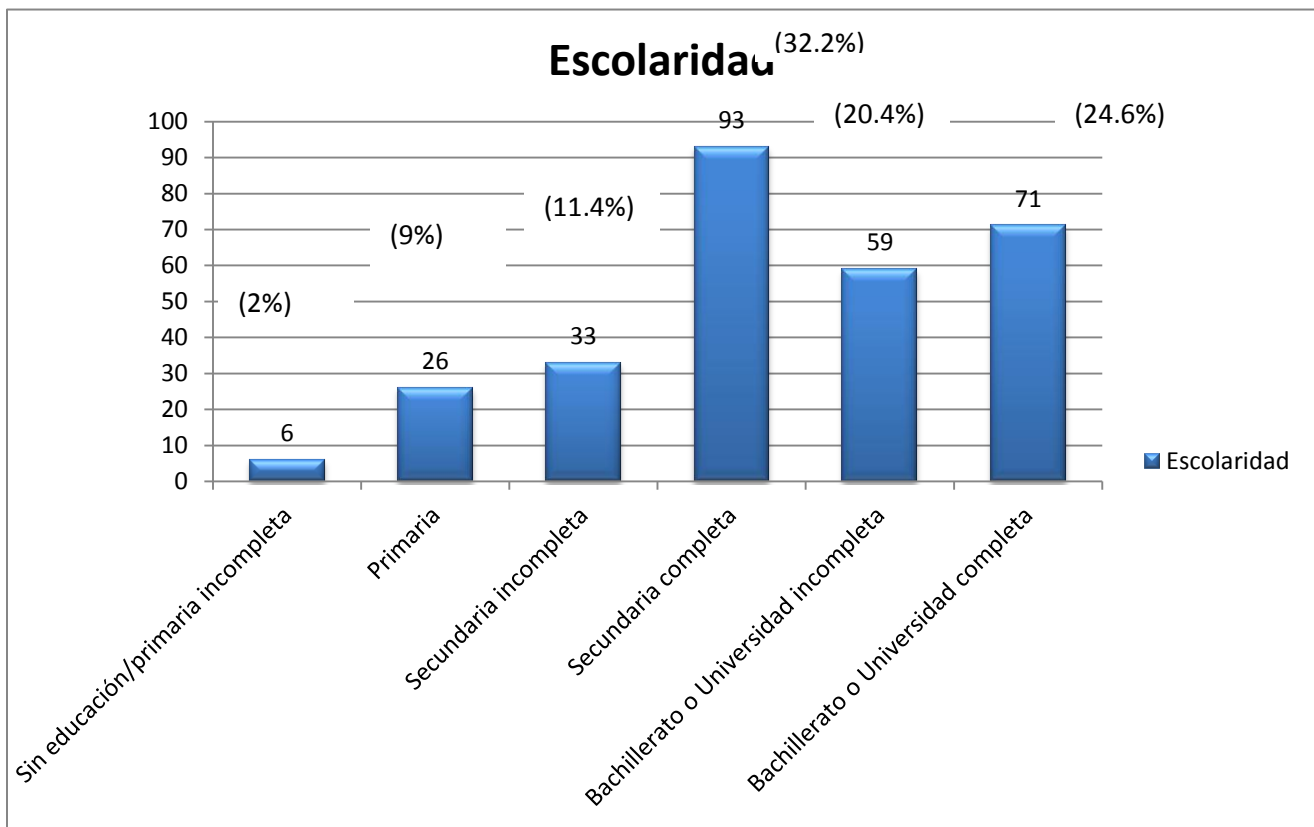
Variables socio demográficas:

Gráfico 1. Índice de masa corporal de la población en estudio.



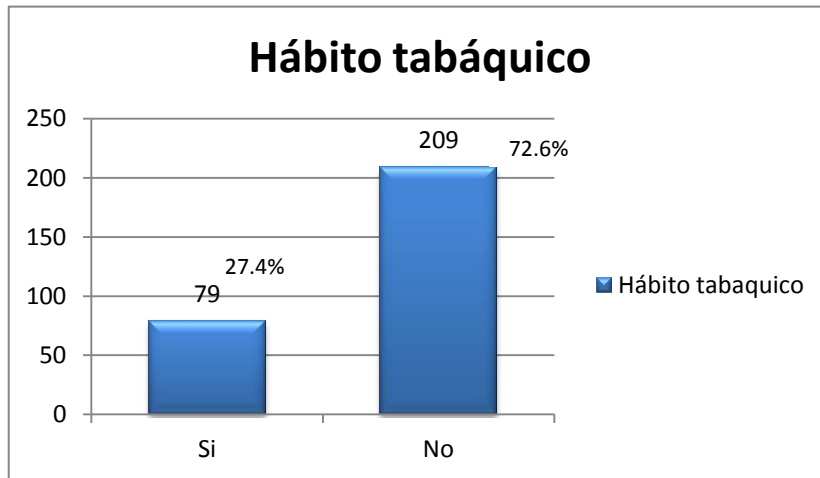
De las mujeres encuestadas en el estudio el 37.1% tuvo un índice de masa corporal correspondiente a un IMC normal, 33.6% con sobrepeso, 21.1% con obesidad grado 1, 5.5% con obesidad grado 2, y 2.4% con un IMC correspondiente a obesidad grado 3.

Gráfico 2. Escolaridad de la población en estudio.



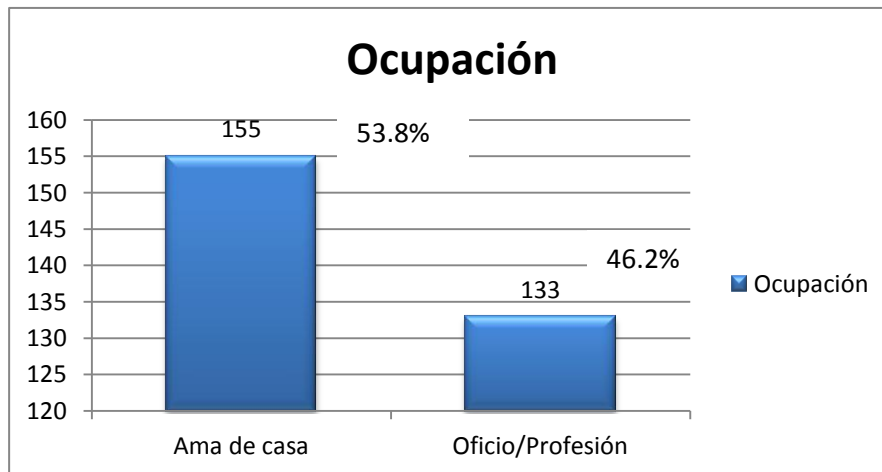
En las mujeres encuestadas se encontró que 93 mujeres tienen nivel de escolaridad de secundaria completa siendo mayor su porcentaje (32.2%), seguido de 71 mujeres con nivel bachillerato o universitario completo (24.6%), posteriormente 59 pacientes con bachillerato o nivel universitario trunco (20.4%). Por último, aquellas mujeres con secundaria incompleta, primaria y primaria incompleta o que carecían de algún nivel escolar contaron con porcentajes menores individualmente de 11.4%, 9% y 2% respectivamente.

Gráfico 3. Hábito tabáquico de la población en estudio.



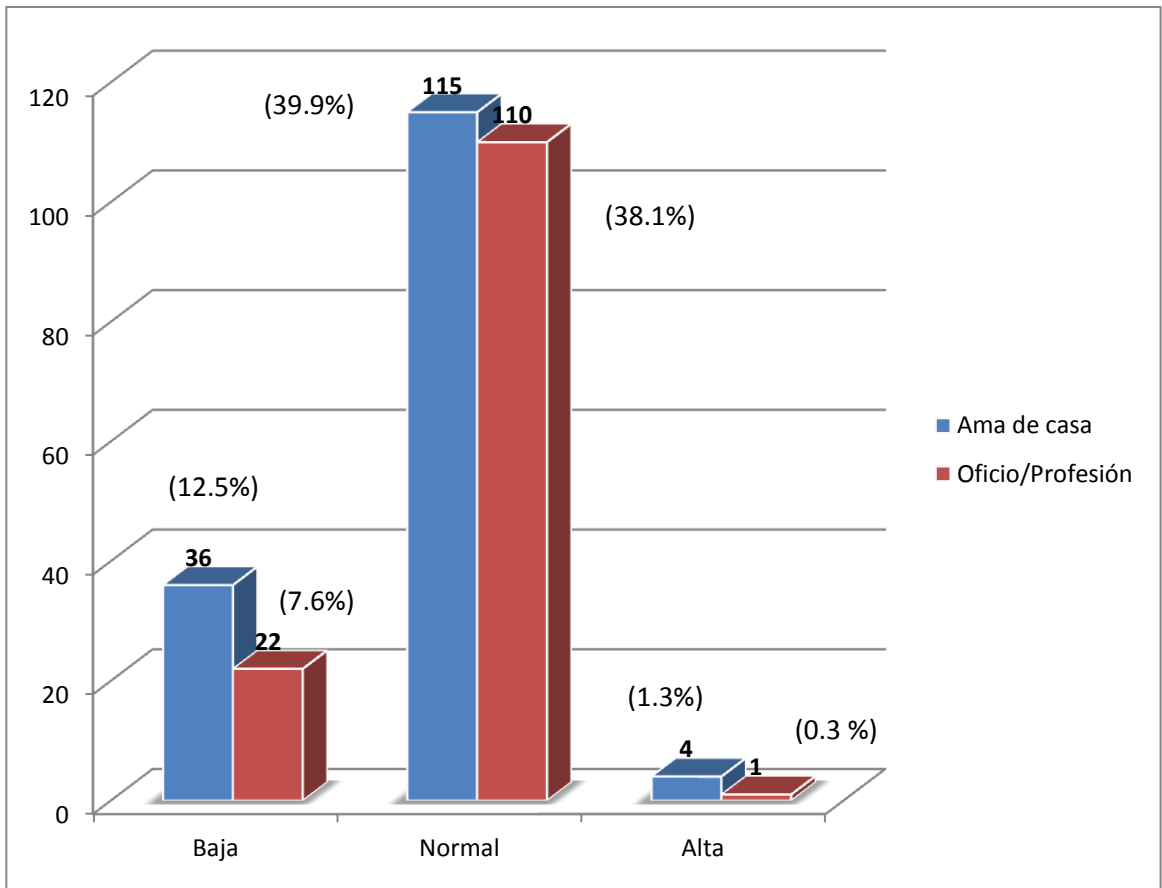
Del total de las mujeres incluidas el 27.4% (79 mujeres) son fumadoras y el resto no tiene el hábito de fumar.

Gráfico 4. Ocupación en la población de estudio.



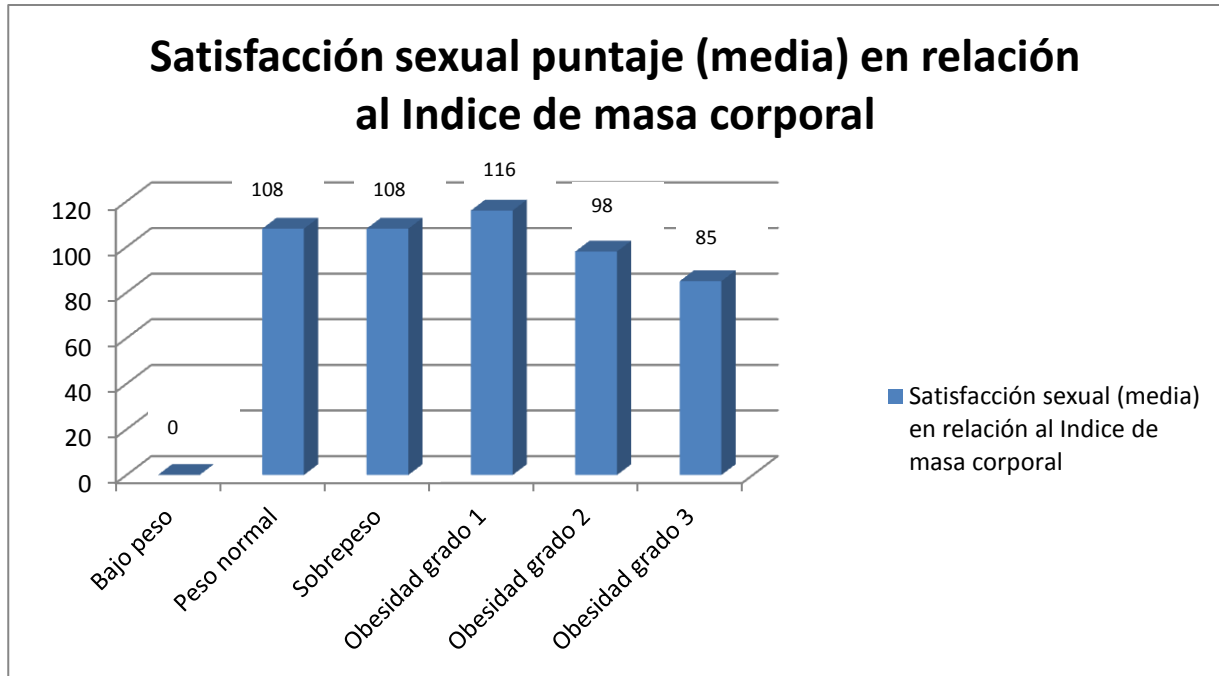
El porcentaje de las mujeres cuya ocupación es ser ama de casa es del 53.8% (155 mujeres) y 46.2%(133 mujeres) tienen un oficio o bien ejercen alguna profesión.

Gráfico 5. Ocupación y nivel de autoestima.



En éste gráfico se muestra el porcentaje de las mujeres de acuerdo a su ocupación y el nivel de autoestima, donde se observa que el nivel de autoestima baja corresponde al 12.5% para mujeres ama de casa y 7.6% para aquellas que laboran en algún oficio o profesión. En tanto, las mujeres con autoestima en rangos normales, se observó que 115 pacientes (39.9%) son amas de casa y 110 mujeres (38.1%) ejercen algún oficio. Por último cinco mujeres tienen alta autoestima, de las cuales cuatro son amas de casa (1.3%) y una mujer (0.3%) ejerce un oficio o profesión

Gráfico 6. Satisfacción sexual en relación al IMC (Índice de masa corporal)



En esta gráfica se muestra la media de la satisfacción sexual en base al nivel, recordando que un nivel bajo corresponde a un puntaje del 28-110, medio 111-120, alto 121-128 y muy alto de 129-140; se observa que la media de satisfacción sexual para las mujeres con peso normal, sobrepeso, obesidad grado 2 y obesidad grado 3 se encuentra en el rango del nivel bajo y aquellas con obesidad grado 1 la media se encuentra en rango de satisfacción sexual medio. De manera que la distribución de la satisfacción sexual es diferente entre las categorías de índice de masa corporal.

Tabla 2. Nivel de depresión en relación al nivel de satisfacción sexual.

		Nivel de depresión					
		Normal	Leve	Episodios Intermitentes	Moderado	Grave	Extrema
Satisfacción sexual	Baja	90(31%)	9(3.1%)	3(1%)	3(1%)	1(0.3%)	0
	Medio	72 (25%)	11(3.8%)	0	0	0	0
	Alto	58(20%)	1(0.3%)	2(0.6%)	0	0	0
	Muy alto	36(12.5%)	1(0.3%)	0	1(0.3%)	0	0

En esta tabla se muestra el número de mujeres y su porcentaje de acuerdo al nivel de depresión y cuál es el nivel de satisfacción sexual, encontrándose que la distribución de satisfacción sexual es la misma entre las categorías del nivel de depresión con un nivel de significancia de .416 indicándonos que ambas variables son independientes.

Tabla 3. Puntaje de satisfacción sexual y nivel de autoestima.

		Satisfacción sexual (puntaje)
Nivel de autoestima	Baja	104
	Normal	110
	Alta	130

En la tabla previa se muestra como el puntaje de satisfacción sexual aumenta en proporción al aumento del nivel de autoestima, por lo que la distribución de satisfacción sexual es diferente entre las categorías de autoestima, con un nivel de significancia de 0.009 lo cual nos señala la relación significativa entre ambas variables.

Tabla 4. Tiempo en años con pareja actual y su relación con el nivel de satisfacción sexual.

		Tiempo con pareja actual (años)
Satisfacción sexual (nivel)		Mediana
	Baja	19
	Medio	17
	Alto	16
	Muy alto	12

En la tabla No. 4 se observa que a menor tiempo de convivencia con la pareja el puntaje de satisfacción sexual aumenta por lo que la distribución del tiempo con la pareja sexual es distinta entre las categorías de satisfacción sexual, con un nivel de significancia de 0.000, lo cual nos muestra la relación significativa entre ambas variables.

Así mismo, se observó que la variable índice de masa corporal se relacionó al nivel de satisfacción sexual, encontrándose que a mayor índice de masa corporal, menor el nivel de satisfacción sexual (valor de p: .002) mediante el uso de la prueba Kruskal Wallis.

26. DISCUSIÓN

Se ha estimado en México que una de cada 8 personas padecen algún grado de trastorno depresivo y el 65% de la población menopáusica cursa con sintomatología depresiva (3). Cuba reportó que más del 40% de las mujeres en transición a la posmenopausia cursa con depresión de grado diverso, así mismo que existe una relación entre depresión y climaterio ya que muchas mujeres sufren de un estado de ánimo deprimido, esto por la depleción estrogénica. (2,8), en nuestro estudio encontramos porcentajes distintos ya que de acuerdo a la muestra en la que trabajamos solo el 10.9% de las encuestadas padecen algún nivel de depresión, sin embargo, al contrastarlo con la relación hallada en México vemos que por 256 mujeres sin depresión encontramos a 31 mujeres con cierto nivel de este trastorno, con lo que podríamos decir que nos acercamos al 1:8 reportado en la bibliografía mexicana. Por otro lado encontramos que la distribución de satisfacción sexual es la misma entre las categorías del nivel de depresión con un nivel de significancia de .416 indicándonos que ambas variables son independientes. Así mismo, la etapa de climaterio se asocia a mayor riesgo de padecer depresión según un estudio realizado en 2010 por López-Correa SM y se observó que se tiene disminución de la libido y aumento de la presencia de depresión esto en relación a las mujeres premenopáusicas (4). Nuestro estudio cabe señalar que es realizado en mujeres post menopáusicas y que no hacemos comparación con algún otro grupo de mujeres por lo que los hallazgos son solo en esta muestra

La deficiencia de estrógenos altera los niveles de catecolaminas a nivel del sistema nervioso central y con ello condiciona las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria y la libido en la mujer. (6) Hay una disminución del interés sexual durante el climaterio sobre todo en el área del deseo y la excitación. El concepto que tiene la mujer del envejecimiento aunado al concepto que la sociedad atribuye a la menopausia son aspectos que influyen en la autoestima, sin embargo, hay poca información al respecto. Se considera que la medición de la autoestima es útil pero no fácil de hacerse por ello no hay suficiente información al respecto. (21) Se consideraron ciertos aspectos en este estudio para explicar en cierta medida como influyen éstos en la satisfacción sexual en esta etapa, encontramos que el puntaje de satisfacción sexual aumenta en proporción al aumento del nivel de autoestima, por lo que la distribución de satisfacción sexual es diferente entre las categorías de autoestima, con un nivel de significancia de 0.009 lo cual nos señala la relación significativa entre ambas variables. Aunado a esto, encontramos que entre menos sean los años de convivencia con la pareja el nivel de satisfacción sexual aumenta, con un nivel de significancia de 0.000, lo cual nos muestra la relación significativa entre ambas variables. Y por último, la distribución de autoestima difiere en las categorías del índice de masa corporal, con un nivel de significancia de .002, con lo que determinamos que ambas variables tienen una relación significativa.

27. CONCLUSIONES.

Consideramos que si bien no se sostiene una relación al menos en este estudio de la aparición de depresión relacionada con el climaterio, y que ésta a su vez determine baja satisfacción sexual, podemos demostrar que la satisfacción sexual, el autoestima, el índice de masa corporal y los años de convivencia con la pareja son aspectos que si se encuentran relacionados. Uno de los puntos a considerar es el tipo de instrumento utilizado para identificar sintomatología depresiva, el cual podría estar subdiagnosticando dicha entidad, o bien, que se requiera de una muestra más amplia para determinar su utilidad.

Tomando en cuenta que la etapa de climaterio está caracterizada por aspectos endocrinológicos, psicológicos y sociales, siendo en cierta medida complejo incidir en ellos de manera que optimice la calidad de vida de la mujer, creemos importante que al momento de estar en contacto con mujeres en esta etapa de la vida se aborden mejor aplicando estrategias que sin duda la especialidad de medicina familiar debe tener la capacidad al término de la formación académica. Indagar que significa para las derechohabientes estar en este periodo de vida y se pueda dar la orientación necesaria haciendo uso de los servicios que ofrece la unidad. El IMSS cuenta con servicio de orientación psicológica y de psiquiatría que podrían ser herramientas útiles, sin embargo, creemos sería satisfactorio crear grupos de mujeres en etapa de climaterio y que en forma conjunta se les diera información en una forma regular en nuestras instituciones al respecto de este tema y así facilitar la identificación de puntos vulnerables en los cuales se vería la colaboración del médico familiar, trabajo social y desde la recepción de nuestra derechohabientes con personal asistente médico. Pretendemos una mejora de la calidad en la atención, sin duda ésta se lograría trabajando en conjunto.

BIBLIOGRAFIA

1. Hospital General de México. Guías de diagnóstico y tratamiento Servicio de Endocrinología. México: HGM; 2010.
2. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Nov 19] ; 27(4): 543-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es
3. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental 2012;33-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290002>. Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2013.
4. López-Correa SM, Carranza- Madrigal J. El síndrome metabólico y la depresión en el climaterio y la premenopausia. Med Int Mex 2010;26(4):307-312.
5. Pallaruelo Lanau L. Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber... Trabajo Fin de Máster (Tesis Máster en salud pública) España: Universidad Pública de Navarra; 2012.
6. NIH Conference National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Management of Menopause-Related Symptoms. Ann Intern Med.2005; Jun;142(12):1003-13.
7. Botell ML, Valdés S, Pérez J. Climaterio, familia y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr.1999; 15(2):134-9.
8. México. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Práctica Médica Efectiva Depresión durante el climaterio (perimenopausia y postmenopausia). México:INSP;2000.
9. Slideshare(en línea).MéxicoⓈ(accesado 20 jun 2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales .Disponible en: <http://www.slideshare.net/alexmanolo/dsm-iv-completo>.
10. Anales de Psicología(en línea).Sanz J. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574008>.
11. Google (en línea). España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos;2013(accesado 12 julio 2013)Evaluación del Inventario BDI-II (15 páginas). <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
12. Beltrán MC. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. Terapia psicológica.2012;30(1): 5-13.
13. Canto de Cetina E, Polanco L. Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. Rev Biomed.1996;7:227-236.

14. Google(en línea).López A. Psiconeuro-inmuno-endocrinología /psicopatología de la mujer;(accesado 14 julio 2013)(16 páginas).<http://www.intramed.net/userfiles/file/PNIE%2034%20Psicopatolog%C3%83%C2%Ada%20de%20la%20%20Mujer%20II.pdf>
15. Cava MJ, Musitu G, Vera A. Efectos Directos e Indirectos de la Autoestima en el Ánimo Depresivo Direct and indirect effects of self-esteem on depressive mood. *Rev Mex Psic.* 2000;17(2):151-161.
16. Capote Bueno María Isabel, Segredo Pérez Alina María, Gómez Zayas Omar. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Dic 04]; 27(4): 543-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.
17. Rojas BC, Zegers B, Carla E Förster M.La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile.*2009; 137: 791-800
18. Albo M, Núñez J, Navarro G.The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *Span. J Psychol.*2007;10(2):458–467.
- 19.Carrobbles JA, Gámez GM, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *An. Psicol.*2011; 27(1):27-34 .
- 20.Blümel JE, Binfá L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de Función Sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer.*Rev Chil Obstet Ginecol.*2004;69(2):118-125.
21. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.México:Estudio del Climaterio y la Menopausia;actualizado(mzo 2010;accesado jul 2013). Disponible en: http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/10Estudio%20del%20climaterio%20y%20la%20menopausia.pdf.
22. Cárdenas RA, Alvarado AA, Lozano ZV. Satisfacción sexual en pacientes con linfoma no Hodgkin durante el tratamiento de quimioterapia (Resultados preliminares.). 2008;7(2): 56-62.
23. Google (en línea). Álvarez-Gayou, JL, Millán, AP, Honold EJ. Diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual en hombres y mujeres mexicanos.(jul 2005;accesado 30 ago 2013)Disponible en: <http://fespinoz.mayo.uson.mx/ejemplo3.pdf>
24. Cucarella CM. Investigación en psicooncología en las universidades españolas e iberoamericanas. Bienestar emocional, Imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Disponible en: revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/42446/40379.

ANEXOS

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Nombre: _____

2. Peso: _____ 3. Talla: _____

4. Número de consultorio: _____

5. Género M F

6. Edad: _____

7. Grado máximo de estudios:

- g) Sin educación/ Primaria Incompleta
- h) Primaria completa
- i) Secundaria incompleta
- j) Secundaria completa
- k) Bacillerato/ universitaria incompleta
- l) Bachillerato / universitaria completa

8. Trabajo o profesión: _____

9. Lugar de residencia: _____

10. Pareja fija actual SI NO

11. Tiempo con la pareja actual (años y meses) _____

12. Otras parejas sexuales actuales: SI NO

13. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente? 1 +1

14. Preferencia genérica:

Heterosexual Homosexual Bisexual

15. ¿Usted fuma? SI NO

Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo 3. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

En este cuestionario aparecen diez tipos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale el nivel de acuerdo respecto a dicha afirmación.
Solo conteste en un solo recuadro.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

FUENTE: <http://EspectroAutista.Info/tests/emotividad/bienestar-emocional/RSES>

Anexo 4. Inventario de Satisfacción Sexual

A continuación te presentamos el siguiente cuestionario, te pedimos leas cuidadosamente cada pregunta y respondas con la mayor honestidad posible. Solo marca con una X la respuesta que consideres más correcta:

1. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y le importo a ella:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

2. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

3. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y lo que no me gusta a mi pareja:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

4. Me cuesta trabajo aceptar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación sexual:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

5. Durante la relación sexual doy y me dan besos:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

6. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

7. Siento y tengo mucha confianza en mi pareja:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

8. Siento mucho cariño por parte de mi pareja en la relación sexual:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

9. En mis relaciones sexuales me siento libre:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

10. Me siento satisfecho (a) después de tener relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

11. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

12. Disfruto mucho recibir caricias de mi pareja durante la relación sexual:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

13. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

14. Planeamos nuestras relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

15. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

16. Tenemos tiempo suficiente para nuestras relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

17. En mis relaciones sexuales me siento seducido (a)

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

18. Mis relaciones sexuales son placenteras:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

19. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio y en la pareja:}

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

20. En mis relaciones sexuales se dan abrazos:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

21. Se da una entrega total en mi y mi pareja:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

22. Siento respeto mutuo en la relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

23. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

24. En mis relaciones sexuales se da el respeto:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

25. Son importantes en mis relaciones sexuales los sabores:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

26. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

27. La frecuencia con la que tengo relaciones sexuales me satisface:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

28. Ver a mi pareja desnudo(a) y yo estarlo, es importante para disfrutar de una relación sexual:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

29. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual:

Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y otras no	Pocas veces	nunca
---------	-------------------------	----------------------------	-------------	-------

30. En general, como calificarías tu satisfacción sexual:

Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
----------------	------------	-------------------------------	--------------	------------------

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Baja autoestima y depresión relacionada con el nivel de satisfacción sexual en mujeres en etapa de climaterio en la UMF 28						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera. De febrero a abril del 2014						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Hacer un abordaje y tratamiento integral a las pacientes en etapa de climaterio que incluya no solo valoración de síntomas orgánicos sino que intencionadamente indague sobre síntomas depresivos y los factores de riesgo como son la baja autoestima y satisfacción sexual.						
Procedimientos:	Se llevará a cabo la investigación con la aplicación de los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), Inventario de Satisfacción Sexual y cuestionario de datos sociodemográficos de importancia para el estudio.						
Posibles riesgos y molestias:	No se afectara su integridad física y su salud.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección de sintomatología depresiva, baja autoestima e insatisfacción sexual la cual afecte en la calidad de vida de la paciente lo cual será susceptible <u>de ser derivado a atención psicológica o psiquiátrica.</u>						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A las pacientes se les informará sobre sus resultados mediante la consulta subsecuente en su consultorio correspondiente, a aquellas que en el Inventario de depresión de Beck obtengan puntuación mayor a 17 serán enviadas a psiquiatría.						
Participación o retiro:	En cualquier momento						
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será totalmente confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<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.
<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 derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Iris Wendoline León Domínguez.						
Colaboradores:	Dra. Ivonne Analí Roy García.						
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 4º 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						

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Clave:

