



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DEL ESTADO DEPRESIVO
EN LAS MUJERES MENOPÁUSICAS**

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. María Esther Hernández Hernández
Dirección: Prolongación Av. Madero S/N
Teléfono: 7711754718
e-mail:maresther_1805@yahoo.com.mx

ASESOR CLÍNICO:

Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez
Dirección: Boulevard Luis Donaldo Colosio No 2001
Fraccionamiento Rincón del Valle Pachuca, Hidalgo
Teléfono: 71 37 833 EXT. 21 27
e-mail:sandia722000@yahoo.com.mx

PRESENTA

Caroline Ballato López

Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar
Tercera de álamo 207Col. Fraccionamiento Colosio, Pachuca, Hidalgo.
Tel. 0447711943310
e-mail: dr.carolmichi2009@yahoo.com.mx

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL AREA ACADÉMICA DE MEDICINA
DEL I.C.Sa.

DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA.
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR
No.1 PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. JOSÉ GUILLERMO BAUTISTA TENA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.M.S.S

DRA. MA. DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HGZ Y UMF N°1. IMSS.

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.M.S.S.

DR. MARÍA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO

DR. SANDRA AIDEÉ BACA RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO

ÍNDICE	PÁG.
RESUMEN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO.....	15
HIPÓTESIS.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
TIPO DE ESTUDIO	16
UNIVERSO DE ESTUDIO	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	18
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	20
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
FACTIBILIDAD Y RECURSOS.....	22
ASPECTOS ÉTICOS	22
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	44

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a una personita muy especial a mi hija Michelle.

Mi ángel tan especial, me basta tu mirada para saber que me amas, e iluminas con tu gran luz y con el brillo de tus ojos, mi alma para darme fortaleza y seguir adelante.

Cuando tus brazos rodean mi cuello y me das tu sonrisa de ángel, alivias todos mis desvelos. Has hecho de mi la mujer más feliz y orgullosa del universo, porque en las buenas y en las malas siempre estas junto a mí: lloramos y reímos, nos desvelamos, nos cuidamos, hicimos la tarea juntas, corrimos cuando se nos hacia tarde, todo lo has aguantado hasta quedarte con extraños, cuando te fuiste a tu curso de verano, porque tenía que estar en mi servicio.

Le agradezco a la vida y a Dios, por que seas tú mi hija.

Ese Ángel que roza mi rostro para decir la palabra más tierna y ahora hace de mi vida más plena y llena de felicidad cuando tu boquita dice:

“Mamá, te quiero mucho”

A ti hija mía, mi chiquita y preciosa ángel te doy la más infinitas gracias, por compartir conmigo esta travesía; que dios te bendiga.

LE DOY GRACIAS A DIOS POR HABERME ELEGIDO A MÍ POR TENER A LA MÁS
HERMOSA DE SUS ÁNGELES

MI HIJA "MICHELLE CAROLINE"

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los que nunca dudaron que lograría este triunfo:

A mi padre Oliverio, por ser el orgullo de su vida, cuando me vio todavía graduarme como médico, y con orgullo me presentaba a sus amigos “Les presento a mi hija ella es Doctora, y va a venir a darles consulta algún día de estos”. Te doy gracias padre por creer en mí, por tu confianza, y que nunca dudaste de mí, aunque lejos, siempre estabas junto a mí. Cuando por primera vez me fui a trabajar como médico en la Huasteca nuestro lugar de origen, tus ojos deslumbraban ese orgullo que siempre me dieron fuerzas y esperanzas para seguir, y aquí estoy al fin lo he logrado: hemos salido adelante.

A mi madre Tirza: Gracias por estar conmigo brindándome tu apoyo y sobre todo, tu cariño, en mis buenos y malos momentos, te quiero con todo mi corazón, ma, que dios te bendiga, por tenerte aún junto a nosotros.

A mi hermana, Jaquy. Por ser esa “gran mami” de nuestra hija, te agradezco con todo el corazón por todo el apoyo brindado, porque sin él jamás hubiera salido adelante, eres el gran apoyo de mi vida, una mujer plena, grande, con sabiduría y con un corazón enorme. Gracias hermana por ser como eres nunca cambies.

A mis demás hermanos Ivonne, esta tesis también es parte tuya porque te desvelaste conmigo. Nancy, Marco, Noé todos ustedes pusieron de su parte en este proyecto, una carrera terminada. Gracias. Los quiero mucho.

A mi amiga, incondicional, Nallely gracias por ser como eres, una persona grande en toda la extensión de la palabra, nuestro proyecto está terminado gracias a ti, y por compartir conmigo penas y alegrías.

A mi cuñado Ignacio Ruiz Velazco, por el apoyo incondicional brindado en los tres años de la carrera, gracias compadre.

A los amigos de la carrera, Elizabeth, Marisol, Alejandra, Fátima, Néstor, verónica, Gaby, Sócrates, Víctor, Adriana, Jessica, Nubia, Edgar, Josué, Víctor A, Lupita, Martin, Elisa, Alberto, Felipe, Bety, Heriberto, Armando, Jorge, Amanda, Gracias chicos.

A mis maestros, sobre todo a la Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez, a la Dra. Esther Hernández Hernández, al Dr. José Francisco Duarte Andrade, y al Dr. Carlos B. Armenta Hernández, porque compartieron conmigo sus valiosos conocimientos y su valioso tiempo que dedicaron para la realización de esta tesis, porque no hubiese sido posible la finalización de la misma sin la cooperación desinteresada que me brindaron.

TITULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DEL ESTADO DEPRESIVO EN LAS MUJERES MENOPÁUSICAS

La menopausia se relaciona íntimamente con el climaterio por ser una etapa de transición significativa en la vida de la mujer, donde se observa un desequilibrio hormonal con una readaptación de todas las funciones, provocando niveles bajos de estrógenos, el cual es uno de los factores principales que causan la depresión en la mujer. La depresión no sólo es un trastorno del estado de ánimo, sino que además representa: ausentismo laboral, discapacidad, disminución o pérdida de la productividad, riesgo de accidentabilidad, disminución en la calidad de vida y un incremento en los usos de los servicios de salud, con el alto costo económico que esto representa, ya que la depresión se diagnostica muy poco. Los factores ginecológicos y sociodemográficos se han asociado considerablemente con su desarrollo. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de la depresión y los factores asociados en las mujeres menopáusicas de la Unidad de Medicina Familiar numero 32 (UMF No. 32), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Pachuca, Hidalgo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; en el período comprendido de marzo a junio del 2011. Criterios de inclusión: Mujeres entre 40 y 60 años que cursaron con menopausia, derechohabientes de la UMF Núm. 32 del IMSS Pachuca, Hidalgo. Criterios de exclusión: Mujeres con discapacidad física o mental, con terapia hormonal sustitutiva, que nunca menstruaron, con menopausia postquirúrgica, con patología psiquiátrica ya diagnosticada, diferente a la depresión. Criterios de eliminación: Pacientes que no llenaron adecuadamente el cuestionario, cuestionarios incompletos, etc.; cambio de domicilio, sin vigencia en el IMSS. **ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:** Se realizó estadística descriptiva por medio de análisis univariado, se realizaron medidas de tendencia central y de dispersión; así como también medida de ocurrencia y se obtuvieron prevalencias. Los datos se registraron manualmente en la ficha de recolección de datos y se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 15. **RESULTADOS:** Se estudiaron un total de $n=238$ mujeres menopáusicas de la UMF referida, la depresión se presentó en un 42 %, clasificándose de la siguiente forma según el inventario de Beck: trastorno emocional (47%), depresión leve (30%), moderada (21%), grave (4%). El grupo más afectado fue el de 55 a 60 años (48.1%), $\chi^2 0.82, p 0.04$, de estas el 100% tuvieron depresión grave $\chi^2 0.74, p 0.06$, los factores asociados a la depresión, fueron escolaridad primaria $p 0.049$, ser ama de casa $RM 3.5$ (IC 95% 2,12-3.74), con crisis familiares normativas ($RM 1.8$; IC 95% 1.44-1.95), presentación de la menopausia entre 55-60 años ($RM: 2-14, IC95\% 1.67-2.33$). **CONCLUSIONES:** Las prevalencias encontradas son similares e inclusive más altas a las reportadas en otros estudios, la escolaridad primaria, ser ama de casa y haber tenido crisis familiares, son factores de riesgo importante para presentar cualquier tipo de severidad de depresión de acuerdo al BDI.

Palabras clave: menopausia, depresión.

MARCO TEÓRICO

La menopausia de acuerdo a la OMS, es el cese permanente de la menstruación o última menstruación espontánea que ocurre en condiciones fisiológicas durante el climaterio siendo un diagnóstico retrospectivo ante la constatación de una historia clínica tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista ninguna otra causa patológica, en ausencia de cirugía; es el resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica .¹

El concepto de la menopausia está íntimamente relacionado con el climaterio que es el periodo de tiempo que precede, engloba y sigue a la menopausia, es decir, incluye toda la etapa de transición de la vida reproductiva o fértil, hasta la etapa no fértil o no reproductora, caracterizada por cambios biopsicosociales.²

En la menopausia se producen diversos cambios fisiológicos en el organismo femenino, como resultado del desequilibrio en los niveles de hormonas circulantes y de la disminución progresiva de estrógenos y progestágenos y otros debidos al proceso de envejecimiento, lo que obliga a una readaptación de todas las funciones. ^{3, 4.}

Etapas del climaterio:

- Premenopausia, período anterior a la menopausia, donde se producen cambios endocrinológicos, cuya duración puede estar entre dos y ocho años.
- Menopausia, etapa en la que desaparece el sangrado menstrual, debiendo al menos llevar un año sin regla para considerar que la mujer está en esta etapa.
- posmenopausia en la que se producen procesos de involución .Este período está sujeto a consideraciones sociológicas y demográficas cambiantes.⁴

Diferentes autores ubican al climaterio a partir de los 35 a 45 años de edad y finaliza en la senectud. Es de duración variable entre 10 a 20 años.^{5, 6.}

FISIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL CLIMATERIO - MENOPAUSIA.

La historia natural del ciclo reproductivo de la mujer comprende la reducción en el número de los folículos primordiales, localizados en los ovarios. Es así como de 2'000.000 de ovocitos dentro de los folículos ováricos presentes al momento del nacimiento, para la pubertad, en el momento de la menarquía su número se reduce a 350.000, en promedio. En la vida reproductiva menos de 400 folículos alcanzan a madurar por completo, produciéndose la ovulación. Con el paso de los años, se reduce el total de ovogonias en el ovario y la gran mayoría se hacen refractarias a la acción de las gonadotropinas hipofisarias. Como resultado de ello, aparece una disminución de los niveles circulantes de estradiol y la producción de progesterona, como consecuencia de la deficiente síntesis ovárica de estrógenos, se produce un aumento de la secreción de las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH)^{7.}

Al mismo tiempo, las células del estroma ovárico y de las glándulas suprarrenales aumentan la síntesis de androstenediona, un andrógeno débil que es transformado a estrona en los tejidos periféricos (sobre todo a nivel del tejido adiposo, piel y músculos) y se convierte en el estrógeno.^{8.}

En la pre y perimenopausia hay descenso de folículos primordiales, disminución de la capacidad secretora del folículo, elevación de FSH y mantenimiento de LH, así mismo existe una disminución de la sensibilidad hipotálamohipofisaria, descenso de las tasas de inhibina, oscilación de los ciclos ovulatorios-anovulatorios y descenso de la relación gestágenos/estrógenos. En la menopausia y postmenopausia se produce un aumento de FSH y LH, oscilaciones rápidas cada 30-120 minutos de FSH y LH, aumento de LH-RH, descenso de inhibina, estrógenos y progesterona.^{9.}

En la mujer los andrógenos tienen una acción antagónica de los estrógenos, cuya importancia depende de las concentraciones circulantes. Antes de la menopausia, carecen de acción importante, mientras que una vez han descendido los niveles de estrógenos, asumen un papel más destacado, induciendo grados variables de masculinización.⁹

El efecto androgénico durante la menopausia se manifiesta en la atrofia de los labios mayores y menores, el crecimiento del clítoris, la aparición de vello y los cambios en la tonalidad de la voz, que puede tornarse más grave. Sus efectos metabólicos más prominentes comprenden; aumento de la síntesis proteínica, elevación del glucógeno hepático, disminución de la cetogénesis e incremento de la retención de agua y sodio.¹⁰

El desbalance endocrino altera el metabolismo de los lípidos, promueve la aterogénesis, modifica los procesos de remodelación ósea, induce cambios en los órganos genitales y se asocia a variaciones en el estado de ánimo y trastornos del comportamiento.¹¹

En estos trastornos parecen estar implicados receptores para estrógenos localizados en el hipotálamo, la hipófisis, el sistema límbico y la corteza cerebral.

Funciones fisiológicas y psicológicas moduladas por los esteroides sexuales en el SNC:

- Sistema límbico: Humor, conducta y función cognitiva.
- Hipotálamo: termorregulación, centro de la saciedad y tensión arterial.¹²

Además de la carencia estrogénica, durante esta etapa de la vida de la mujer, hay cambios a nivel de los neurotransmisores y neuromoduladores hipotalámicos, con disminución de la serotonina, la dopamina y la beta endorfina y aumento de la noradrenalina, de la monoaminooxidasa. Estos cambios producen las siguientes

alteraciones en el sistema límbico como distimias y cambios de carácter, depresión, ansiedad, insomnio, cefaleas, alteración de las funciones cognitivas.^{13,}
14.

En la actualidad, los trastornos depresivos están considerados como un grave problema de salud pública internacional. Ocupa el 4º Lugar en cuanto a causas de morbilidad y el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA), únicamente superado por las enfermedades cardiovasculares.^{15.}

La clasificación según el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revisión de la American Psychiatric Association 1994) define a la depresión como un trastorno de la afectividad que traduce una claudicación psicológica, biológica del individuo y se expresa a través de síntomas psíquicos y somáticos, el cual se diagnostica cuando un individuo experimenta durante por lo menos dos semanas consecutivas sensaciones persistentes de tristeza o ansiedad, con pérdida del interés por las actividades habituales, o del placer que se obtenía con las mismas (anhedonía), cambios psicológicos, de los procesos de cognición, de pensamiento y de la conducta.^{16,17,}
18

Una duración de al menos 2 semanas se requiere para el diagnóstico de los episodios depresivos de los tres grados de severidad, presentándose con algunos de los siguientes síntomas.¹⁹

- (1) Estado de ánimo depresivo.
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual
- (3) Alteraciones en el sueño: Insomnio o hipersomnia
- (4) Cambio dramático en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso
- (5) Fatiga o pérdida de energía
- (6) Agitación psicomotor o enlentecimiento.
- (7) Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo o culpa excesivos o inapropiados.

- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.

Otros síntomas comunes son:

- (1) Disminución de la concentración y la atención
- (2) Reducción de la autoestima y la confianza en sí mismo
- (3) Ideas de culpa e indignidad
- (4) Desolada y puntos de vista pesimista del futuro, sentimientos de desesperanza y abandono.
- (5) Ideas o actos de autolesión o suicidio.
- (6) Síntomas persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

La depresión puede convertirse en una patología en virtud de su intensidad, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico.

Según la CIE – 10, Clasifica a la depresión según su severidad:

- Depresión leve, se presenta cuando dos de los síntomas típicos de la depresión y dos de los otros síntomas son obligatorios. Si cuatro o más de los síntomas somáticos están presentes, el episodio es diagnóstico: con síntomas somáticos. La persona necesita hacer un esfuerzo para poder llevar a cabo las actividades diarias.
- Depresión moderada, están presente dos de tres de la mayoría de los síntomas típicos de la depresión y por lo menos tres de los otros síntomas son obligatorios. Si cuatro o varios de los síntomas somáticos están presentes, el episodio se diagnostica: Con síntomas somáticos. La persona percibe que su capacidad para enfrentarse a las obligaciones diarias disminuye.
- Depresión severa, se manifiesta por una combinación de síntomas, 5 o más de los mencionados anteriormente, que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras o para llevar una actividad cotidiana normal.²⁰

Las escalas diagnósticas y de evaluación de depresión son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de estos trastornos. En la actualidad existe gran número de escalas, inventarios e instrumentos breves para determinar la presencia de sintomatología depresiva.²¹

El antecedente de las escalas modernas para depresión se sitúa con la creación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck, este es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 reactivos de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por 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)^{21, 37}

Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. Se han realizado varios estudios de validación en diferentes poblaciones y entre pacientes con distintas patologías. Las ventajas de la nueva versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana en México respectivamente con resultados satisfactorios.^{21, 37}

La versión revisada se relaciona mejor con los sistemas contemporáneos de clasificación de las enfermedades (Clasificación Mundial de las Enfermedades-CIE-10 y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana-DSM-IV), ya que incorpora una mayor compatibilidad con los criterios diagnósticos aceptados, satisface de manera más amplia las diversas

dimensiones de los síntomas depresivos y obtiene valoraciones de mayor confiabilidad. Este instrumento es muy ventajoso por su brevedad y porque no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, lo que representa un bajo costo y un elevado beneficio, ya que puede utilizarse en población general.²¹

El inventario de Beck consta de 21 reactivos que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada reactivo, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Los ítems se califican del 0 al 3, por lo tanto 63 es la puntuación máxima posible. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

No depresión:	0-10 puntos
Trastorno emocional:	11-16 puntos
Depresión leve:	17-20 puntos
Depresión moderada:	21-30 puntos
Depresión grave:	> 31 puntos

Los reactivos se encuentran en el anexo 2.

Las mujeres actualmente viven mayor cantidad de años expuestas a la privación estrogénica. Se considera que el 95% de las mujeres deben pasar por esta etapa, lo que influye directamente en su calidad de vida y en su contexto laboral, familiar y social²².

ANTECEDENTES

Durante el climaterio y la menopausia, entre 70% y 90% de las mujeres experimentan cambios en su esfera psíquica, presentándose una marcada tendencia a la depresión, es el trastorno mental que más se ha estudiado ya que repercute de manera drástica en la calidad de vida de las mujeres^{14, 15}

Los estudios epidemiológicos muestran que el 20 % de las mujeres menopáusicas presentan síntomas depresivos, en el 10% de estos casos los síntomas alcanzan severidad suficiente como para indicar depresión clínicamente relevante. La estadística mundial señala que en el año 1990 se había calculado en el mundo 467 millones de mujeres en climaterio; se estima que esa cifra aumente rápidamente en los próximos 40 años hasta situarse en un total de 1,200 millones en el año 2,030, siendo una situación que desafía los sistemas de salud más estables en los países desarrollados.¹⁵

La depresión es frecuente en México, con una prevalencia global del 10%, en mujeres en etapa de climaterio, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, se calcula que alrededor del 40% presentan cambios psicológicos e inestabilidad emocional. Siendo un problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país y además generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultantes) en atención primaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y en general, retrasan el tratamiento específico.^{16,17.}

Varios estudios han determinado la asociación entre los diferentes factores asociados y la depresión en la menopausia, las cuales se pueden dividir de la siguiente manera:

FACTORES GINECOLÓGICOS

La edad temprana de la menopausia, ciclos menstruales regulares, edad de la menarquía, síndrome disfórico premenstrual, nuliparidad o paridad insatisfecha se asocian a depresión.^{22, 23.}

FACTORES GENÉTICOS

Existen marcadores potenciales en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. Polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de

serotonina (5-HTT) que aumentan los síntomas depresivos en personas con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT. La historia familiar o personal de depresión aumenta el riesgo según varios estudios.^{24.}

FACTORES FISIOLÓGICOS

El aumento de los síntomas fisiológicos del climaterio como sofocos, bochornos, trastornos del sueño aumenta el riesgo de padecer depresión.^{25, 26,27.}

FACTORES SOCIOCULTURALES Y DEMOGRÁFICAS

Las consecuencias de la menopausia varían según la estructura política y económica de cada sociedad y las condiciones de vida que impone a las mujeres de todas las edades, inclusive su acceso a la atención sanitaria, como la raza, la escolaridad, la situación laboral y dentro de ellos destaca el rol de género que desempeña la mujer.^{28,29,30,31}

Estudios internacionales y nacionales han demostrado que el riesgo de depresión aumenta cuando se tiene una conceptualización negativa de esta etapa debido a pérdida de capacidad reproductora que experimentan como un proceso de duelo, percepción de la imagen corporal como disminución de las cualidades estéticas y pérdida de juventud así como de la genitalidad, actividad e identidad sexual.^{32,33,34.}

Además otro evento estresante que influye en las mujeres menopáusicas son las crisis vitales previas a la menopausia como el divorcio, la viudez, ruptura existencial por la salida de los hijos del hogar llamado síndrome del nido vacío, las disfunciones en la dinámica familiar y de pareja, situaciones de estrés en el trabajo o en el hogar, como tener hijos con discapacidad aumenta el riesgo de depresión.^{35, 36.}

Con base a lo anterior, podemos decir que las mujeres en etapa de menopausia plantean retos especiales para el diagnóstico y tratamiento de la depresión, por lo

que se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en los grupos de personas más afectadas, sin embargo, al aumentar la esperanza de vida (en la actualidad aproximadamente 78 años) podemos considerarla como un cambio en la vida de las mujeres, por lo que la morbilidad adquiere un papel muy importante sobre todo si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia, puesto que esta etapa aparece alrededor de los 45 años, en la que son capaces de realizar múltiples actividades.

El determinar si la menopausia causa o no depresión sigue siendo un gran reto, pero es importante por el momento, identificar los factores asociados a la depresión en la menopausia y los posibles casos diagnósticos de depresión, así como su prevalencia en el primer nivel de atención. Es una acción preventiva importante ya que permitirá llevar a cabo llevar a cabo intervenciones tempranas en los casos de cuadros subclínicos que si no se detectan a tiempo, pudieran evolucionar a cuadros mayores.

JUSTIFICACIÓN

A) TEÓRICA:

Los trastornos depresivos están considerados como un grave problema de salud pública internacional. Ocupa el 4º Lugar en cuanto a causas de morbilidad en el mundo. Los estudios epidemiológicos a nivel internacional y nacional muestran una alta prevalencia en las mujeres menopáusicas alcanzando un 10% de los casos, se estima que esa cifra aumentará rápidamente en los próximos 40 años. Actualmente ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA).^{18,19.}

En México se calcula que alrededor del 40% de las mujeres que se encuentran en esta de la vida presenta cambios psicológicos e inestabilidad emocional.¹⁹

La prevalencia de depresión varía ampliamente entre las 32 entidades federativas del país; en el estado de Hidalgo, la depresión en mujeres es del 9.9%.

Los datos anteriores demuestran la importancia que tiene la depresión, que no sólo es un trastorno del estado de ánimo, sino que además representa: ausentismo laboral, discapacidad, disminución o pérdida de la productividad y riesgo de accidentabilidad, disminución en la calidad de vida y un incremento en los usos de los servicios de salud, con el alto costo económico que esto representa, además que la depresión se diagnostica muy poco.¹⁶

La depresión es un trastorno potencialmente mortal, cerca del 15% de los individuos con depresión se quitan la vida, y aumenta el riesgo de morir por un padecimiento físico como el infarto agudo de miocardio y el cáncer.¹⁷

B) Metodológica:

La magnitud del universo es de 238 mujeres menopáusicas de la UMF No. 32, del IMSS Pachuca, Hidalgo a las cuales se les aplicó el Inventario de depresión de Beck y se realizó un cuestionario para recolectar datos sociodemográficos y ginecológicos.

C) PRACTICA:

En esta investigación se determinó la prevalencia y la asociación de factores de la depresión en mujeres en etapa de menopausia en una población determinada; como se ha visto, en este periodo de la vida de las mujeres existen otro tipo de aspectos diferentes a los fisiológicos que también se observan en las mujeres con menopausia y depresión. Existía poca información al respecto, por lo que al conocer los factores asociados a la depresión nos permitirá detectarlas a tiempo y otorgarles una atención integral para mejorar la calidad de vida de quienes las presentan.²⁷

El siguiente estudio contiene los siguientes aspectos fundamentales metodológicos:

Pertinente: Ya que la prevalencia y los factores asociados de la depresión en las mujeres menopáusicas tanto a nivel internacional como nacional son elevadas y actualmente no conocemos la prevalencias y los factores asociados, en Unidades de Medicina Familiar del IMSS de Pachuca, Hgo.³⁴

Magnitud: La información se consiguió a través de la aplicación de un hoja de recolección de datos sociodemográficos y ginecológicos de cada una de las 238 mujeres menopáusicas, además se aplicó cuestionario de depresión de Beck. Lo anterior con base al cálculo del tamaño de la muestra.

Viabilidad: El estudio fue viable ya que la información se obtuvo mediante la aplicación de las hojas de recolección de datos a las mujeres que cursaban con menopausia en la Unidad de Medicina Familiar núm. 32 del IMSS de Pachuca, Hgo., a través de dos encuestadores.

Trascendencia: Es trascendente ya que no se cuenta con información documentada de la presencia de depresión en las mujeres con menopausia de las Unidades de Medicina Familiar de IMSS de Pachuca, Hgo., por lo que a través de los resultados que se obtuvieron se podrán realizar medidas preventivas y/o brindar atención oportuna.

Factibilidad: El estudio es factible ya que se cuenta con recursos humanos, materiales y financieros por lo que se realizó.

Política: En la actualidad la depresión a nivel mundial y nacional se ha incrementado de manera importante por lo que fue necesario su detección oportuna y sobre todo en el grupo de mujeres en etapa vulnerable, para que reciban de manera oportuna el tratamiento necesario.

Administrativa: En la actualidad los programas de salud van encaminados hacia la atención y tratamiento de las enfermedades biológicas, dejando en segundo plano las enfermedades psicológicas, las cuales afectan de forma importante el estado de salud de quienes la padecen así como el desarrollo de sus actividades

diarias que se ven reflejadas en disminución de la calidad de vida y en el incremento de costos de atenciones medicas.

Interesante: El estudio fue interesante ya que se conoció la prevalencia de la depresión en mujeres menopáusicas, y será base para realizar otras investigaciones.

Relevante: Porque conociendo la prevalencia y los factores asociados de la depresión en mujeres menopáusicas se podrá prevenir y tratar de manera oportuna, además de que el presente estudio puede ser la base para nuevos estudios en mujeres con menopausia en el estado de Hidalgo.

Ético: El estudio fue ético ya que se obtuvo información a través de hoja de recolección de datos en mujeres menopáusicas así como del cuestionario de depresión de Beck y para su aplicación se solicitó el permiso de cada una de las participantes a través del consentimiento informado sin afectar su integridad.

Novedoso: fue novedoso ya que hasta el momento no se tiene reportes de estudios previos con estas características realizados en el estado de Hidalgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de existir un volumen importante de trabajos en los que se explora la prevalencia y los factores asociados de la depresión en mujeres menopáusicas, es difícil comparar los hallazgos dado que los instrumentos utilizados para establecer la presencia de depresión son muy diversos, desde la simple pregunta “¿se siente usted deprimida?”, hasta entrevista clínica estructurada por psiquiatra, lo cual explica la gran variabilidad de los resultados.

Una de las estrategias que se abordó en este problema fue la de realización de una encuesta de tamizaje en la sala de espera, siendo el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el más utilizado. Este Inventario ha sido utilizado ampliamente, con varios estudios de validación en diferentes poblaciones y entre pacientes con distintas patologías, teniendo una adecuada sensibilidad (95 a 100%),

especificidad (88 a 91%) y consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.83).^{21,37.}

Por otro lado, se identificó algunos aspectos demográficos que orientaron a la detección precoz de personas con depresión a partir de posibles factores, particularmente variables sociodemográficas o de su historia de salud, datos que se recolectó fácilmente, de tal manera que fue posible estar alerta ante estas personas de mayor riesgo.

Con base en lo expuesto, se realizó un estudio de prevalencia y factores asociados a los síntomas depresivos en mujeres menopáusicas de la UMF Núm. 32, del IMSS Pachuca, Hidalgo, puesto que hasta el momento no se tiene reportes de estudios previos con estas características realizados en este estado. Por lo tanto, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y cuáles son los factores asociados, en mujeres menopáusicas de la UMF Núm. 32, del IMSS Pachuca, Hidalgo?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de la depresión y los factores asociados en las mujeres menopáusicas de la UMF Núm. 32, del IMSS Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de depresión: Trastorno emocional, depresión leve, moderada y severa en mujeres menopáusicas de la UMF No 32 en Pachuca, Hidalgo, con el Inventario de Depresión de Beck.
- Conocer el grupo de edad más afectado por la depresión en mujeres menopáusicas de la UMF No 32 en Pachuca, Hidalgo.
- Identificar los factores más frecuentes en las mujeres menopáusicas para el desarrollo de depresión.

HIPÓTESIS

- No requirió de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

- **Observacional:** Se realizó en un grupo de mujeres entre 40 a 60 años, donde se obtuvo información sin manipular las características de las variables o intervención en ellos.
- **Descriptivo:** Se determinó la magnitud de depresión en mujeres menopáusicas.
- **Prolectivo:** La información se recolectó mediante cuestionarios, ya validado previamente.
- **Transversal:** Se estudiaron a las mujeres con criterio clínico de menopausia, a partir del mes de marzo del 2011 a través del inventario de depresión de Beck. (anexo 1).

UNIVERSO DE ESTUDIO.

Mujeres mayores de 40 años en el estado de Hidalgo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La Unidad de Medicina Familiar No 32; del IMSS es la segunda clínica de importancia en la atención del derechohabiente en Hidalgo, contó con 49,169 derechohabientes; de los cuales 26,636 (54.18%), son el total de mujeres.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres entre 40 y 60 años.
- Que cursaron en etapa de menopausia
- Que aceptaron su participación para realizarles la encuesta.
- Que firmaron hojas de consentimiento informado de aceptación de realización de la encuesta.
- Que fueron derechohabientes de la Medicina Familiar de la U.M.F No.32 Pachuca, Hidalgo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que tuvieron alguna discapacidad física o mental.
- Pacientes que estaban bajo terapia hormonal sustitutiva
- Pacientes que nunca menstruaron.
- Mujeres con enfermedad vascular cerebral o microinfartos cerebrales.
- Mujeres que presentaron menopausia posterior de una cirugía ginecológica (Ooforectomía bilateral antes de los 40 años, Histerectomía total abdominal)
- Pacientes que tuvieron menopausia secundaria a otras patologías (ej. Hipotiroidismo).
- Mujeres que se diagnosticó anteriormente de depresión o trastornos de personalidad

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Que no llenaron adecuadamente el cuestionario: cuestionarios incompletos, mal llenados, sin nombre, cambio de domicilio.etc.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE INTERÉS: Depresión en Mujeres.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
DEPRESIÓN	Es un trastorno de la afectividad que se expresa a través de síntomas psíquicos y somáticos.	Trastorno del estado de ánimo el cual se diagnóstica cuando un individuo experimenta durante por lo menos 2 semanas consecutivas sensaciones persistentes de tristeza o ansiedad, con pérdida del interés por las actividades habituales, o del placer que se obtenía con las mismas. Se obtendrá mediante la escala de Beck.	Cualitativa ordinal.	A)No Depresión: 0-10 B)Trastorno emocional: 11-16 puntos C)Depresión leve: 17-20 puntos D)Depresión moderada: 21-30 puntos E)Depresión grave: > 31 puntos

VARIABLES INTERVINIENTES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS				
Edad	Período de tiempo que ha pasado en la vida de una persona desde su nacimiento hasta su muerte.	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual. Se interrogará de forma directa la edad cumplida.	Cuantitativa discreta	A) 40-44 B) 45-49 C) 50-54 D) 55-60
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Se Interrogara la situación que se encuentra actualmente la paciente en obligaciones y derechos.	Cualitativa nominal	A)-Soltera B)-Casada C)-Viuda D)-Unión libre E)-Divorciada
Escolaridad	Período de tiempo reconocido en forma oficial en los cuales se acude a la escuela.	Son los grados escolares cursado en forma oficial la cual refiera.	Cualitativa ordinal	A)-Primaria B)-Secundaria C)-Preparatoria D)-Universidad E)- Posgrado
Crisis Familiares	Situaciones que introducen cambios en la estructura y funcionamiento de la familia, y/ o del	Es un estado de trastorno y desorganización familiar. Crisis normativas o transitorias: relacionadas	Cualitativa nominal	A) Crisis Normativas B) Crisis Paranormativa

	individuo, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés.	con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar: matrimonio, nacimiento de un hijo, la jubilación, salida de los hijos fuera del hogar. Crisis paranormativas: relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Hospitalización prolongada, Abandono, Separación conyugal, Muerte prematura respecto al ciclo de vida, Suicidio, Encarcelamiento, Infidelidad, Pérdida de trabajo. Pérdida de alguna propiedad.		C) Sin crisis
Situación laboral	Actividad laboral o de la vida diaria que es o no remunerada	Se interrogara a la paciente sobre actividad diaria.	Cualitativa Nominal	A)-Empleado B)-Desempleado C)-Jubilada D)-Ama de casa E)-Profesional

VARIABLES GINECOLÓGICAS				
Edad de la menarquía.	Momento de inicio en la vida de la paciente en la cual tiene su primer período menstrual	Años consignados en la historia clínica, del inicio de su menarca, de cada paciente.	Cualitativa nominal	A) Antes de los 13 años. B) 13 y más.
Satisfacción de la Paridad	Número de hijos o hijas deseadas por la mujer o la pareja.	Haber tenido el número de hijos o hijas deseadas por ella o por la pareja. Que refiera la participante	Cualitativa nominal	A)Paridad satisfecha B)Paridad insatisfecha

Se realizó el análisis estadístico de la información obtenida a través del paquete estadístico SPSS15, se interpretaron los resultados y se efectuó la conclusión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tomando en cuenta que la depresión es frecuente en México, con una prevalencia global del 10%, en mujeres en etapa de climaterio. Se consideró como tal la prevalencia en el Estado, porcentaje que se utilizó con base en el tamaño del efecto esperado, y se realizó el cálculo de la "N" de la muestra.

Se obtuvo el cálculo del tamaño de la muestra utilizando la fórmula para estudios descriptivos:

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

$$Z^2 = 1.96 \text{ al } 95\%$$

$$p = \text{tamaño del efecto } 0.10$$

$$q = 1-p$$

$$d = \text{diferencia mínima esperada } 0.04$$

$$\text{Desglosado } N = \frac{(1.96)^2 (0.10) (1-0.10)}{0.04^2} = \frac{(3.84) (0.10) (0.9)}{0.0016} = \frac{0.3456}{0.0016}$$

N = 216 redondeado N = 216 pacientes. Más 10% por problemas perdidos = **237.6**

Redondeado siendo un total de 238.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez que se recolectó las encuestas, se codificó y registró en una base de datos, la cual se revisó con la intención de detectar datos incongruentes o fuera de rango.

Se realizó estadística descriptiva con análisis univariado

ANÁLISIS UNIVARIADO

Se obtuvo: frecuencias simples, porcentajes, medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y varianza). Así también tuvimos medidas de ocurrencia (Prevalencia).

RECURSOS HUMANOS

Un residente, dos encuestadores, un asesor clínico con especialidad en medicina familiar y un asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Hojas blancas, computadora, memoria USB, impresora, lápices, engrapadora y fotocopidora.

ASPECTOS ÉTICOS

En base a la declaración de Helsinki, Finlandia en 1964, de la Asociación Médica Mundial y leyes y códigos de México, Ley General de Salud, título segundo de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, capítulo I, se respetó el anonimato de los participantes, fue bajo el consentimiento informado de la paciente sobre los riesgos y beneficios del estudio y pudo negarse a contestar la encuesta de acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud, capítulo I. Se solicitó firma de consentimiento informado en solicitud correspondiente.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Mayo 2010	Jun 2010	Julio 2010	Agost 2010	Sept 2010	Oct 2010	Nov 2010	Dic 2010	Ene 2011	Feb marz 2011	Mar Abr 2011	Abr 2011	May 2011	Jun 2011
Seleccionar el tema	xxxx													
Revisión bibliográfica		xxxx												
Elaboración de protocolo		xxxx	xxxx											
Revisión del protocolo por el comité de investigación local.				xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx xx				
Planeación operativa											xx xx			
Recolección de la información Captura y análisis de datos												xx		
Interpretación de resultados													xxxx	
Formulación del reporte final														xxxx

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 238 mujeres de 40 a 60 años de edad, con menopausia, derechohabientes del IMSS y adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 32 de Pachuca, Hidalgo. Se obtuvo la siguiente información general de los aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada:

El grupo de edad de mayor predominio fue el de 55 a 60 años (37.5%) como se observa en la tabla 1, el 62.2% refirieron estar casadas; el (49.7%) de las mujeres sólo habían cursado hasta la primaria. Respecto a la situación laboral, la más común fue el de ama de casa, 67.2%.

Edad de la población de estudio

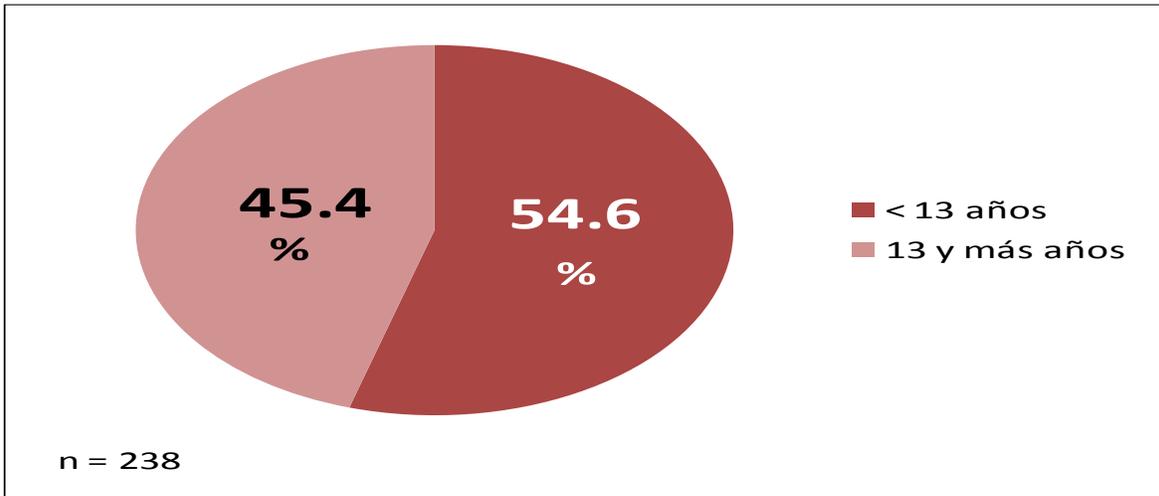
Edad	Número	Porcentaje	P
40 a 44 años	62	26.1	0.09
45 a 49 años	36	15.1	
50 a 54 años	55	23.1	
55 a 60 años	85	35.7	

n = 238

Tabla 1

Dentro de las variables gineco-obstétricos se encontró que la menarca se presentó antes de los trece años de edad en el 54.6% de la población, y el 45.4% refirió que la menarca la presentó en el periodo de 13 y más años de edad. (Gráfica 1).

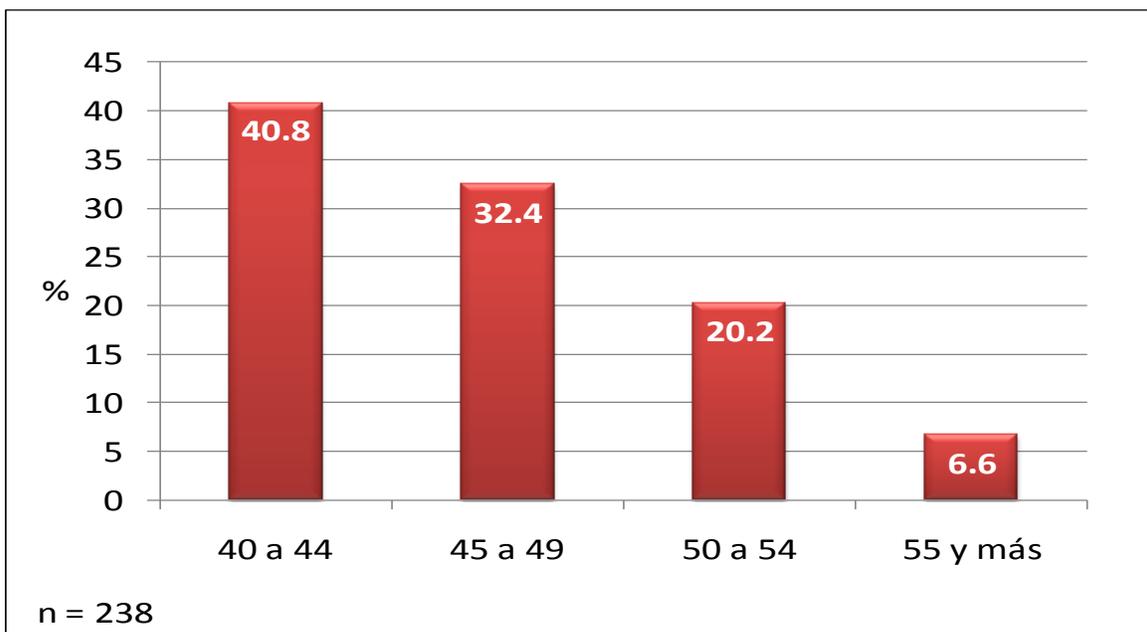
Edad de presentación de la menarca



Gráfica 1

El grupo de edad con mayor prevalencia en el que se presentó la menopausia fue el grupo de 40 a 44 años (40.8%), seguida de los grupos de 45 a 49 años (32.4%), 50 a 54 años (20.2%) y 55 y más (6.6%), lo que permite hacer la observación que a mayor edad menor porcentaje de mujeres que presentaron menopausia. (Gráfica 2)

Edad de la menopausia de toda la población de estudio



Gráfica 2

El estado depresivo se presentó en 102 mujeres menopáusicas de las 238 estudiadas. Por grupo de edad, se encontró en 19 mujeres (18.6%) del grupo de 40 a 44 años de edad, 9 mujeres (8.8%) del grupo de 45 a 49 años, 25 mujeres (24.5%) del grupo de 50 a 54 años y en 49 mujeres (48.1%) del grupo de 55 a 60 años de edad, Chi^2 0.82, p 0.04. (Tabla 2).

Depresión en mujeres menopáusicas por grupo de edad

Puntos de corte	Sin depresión n=136 (%)	Con depresión n=102(%)	Chi ²	P
40 a 44 años	43 (31.6)	19 (18.6)	0.82	0.04
45 a 49 años	27 (19.8)	9 (8.8)		
50 a 54 años	30 (22.1)	25 (24.5)		
55 a 60 años	36 (26.5)	49 (48.1)		
Total	136 (100%)	102 (100%)		

n = 238

Tabla 2

De las 102 mujeres que presentaron depresión, el 46% presentó trastorno emocional, 29% presentó depresión leve, 21% presentó depresión moderada y 4% presentó depresión grave, siendo el grupo de 55 a 60 años de edad en el que prevalecen el mayor número de casos con los diferentes grados de depresión. Chi^2 0.74, p 0.06. (Tabla 3)

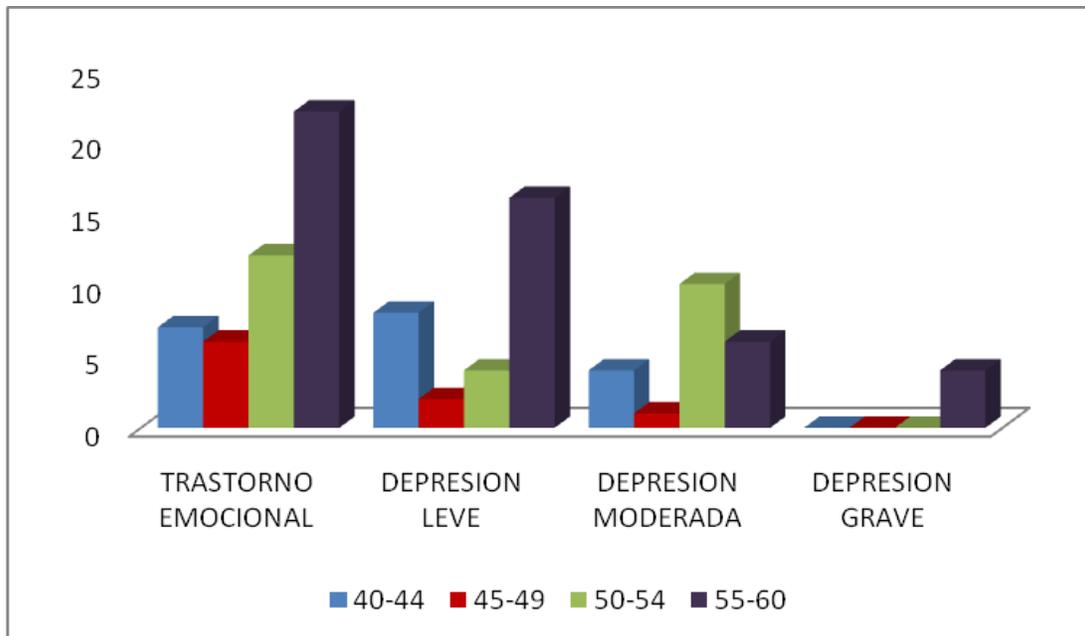
Prevalencia del estado depresivo por grupo de edad

Puntos de corte	Transtorno Emocional n=47 (%)	Depresión Leve n=30(%)	Depresión moderada n=21(%)	Depresión grave n=4(%)	Chi ²	P
40 a 44 años	7 (14.9)	8 (26.7)	4 (19.0)	0 (0)	0.74	0.06
45 a 49 años	6 (12.8)	2 (6.7)	1 (4.8)	0 (0)		
50 a 54 años	12 (25.5)	4 (13.3)	10 (47.6)	0 (0)		
55 a 60 años	22 (46.8)	16 (53.3)	6 (28.6)	4 (100)		
Total	47 (100%)	30 (100%)	21 (100%)	4 (100%)		

n = 102

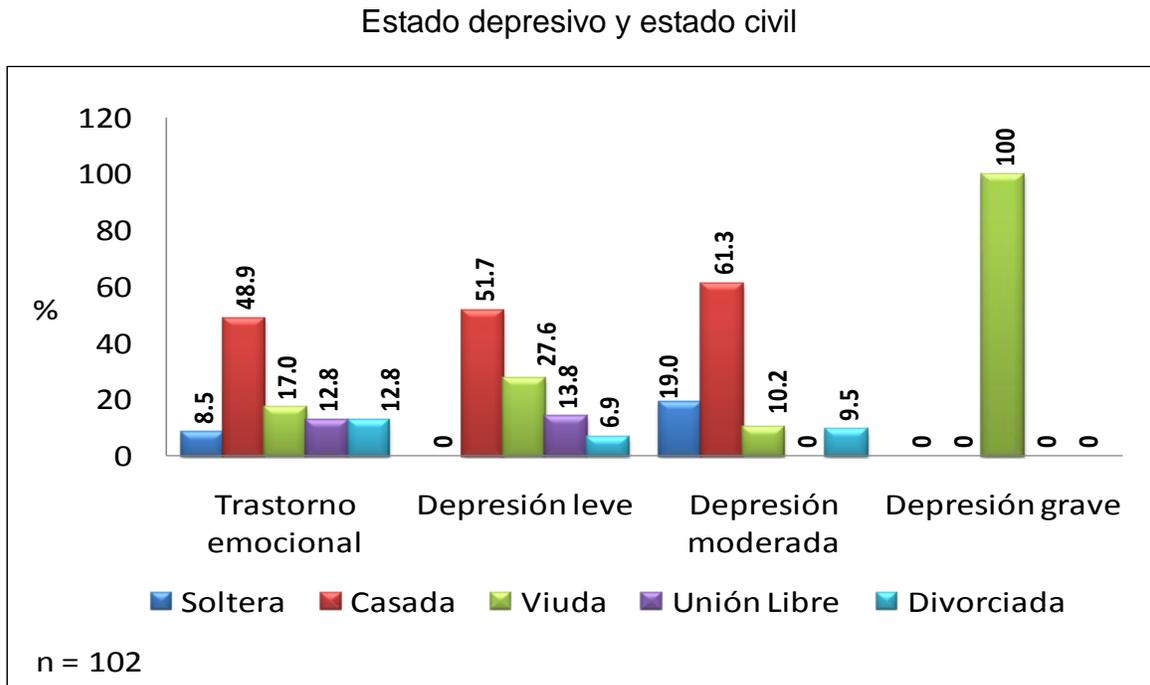
Tabla 3

Prevalencia del estado depresivo por grupo de edad



Gráfica 3

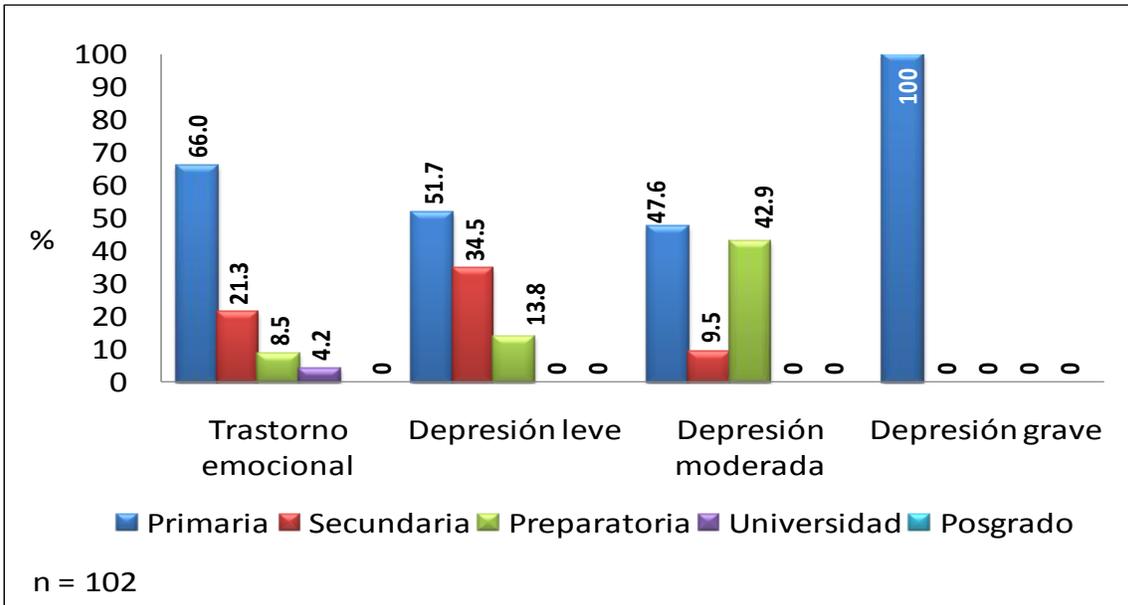
En relación al estado depresivo y estado civil, las mujeres casadas fueron las que presentaron mayor prevalencia en los diferentes estados de la depresión (trastorno emocional 48.9%, depresión leve 51.7%, depresión moderada 61.3%), y el 100% de las mujeres con depresión grave eran viudas. (Gráfica 4).



Gráfica 4

Con respecto a la escolaridad, las mujeres que sólo cursaron la primaria tuvieron las prevalencias más altas en los diferentes estados de la depresión (66% en el trastorno emocional, 51.7% en depresión leve, 47.6 % en depresión moderada, y el 100 % depresión grave). Ninguna de las mujeres con diagnóstico de depresión en sus diferentes tipos de severidad presentó postgrado como máxima escolaridad. (Gráfica 5).

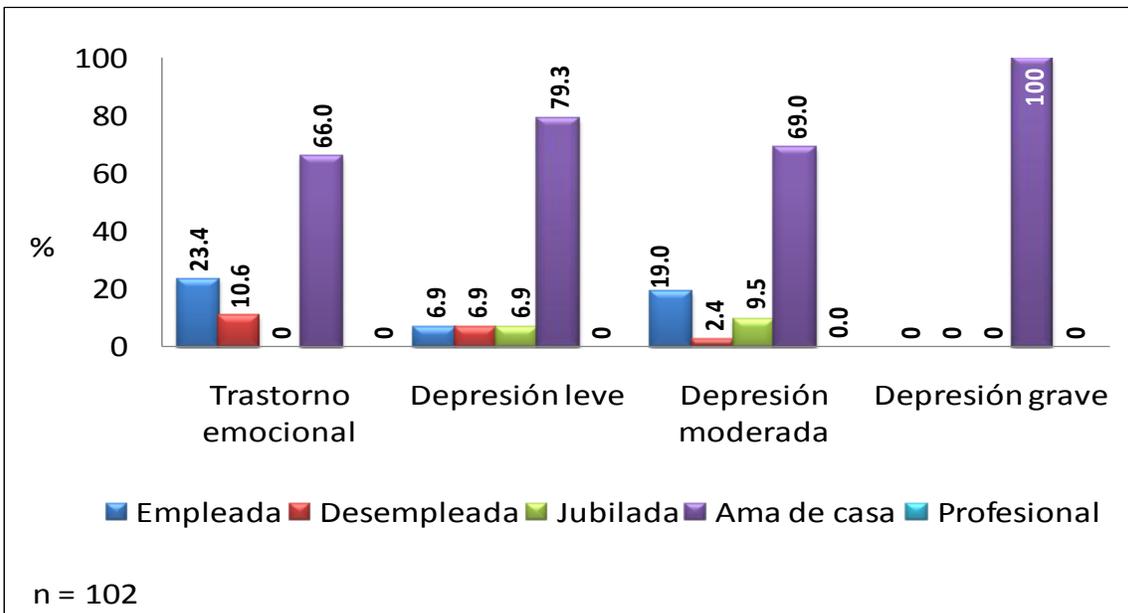
Prevalencia del tipo de depresión y escolaridad



Gráfica 5

En la situación laboral, las amas de casa presentaron las mayores prevalencias en los diferentes estados de la depresión, 66% con trastorno emocional, 79.3% con depresión leve, 69.0% con depresión moderada y 100% depresión grave. (Gráfica 6).

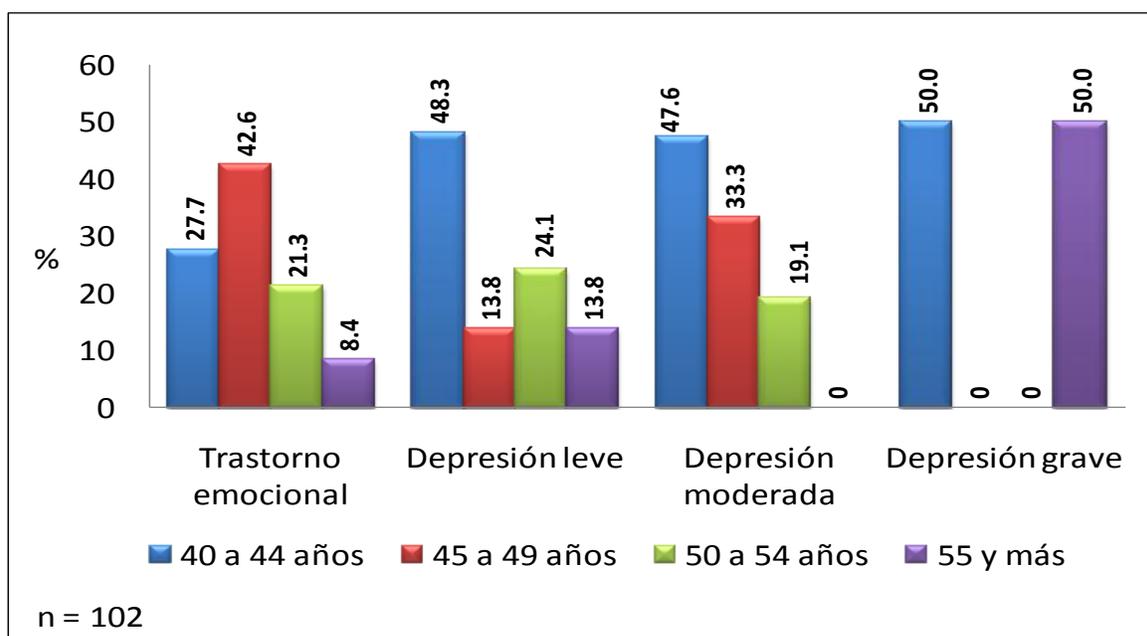
Prevalencia por tipo de depresión y situación laboral



Gráfica 6

En la prevalencia por tipo de depresión y edad de la menopausia, se identificó que de las mujeres con depresión leve el 48.3% presentaron la menopausia en el grupo de edad de 40 a 44 años, 13.8% en el de 45 a 49 años, 24.1% en el de 50 a 54 años y 13.8% en el de 55 a 60 años. Las mujeres con depresión moderada el 47.6% presentó la menopausia a la edad del grupo de 40 a 44 años, 33.3% 45 a 49 años, 19.1% en el de 50 a 54 años, y ninguna de ellas en el grupo de 55 a 60 años de edad. En cambio, las mujeres con depresión grave predominaron en los extremos de edad del grupo de estudio, ya que el 50% de ellas refirió haber presentado su menopausia en el rango de 40 a 44 años y el otro 50% en el de 55 a 60 años de edad. (Gráfica 7).

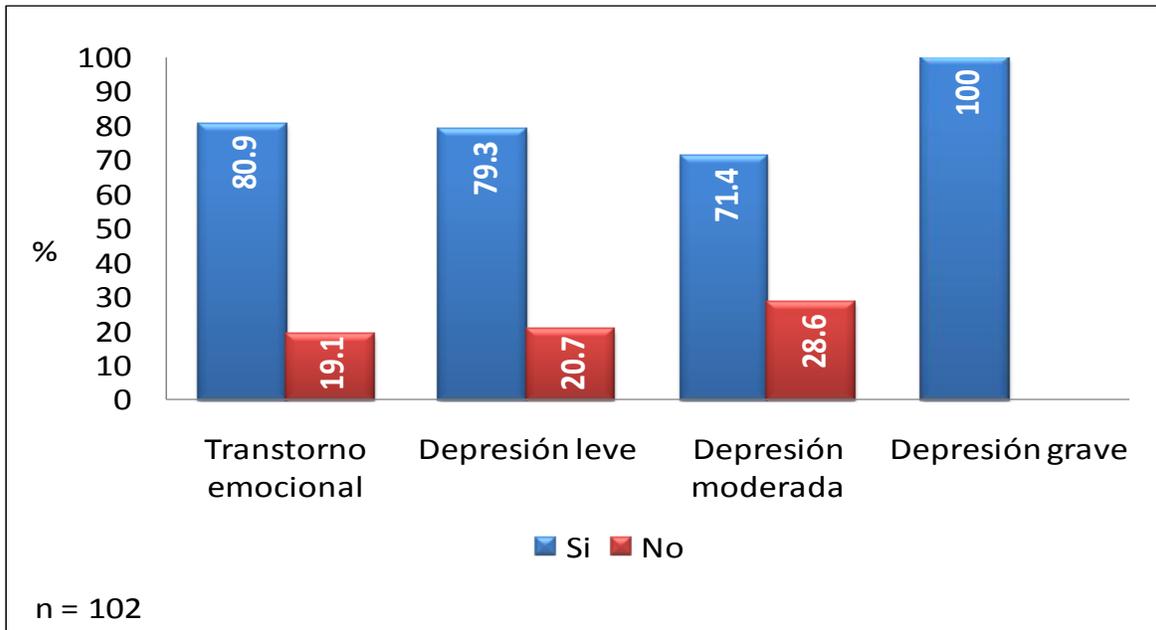
Prevalencia tipo de depresión y edad de la menopausia



Gráfica 7

La prevalencia por tipo de depresión y la presencia de síntomas de climaterio se presenta en la Gráfica 8, en donde el 80.9% con trastorno emocional, el 79.3% con depresión leve, el 71.4% con depresión moderada y el 100% de mujeres con depresión grave, refirieron la presencia de al menos uno de los síntomas interrogados referentes al climaterio.

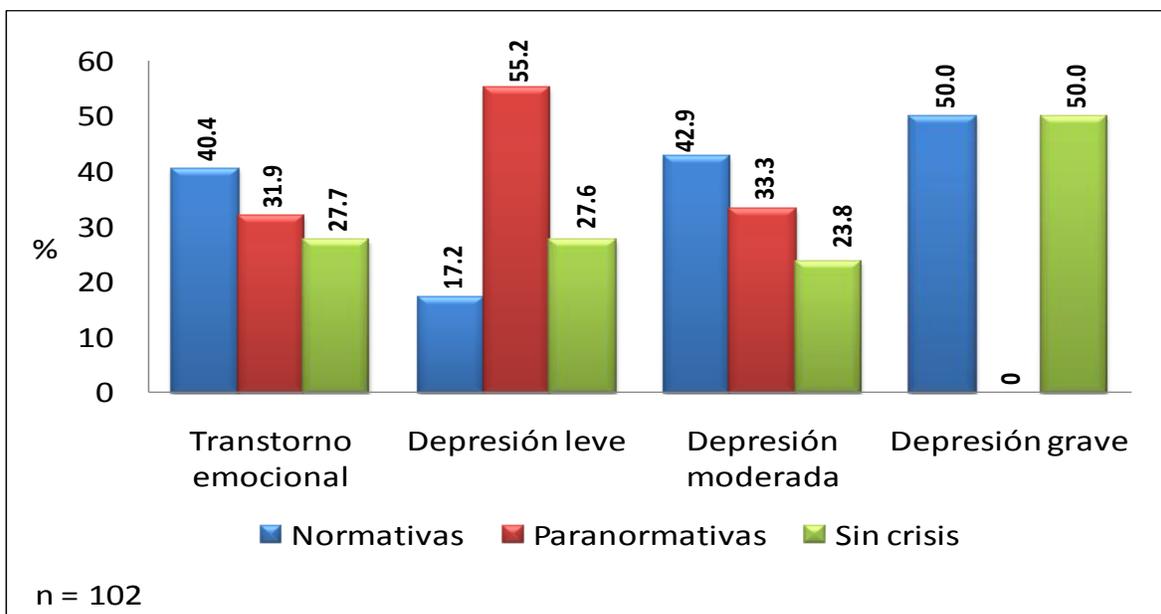
Prevalencia por tipo de depresión y síntomas de climaterio



Gráfica 8

Dentro de las crisis familiares, las normativas y paranormativas fueron las de mayor prevalencia en todos los tipos de depresión. (Gráfica 9).

Prevalencia por tipo de depresión y crisis familiar

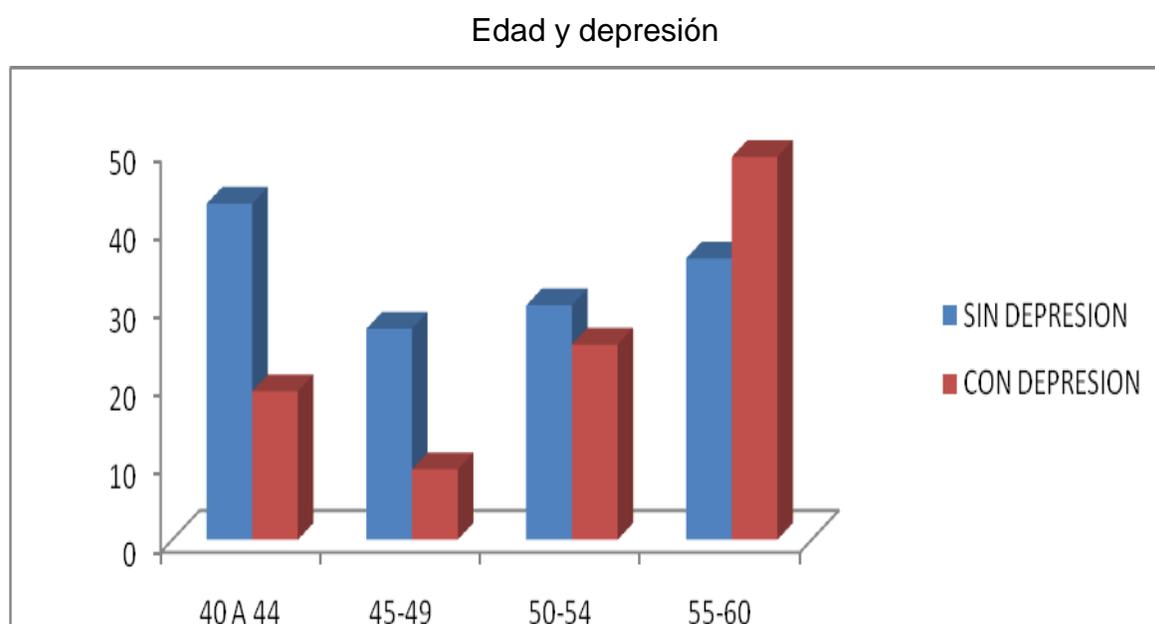


Gráfica 9.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN MUJERES MENOPÁUSICAS:

En la tabla 4, se enlistan los factores que presentaron mayor probabilidad para depresión, y a continuación se describen:

La edad de las mujeres se encontró que conforme aumenta la edad, aumenta la probabilidad de presentar depresión. Tomando como referencia al grupo de edad de 40 a 44 años, las probabilidades fueron las siguientes: 45 a 49 años, Razón de Momios de Prevalencia (RM) de 1.13 (IC 95% de 1.08-1.34), 50 a 54 años RM de 1.48 (IC 95% de 1.20-1.62), 55 a 60 años RM de 1.85 (IC95% 1.47-1.93), p 0.056. (Gráfica 10).

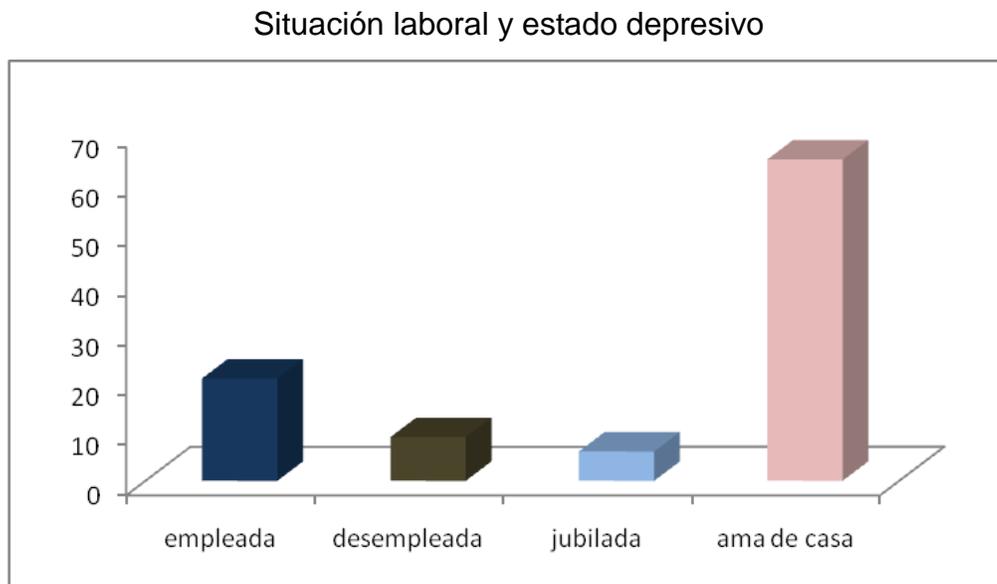


Gráfica 10

El estado civil como factor asociado, se encontró tomando como referencia el ser soltera, que las mujeres con cualquier otro estado civil tienen mayor probabilidad de presentar depresión: Casadas RM de 1.10 (IC 95% de 0.92-1.19), Viudas RM 1.21 (IC 95% de 0.87-1.24), en Unión Libre RM 1.16 (IC 95% de 0.96-1.37) y Divorciadas RM 1.20 (IC 95% de 1.08-1.28), p 0.243.

La escolaridad tuvo asociación directa con la presencia de depresión, ya que a menor escolaridad, mayor probabilidad de presentar la patología. Es así que se determinó, tomando como referencia la escolaridad primaria, que aquellas cuyo grado máximo de estudios fue secundaria tienen una RM de 1.1 (IC 95% de 0.88-1.19), preparatoria RM 0.8 (IC 95% de 0.64-0.93) y universidad RM 0.6 (IC 95% de 0.47-0.81), p 0.049.

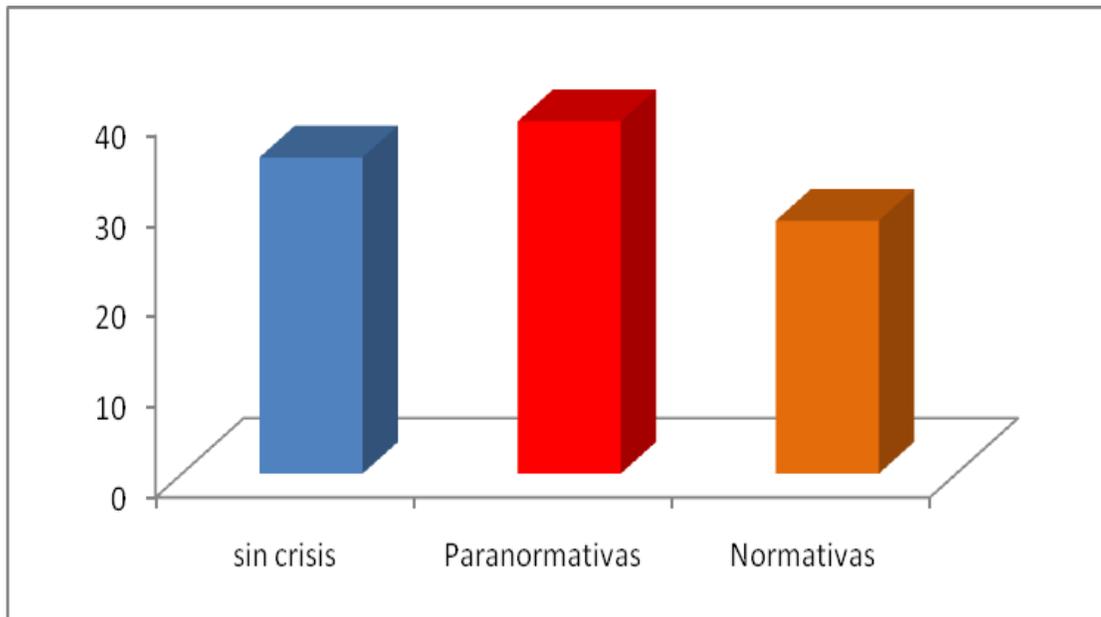
Al comparar la situación laboral con la presencia de depresión, se encontró asociación principalmente en las mujeres amas de casa RM 3.5 (IC 95% de 2.12-3.74), seguidas de las mujeres desempleadas RM 2.4 (IC 95% de 1.54-2.68) y las jubiladas RM 1.1 (IC 95% de 0.75-1.26), en referencia a las mujeres empleadas, p 0.06. (Gráfica 11)



Gráfica 11

También se analizó la presencia de crisis familiar con la variable dependiente depresión, asociándose las crisis paranormativas RM 1.5 (IC 95% de 1.21-1.48) y las crisis normativas con mayor probabilidad de presentar depresión con RM 1.8 (IC 95% de 1.44-1.95), en relación a no haber presentado crisis familiares, p 0.05. (Gráfica 12)

Crisis familiar y estado depresivo



Gráfica 12

Al evaluar la asociación entre el haber presentado síntomas de climaterio y la presencia de depresión, se encontró que el haberlos presentado incrementó la probabilidad de depresión en 3.8 veces. (RM 3.8, IC 95% 2.91-4.25, p 0.003). (Tabla 4)

La conceptualización negativa de la menopausia, fue otra de las variables altamente asociada a depresión (RM 4.1, IC95% 3.67-4.52), p 0.001). (Tabla 4).

Tabla 4. Factores asociados al estado depresivo en mujeres menopáusicas

Variable	RM	IC 95%	P
Edad			0.056
40 a 44	1		
45 a 49	1.13	1.08-1.34	
50 a 54	1.48	1.20-1.62	
55 a 60	1.85	1.47-1.93	
Estado civil			0.243
Soltera	1		
Casada	1.10	0.92-1.19	
Viuda	1.21	0.87-1.24	
Unión Libre	1.16	0.96-1.37	
Divorciada	1.20	1.08-1.28	
Escolaridad			0.049
Primaria	1		
Secundaria	1.1	0.88-1.19	
Preparatoria	0.8	0.64-0.93	
Universidad	0.6	0.47-0.81	
Situación laboral			0.06
Empleada	1		
Desempleada	2.4	1.54-2.68	
Jubilada	1.1	0.75-1.26	
Ama de casa	3.5	2.12-3.74	
Crisis familiar			0.05
Sin crisis	1		
Paranormativas	1.5	1.21-1.48	
Normativas	1.8	1.44-1.95	
Edad de la menarca			0.070
< 13 años	1		
13 y más años	1.9	1.62-2.37	
Edad de la menopausia			0.048
40 a 44	1		
45 a 49	1.24	1.10-1.69	
50 a 54	1.62	1.28-1.84	
55 a 60	2.14	1.67-2.33	
Síntomas de climaterio			0.003
No	1		
Si	3.8	2.91-4.25	
Conceptualización de la menopausia			0.001
Positiva	1		
Negativa	4.1	3.67-4.52	
Satisfacción de la paridad			0.049
No	1		
Si	2.3	1.37-2.83	
Hijos excepcionales			0.038
No	1		
Si	2.1	1.66-2.56	
Historia familiar de depresión			0.071
No	1		
Si	1.5	1.21-1.68	

DISCUSIÓN

En este estudio, la prevalencia de estado depresivo encontrada en la población fue de 42.9% cifra que difiere levemente a lo reportado por Shin-Yi, y colaboradores que fue de 31.2%,³⁵ y muy similar a lo reportado en nuestro país por otros autores.^{14, 15,34, 39,37,}

Con respecto a la prevalencia del estado depresivo por grupo de edad estos resultados muestran que el 18.6% pertenecieron al grupo de 40 a 44 años de edad, 8.8% al de 45 a 49 años, 24.5% al de 50 a 54 años y 48.1% al 55 a 60 años de edad, se encontró similitud con lo encontrado por Illnes y colaboradores, se reportó que la edad promedio de las mujeres con depresión fue de 49.8 ± 3.3 años.³⁵ En un estudio realizado en Tabasco, México, encontraron que la edad media de la población fue de 47.7 ± 5.6 años.³⁷

El reporte de la investigación realizada por Jaúregui y Díaz-Martínez arrojó que más del 60% de mujeres con depresión son casadas, 15.2% solteras, 9.4% divorciadas, 7.7% viudas y 4.5% en unión libre.³² Es así, que las proporciones referidas son semejantes a los hallazgos de la presente investigación, ya que las mujeres con depresión leve, se encontró que el 51.7% de ellas refirieron estar casadas, 27.6% viudas, 13.8% en unión libre y 6.9% divorciadas. De las mujeres con depresión moderada, el 61.3% refirió estar casada, 19.0% soltera, 10.2% viuda y 9.5% divorciada. De las mujeres con depresión grave el 100% refirió ser viuda.

Al analizar la escolaridad de mujeres con depresión, los autores de una investigación en Chile determinaron que el 77.2% de las entrevistadas tuvieron más de 8 años de estudio.²⁷ Por lo que la depresión predominó, al igual que en esta investigación, en mujeres con grados de escolaridad bajos, ya que las mujeres con trastorno emocional el 66% refirió haber terminado la primaria, así

como el 51.7% de las mujeres con depresión leve, 47.6% de aquellas con depresión moderada y el 100% de las mujeres con depresión grave.

Uriza Gutiérrez y colaboradores reportó que la menopausia se presenta entre los 40 y 59 años de edad, pero que algunas mujeres pueden experimentar los primeros síntomas a partir de la cuarta década de la vida.³ Estas cifras son similar a lo encontrado en las mujeres adscritas a la UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo, ya que al analizar la prevalencia por tipo de depresión y edad de la menopausia, se identificó que de las mujeres con trastorno emocional 42.5% se encontraron en el grupo de 45 a 50 años, de las mujeres con depresión leve el 48.3% presentaron la menopausia en el grupo de edad de 40 a 44 años, de las mujeres con depresión moderada refirieron haber presentado la menopausia en 47.6% dentro del grupo de edad de 40 a 44 años, y de las mujeres con depresión grave predominaron en los extremos de edad del grupo de estudio, ya que el 50% de ellas refirió haber presentado su menopausia en el rango de 40 a 44 años y el otro 50% en el de 55 a 60 años de edad.

Uno de los resultados de esta tesis es que el 80.9%, 79.3%, 71.4% y el 100% de mujeres con trastorno emocional, depresión leve, depresión moderada y depresión grave, respectivamente, refirieron la presencia de al menos uno de los síntomas interrogados referentes al climaterio, lo que se documenta con otros estudios.^{3, 26, 29, 40,}

El tener pareja ha sido altamente asociada a depresión (RM 3.57, IC95% 1.41-9.35).³⁴ Y este dato es consistente, ya que en la presente investigación cuando se evaluó el estado civil como factor asociado, se encontró, tomando como referencia el ser soltera, que las mujeres del estudio con cualquier otro estado civil tienen mayor probabilidad de presentar depresión.

En la presente investigación, la escolaridad tuvo asociación directa con la presencia de depresión, ya que a menor escolaridad, mayor probabilidad de

presentar la patología, al igual encontrado en otros estudios como el de Zavala-García y colaboradores, y estudio realizado en Chile ²⁷

Al comparar la situación laboral con la presencia de depresión en las pacientes del presente estudio, se encontró asociación principalmente en las mujeres amas de casa, seguidas de las mujeres desempleadas y las jubiladas como lo reportado por Illanes y colaboradores en Chile.²⁷

Un hallazgo de esta tesis, es que el tipo de crisis que prevaleció en las mujeres con depresión fue la crisis paranormativa (38.24%).comparado con el estudio de “Depresión en mujeres con perimenopausia en una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México”, la cual reportó la prevalencia de disfunción familiar (47.5%).³⁴

CONCLUSIONES

- Llegamos a la conclusión que la mujer debe ser evaluada como un importante grupo de riesgo para la depresión. Al considerar el efecto del conjunto de los factores significativos, el riesgo de tener depresión en mujeres menopáusicas que presentan los siguientes factores: ser mujer de 55 a 60 años de edad, tener escolaridad primaria, ser amas de casa, estar casadas, tener algún tipo de crisis familiar, presentar síntomas de climaterio, es 50 veces mayor que aquellas que no presentan ninguno de estos factores.
- Es recomendable considerar los factores relacionados con la depresión en la menopausia para reorientar y reforzar los programas y acciones del personal de salud para atender a las mujeres en esta etapa. Asimismo, es importante insistir en que se ofrezca a las mujeres de 40 a 59 años de edad información útil acerca del climaterio y la menopausia para mejorar su comprensión de los cambios que ocurren en esta etapa y fortalecer las intervenciones que promuevan los estilos de vida saludables (como el ejercicio físico regular), además de instrumentar medidas que faciliten el acceso a los programas de detección. Desde el punto de vista de la investigación, también resulta relevante evaluar si los servicios de salud influyen en la autopercepción relacionada con la salud, así como si son sensibles a las necesidades de este grupo de edad y considerar la posibilidad de diseñar futuras intervenciones para mejorar la calidad de vida en las mujeres climatéricas.
- Recordando que un estudio transversal permite la identificación de líneas de estudio, los resultados de este estudio sugieren realizar investigaciones más amplias, con muestras más grandes, criterios de inclusión más estrechos e inclusión de otras variables para presentar mejores conclusiones

REFERENCIAS

1. Guía de práctica clínica, atención del climaterio y menopausia, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
2. McOeem SJ, Papadakin MA, Tierney C, Lawrence M. Chapter M. Approach to the Menopausal Woman, Medical Diagnosis & Treatment, 49th edition, McGraw-Hill, 2009.pp 48-62.
3. Uriza-Gutiérrez G. Alwers-CockRolf, Guerra–Ardila OE, Onatra-Herrera WM. Menopausia, Asociación colombiana de facultades de medicina. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia 2006: 1(1):1-49.
4. Norma Oficial Mexicana. Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la Atención Médica 2006:1-15 NOM-035-SSA2-2002
5. Bassol-Mayagoitia S. La edad de la menopausia en México. Revista de Endocrinología y Nutrición 2006;14(3):133-136.
6. Kazem G, Seved H, Sadat F, Ferideh K. Age at natural Menopause In Iran. Maturitas 2006;49(4):321-326.
7. Sarduy-Nápoles MR, Lugones–Botell M, Manzano-Ovies BR, Alfonso-Rodríguez AC, Artilles-Visbal L, Navarro-Despaigne DA. II consenso cubano sobre climaterio y menopausia. Sección de Climaterio y menopausia Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Taller Nacional de Revisión y Actualización. Cuba 2006:1 (1):1-60
8. Lugones-Botell M, Quintana–Riverón TV, Cruz-Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;13(5):494-503
9. Frey N, LordP, Soares N. Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. Menopause Int 2008;14(2):123-128.
10. Gyllstrom-Mungia E, Schreiner PJ, Harlow BL. Perimenopause and Depression: Strength of Association, Causal Mechanisms and Treatment Recommendations. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2007;21(2):275-292.

11. Bochino-Stella C. Aspectos Psiconeuroendócrinos de la Perimenopausia, Menopausia y Climaterio. *Rev PsiquiatrUrug* 2006;70(1):66-79.
12. Goroll AH, Mulley AlbertG. Approach to the menopausal woman. *Primary Care Medicine*. 5th edition, Lippincott Williams & Wilkins. 2008.pp 35-45.
13. Michael-Otto W, Harlow-Bernard L. Risk for New Onset of Depression During the menopausal Transition; Ther Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Pschiatry*, Apr 2006;63(1):385-390.
14. Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H, The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *IntRevPsychiatr* 2006,15(1):74-83.
15. Gomez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JF, Rondón Sepulveda M, Diaz-Granados N. the prevalence of and factors associated with depression in Colombia. *Rev Pam Salud Pública Rev* 2006;16(6):378-86.
16. Bellò-Mariana S, Puentes-Rojas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, *Salud Pública Méx* 2006;47(1):4-11
17. Calderón-Narvaez G, Colin-Piana R. La relación médico paciente en los trastornos depresivos. *Revista de Neuropsiquiatría* 2006; 66(1):329-334.
18. Francés, Allen, ed. *Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American PsychiatricAssociation, 2000 pp 85-90
19. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Rev de Salud Mental* 2007; 30(6):69-80.
20. Humens DH, DuPont HL, Gardner LB, Kelly's. Depression, Anxiety, and other Psychiatric Disorders. *Textbook of Internal Medecine*. 4th edition, Lippincott Williams &Wilkins; Chapter, 2000.pp 22-35

21. Jurado-Cárdenas S, Villegas-Vázquez ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Ment* 1998; 21(3):26-31.
22. Yanes-Calderón M, Chio-Naranjo I. Climacteric and sexuality: their repercussion on the quality of life of the middle aged females. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008; 24(2):212-233.
23. Timur S, Sahin NH. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women menopause. 2010;17(3):545-51.
24. O'Bryang-Sid E, Angali-Palar J, McCaffred-Roberts H. A review of symptoms commonly associated with Menopause: implications for clinical neuropsychology review 2008;13(3):145-152.
25. Martínez-Pérez JA, Chavida-García FC, Selma-Palacios S, Pérez Marta. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women *maturitas* 2009; 62(1):30-6.
26. Wojnar M, Drozde W, Arazkiewics C, Szymanski A, Nawacka P, Urbanski N et al. Assessment and prevalence of depression in woman 45 a 55 year of age visiting gynecological clinic in Poland. *Arch Womens Ment Health* 2006;6 (1):193-201.
27. Illanes- Valles E, Bustos- Madrigal L, Lagos- Palacios X, Navarro- Hernández N, Muñoz- Núñez S, Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco; revista médica de Chile, 2007;130(8):885-891
28. Vikas V, Davin D, Parikh CK, Apljeet KA. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas* 2007; 57(3):306-314.
29. Ünsal A, Ayranci U, Tozun M. Prevalence of depression and its relationship with sociodemographic characteristics among women in a rural town of western turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9 (3):148-155.

30. Gómez-Martínez A, Mateos-Ramos A, Lorenzo-Díaz A, Simón-Hernández M, García-Núñez L, Cutanda-Carrión B. Socio-cultural representations about menopause: Experiences of the process in resident women in Albacete, Spain. *Index Enferm* 2008;17(3): 1020-1035.
31. Schnatz F, Facog J, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Menopausal symptoms in Hispanic women and the role of socioeconomic factors. *Rev Obstet Gynecol Survey* 2006;61(3):187-193.
32. Jauregui-Duran IE, Díaz-Martínez LA. La prevalencia de síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas docentes de primaria y bachillerato. *Med UNAB* 2006;8(2):65-70
33. Vladislavovna-Doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H. Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud pública Méx* 2008;50(5):217-228
34. Zavala-González MA, Bautista-Torres J, Quevedo-Tejero EC, Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México. *Archivos de medicina* 2009;5(4:1):823-830
35. Shin-Yi L, Hung-Fu T, Lin-Ling L, Wei-Ming L, Bih-Ching S, Factors related to depression during menopause: A study in Southern Taiwan; *Journal of Nursing Research* 2009; 17(2):128-135
36. Diago-Caballero D, Diaz-Abreu M, Salabria-Fernández M. Climaterio y algunos aspectos biopsicosociales de su sexualidad. *Rev Haban Cienc Med* 2008; 7(2):519-529.
37. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10(2): 303-318.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DEL ESTADO DEPRESIVO EN LAS MUJERES MENOPÁUSICAS.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2011-1201-4

El objetivo del estudio es: Determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados en las mujeres menopáusicas de la UMF No. 32, del IMSS Pachuca, Hidalgo.

Yo.....identificado con Cartilla de salud del IMSS con NSS..... he sido informada por el encuestador acerca de la depresión en la mujer menopáusica y el diagnóstico temprano, y se me pide mi participación voluntaria, para que se me realice un cuestionario donde obtendrán datos personales y otro para determinar si curso con depresión.

El encuestador me asegura que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo, que me responderá cualquier pregunta y aclarará cualquier duda que le plantee acerca de los preguntas de sus cuestionarios.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre, firma y parentesco del Testigo (Identificado con IFE): _____

Nombre y Firma del encuestador. (Teléfono: 0447711943310): _____

Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Inventario de Depresión de Beck:

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Rutina de aplicación

Diga al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA, incluyendo HOY”

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígame al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada Grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada

grupo de afirmaciones de 1 al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: "¿Está tratando de perder peso comiendo menos?" el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

1.

0.- No me siento triste.

1.- Me siento triste.

2.- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.

3.- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2.

0.- No estoy desanimado con respecto al futuro.

1.- Me siento desanimado con respecto al futuro.

2.- Siento que no puedo esperar nada del futuro.

3.- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3.

0.- No me siento fracasado.

1.- Siento que he fracasado más que la persona normal.

2.- Cuando miro al pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

3.- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4.

0.- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.

1.- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

2.- Ya nada me satisface realmente.

3.- Todo me aburre o me desagrada.

5.

0.- No siento ninguna culpa particular

1.- Me siento culpable buena parte del tiempo.

2.- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3.- Me siento culpable todo el tiempo.

6.

0.- No siento que esté siendo castigado

1.- Siento que puedo estar siendo castigado.

2.- Espero ser castigado.

3.- Siento que estoy siendo castigado

7.

0.- No me siento decepcionado en mí mismo.

1.- Estoy decepcionado conmigo.

2.- Estoy harto de mi mismo.

3.- Me odio a mí mismo

8.

- 0.- No me siento peor que otros.
- 1.- Me critico por mis debilidades o errores.
- 2.- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- 3.- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9.

- 0.- No tengo ninguna idea de matarme.
- 1.- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- 2.- Me gustaría matarme.
- 3.- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

- 0.- No lloro más de lo habitual.
- 1.- Lloro más que antes.
- 2.- Ahora lloro todo el tiempo.
- 3.- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11.

- 0.- No me irrito más ahora que antes.
- 1.- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- 2.- Me siento irritado todo el tiempo.
- 3.- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12.

- 0.- No he perdido interés en otras personas.
- 1.- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- 2.- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- 3.- He perdido todo interés en los demás.

13.

- 0.- Tomo decisiones como siempre.
- 1.- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- 2.- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- 3.- Ya no puedo tomar ninguna decisión

14.

- 0.- No creo que me vea peor que antes.
- 1.- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o in-atractivo (a).
- 2.- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer in-atractivo (a).
- 3.- Creo que me veo horrible.

15.

- 0.- Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1.- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2.- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- 3.- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16.

0.- Puedo dormir tan bien como antes.

1.- No duermo tan bien como antes.

2.- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

3.- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

17.

0.- No me canso más de lo habitual.

1.- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

2.- Me canso al hacer cualquier cosa.

3.- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18.

0.- Mi apetito no ha variado.

1.- Mi apetito no es tan bueno como antes.

2.- Mi apetito es mucho peor que antes.

3.- Ya no tengo nada de apetito.

19.

0.- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

1.- He perdido más de 2 kilos.

2.- He perdido más de 4 kilos.

3.- He perdido más de 6 kilos.

20.

0.- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

1.- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.

2.- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

3.- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21.

0.- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

1.- Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.

2.- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

4.- He perdido por completo mi interés por el sexo.

DATOS GENERALES.		No. de Folio _ _ _ _
Nombre:		
Depresión	A. Sin depresión B. Trastorno emocional A. Leve. B. Moderada C. Grave.	<input type="checkbox"/>
Menopausia.	A. Presente.	<input type="checkbox"/>
Factores Sociodemográficos.		
Edad	A. 40-44 años. B. 45-49 años. C. 50-54 años. D. 55-60 años.	<input type="checkbox"/>
Estado civil	A. Soltera B. Casada. C. Viuda. D. Unión Libre E. Divorciada.	<input type="checkbox"/>
Escolaridad.	A. Primaria. B. Secundaria. C. Preparatoria D. Universidad E. Postgrado.	<input type="checkbox"/>
Crisis familiares	A. Normativas. B. Paranormativas C. Sin crisis	<input type="checkbox"/>
Situación Laboral	A. Empleada B. Desempleada C. Jubilada D. Ama de casa E. Profesional	<input type="checkbox"/>
Factores Ginecológicos		
Edad de la menarca	A. Antes de los 13 años. B. De 13 años y más.	<input type="checkbox"/>
Satisfacción de la Paridad	A. Paridad satisfecha. C. Paridad insatisfecha.	<input type="checkbox"/>
Hijos Excepcionales	A. Con hijos excepcionales B. Sin hijos excepcionales	<input type="checkbox"/>
Historia Familiar de depresión	A. Si B. No	<input type="checkbox"/>
Edad de la menopausia	A. 40-44 años B. 45-49 años. C. 50-54 años. D. 55-60 años	<input type="checkbox"/>
Sintomatología climatérica	A. Si B. No	<input type="checkbox"/>
Conceptualización de la menopausia	A. Negativa. B. Positiva.	<input type="checkbox"/>